

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**ESCOLA DE COMUNICAÇÕES E ARTES**

**Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo**

**PROF<sup>A</sup>. DR<sup>A</sup>. DEVANI SALOMÃO DE MOURA REIS**

**Políticas públicas visando controle da obesidade**

**Relatório final de Pós-doutorado Sênior– PDS**

São Paulo – SP

2018

**PROFA. DRA. DEVANI SALOMÃO DE MOURA REIS**

**Políticas públicas visando controle da obesidade**

**Projeto Pós-doutorado Sênior – PDS**

Relatório final apresentado ao  
Programa de Pós-Doutorado em  
Comunicação da Escola de  
Comunicações e Artes da  
Universidade de São Paulo.

Área de Concentração: Ciências da  
Comunicação.

Supervisão: Profa. Heloiza Helena  
Matos Nobre

São Paulo – SP

2018

## Sumário

Apresentação .....	1
Parte I.....	3
Levantamento do referencial teórico .....	3
Registro Bibliográfico .....	3
Fatores que influenciam no implemento das políticas públicas em saúde .....	3
Os níveis de sobrepeso e obesidade são alarmantes .....	4
As doenças crônicas não transmissíveis: um problema de saúde pública .....	5
A arena da pesquisa .....	6
DCNT e fatores de risco .....	7
O porquê dos fatores de risco .....	8
DCNT no Brasil e São Paulo.....	9
Políticas públicas .....	10
Comunicação pública: O que a realidade nos mostra.....	13
A noção de ideologia na obra de Pierre Bourdieu .....	20
Epistemologia e interdisciplinaridade .....	24
O “setor saúde” e o campo da saúde coletiva.....	27
O campo interdisciplinar da Comunicação em saúde.....	29
A interdisciplinaridade e o Guia.....	30
As fotos como narrativas .....	31
Parte II – Guia Alimentar para a população Brasileira 1ª. e 2ª. edições.....	33
Objetivos da pesquisa – original e prorrogações .....	33
O porquê da mudança do objeto de estudo.....	33
O conceito de condições de saúde .....	34
Condição crônica .....	34
Guias e padrões alimentares .....	35
O primeiro Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB -1ª. ed.) .....	36

O nascimento do primeiro Guia alimentar para a população brasileira (GAPB – 1ª. ed.) .....	42
Segunda edição do Guia (GAPB – 2ª. ed.): a quem se destina.....	43
Os cinco capítulos.....	43
Alertas do Guia.....	44
Áreas de atuação do nutricionista e seu papel na Atenção Primária à Saúde.....	45
Parte III – Primeira pesquisa de campo: aplicada junto aos gestores dos ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e combate à Fome e outras organizações (exceto as nutricionistas) .....	51
Procedimentos metodológicos .....	51
Universo .....	51
Amostragem para o campo .....	52
Processos metodológicos quanto à aplicação de pesquisa junto aos gestores dos ministérios e demais respondentes (exceto as nutricionistas) .....	52
Elaboração do Questionário (exceto nutricionistas).....	53
Questionário e justificativas .....	53
Considerações acerca do método de aplicação.....	54
Obtenção dos contatos dos respondentes da pesquisa.....	54
Envio do questionário e Follow-up .....	54
Processos da segunda pesquisa de campo com nutricionistas.....	55
Hipóteses .....	55
Vantagens dos questionários online .....	58
Parte IV.....	59
Os ministérios pesquisados.....	59
Ministério da Saúde .....	59
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome .....	65
Demais organizações .....	68

Parte V – Resultados principais das entrevistas com as nutricionistas .....	76
Análise do questionário das nutricionistas: .....	76
I – Identificação .....	76
II – Atuação .....	79
III – O Guia .....	83
IV – Aconselhamento .....	91
V – Os alimentos .....	93
VI – Informação.....	97
Análise dos dados .....	106
I - Identificação.....	106
II – Atuação .....	107
III – O Guia .....	112
IV – Aconselhamento .....	127
V – Os alimentos .....	127
VI – Informação.....	129
Considerações até o momento .....	134
Parte VI.....	142
Atividades acadêmicas paralelas .....	142
Trabalho aceito em anais de eventos .....	142
Apresentação de trabalho e palestra .....	142
Artigos aceitos para publicação.....	142
Capítulos de livros .....	142
Participação em eventos, congressos, exposições .....	144
2015 .....	144
2016 .....	145
2017 .....	146
Convites para ser avaliadora.....	148

Trabalhos técnicos .....	148
Artigos aprovados para simpósios e congressos.....	151
Cursos de curta duração.....	152
Encontro com docentes.....	152
Grupo de Estudos Avançados.....	152
Atividades como docente convidada .....	153
Experiência no exterior como voluntária.....	154
Idiomas .....	156
Referências Bibliográficas.....	157
Anexos.....	166
Anexo A – Questionário aplicado aos respondentes .....	166
Anexo B.....	170
Anexo C.....	172

## **Siglas**

AB – Atenção Básica

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEI – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

CGAN – Coordenação-Geral de Alimentos e Nutrição

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

DCNT – Doenças crônicas não-transmissíveis

DSE – Departamento de Suprimento Escolar

EAN – Educação Alimentar e Nutricional

IMC – Índice de massa corporal

MAPA – Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

Nupen/USP – Núcleo de Pesquisa Epidemiológica em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNC – Programa Nacional de Capacitação de Gestores Ambientais

PSF – Programa Saúde da Família

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TMB – Taxa metabólica basal

UBS – Unidade Básica de Saúde

## **Glossário**

Este Glossário é o primeiro produto do Projeto de Terminologia em Saúde, que tem por objetivos sistematizar a atualização da Categoria de Saúde Pública dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) e estruturar a indexação e a recuperação da informação do Ministério da Saúde.

**Acolhimento:** prática de receber, escutar, dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito às pessoas, atitude de inclusão, que estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

**Alimentação adequada e saudável:** prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Deve estar de acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada práticas produtivas adequadas e sustentáveis; com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

**Alimentos para fins especiais:** alimentos especialmente formulados ou processados, nos quais se introduzem modificações no conteúdo de nutrientes adequados à utilização em dietas diferenciadas e ou opcionais, atendendo necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas.

**Atenção básica à saúde:** conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde e sofrimento devem ser acolhidos.

**Atenção integral à saúde:** conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, orientadas pelas necessidades da população, e que incluem a atitude do profissional no encontro com os usuários, a organização dos serviços de saúde e a construção de políticas públicas capazes de incidir sobre os determinantes sociais de saúde.

**Atenção nutricional:** compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

**Avaliação nutricional:** análise de indicadores diretos (clínicos, bioquímicos, antropométricos) e indiretos (consumo alimentar, renda e disponibilidade de alimentos, entre outros) que têm como conclusão o diagnóstico nutricional do indivíduo ou de uma população.

**Coordenação do cuidado:** Atuação como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em quaisquer desses pontos, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também outras estruturas públicas, comunitárias e sociais necessárias para o cuidado integral à saúde.

**Diagnóstico nutricional:** identificação e determinação do estado nutricional, com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, obtido a partir da avaliação nutricional de indivíduos ou coletividades.

**Direito humano à alimentação adequada:** direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva.

**Equipe de referência:** equipe de profissionais da atenção básica responsável pela população adscrita de um determinado território. A proposta de equipe de referência na atenção básica à saúde parte do pressuposto de que existe interdependência entre os profissionais. Prioriza a construção de objetivos comuns em um time com uma clientela adscrita bem definida.

Assim, uma das funções importantes da coordenação (gerência) de uma equipe de referência é justamente produzir interação positiva entre os profissionais em busca das finalidades comuns, apesar das diferenças entre eles, sem tentar eliminar essas diferenças, mas aproveitando a riqueza que elas proporcionam.

**Intersetorialidade:** articulação entre diferentes setores para enfrentar problemas complexos visando à superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas.

**Linhas de cuidado:** forma de articulação dos recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de Linhas de Cuidado (LC) deve ser a partir das unidades da Atenção Básica, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.

**Pontos de Atenção à Saúde:** são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Exemplos: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

**Rede de Atenção à Saúde:** é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é

promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da AB como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

## **Apresentação**

Este relatório final refere-se ao projeto **“Políticas públicas visando controle da obesidade”** e descreve a realização de várias incumbências realizadas pela pesquisadora, conforme previsto no cronograma do projeto de original, o qual foi submetido em dezembro de 2014 ao conselho do Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo – CRP, do colegiado da Comissão de Pesquisa da Escola de Comunicações e Artes, bem como ao órgão responsável na Reitoria da Universidade de São Paulo. O período aqui relatado é de 1.fev.2015 a 31.jan.2018

Por fim conseguimos completar a pesquisa, apesar da sua complexidade, pois envolvia órgãos municipais de saúde, sendo difícil o acesso aos mesmos. Quem não faz parte da organização pública é considerado como uma massa amorfa; somos transformados em números e expedientes. Os funcionários têm dificuldades em se afastar das normas e instruções usuais e ortodoxas, já conhecidas e experimentadas. Com isso, lidamos com dilatação dos prazos prometidos e exigências de novas documentações.

Em relação ao levantamento do referencial teórico, constam aqui todos os registros bibliográficos até 31.jan.2018.

Primeiramente a pesquisa empírica foi realizada junto aos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com o Laboratório de Educação e Política Ambiental – OCA<sup>1</sup>; o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMUSAN); o Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública; a Coordenação Científica do Núcleo de Pesquisas Epidemiológica em Nutrição e Saúde (NUPENS); a Coordenação Técnica do Guia; o Diretor do Serviço de Endocrinologia do Hospital do Servidor Público Estadual

Em um segundo momento, com o objetivo de avaliar o *Guia alimentar para a população brasileira 2ª. edição*, entrevistamos 30 nutricionistas que atuam em 51 Unidades Básicas de Saúde municipais, localizadas na Zona Sul da cidade de São Paulo.

---

<sup>1</sup> A Oca-Laboratório de Educação e Política Ambiental- é um espaço público destinado a realização de processos educacionais relacionados a proteção, recuperação e melhoria do meio ambiente e da qualidade de vida e ao aprimoramento humano em todas as suas dimensões.

Essa investigação envolveu acentuado esforço para obtenção do retorno desejado, já que falta por parte das empresas uma cultura e maior sensibilidade para estudos dessa natureza, diria mesmo que desconfiança em fornecer dados e informações.

O relatório está dividido em cinco partes. A primeira traz o levantamento bibliográfico realizado, seu registro e indexação sobre a temática da pesquisa e da produção científica em políticas na área da alimentação saudável, antropologia, alimentação e intersectoralidade, comunicação pública, cidadania, doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a obesidade, economia, educação, epistemologia, filosofia, mídias, políticas públicas, profissionais da área de nutrição, saúde coletiva e saúde pública.

A segunda oferece os objetivos da pesquisa, tanto o original, como quando das prorrogações; também o descritivo e análise sobre o Guia Alimentar para a população Brasileira 1ª. e 2ª. edições, e as áreas de atuação do nutricionista e seu papel na Atenção Primária à Saúde.

A terceira apresenta a descrição detalhada das pesquisas empíricas realizadas.

A quarta traz o relato da metodologia adotada até a análise dos resultados obtidos com esse procedimento.

Na quinta constam os dados e informações dos dois ministérios e das seis demais organizações pesquisadas.

Na sexta, as atividades acadêmicas paralelas feitas pela pesquisadora.

Trata-se de um estudo complexo e extenso que precisa ser mais explorado, tanto pelos estudiosos da comunicação, quanto os da saúde, na continuidade das pesquisas sobre os temas e aprofundado teoricamente.

## **Parte I**

### **Levantamento do referencial teórico**

A etapa de pesquisa teórica iniciou-se em primeiro de fevereiro de 2015, com a primeira fase de levantamentos gerais de livros, nacionais e internacionais, relacionados à alimentação saudável, comunicação pública, doenças crônicas, políticas públicas e saúde pública. A elaboração da bibliografia foi revisada e atualizada constantemente desde então, com isso passou por ampliação pois precisamos também adentrar aos campos da antropologia, alimentação e intersectoralidade, cidadania, educação, economia, epistemologia, filosofia, mídias, profissionais da área de nutrição e saúde coletiva.

### **Registro Bibliográfico**

A coleta de dados para registro bibliográfico da produção científica foi feita em todas as etapas deste projeto para a consolidação de um referencial que embasou as etapas teóricas e empíricas da pesquisa. Grande parte da literatura envolvendo livros e periódicos científicos foi resultado de investigação em artigos de periódicos, dissertações, teses, documentos científicos, livros, base de dados, portais e bibliotecas virtuais feitas pela pesquisadora. Houve também indicações da professora supervisora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Heloiza Helena Matos Nobre.

### **Fatores que influenciam no implemento das políticas públicas em saúde**

Segundo Medici (2014), em todo o mundo, nunca houve mais desafios de saúde do que há atualmente. No entanto, essas incitações podem empurrar as partes interessadas para inovar e gerar avanços na entrega de produtos científicos, médicos e de tecnologias de cuidados que podem melhorar a saúde das pessoas em todo o mundo.

Seja como for, afirma ele que “três fatores continuarão impulsionando a dinâmica do setor saúde desde 2014 e, provavelmente, nos próximos anos”. O primeiro deles é o envelhecimento da população mundial, com o crescimento da epidemia de **doenças crônicas**. Este fato, associado ao crescimento da classe média e dos níveis de renda faz com que mais e mais recursos venham a ser consumidos pela população de mais de 50, mais de 60 e daí por diante. O segundo é a pressão crescente da comunidade internacional, liderada

pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em universalizar a atenção à saúde ao nível mundial – uma versão modificada do que saiu ao final dos anos setenta na Conferência de Alma Ata com a proposta de Saúde para Todos no Ano 2000 (DECLARAÇÃO DA ALMA, 1978). O terceiro é o avanço nas pesquisas e na inovação tecnológica, dado que o setor continua sendo a incubadora da ponta tecnológica em áreas como medicamentos, imunobiológicos, equipamentos médicos e sistemas de informação.

Medici (2014) ressalta a questão do progresso tecnológico e geração de conhecimento em todos os planos impulsando os mecanismos de cura e a potencialização da vida humana a um custo diferencial para aqueles que podem sair na frente. Questionamos se poderá a tecnologia em saúde estar ao alcance de todos? Poderá ela ser compatível com os orçamentos públicos sem processos que venham a aumentar a iniquidade entre os que podem e não podem pagar pelo que é essencial em saúde?

Questões como essas dificilmente serão respondidas a curto prazo, mas muitos já estão se esforçando na busca de soluções. A saúde faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), da Organização das Nações Unidas (ONU) para 2015.

### **Os níveis de sobrepeso e obesidade são alarmantes**

Entretanto, apesar destas tendências, determinados problemas para a área da saúde tendem a crescer. Muitos governos, em nível mundial, estão preocupados com a convergência do aumento dos gastos na área, em consequência dos fatores decorrentes do envelhecimento mundial da população e sobretudo com a endemia da obesidade.

A obesidade evidencia-se como epidemia global, e os esforços para sua prevenção são incipientes. As previsões, na área da saúde, sugerem que as altas taxas de obesidade serão calamitosas para o bem-estar e gastos da população, assim como da saúde pública. Os governos, sejam eles federal, estaduais ou municipais, deveriam se preocupar com a sua prevenção, mas até agora poucos têm mostrado boa administração nesse sentido. A base de evidências sobre como prevenir a obesidade é limitada e precisa ser ampliada para além de estudos randomizados controlados e incluir as avaliações de experiências, mudanças de políticas públicas e análises de custos (GORTMAKER et al, 2011). Esse quadro não será revertido sem a liderança dos governos, regulação e investimento em programas, monitoramento dos mesmos e pesquisa. Faz-se necessário a parceria das universidades,

sejam elas das ciências biológicas, assim como as das ciências humanas, com os governos para conter e reduzir esse problema.

A obesidade, além de ser uma doença em si, é um fator de risco para várias Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT. Hábitos de vida como a dieta desregrada e a falta de exercícios físicos continuam causando alto índice de doenças crônicas no país, como a hipertensão arterial, diabetes e depressão. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em um levantamento inédito do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram que, apesar de o tabagismo ter diminuído em 20,5%, as doenças crônicas são o grande problema de saúde do país (ELY, 2014).

Trata-se da primeira pesquisa de saúde em âmbito nacional a coletar amostras de sangue e de urina da população entrevistada, o que confere mais precisão aos resultados. Pesquisas nacionais feitas anteriormente dependiam exclusivamente do relato do entrevistado sobre seus problemas de saúde.

### **As doenças crônicas não transmissíveis: um problema de saúde pública**

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) são hoje responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica. Uma medida de tal “carga global da doença”, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é o ano de vida ajustado por incapacidade (DALY). O DALY parte do pressuposto de que a medida mais adequada dos efeitos das doenças crônicas é o tempo gasto ou perdido por doença ou morte prematura. Um DALY equivale a um ano de vida saudável perdido.

O projeto da OMS sobre carga global de doença mostra estimativas sobre a incidência, a prevalência, a gravidade e a duração e a mortalidade para mais de 130 causas principais (THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE). Ele inclui dados desde o ano 2000 para os países membros da OMS e para sub-regiões em todo o mundo e demonstra, claramente, quão é impactante o número de DALY e de mortes no mundo, independente das categorias de status socioeconômico dos países.

Em 2005, por exemplo, as doenças cardiovasculares causaram 5,07 milhões ou 52% de todas as mortes no mundo, com carga de doença equivalente a mais de 34 milhões de DALY. Assim, a grande diferença entre os países de renda baixa, como os da África, e outros

de renda alta, como na Europa e América do Norte, é que, nos primeiros, a carga de doenças transmissíveis, condições maternas e perinatais ainda é superior, embora apenas ligeiramente em alguns casos, à das DCNT. Já nesses últimos, bem como nas categorias intermediárias de renda, as DCNT sobrepujam largamente as demais causas.

Da mesma forma, há crescentes evidências oriundas dos países de renda alta que atestam que os pobres dentro dos mesmos carregam um fardo maior de doenças crônicas do que os ricos. São dados que podem ser também extrapolados para outros países, em diferentes categorias de renda, bem como para as regiões com diferentes status socioeconômicos dentro dos países.

Os índices de morte por DCNT já estão mais elevados em países de baixa e média renda do que em países ricos. Quase dois terços das mortes prematuras em adultos (entre 15 e 69 anos) e três quartos de todas as mortes adultas são atribuíveis a tais condições. Pode-se dizer que em todos os países do mundo as DCNT constituem o principal problema de saúde pública, seja para homens ou para mulheres e, melhor dizendo, um grave problema para todos os sistemas de saúde pública.

A idade é sempre um fator a ser considerado. Os idosos, geralmente considerados com o grande grupo de risco, não estão sozinhos como vítimas das doenças crônicas, pois há evidências suficientes, em escala mundial, a respeito de crescentes números de jovens e pessoas de meia idade com algum tipo de problema de saúde crônico. Neste aspecto, a OMS já estimou que 72% das mortes antes dos 60 anos de idade podem ser ocasionadas por doenças crônicas ou não transmissíveis em países de renda alta, ao passo que as doenças transmissíveis representaram apenas 8% e as lesões, 21%. No mesmo ano, 68% dos DALY perdidos para doenças crônicas em países de renda alta ocorreram entre aqueles em idade produtiva. São resultados que sugerem que a doença crônica não pode mais ser considerada apenas um problema de idosos. Isso, de forma inequívoca nos países de alta renda, mas com forte tendência também nos demais países.

### **A arena da pesquisa**

No início da pesquisa pretendíamos fazer o trabalho de campo na Secretaria de Estado da Saúde. Entretanto após várias tentativas frustradas nos contatos com gestores, optamos iniciarmos a investigação na Secretaria Municipal de Saúde, visto que a maioria

das ações no que se refere a Atenção Básica de Saúde acontece nos municípios. Entendemos que o lançamento, em 25.set.2014, da **Linha de Cuidado de Sobrepeso e da Obesidade, intitulada “Saúde Muito Além da Mesa – Qualidade de Vida é a Melhor Dieta”**, abriga ações nas Unidades Básicas de Saúde que são importantes para esse projeto. Esta linha articula as ações existentes na Secretaria Municipal de Saúde e foca a adoção de hábitos saudáveis, especialmente no que diz respeito à alimentação e prática de atividade física.

As ações dirigidas ao combate à obesidade e ao sobrepeso são prioritárias na atenção à saúde, visto que a obesidade é considerada um problema complexo - não somente individual, mas também populacional – e também é fator de risco para diversas doenças crônicas. A proposta de estruturação de **Linhas de Cuidado** organiza a atenção à saúde, amplia o acesso às ações e serviços, e busca oferecer a atenção integral à população do Município de São Paulo.

A Linha de Cuidado inicia com a avaliação da equipe multiprofissional da Atenção Básica. Assim, é feito o diagnóstico do estado nutricional e condição de saúde e é estabelecido o plano terapêutico individual, assim como as metas a serem alcançadas. O papel do **nutricionista** é importante porque esse profissional enxerga o paciente como um todo. Além disso ele ensina o paciente a se alimentar de forma saudável e perdendo peso. A assessora da área técnica de Nutrição, na época, Rita Helena Bueno Pinheiro, falou que o trabalho de educação alimentar é primordial. No plano terapêutico individual são ofertadas as atividades físicas que as Unidades Básicas de Saúde dão e a participação em grupos temáticos.

### **DCNT e fatores de risco**

Pode-se projetar a carga de doenças crônicas, em termos de fatores de risco, como hipertensão; tabagismo; colesterol alto; baixo consumo de frutas e hortaliças; sobrepeso e obesidade (grifo da autora); sedentarismo, bem como consumo abusivo de álcool. Estudos realizados com tal objetivo demonstram fatos significativos sobre as mortes e DALY atribuíveis a tais fatores. Assim, por exemplo, embora haja diferenças entre países e regiões de alta e baixa renda, elas não ocultam o âmago do problema, qual seja o de que o peso de tais fatores é alto e progressivo em todos os casos. No caso da hipertensão arterial, ela é atualmente responsável por quase oito milhões de mortes em todo o mundo (13,5% de todas

as mortes), das quais 6,22 milhões ocorrem em países de renda baixa e média e 1,39 milhões em países de renda alta.

Os fatores de risco relativos às DCNT são semelhantes em todos os países. Há diversas evidências, atualmente, de que o tabagismo, os alimentos com altas taxas de gorduras trans e saturadas, o sal e o açúcar em excesso, especialmente em bebidas adoçadas, o sedentarismo, bem como o consumo excessivo de álcool, causam mais de dois terços de todos os novos casos de DCNT e aumentam o risco de complicações em pessoas que já sofrem destas doenças.

O consumo de alimentos com altas taxas de gorduras saturadas e trans, de sal e de açúcar é a causa de ao menos 14 milhões de mortes ou de 40% de todas as mortes anuais por DCNT. O sedentarismo causa cerca de três milhões ou 8% de todas as mortes anuais por DCNT. O consumo de álcool leva a 2.3 milhões de mortes ao ano, 60% das quais dentro do quadro de DCNT.

Mudanças no ambiente social e econômico fizeram com que os fatores de risco de DCNT se tornassem generalizados. As escolhas dos cidadãos em relação ao consumo de álcool e tabaco, por dietas e atividade física, são influenciados por forças que estão além do controle individual, geralmente por pressão das indústrias e do comércio respectivo.

### **O porquê dos fatores de risco**

O termo risco refere-se à probabilidade de um evento indesejado ocorrer. Do ponto de vista epidemiológico, é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos expostos a determinadas condições ou fatores venham a adoecer. Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco. Por outro lado, há fatores que conferem ao organismo a capacidade de se proteger de determinadas doenças, daí serem chamados fatores de proteção. A interação entre os fatores de risco e os de proteção a que as pessoas estão submetidas pode resultar no aumento ou redução da probabilidade de elas adoecerem.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um grupo de enfermidades incluídas em um agrupamento mais amplo, denominado doenças e agravos não transmissíveis (DAnT), cujo processo de instalação no organismo geralmente se inicia de forma imperceptível ao indivíduo, demorando anos para se manifestar.

Os principais fatores e condições de risco conhecidos e modificáveis para as DCNT são alguns hábitos, como o tabagismo, o consumo exagerado de bebidas alcoólicas, alimentação inadequada, falta de atividade física, estresse e algumas condições de vida e de trabalho, entre outras.

Os hábitos e situações de vida, como o estresse, associados à pobreza, à violência, aos problemas com o transporte nas grandes cidades, à falta de trabalho ou trabalho excessivo ou até as más condições – na cidade ou no campo, o consumo exagerado de alimentos industrializados, de cigarros e bebidas –, além de pouca atividade física e pouco tempo para relaxar, contribuem para aumentar o risco de desenvolver essas doenças. Em geral, o risco é muito superior nas populações de baixa escolaridade e renda, entre desempregados e aqueles submetidos a piores condições de trabalho.

É possível modificar a exposição a tais riscos; e estas modificações se tornam mais fáceis de serem adotadas quando estimuladas de forma coletiva: nos locais de trabalho, dentro e fora da unidade de saúde, nas escolas e organizações comunitárias. É importante salientar que para modificar hábitos e costumes leva-se tempo. Além disso, algumas condições também precisam estar ao alcance das comunidades: a disponibilidade de alimentos saudáveis em escolas e locais de trabalho, espaços para realização de atividades físicas, melhores condições de trabalho e estudo, maior acesso às manifestações artísticas, sociais e comportamentais e lazer para adultos, crianças, enfim, para as pessoas em geral.

### **DCNT no Brasil e São Paulo**

Dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico de 2013 indicam que 50,8% dos brasileiros estão acima do peso e, destes, 17,5% são obesos. Os percentuais são 19% e 48% superiores aos registrados em 2006, quando as proporções eram 42,6% e 11,8%, respectivamente. A obesidade é considerada fator de risco para doenças crônicas como diabetes e hipertensão e para alguns cânceres.

O órgão destaca que 72% da mortalidade no Brasil está relacionada a doenças crônicas, como problemas cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias e diabetes. Por isso, há a necessidade de avaliar os fatores de risco na população. Além do excesso de peso,

a pesquisa analisou aspectos como a prática de atividade física e o consumo de bebida alcoólica, entre outros.

Mais da metade da população paulista (52,6%) está acima do peso, apontou levantamento divulgado em três de fevereiro de 2014, pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Foram entrevistadas, por telefone, 5,7 mil pessoas da capital e do interior com objetivo de avaliar os fatores de risco e de proteção para doenças crônicas. Na análise por gênero, os homens apresentam um percentual um pouco maior, 54,9%. Entre as mulheres, 50,4% estão com excesso de peso.

O sobrepeso entre a população do estado está acima da média nacional, que é 51%. “É necessário monitorar como está o hábito da nossa população e desenvolver políticas públicas que deem resposta a esses índices elevados, como o do excesso de peso”, apontou Marco Antônio de Moraes, do Centro de Vigilância Epidemiológica da secretaria. Em relação à obesidade, o percentual é menor, em torno de 19%.

O consumo regular de carne com excesso de gordura, por exemplo, foi identificado em 37,9% dos entrevistados. Para 31,5% dos pesquisados, o refrigerante está presente na alimentação cinco ou mais dias por semana. Moraes destacou que a obesidade é vista como uma prioridade, porque o percentual de pessoas acima do peso tem diminuído menos do que outros fatores de risco.

### **Políticas públicas**

A expressão política pública, bem como a profusão de conceitos ou termos a elas relacionados, começaram nas três últimas décadas a fazer parte da linguagem dos governos (municipais, estaduais e federal), dos movimentos sociais, das organizações não governamentais, dos sindicatos, dos partidos políticos e, particularmente, da mídia (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 16).

Em razão da “onipresença” das políticas públicas no cotidiano da sociedade brasileira, formou-se certo consenso entre a população, a burocracia, os estudiosos e a mídia: políticas públicas seriam intervenções planejadas do poder público com a finalidade de resolver situações problemáticas. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 18).

No que diz respeito às intervenções planejadas ficou patente que os Estados contemporâneos desenvolveram grande capacidade de planificação, instalada nos órgãos

administrativos de governo, seja do ponto de vista de gestão, seja do ponto de vista político. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 18).

No que diz respeito ao poder público, ocorreu inegável, ainda que heterogêneo, avanço na estruturação republicana da ordem política: coexistência e independência de poderes e vigência de direitos de cidadania, o que alterou em definitivo o caráter das ações governamentais e a distribuição de competências no interior do Estado. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 18).

Quanto à definição do que sejam situações problemáticas, ampliou-se, para além das estruturas e dos órgãos do Estado, a capacidade coletiva, disseminada na sociedade, de problematizar e participar na formulação de agendas públicas, com a intensificação do exercício de cidadania e do desenvolvimento de uma cultura política compatível. A sociedade teve sua estrutura, sua estratificação e sua dinâmica fortemente modificada, graças a revolução tecnológicas, à reorganização do capitalismo e à expressivas alterações que se fizeram sentir no modo de vida e no imaginário dos cidadãos, dos grupos dos indivíduos e das classes sociais. Novos e desafiadores problemas surgiram e se articularam com antigos dilemas e iniquidades, complicando-os e requalificando-os de várias maneiras. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 19).

A própria situação estrutural das sociedades contemporâneas passou assim a exigir que a expressão “políticas públicas” alcançasse uma nova conceituação ou, pelo menos, uma atualização de seus termos principais, de modo a que se fosse além daquela visão mais restrita e tecnicista que as vê, pura e simplesmente, como uma intervenção governamental em áreas consideradas socialmente problemáticas. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 19).

Isso implica, antes de tudo, adotar uma reflexão mais voltada as determinações de natureza social, cultural, política que embasam o desencadeamento e a consecução da ação do poder público. Intervenções estatais devem ser vistas como fatos complexos, dinâmicos e multifocais, impossíveis de serem reduzidos ao momento imediatamente “administrativo”. Mais do que isso, a política pública passa a ser tratada como uma forma de exercício do poder em sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre Estado e sociedade. E é nessa interação que se definem as situações sociais consideradas problemáticas, bem como as formas, os conteúdos, os meios, os sentidos e as modalidades de intervenção. Em sua determinação, pesam diferentes aspectos da economia da estrutura

social, do modo de vida, da cultura e das relações sociais. Trata-se de uma intervenção estatal, de uma modalidade de regulação política e de um expediente com o qual se travam lutas por direitos e por distribuição. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 19).

As políticas públicas são um tipo específico de ação política. Em termos ideais, são manifestações avançadas da racionalidade dialógica e democrática que tipifica o mundo moderno, contrastando com outras formas e estruturas. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 19).

As organizações e particularmente as organizações públicas, nascidas e criadas nos tempos lentos da burocracia e dos controles estatais, passam a ser assediadas por propostas reformadoras que atropelam suas especificidades e finalidades. São convidadas a trocar o burocrático pelo gerencial, o planejamento pelo empreendedorismo, a norma pela flexibilidade, a “lentidão”, pela “velocidade”, o cidadão pelo cliente, quase como em um processo de clonagem do que ocorre no mundo do mercado e das empresas privadas. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 28).

Uma gestão pública renovada em termos éticos, técnicos e políticos tornou-se uma imposição da realidade, uma exigência das mudanças que se registraram na vida social, no plano do pensamento e na atuação técnica. Embaralharam-se conceitos e modelos. A realidade mesmo força a que se adotem novos vocabulários e perspectivas. Os próprios conceitos e palavras mudam de significado, são extraídos de seus contextos semânticos originais e transfigurados, o que requer maior dose de atenção e rigor. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 28).

Houve uma espécie de esgotamento das ferramentas de gestão, que sofreram forte deslocamento. A rapidez e a imprevisibilidade das mudanças fizeram com que alguns métodos e ideias fossem postos em xeque ou passassem a derrapar. Outros assimilados como “modelos” ou “fórmulas”, são logo atropelados e desmentidos pela realidade. O rápido e fluido ambiente em que se vive e se atua cria novidades e surpresas a todo momento. Para interagir inteligentemente com ele, o gestor precisa ser dinâmico e refinar tanto a abordagem do real (o diagnóstico) quanto o delineamento dos passos práticos com que enfrentará os problemas reais. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 28).

Um desdobramento da nova situação estrutural é a explosão incontrolável de demandas e reivindicações. A modernidade radicalizada produz sem cessar problemas, carências, direitos e postulações de direitos. Ao diversificar, diferenciar e fragmentar as

sociedades, multiplica expressivamente as vozes sociais. Desafia frontalmente todos os que estão em busca de soluções como é o caso dos que trabalham direta ou indiretamente com gestão, e em particular com gestão pública. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 28).

O próprio governar ficou oprimido por uma pressão que nasce “espontaneamente” do modo como se vive. A instância governamental é estrangida pela explicitação incessante de demandas, direitos e reivindicações. Como subproduto lógico desse aumento de pressão, os fundos públicos tendem à exaustão. Ou são dilapidados pela pressão, ou precisam ser usados com grande rapidez e improvisação ou simplesmente não conseguem acompanhar o crescimento da demanda. Dramatiza-se assim a máxima segundo a qual sempre se gerencia em condições de escassez de recursos. No atual contexto, os recursos até exigem e chegam mesmo a crescer, mas não conseguem acompanhar as exigências sociais e a irrupção de novos problemas. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 29).

Um outro incremento é que esse contexto impõe aos gestores uma exigência igualmente incessante e constante de criatividade no plano da formulação e implementação de políticas. Tornou-se inútil repetir as mesmas políticas, emprega-las como um molde a ser aplicado repetidamente nas mais diversas situações. Os gestores precisam criar o tempo todo, aumentar sem cessar sua capacidade de inovar e inventar. A inovação pela tecnologia é de certa maneira fácil, mas resolve pouco. A inovação pela produção de novos procedimentos e novas formas de pensar tem maior potência, mas é bem mais difícil. Não se trata de uma questão de mais e melhores computadores. Como os contextos sociais mudam com muita rapidez, até mesmo porque mudam rapidamente as informações que circulam dentro dele e o modo como essas informações são absorvidas, incorporadas e utilizadas pelas pessoas, necessitamos sempre de mais agilidade, flexibilidade, criatividade, inovação, capacidade de geração de recursos, conhecimento. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 29).

### **Comunicação pública: O que a realidade nos mostra**

Pesquisamos comunicação pública, no contexto da saúde pública, desde 1996, e por ser um trabalho ininterrupto podemos perceber que, apesar de mudança de governo, não houve incremento de “agilidade, flexibilidade, criatividade, inovação, capacidade de geração de recursos, conhecimento”, citadas por Giovanni e Nogueira (2015).

Quando entrevistamos, em 2003, o responsável-chefe da comunicação do Ministério da Saúde, formado em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas e perguntamos sobre a finalidade do Guia Viver Mais e Melhor, nosso objeto de análise no doutorado, obtivemos essa resposta:

“Nós tínhamos num primeiro momento filmes que mostravam idosos praticando esportes, dançando, enfim todo tipo de atividade que de fato uma pessoa de 60, 65, 70, 75, 80 anos pode fazer ainda. Então nós fizemos um pré-aquecimento desta campanha, que foi muito bem recebida. Obviamente as classes mais altas acabam tendo mais acesso às informações, seja familiar, seja na possibilidade de compra de um veículo, um jornal, um meio de comunicação qualquer, então ela acaba tendo acesso a informações que boa parte da população não tem. Então, a necessidade foi exatamente neste sentido, de organizar todas essas informações que estavam apuradas, elas estavam notificadas e oferecer a eles de forma organizada estas informações.

A ideia de se fazer este folheto, primeiro porque tem algumas questões de comunicação, que na área da saúde tem uma importância muito maior do que provavelmente tem em outras áreas. Então, geralmente, documentos, folhetos, folders, qualquer tipo de informação que parta de alguém de um posto de saúde, de um postinho, de um médico, dessa coisa toda, grande parte da população, tem um evento de valorizar aquela informação que é passada para a população. Nas campanhas de vacinação você observa isso muito fortemente, em todas as outras também.”

Em janeiro de 2014, portanto 11 anos depois, quando dialogamos, para essa pesquisa, a gestora do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, MDS, graduada em Nutrição, pela Faculdade Federal de Pelotas; Especialista em gestão de políticas de alimentação e nutrição pela Fundação Oswaldo Cruz de Brasília, Mestre em Nutrição pela Universidade de Brasília.

Quando questionada sobre como foram definidas as diretrizes clínicas para o tratamento da obesidade, respondeu: “Vou responder a parte de segurança alimentar e nutricional. Há uma série de ações sobre isso. Porque esse plano envolve 23 ministérios. A segurança alimentar e nutricional ela vem dessa política publicada por meio da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan) (Lei nº 11.346, de 15 de julho de 2006) e temos o plano publicado no final de 2011 que é o instrumento de gestão. Então de 2006 até 2011 foi que conseguimos elaborar esse plano intersetorial em que cada ministério mapeia

suas ações sobre segurança alimentar e nutricional e qual o orçamento é destinado para essas ações. ”

“Se olharmos a evolução do orçamento de segurança alimentar e nutricional de 2011 e 2014 ele aumentou cinco vezes, só que tenho que passar para você o balanço do plano, também o relatório da *Food and Agriculture Organization of the United Nations*, FAO, que traz os dados que o Brasil saiu do mapa da fome e você terá elementos para ver a complexidade das ações que são do Ministério do Desenvolvimento Agrário, do Ministério da Ciência e Tecnologia, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e do Ministério do Desenvolvimento Social. São ações infinitas que convergem para a garantia do direito humano a alimentação adequada. ”

“Por isso que outros países vêm aqui para saberem como funciona. A estratégia tem esse mesmo caráter de fazer instrumentos de pactuação de gestão, não é pactuação, porque não tem pacto como no SUS, é um instrumento de gestão. O plano é um documento, é algo que quando encerramos a execução orçamentária anual nós colocamos lá o que foi feito e o que não foi feito. Esse plano ele nasce das reivindicações das conferências. Temos participação social, com intersetorialidade que são princípios da política nacional de segurança alimentar e nutricional. Nós amarramos toda essa engrenagem que é conferência, elaboração de planos. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Sisvan, se propõe no âmbito no governo federal, estadual e o municipal tem conselho de segurança alimentar e nutricional / Câmara intersetorial de segurança alimentar e nutricional que reúne todos os ministérios, ou todas as secretarias, o que a sociedade quer, o que os gestores vão fazer para resolver isso e um plano para fazer isso e prestar conta disso. Esse plano não é de um setor só ele é de todos os setores que tem ações relacionadas na agenda de segurança alimentar e nutricional. ”

“Então é essa forma de atuar intersetorial que é diferente. Que não é fácil e que é muito importante e fundamental. Porque o assunto é visto por todos os ministérios. A diferença é estarmos prestando serviço público para o mesmo cidadão. Se eu moro no interior de São Paulo eu vou para a unidade básica de saúde, eu vou para a escola, eu quero acesso aos alimentos adequados e quem vai me possibilitar isso? Os vários servidores públicos em diferentes frentes de atuação. Isso que é o diferencial do segmento de segurança alimentar e nutricional. O Brasil se propôs, por meio da lei orgânica, a implementar esse sistema e a

garantia a uma alimentação adequada, por meio dessa gestão. No meu ponto de vista vemos que esse sistema é mais reconhecido internacionalmente do que nacionalmente. ”

Indagamos sobre a diferença existente no Guia Alimentar para a população Brasileira de 2006 para o de 2014.

A gestora replicou: “São muito diferentes. O de 2006 é mais voltado a parte nutricional, fala de porções. O de 2014, se propõe a dialogar com o cidadão. Qual era o desafio? Percebíamos que esse guia ele conversava com o profissional (2006) mas ele não conversava com a população. Esse foi inovador. Foi pensado: como conversar com a população? Que é o que quer o professor Carlos Augusto Monteiro, da USP, que coordenou esse grupo. ”

**“O Guia alimentar é inovador para o mundo inteiro** (grifo da autora). O Guia alimentar brasileiro ele traz uma nova perspectiva para alimentação. Ele traz essa coisa de você diferenciar os alimentos em três formas diferentes: alimentos naturais, processados e ultra processados. Você consegue diferenciar os alimentos. Você vai ao supermercado e encontra tudo pronto, suco de caixinha. O essencial desse guia novo, é que se você comer alimento, provavelmente você vai ter um bom estado de saúde. ”

“O que é alimento: é aquilo que eu consigo comer diretamente da terra, frutas legumes, verduras, ou que eu consigo preparar a partir disso. Alguém vai fazer a farinha de mandioca, vou fazer o pão. Ele volta para essa origem dos alimentos. ”

“Várias ações: temos alimentação escolar, como alimentação educacional e nutricional na escola, o setor de alimentos cada vez mais natural por meio da agricultura familiar. Temos a publicação de um material, esse documento é para os profissionais da assistência, nessa mesma linha dos profissionais do Bolsa Família, para os profissionais de assistência trabalharem com todas as famílias do Bolsa que são atendidas pela assistência. Temos várias ações que tratam da educação alimentar e nutricional, que é que vai lidar com o hábito. Precisamos de muito mais do que isso e também as ações que o guia traz, é uma inovação de como atuar de forma efetiva diante da disponibilidade de alimentos não saudáveis e propagandas que tem hoje. Hoje uma criança ela vai ao cinema e assisti a propaganda do personagem preferido indo para uma cadeia de *fast food*. ”

Interpelamos então: Como se verifica se a população está tendo um acesso regular e permanente à alimentação adequada e saudável?

Resposta: “Aqui nessa publicação (BRASIL. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006 – Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN. Brasília: DF, 2006), tem os indicadores de segurança alimentar e nutricional. Aqui é a análise. Ele traz as dimensões para isso e aqui as diretrizes da política. Esses indicadores se propõem a dar essa dimensão global da segurança alimentar e nutricional, e o acesso regular nós temos hoje a escala brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional, INSAN. É um desafio que nós acreditamos que é como aperfeiçoar ela. Antes no Brasil tínhamos uma realidade de fome, em 2003, essa realidade de fome em termos de número está no relatório, era muito maior. Saímos do mapa da fome, segundo a FAO. Essa escala foi delineada nesse contexto. Quando falamos de acesso regular e permanente a alimentação adequada e saudável a perspectiva é de qualidade. Vemos no Brasil o acesso a renda ampliado, nesses últimos 10 anos. O acesso a alimentos foi ampliado. Mas qual alimento? Ainda não temos instrumentos, temos a pesquisa de orçamento familiar, que avalia o consumo, ela nos dá elementos fundamentais que nortearam inclusive a elaboração guia, que mostra o consumo desses alimentos processados, temos indicadores de alimentos não saudáveis. Isso com a pesquisa, como pizza, lasanha, refrigerantes. O que temos hoje a escala brasileira de insegurança alimentar e a pesquisa de orçamento familiar. Precisamos de aperfeiçoamento dessa escala nessa perspectiva de qualidade. ”

Notamos uma maior escolaridade formal da gestora em relação ao responsável-chefe da comunicação do Ministério da Saúde, mas em termos de “proposta empreendedora” deixa a desejar, isto porque a política pública adotada ignora a **diversidade** da população brasileira, tão presente nas características culturais como os hábitos alimentares e também nas características físicas das pessoas.

Na mesma data conversamos com a gestora do Ministério da Saúde, graduada em Nutrição, especialização em Gestão de Política de Alimentação e Nutrição, mestrado em Ciências da Saúde e doutorado em Nutrição Humana.

Perguntamos sobre qual foi o critério para categorizar essa família como vulneráveis?

Resposta: “Na realidade é assim. Essa estratégia é para todos os brasileiros. Pensamos em ações que vão desde a produção do alimento. Porque para ter uma alimentação mais saudável eu preciso me preocupar com a produção do alimento. A forma de como esse alimento é produzido, onde é produzido, porque quem é produzido. Como esse alimento chega na mesa do brasileiro. A que preço. E até a opção da escolha. Do indivíduo ter

informação suficiente para ser mais autônomo nas suas escolhas. Não que o que nós recomendamos de alimentação saudável, elas devem seguir. Na verdade, **o que temos em conta no Ministério da Saúde é que as pessoas tenham as informações para serem mais autônomas nas decisões dela**, (grifo da autora). Agora cada indivíduo, tendo a informação, a decisão de comer ou não determinado alimento é um processo inerente do indivíduo, as pessoas têm autonomia para decidir o que elas vão comer ou não.”

Acrescentamos se haviam considerado o nível educacional dessas pessoas?

Resposta: “A estratégia nutricional acontece lá no município. Lá o que eu tenho: a escola, a unidade de saúde, que é uma realidade de como a saúde chega na unidade, eu tenho um Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, que é como o MDS chega lá. É o nosso apoio para chegar. Esse material vai ser traduzido, vai fundamentado pela nossa rede que está nos municípios. **Hoje essa unidade básica de saúde já tem como pressuposto ela trabalhar ações de educação e saúde com base na realidade local**, (grifo da autora). É um pressuposto uma equipe de atenção básica primeiro saber quem é a população lá inscrita. Quantas famílias. Eu sou responsável por essa área. Quantas famílias eu tenho? Quantas mulheres eu tenho? Quantas crianças? Tem diabéticos? Tem hipertensos? Tem obesos? Qual é a faixa de renda? Essa equipe precisa fazer o planejamento das ações dela com base na realidade local. Eu imagino que isso também aconteça para a educação e para a assistência social, porque de fato, quem conhece a realidade local é aquele profissional que está lá inserido na unidade. **Quando fazemos os materiais, sempre temos o cuidado que eles sejam adequados à realidade, quem vai saber adaptar à realidade é aquele profissional**, (grifo da autora). É o nosso apoio para fazer chegar as coisas na população. Então quando você fala população mais vulnerável na unidade de saúde, você tem que identificar quais são as famílias vulneráveis. E quando falamos de vulnerabilidade podemos falar por diversos critérios: de renda, de alcoolismo, violência. Isso vai depender de cada equipe de cada realidade. Até uma área de risco, de crack de drogas. São diversas formas. É um pressuposto dessas equipes. Elas precisam de uma decisão de equidade, elas precisam dar mais atenção a quem mais precisa. ”

“Acho que o MDS vai explicar um pouco mais, mais a questão das famílias do Bolsa Família elas são prioridades. Sejam as mulheres, as crianças, do Bolsa Família, além do incentivo financeiro que permita que aquela criança vá para a escola, em vez de trabalhar para garantir a renda da família elas são consideradas vulneráveis, famílias prioritárias. Por

exemplo na saúde, essas crianças precisam ser acompanhadas pela saúde pelo menos duas vezes. Essas famílias precisam ser olhadas. Além de receberem recursos, a saúde precisa chegar nessas famílias. Feito isso, é feito um planejamento de educação e saúde, de tratamento de acordo com a necessidade daquela família. Assim como a educação. A gente fala que o Brasil tem um programa de transferência de renda que funciona grátis. A criança precisa estar na escola e precisa ser acompanhada pela saúde. Além de ter a renda para garantir com que essas crianças estudem. Tem estudos que mostram que essas crianças do Bolsa Família diminuíram o trabalho infantil, que elas estão mais na escola, porque é uma oportunidade. Todo mundo fala assim, qual é a porta de saída, a porta de saída são essas crianças, que elas diferentemente dos pais, estão tendo a oportunidade de ir para escola e aprender, crescer, ir para a faculdade, com isso ir para o mercado de trabalho. É um processo de condicionalidade. É claro que dentro de toda a população brasileira, essa população ela é uma das prioridades. ”

Ao abordarmos como eram feitas as campanhas educativas, a gestora respondeu:

-“Campanhas de mídia na verdade fizemos algumas nos últimos anos. O problema é o custo dessas mídias. E quando falamos em recursos do SUS tem diversas demandas que precisam. Temos usado canais públicos, nós sempre tentamos nos comunicar com a população de alguma forma. Seja pela Voz do Brasil, pelo site do Ministério da Saúde, o blog da saúde, o facebook do Ministério da Saúde, as pessoas curtem muito. Tem a TV NBR do governo federal, TV Cultura. A mídia não paga. Nós temos tentado usar muito, mas não tivemos uma campanha oficial sobre a questão do sobrepeso e da obesidade. **É uma questão orçamentária mesmo**, (grifo da autora). Mas existe uma discussão de tentarmos colocar em prática esse controle da obesidade esse ano. ”

Nosso ponto: O que é informado à população?

Resposta: “Como eu falei como isso tudo chega na população? Pela Unidade Básica de Saúde, pela escola, pelo Centro de Referência de Assistência Social, CRAS, pela equipe de agricultura do município. Isso chega é pelos profissionais de saúde. Por isso o Ministério da Saúde produz muitos materiais, assim como a educação para subsidiar esses profissionais que estão na ponta, que conversem com as pessoas.

Perguntamos: São folhetos?

Resposta: “Esse guia alimentar, estamos mandando agora um para cada unidade básica de saúde. E mandamos juntos uma cartinha induzindo que aquela equipe faça uma discussão sobre o guia. Uma vez que o profissional está atualizado e empoderado, seja na consulta individual, seja no grupo, seja na visita domiciliar, ele pode falar de alimentação saudável, independente da formação. **É a forma como a informação chega para a população. Por ações de educação e saúde**”, (grifo da autora).

Inferimos que não houve mudanças perceptíveis no modelo de políticas públicas defendidos pelos gestores em organizações públicas, haja vista que decorridos mais de uma década, eles têm uma visão embaciada da realidade brasileira em saúde.

Incoerência na fala do responsável-chefe pela Comunicação do Ministério da Saúde, dizer em 2003, que “enfim todo tipo de atividade que de fato uma pessoa de 60, 65, 70, 75, 80 anos pode fazer ainda. ”. A diferença de 20 anos de idade entre as pessoas não permite que sejam dadas mesmas soluções para o problema de saúde que eles possam ter.

Dá também aos setores de saúde um espaço indiscutível quando da emissão de informações para a população sobre assuntos ligados à saúde. O “cidadão” é visto como àquele que simplesmente deglute a informação, sem nenhum critério de análise.

Nada animador conectar os depoimentos e, ao analisar as falas dos gestores do MDS e do MS, podemos deduzir que existe um padrão de comportamento dessas pessoas, ao defenderem as políticas públicas que implementaram. Nos remeteu ao que Bourdieu denominou de habitus. Parece que a realidade vivenciada pelos entrevistados, os administradores públicos, além dos limites da restrição econômica, o são, sobretudo, por ideologias e crenças.

### **A noção de ideologia na obra de Pierre Bourdieu**

A noção de ideologia adquire as mais variadas denominações na obra de Pierre Bourdieu. Nessas denominações, a noção de ideologia aparece, de modo alternado, como “sistemas ideológicos”, “sistemas simbólicos”, “representações do mundo social”, “visões de mundo”, “discursos”; “história reificada”, etc. Há que notar, em todas essas terminologias, a noção de ideologia adquire o significado que atribuímos ao termo: sistema de conceitos e proposições que visam explicar o mundo social e que se encontra instituído na exterioridade das consciências particulares.

Quando Bourdieu se refere às ideias e representações - sejam elas sistematizadas ou não - que se encontram presentes na subjetividade dos agentes sociais, ele as chama, de um modo geral, de “habitus”, de “história incorporada”; de “predisposições” ou simplesmente de ideias e representações. Assim, para entender a noção de ideologia no pensamento de Bourdieu é interessante observar como ele trata das ideias e representações que constituem a subjetividade dos agentes sociais e, em seguida, como ele trata das ideologias ou dos sistemas ideológicos.

O conceito de habitus constitui uma das noções fundamentais que compõe a teoria sociológica de Bourdieu. Por esta expressão, Pierre Bourdieu (1983a, p 61) denomina os sistemas de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente ‘reguladas’ e ‘regulares’ sem ser o produto de obediência a regras, objetivamente adaptadas ao seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas, sem ser o produto de obediência a regras.

Simplificando ao extremo, a noção de habitus se refere às ideias e representações que constituem a subjetividade dos indivíduos - portanto, suas predisposições para a ação - e que são adquiridas por eles ao longo de suas trajetórias sociais. Essas ideias e representações são “estruturas estruturadas” porque é o resultado da interiorização das estruturas objetivas; são também “estruturas estruturantes” porque elas são predisposições que tendem a nortear as práticas dos indivíduos e, portanto, a reestruturar as estruturas objetivas.

Com a noção de habitus Bourdieu pretendeu contemplar o “lado ativo” do sujeito que, segundo ele, estaria aprisionado nas teorias “mecanicistas”, “deterministas” que fazem dos sujeitos meros suportes das estruturas objetivas.

Assim, ao contrário da “teoria do reflexo” que estabelece uma determinação mecânica de uma base material sobre a consciência do indivíduo e, conseqüentemente, sobre as suas práticas; ao contrário do estruturo-funcionalismo que concebe às práticas dos indivíduos como “obediência a regras”, com a noção de habitus Bourdieu pretendeu estabelecer uma mediação entre as estruturas e as práticas (BOURDIEU, 1989, p. 59-73).

Neste sentido, o habitus funcionaria como um elemento que, dentro de certos limites, possibilitaria aos indivíduos elaborarem as suas estratégias de ação. Isto significa dizer que, ao agir, o indivíduo não necessariamente estaria orientando, consciente ou

inconscientemente, a sua conduta conforme as determinações das estruturas objetivas - ideais ou materiais - mas em conformidade com o seu habitus, isto é, com as ideias e representações que adquire ao longo de suas trajetórias sociais nas diversas esferas do espaço social.

Nas palavras de Bourdieu, “a ação não é uma resposta cujos segredos estariam inteiramente no estímulo detonador. Ela tem como princípio um sistema de disposições que chamo de habitus, que é o produto de toda a experiência biográfica (...)”. Esses habitus – continua Bourdieu – “espécies de programas montados historicamente, estão, de uma certa maneira, na origem da eficácia dos estímulos que os detonam, pois esses estímulos convencionais e condicionais só podem se exercer sobre organismos dispostos a percebê-los” (BOURDIEU, 1983, p.60).

É a noção de habitus que permitiu a Bourdieu compreender não apenas o comportamento do indivíduo, isoladamente, mas também o comportamento dos agrupamentos sociais. No que se refere aos grupos ou classes sociais, é o “habitus de classe” que exerce o papel de mediador entre as estruturas e as práticas. Embora Bourdieu reconheça que o habitus seja produto de uma experiência biográfica, ele não descarta a possibilidade de formação do habitus de classe, isto é, de esquemas de percepções e de ações comuns a determinados grupos de indivíduos que tenham percorrido trajetórias sociais semelhantes. Ou seja, para Bourdieu, “o fato de não existirem duas histórias individuais iguais, faz com que não exista dois habitus idênticos, embora haja classes de experiências ou classes de habitus que possibilitam que determinados indivíduos - consciente ou inconscientemente - orientem suas ações no mesmo sentido”. Pensar e agir em comum são apenas uma possibilidade, pois, conforme Bourdieu, “classe” não seria outra coisa senão “conjunto de agentes que ocupam posições semelhantes e sujeitos a condicionamentos semelhantes, logo, a práticas e tomadas de posições semelhantes” (...). Não é realmente uma classe - continua Bourdieu mais adiante - uma classe atual, no sentido de grupo e de grupo mobilizado para a luta. Poder-se-ia dizer, em rigor, que é uma classe provável, enquanto conjunto de agentes que oporá menos obstáculos objetivos às ações de mobilização do que qualquer outro conjunto de agentes. (BOURDIEU, 1989, p.136).

Deduzimos, assim, que os agentes públicos de saúde dos ministérios, ao ocuparem “posições semelhantes e sujeitos a condicionamentos semelhantes” decidiram por políticas

públicas iguais, apesar da realidade apontar que havia grande possibilidade de falha na sua implementação.

Mas também refletimos se, ao deixarmos para os governos o gerenciamento de nossas ações, estaríamos abrindo mão de nossa liberdade individual. Assim, sentimo-nos compelidos a discorrer, embora ligeiramente, sobre um teórico que discorda das ações do poder público, no que se refere as ações de uma pessoa, que só afetem a ela mesma (quaisquer que sejam). Trazemos as concepções do filósofo Mill, publicadas em 1859 e que são muito atuais. Escrita depois da morte de sua esposa, é o resultado de parte do plano que consistia em gravar todas suas conclusões filosóficas.

Ao falar sobre a liberdade humana o autor diz que compreende

“em primeiro lugar, o domínio interior da consciência; exigindo liberdade de consciência em seu sentido mais abrangente; liberdade de pensamento e de sentimento em relação a todas as questões, práticas ou especulativas, científicas, morais ou teológicas. Pode parecer que a liberdade de expressar e tornar pública opiniões enquadra-se sob um princípio diferente, uma vez que pertence à parte do comportamento individual que diz respeito a outras pessoas; mas tendo quase a mesma importância que a própria liberdade de pensamento, e se apoiando em grande parte nas mesmas razões, é praticamente inseparável desta”. (MILL, 2017, p. 85).

Continua Mill:

“Este princípio requer liberdade de gostos e propósitos; de configurar o plano da nossa vida de modo a se adequar a nosso próprio caráter, de fazer o que queremos, sujeitando-nos às consequências que se possam seguir: e sem impedimento de nossos semelhantes, enquanto o que fazemos não os prejudicar, mesmo que considerem nosso comportamento tolo, perverso ou errado.” (MILL, 2017, p. 85/86).

Completando seu raciocínio:

Em terceiro lugar, dessa liberdade de cada indivíduo advém a liberdade, dentro dos mesmos limites, de combinação entre os indivíduos; liberdade de se unirem para qualquer propósito que não acarrete dano a outros; desde que as pessoas que fazem tal combinação sejam adultas, e não estejam sendo forçadas nem enganadas. (MILL, 2017, p. 86).

Para Mill nenhuma sociedade na qual essas liberdades não sejam respeitadas em seu todo será livre, qualquer que seja sua forma de governo; e não será completamente livre nenhuma sociedade na qual elas existam de maneira absoluta e irrestrita. A única liberdade que faz jus a esse nome é a de perseguir nosso próprio bem ao nosso próprio modo, sem tentar privar os outros do seu, ou impedir seus esforços de obtê-lo. Cada um é guardião apropriado de sua própria saúde, seja corporal, seja mental ou espiritual. (MILL, 2017, p. 86).

Para Mill à parte as doutrinas peculiares de pensadores individuais, há também no mundo uma grande e crescente inclinação a ampliar indevidamente o poder da sociedade sobre o indivíduo, pela força da opinião e até mesmo a da legislação; e, como a tendência de todas as mudanças que ocorrem no mundo é de fortalecer a sociedade e diminuir o poder do indivíduo, essa instrução não leva a que os males desapareçam espontaneamente, mas, ao contrário, a que cresçam e se façam mais temíveis; A disposição da humanidade, seja como governantes ou concidadãos, de impor suas próprias opiniões e inclinações como regras de comportamento sobre os outros é tão energicamente sustentada tanto pelos melhores como pelos piores sentimentos que incidem na natureza humana, que dificilmente será restringido por qualquer coisa, a não ser a vontade do poder; e como o poder não está declinando, e sim crescendo, a menos que possa ser erigida uma forte barreira de convicção moral contra esse mal, devemos esperar, nas circunstâncias atuais do mundo, que o veremos aumentar. (MILL, 2017, p. 87).

### **Epistemologia e interdisciplinaridade**

Essa pesquisa está no campo da comunicação pública e da saúde coletiva, sendo um trabalho interdisciplinar, consideramos importante conceituarmos a interdisciplinaridade.

O termo interdisciplinaridade tem sido comumente utilizado como **interação** entre duas ou mais disciplinas, como **método** de pesquisa e de ensino, promovendo intercâmbio desde a simples comunicação das ideias até a integração mútua de conceitos, da epistemologia, da terminologia, dos procedimentos (SOMMERMAN, 2006).

Sommerman entende que o termo interdisciplinar consiste numa abordagem em que duas ou mais disciplinas intencionalmente relacionam-se entre si para alcançar maior abrangência de conhecimento. A interdisciplinaridade na perspectiva piagetiana trata de um nível de associação entre disciplinas “em que a cooperação provoca intercâmbios reais, isto é, existe verdadeira reciprocidade na permuta e, conseqüentemente, enriquecimentos mútuos” (SANTOMÉ, 1998 p.70).

Perceber a transformação epistemológica em curso é perceber que lá, onde esperávamos encontrar o simples, está o complexo, o infinitamente complexo. Que quanto mais fina é a análise, maior a complexidade que se abre à nossa frente. E, portanto, que o todo não é a soma das partes. (POMBO, 2005).

Colocado na ordem do dia pelo desenvolvimento de diversas ciências (das matemáticas, às ciências da natureza e às ciências humanas), este enunciado – “o todo não é a soma das partes” – tem tido impacto e influência extraordinária na nossa ciência e na nossa maneira de pensar a questão da interdisciplinaridade. É que, se o todo não é a soma das partes, a especialização tem que ser complementada, ou mesmo em alguns casos substituída, por uma compreensão interdisciplinar capaz de dar conta das configurações, dos arranjos, das perspectivas múltiplas que a ciência tem que convocar para o conhecimento mais aprofundado dos seus objetos de estudo. (POMBO, 2005).

Ao arguir sobre a interdisciplinaridade, a autora considera que é um fenômeno curioso que, embora não haja um conceito de interdisciplinaridade relativamente estável, a palavra tem utilização muito ampla e é aplicada em muitos contextos. Chama a atenção para projetos que hoje reúnem equipes interdisciplinares. Também colóquios ou mesmo congresso que hoje também são interdisciplinares. Teríamos assim um contexto epistemológico, relativo às práticas de transferência de conhecimentos entre disciplinas e seus pares. Qual é a reforma que hoje se não reclama da interdisciplinaridade?

Devido à necessidade de reorganização disciplinar, o conceito de interdisciplinaridade tem sido aplicado em vários contextos: a) ao epistemológico, b) o midiático, c) o pedagógico e d) o empresarial-tecnológico. No contexto **epistemológico**, se refere à prática de transferência de conhecimentos entre disciplinas e seus pares; no midiático, à abordagem de um tema por diversos especialistas; no contexto pedagógico, é utilizado para tratar questões relacionadas ao ensino, às práticas escolares, às permutas de informações entre professores e alunos, dos métodos de trabalho, e ao currículo; e, por fim, no contexto empresarial e tecnológico, no qual o termo vem apresentando uso exponencial no processo de gestão, com adoção, por exemplo, de equipes interdisciplinares no âmbito da concepção, do planejamento e da produção de bens e serviços. (POMBO, 2005)

Quanto ao contexto epistemológico, ponderamos, por experiência, a existência de grande esforço dos comunicólogos em fazer o exercício de transferência de informações para pesquisadores da saúde. Não foram poucas às vezes em que foi subestimada a ciência da comunicação, ao abordarmos seus pressupostos ou a comunicação pública que ocorre na saúde, quando em exposições ou debates nos espaços eminentemente da saúde como um todo. Devido à complexidade do tema e a necessidade premente de compreender o que é

Comunicação, algumas universidades têm procurado incentivar o estudo da comunicação em saúde, criando disciplina sobre esse campo.

Jornais, revistas, televisão, rádios e internet abordam diariamente temas relacionados a comunicação sobre saúde ou à sua falta (TABAKMAN, 2013). Por isso, a comunicação relacionada ao campo da saúde tem sido objeto de estudo e discussão de vários autores (ARAUJO, 2007; XAVIER, 2009; TABAKMAN, 2013; CAVACA, 2015). Esse campo (comunicação e saúde) é uma episteme<sup>2</sup> genuinamente brasileira e, desde a década de 1990, tem sido abordado em suas múltiplas interfaces (ARAUJO, 2007; PITTA, 1995).

O campo engloba tanto os conhecimentos peculiares à comunicação quanto os conhecimentos da área da saúde coletiva que, tratados em conjunto e exploradas as potencialidades de cada ciência, se inter-relacionam, interagem e convergem para um amplo palco interdisciplinar.

Esclarecemos que adotamos o termo interdisciplinar, conforme proposto por Japiassu (1976), que considera uma relação de cooperação e diálogo entre as “disciplinas”, sem a supremacia de uma sobre a outra e, sim, com trocas recíprocas e enriquecimento mútuo.

Para Immacolata( 2004:29):

“...a questão da interdisciplinaridade, hoje, parece remeter fundamentalmente ao pensamento complexo e a um renovado modo de produção de conhecimento. Refiro-me à pesquisa integrada, realizada por uma equipe multidisciplinar de investigadores, que possa abarcar o trabalho interdisciplinar da Comunicação de uma maneira mais satisfatória do que a pesquisa individual...”

Infelizmente, ao longo de 19 anos de atuação na área, não temos visto pesquisas de equipes de Comunicação na área da saúde coletiva, nem vice e versa. São, em geral, pesquisas individuais, em ambos os campos, a maioria preocupada com os assuntos de saúde nas mídias de massa, o que não é o nosso intuito.

É bom lembrar que os esforços de cruzamento interdisciplinar são movidos por uma força abrangente, que busca reintegrar sujeito e objeto, dissociados pela mente humana (WEIL, D’AMBROSIO, CREMA, 1993).

Sobre a interdisciplinaridade Braga (2004) propôs:

“No sentido geral a expressão refere-se à concorrência de várias disciplinas, duas ao menos, para a elaboração conceitual e/ou metodológica requerida no tratamento de um problema de pesquisa (isto é, na busca de conhecimento sobre um determinado fenômeno da realidade). A Comunicação, como todas as Ciências Humanas Sociais, pode se

---

<sup>2</sup>No pensamento de Foucault 1926-1984, o paradigma geral segundo o qual se estruturam, em uma determinada época, os múltiplos saberes científicos, que por esta razão compartilham, a despeito de suas especificidades e diferentes objetos, determinadas formas ou características gerais

beneficiar de aportes interdisciplinares, e frequentemente o faz. Não há porque opor resistência a esta tendência (contemporaneamente crescente) de articulações entre disciplinas. Ao mesmo tempo, a percepção da forte presença teórica "alheia" é base para questionamentos interessantes sobre o estado atual da formação do campo.

Continua ele:

“Há, entretanto, um outro sentido, conotado no Campo de Comunicação: que este, não tendo objeto específico nem questionamentos peculiares, seria apenas um aglomerado interdisciplinar, uma espécie de acordo ad-hoc de disciplinas para tratar de certos temas (não se especifica bem quais, nem porque seria necessário esse acordo especial fora das relações interdisciplinares habituais das disciplinas). Utiliza-se como argumento (a) aquela confluência do primeiro sentido; (b) a ausência de objeto específico consensual. Observo que os dois argumentos correspondem a duas boas premissas, como descrições adequadas, que são, das coisas. A conclusão tirada dessas premissas é que não parece decorrer logicamente delas. A essa posição, que recusa ao Campo a pretensão de uma constituição plena como disciplina, prefiro denominar de "postura interdisciplinarista" - e não se confunde com o simples reconhecimento da diversidade de aportes interdisciplinares.”

E ainda o mesmo autor

“Quanto a "interface" - parece ser um termo adequado para referir a presença de atividades, no espaço social, que envolvem origens, processos e objetivos não inicialmente confluentes (mas antes pertencentes a "áreas" diferenciadas). Assim, cada componente da atividade comparece com seu acervo (historicamente constituído) de práticas e de conhecimentos”.

Reconhecemos a enorme dificuldade que se faz presente em pesquisas interdisciplinares. Tivemos poucas interlocuções com pesquisadores da saúde, apesar de estarmos nessa arena desde 1999, quando, no mestrado, fizemos um estudo de caso do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato<sup>3</sup>. A maioria das pesquisas de Comunicação em Saúde é feita pelos pesquisadores de saúde, onde nota-se a supremacia dada à essa área.

### **O “setor saúde” e o campo da saúde coletiva**

Inicialmente, a saúde coletiva foi postulada como essencialmente um campo científico (PAIM, 1982; DONNANGELO, 1976; TEIXEIRA, 1985; RIBEIRO, 1991), onde se produzem conhecimentos e saberes disciplinares acerca do objeto *saúde*. Nesse sentido, o caráter **interdisciplinar** do objeto sugere uma integração dominante no plano acadêmico, e não no plano das estratégias de intervenção-transformação da realidade de saúde.

---

<sup>3</sup>O HSPE presta atenção primária e terciária, realizando transplantes, cirurgias cardíacas e outros procedimentos de alta complexidade.

De acordo com Paim (1982:18-9), o objeto da saúde coletiva forma-se “nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos”.

Para Donnangelo (1976), a saúde coletiva deve ser entendida como “conjunto de saberes” que subsidia práticas sociais de distintas categorias profissionais e atores sociais de enfrentamento da problemática saúde-doença cuidado.

Teixeira (1985:89) assim define a saúde coletiva: “área de produção de conhecimentos que tem como objeto as práticas e os saberes em saúde, referidos ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais onde a doença adquire significação”.

Para Ribeiro (1991), a saúde coletiva pode ser considerada um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde. Este campo conforma atividades de investigação sobre a situação de saúde, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária.

Em suma, a saúde coletiva também se constitui como âmbito de práticas, encontrando seus limites e possibilidades na distribuição **do poder no setor saúde e no campo político de uma dada formação social**, (grifo da autora).

Testa (1992) reconhece a saúde coletiva como uma prática social, uma construção histórica, propondo, portanto, o redimensionamento teórico da saúde como “campo de força” da produção científica e âmbito de aplicação da tecnociência<sup>4</sup>.

Trata-se de um espaço onde diferentes organizações e instituições sociais, constituídas por diversos agentes (especializados ou não), realizam ações concretas de promoção da saúde, dentro e fora do contexto social convencionalmente reconhecido como “setor saúde” (Paim & Almeida Filho, 1998). Mesmo considerando os atrativos imediatos de considerar políticas de saúde, ações de promoção, proteção e controle social e prescrições da saúde pública como “vetores e forças” contextualizadas **num setor do campo social de políticas públicas**, devemos explorar outros sentidos e significados que podem ser extraídos da retórica do “campo da saúde” (ROBERTSON, 1998).

---

<sup>4</sup>Tecnociência é um conceito amplamente utilizado na comunidade interdisciplinar de estudos ou pesquisas de ciência e tecnologia para designar o contexto social e tecnológico da ciência respectivamente. O termo indica um reconhecimento comum de que o conhecimento científico não é somente socialmente codificado e socialmente posicionado, mas sustentado e tornado durável por redes materiais não-humanas.

## O campo interdisciplinar da Comunicação em saúde

Foi intrincado para nós distinguirmos alguns elementos que acreditamos fazem parte do campo da Comunicação em Saúde. Apesar dos vários anos de pesquisa nesse contexto e, talvez até por isso, reconhecemos que, por ele estar em formação, a escolha dos ambientes que dele faz parte, têm sido uma luta tanto para os pesquisadores da comunicação quanto para os da saúde.

É com despreensão que apresentamos nossa visão sobre os elementos que devem fazer parte dessa arena. São 15. Os três iniciais são comunicação em saúde, saúde coletiva e saúde pública, os 12 seguintes estão conectados a eles

Tabela 1 – Elementos do campo da Comunicação em Saúde

Comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde. (Carvalho Teixeira, J. A. (1996).	A saúde coletiva consiste em um movimento sanitário de caráter social que surgiu no Sistema Único e Saúde, SUS. Esse movimento é composto da integração das ciências sociais com as políticas de saúde pública. A saúde coletiva identifica variáveis de cunho social, econômico e ambiental que possam acarretar no desenvolvimento de cenários de epidemia em determinada região. Por meio de projeções, feitas através da associação dos dados socioeconômicos com os dados epidemiológicos, é possível elaborar uma eficiente política de prevenção de acordo com as características da região.	A saúde pública consiste em um conjunto de ações e serviços de caráter sanitário que tenham como objetivo prevenir ou combater patologias ou quaisquer outros cenários que coloquem em risco a saúde da população. Como é dever do estado assegurar serviços e políticas voltadas para a promoção da saúde e bem-estar da população, o termo saúde pública é consideravelmente mais conhecido e utilizado que o termo saúde coletiva.
Alimentação e intersetorialidade - Essa pesquisa parte do pressuposto que o tema da alimentação integra um processo educativo. Podemos dizer que existe intersetorialidade da questão, já que não se analisa o alimento somente pelo ponto de vista da ciência e da saúde, mas também de política, cultura e meio ambiente.		
Promover a educação compreende todos os processos, institucionalizados ou não, que visam transmitir determinados conhecimentos e padrões de comportamento a fim de garantir a continuidade da cultura de uma sociedade.		
Cultura significa todo aquele complexo que inclui o conhecimento, a arte, as crenças, a lei, a moral, os costumes e todos os hábitos e aptidões adquiridos pelo ser humano não somente em família, como também por fazer parte de uma sociedade da qual é membro.		
Para Carvalho (2008, p. 9) tornou-se costume desdobrar a cidadania em direito civis, políticos e sociais. O cidadão pleno seria aquele que é titular dos três direitos. Cidadãos incompletos são os que possuem apenas alguns direitos. Os que não se beneficiem de nenhum dos direitos seriam não-cidadãos. Esclarece o autor (2008, p. 9) que os direitos civis são os fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante à lei.		
No Brasil, os governos são subdivididos em três principais categorias: Governo Federal, a instância responsável por todo o território nacional; o Governo Estadual, responsável pela organização de cada estado brasileiros; e os Governos Municipais, que respondem por cada um dos municípios de modo particular.		
O acesso à informação é um direito fundamental previsto no ordenamento jurídico brasileiro no art. 5º inciso XXXIII, bem como no inciso II do § 3 do art. 37 e no § 2 do art. 216 da Constituição Federal de 1988. Todos os cidadãos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse		

particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado, bem como o direito de acesso aos registros administrativos e a informações sobre atos de governo.
No contexto brasileiro, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.
Políticas Públicas – são conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico. As políticas públicas são um tipo específico de ação política. Em termos ideais, são manifestações avançadas da racionalidade dialógica e democrática que tipifica o mundo moderno, contrastando com outras formas e estruturas. (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 19).
Comunicação pública - Para Heloiza Matos (2006 p.71), “a Comunicação Pública se articula com a Comunicação Política na esfera pública, como local de interesse social de todos os agentes envolvidos. Nesta esfera, transitam recursos humanos (cidadãos, políticos, leitores), físicos (suporte da comunicação massiva, tecnologias interativas e convergentes), econômicos (capital, ativos em geral), comunicacionais (discursos, debates, diálogos estruturados dentro e fora das mídias massivas e recursos interativos). A questão central é saber, nesta esfera de relações, o que se busca e o que se é obtido: o poder está sempre em jogo, mas só os temas e interesses comuns dizem respeito à Comunicação Pública.
A economia pode-se definir como a ciência que estuda como as sociedades usam os recursos escassos e os processos de produção, a troca ou intercâmbio e consumo de bens e de serviços. O que quer dizer é que estuda o comportamento humano que deriva da relação existente entre as necessidades humanas e os recursos disponíveis que se precisam para satisfazê-las. Esta ciência ao estudar o comportamento humano e os recursos está relacionada com a ciência política geral das nações e, sobretudo, à vida das pessoas.
Essa pesquisa trabalha com o conceito de promoção da saúde, já que o Guia é uma política que visa reduzir as DCNT, movimento despontado nas décadas de 1970 e 1980, que muda a concepção preventiva do processo saúde-doença para um enfoque social e político determinantes das condições de vida das populações envolvidas. O movimento focaliza a saúde como produção social, marcada por um trabalho de cooperação com outros setores da sociedade e com ações centradas na educação.
Mídias consiste no conjunto dos diversos meios de comunicação, com a finalidade de transmitir informações e conteúdos variados. O universo midiático abrange uma série de diferentes plataformas que agem como meios para disseminar as informações, como os guias, jornais, revistas, a televisão, o rádio e a internet, por exemplo.

Elaborado pela autora.

## A interdisciplinaridade e o Guia

A produção e publicação do Guia Alimentar para a população Brasileira pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica, se “constitui como instrumentos para apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo, bem como para subsidiar políticas, programas e ações que visem a incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população.” (GAPB2a. ed., p.9).

Apresentando um conjunto de **informações e recomendações** sobre alimentação. A pretensão dos gestores é que todos os brasileiros – trabalhadores que estão envolvidos na promoção da saúde, agentes comunitários, educadores, formadores de recursos humanos e

outros – divulguem o conteúdo desta mídia de maneira que o teor de seja compreendido por todos, incluídas aqui as pessoas que tenham dificuldade de leitura. (GAPB, p. 11).

Inferimos que entre as pessoas que tenham dificuldades para a leitura estão os disléxicos, analfabetos e os com deficiências visuais.

### **As fotos como narrativas**

A fotografia, o cinema, a televisão, a publicidade são hoje elementos presentes no nosso cotidiano de modo cada vez mais intenso. Interagimos com as imagens sem percebermos o quanto elas impregnam o mundo contemporâneo, transmitindo e moldando valores fundamentais da nossa cultura. Estas imagens não falam por si só, mas expressam e dialogam constantemente com modos de vida típicos da sociedade que as produz. Nesse diálogo, elas se referem a questões culturais e políticas fundamentais, **expressando a diversidade de grupos e ideologias presentes em determinados momentos históricos**. Por meio da análise dessas imagens podemos melhor entender a mudanças e transformações que passaram os diferentes grupos sociais. (REIS, 2005:136)

Em termos de comunicação visual o Guia apresenta 90 fotos, que se inicia na página 11, com alimentos *in natura*, passando para uma criança se alimentando de arroz com feijão.

Depois mais oito fotos de alimento *in natura*, quando introduz fotos de peixe e carnes. Traz fotos nas demais páginas, que dão sustentação aos textos sobre os assuntos ali tratados. Nas 94 e 95, apresenta quatro pessoas em uma refeição. Procuraram mostrar a diversidade da nossa população, visto que aparece um senhor idoso de origem asiática, uma mulher adulta também asiática, uma mulher negra e um homem careca adulto. Nas páginas 100 e 101 aparecem três mulheres jovens, de novo a heterogeneidade, uma loura, uma morena e outra negra. Na 101 temos uma família feliz. As pessoas estão sempre sorridentes. Na 104 temos crianças, provavelmente na escola, também se alimentando. Na 117, aparecem apenas os braços de pessoas adultas em um restaurante comunitário. Na 124 a representação de uma mãe com um filho, sempre ditosos.

Não pretendemos fazer análise das fotos, mas inferimos que elas têm a finalidade de tornar o texto mais compreensível, atraente para seus leitores. A imagem, pela especificidade de sua linguagem, é mais flexível do que o texto, no sentido de acomodar em sua estrutura narrativa, múltiplos significados, sendo elemento essencial para que se possa analisar como estes significados são construídos, incutidos e veiculados pelo meio social. Além disso, o modo como as imagens são recebidas pelo receptor implica uma negociação de sentido que

transcende a própria imagem e que se realiza no contexto da cultura e dos textos com que ela convive. A imagem, assim, aponta para esses textos, podendo ser lida ela própria, como um texto. (REIS, 2005:136)

A mensagem fotográfica é conotada: ao nível da produção e da recepção da imagem. Como nos diz Barthes, em *A mensagem fotográfica* (BARTHES apud LIMA, 1990, p. 303-316)

A fotografia jornalística é um objeto trabalhado, escolhido, composto, construído, tratado segundo normas profissionais, estéticas ou ideológicas, por outro lado, não é apenas recebida, é lida, vinculada, pelo público que a consome, a signos, o que pressupõe códigos (de conotação). São estes códigos que devem ser estabelecidos.

Notamos a ausência de fotos de pessoas que realmente utilizam o serviço público de saúde. Essa mesma situação vivenciamos quando analisamos, em 2005, no doutorado, a *Cartilha Viver Mais e Melhor*. São modelos que posam para as fotos. No Guia não aparecem pessoas obesas ou com sobrepeso.

## Parte II – Guia Alimentar para a população Brasileira 1ª. e 2ª. edições

### Objetivos da pesquisa – original e prorrogações

Nosso objetivo geral no projeto original de análise era verificar se as políticas públicas e, conseqüentemente, a comunicação pública, determinadas pelas instituições brasileiras envolvidas na prevenção e contenção da obesidade eram factíveis, acessíveis e eficientes para a população obesa, considerando-se os aspectos socioeconômicos, culturais, hábitos alimentares, qualidade de vida. Para isso, pretendíamos comparar os parâmetros estabelecidos pelas políticas públicas no **Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade** com os resultados efetivamente alcançados nas propostas de intervenção da epidemia da obesidade. Averiguar se as políticas públicas e, conseqüentemente, a comunicação pública, determinadas pelas instituições brasileiras envolvidas na prevenção e contenção da obesidade eram factíveis, acessíveis e eficientes para a população obesa, considerando-se os aspectos socioeconômicos, culturais, hábitos alimentares, qualidade de vida.

### O porquê da mudança do objeto de estudo

Houve mudança no nosso objetivo geral e específicos, visto que ao fazermos as entrevistas nos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome obtivemos informações e documentação dos gestores comprovando que, por ser a obesidade multifatorial, será impossível o Sistema Único de Saúde (SUS) conseguir sozinho resolver o problema. Assim o MS em interlocução com MDS evidenciou que a obesidade era também um problema dele, pactuaram, então, uma forma conjunta de como iriam enfrentar a obesidade.

Ficou resolvido pelos protagonistas dos dois ministérios a criação de um instrumento, nesse caso o *Guia Alimentar para a população brasileira* (GAPB -2ª. ed.), que, segundo os gestores, está sendo distribuído e implementado em órgãos públicos, em o todo o país. Levou-se em consideração a ampliação de políticas social na área da saúde, educação, trabalho e emprego e assistência social que contribuiu para a redução das desigualdades sociais. Acrescente-se também a transição epidemiológica e nutricional que teve como consequência maior expectativa de vida e redução do número de filhos por mulher, além de mudanças importantes no padrão de saúde e consumo alimentar da população brasileira.

## **O conceito de condições de saúde**

Tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia, talhada na perspectiva da etiopatogenia, é largamente utilizada, em especial, pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas ela não serve para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, o objeto dos sistemas de atenção à saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Além disso, é uma tipologia que se assenta no conceito de doença e exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde. Por tudo isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvido, inicialmente, por teóricos ligados ao modelo de atenção crônica. (VON KORFF et al.;1997; HOFFMAN et al 2001 e LORIG et al, 2006), e depois acolhida pela Organização Mundial de Saúde (2003): as condições agudas e as condições crônicas.

A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque conforme assinalam Porter e Teisberg (2007) só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento.

### **Condição crônica**

O ciclo de evolução das condições crônicas tem um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar definitiva e permanente (VON KORF et al., 1997; SINGH, 2008).

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo, hereditariedade, estilos de vida, exposição ambientais e fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas.

Como o Brasil vem enfrentando aumento expressivo de sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias, e as doenças crônicas são a principal causa de morte entre adultos, considerou-se a necessidade da ampliação de ações intersetoriais que repercutam positivamente sobre os diversos determinantes da saúde e nutrição. Tendo como pressupostos os direitos à saúde e alimentação apropriada e saudável, o *Guia Alimentar para a população brasileira* (GAPB -2ª. ed.) é considerado documento oficial que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira, configurando-se como instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no SUS e também em outros setores.

Isto posto, entendemos que o *Guia Alimentar para a população brasileira* (GAPB – 2ª. ed.) se configura como um dos resultados das **políticas públicas** estabelecidas no Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade nas propostas de intervenção da epidemia da obesidade. Assim sendo, alteramos nosso objetivo, nos propondo a desvendar e analisar quais foram os resultados da aplicação dos cinco princípios que orientaram a elaboração do Guia na prevenção, monitoramento e controle das pessoas com sobrepeso ou obesas, na percepção dos 30 nutricionistas responsáveis pelos cuidados dessa população nas 51 Unidades Básicas de Saúde municipais, na zona sul da cidade de São Paulo.

Ressaltamos que com relação à avaliação dos guias alimentares, poucos países realizaram pesquisas abordando o conhecimento e o entendimento dos consumidores dessa mídia. Conclui-se que o processo de desenvolvimento dos guias alimentares é difícil e é necessário realizar planejamento para sua implantação e avaliação, esta última devendo se voltar tanto ao entendimento como ao impacto sobre a saúde da população-alvo. Essa foi a nossa intenção, levando-se em consideração que é uma pesquisa individual, felizmente acolhida em uma das melhores universidades pública do país, sem aporte financeiro de nenhum órgão público ou privado.

## **Guias e padrões alimentares**

Desde 1996, vêm sendo publicadas orientações pelo Comitê de Alimentação e Nutrição da Organização Mundial de Saúde para elaboração dos guias alimentares e vários países os desenvolveram de acordo com essas recomendações, apesar dos diversos problemas metodológicos enfrentados. A OMS propõe que os governos forneçam informações à população para facilitar a adoção de escolhas alimentares mais saudáveis em

uma linguagem que seja compreendida por todas as pessoas e que leve em conta a cultura local.

A elaboração de guias alimentares insere-se no conjunto de diversas ações intersetoriais que têm como objetivo melhorar os padrões de alimentação e nutrição da população e contribuir para a promoção da saúde.

Em consonância com as recomendações da OMS de atualizar periodicamente as recomendações sobre alimentação adequada e saudável, a partir de 2011, o Ministério da Saúde desencadeou o processo de elaboração de uma nova edição do *Guia Alimentar para a População Brasileira* (GAPB – 2ª.ed). Esta modernização foi incluída como uma das metas do Plano Plurianual e do I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, ambos relativos ao período de 2012 e 2015.

O *Guia* foi elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Núcleo de Pesquisa Epidemiológica em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (Nupen/USP) e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/Brasil).

A Coordenação-Geral de Alimentos e Nutrição (CGAN), do Ministério da Saúde, com a finalidade de promover a construção coletiva e proporcionar ampla participação e discussão do conteúdo do documento, organizou seis etapas para chegar à versão final.

Acreditamos ser relevante discorrermos sobre o primeiro Guia.

### **O primeiro Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB -1ª. ed.)**

O *Guia Alimentar para a População Brasileira* (GAPB – 1ª. ed.) de 2006 (MS, 2008) adota como conceito de sistema alimentar e nutricional o proposto por SOBAL et al (1998): “um conjunto de operações e processos envolvidos na transformação de matérias-primas em alimentos e de nutrientes em respostas nutricionais e que funcionam como um sistema contextualizado biofísica e socioculturalmente”. Esses autores criaram um modelo integrado para explicar por quais mecanismos os sistemas alimentares são afetados e se modificam.

O modelo inclui três subsistemas (produtor, consumidor, nutrição) e **nove** estágios (produção, processamento, distribuição, preparação, consumo, digestão, transporte, metabolismo).

O subsistema **produtor** enfatiza a criação de gêneros alimentícios. Envolve produção, processamento e distribuição. Produção consiste em transformar recursos de diversos ambientes em safras e commodities por meio de coleta, caça, pesca, agricultura e pecuária.

**Processamento** é a transformação do que foi obtido na produção em alimentos ou gêneros alimentícios que as pessoas possam consumir diretamente ou preparar em suas residências. O processamento pode incluir limpeza, moagem, cocção, embalagem, separação, montagem e preservação, entre outros procedimentos.

**Distribuição** é a transferência desses produtos até o local onde serão adquiridos no subsistema consumidor, o que inclui feiras livres, supermercados, sacolões, restaurantes, padarias, cantinas escolares etc. (SOBAL et al, 1998).

O subsistema **consumidor** foca na obtenção de alimento. Envolve aquisição, preparação e consumo. Aquisição consiste em procurar e escolher alimentos crus, processados ou preparados onde são distribuídos. A preparação é o conjunto de processos que ocorrem em uma cozinha, requerem recursos e habilidades culinárias e costumam seguir normas de determinada cultura.

**Consumo** envolve selecionar, servir e comer alimentos, inclusive em cerimônias, celebrações, rituais e outras formas de interação social culturalmente determinadas (SOBAL et al, 1998).

O subsistema fisiológico está focado na obtenção de nutrientes e no afastamento de contaminantes. Envolve **digestão, transporte** (até os órgãos do corpo) e utilização (pelo organismo) de nutrientes e substâncias naturalmente presentes nos alimentos ou adicionadas por processos industriais (SOBAL et al, 1998).

O objetivo desse modelo integrado de sistema alimentar é identificar as relações entre agricultura, comida, alimentação e saúde. Uma característica fundamental desse sistema é que ele não tem começo nem fim previamente determinados. Isto é, qualquer ponto do sistema pode influenciar seu funcionamento.

Por exemplo, a produção de determinados alimentos numa dada região do planeta pode ser influenciada por favores biofísicos do ambiente, como clima, energia, qualidade do solo, disponibilidade de água potável ou biodiversidade. O aumento ou a diminuição no consumo de certos alimentos numa dada época também pode variar na medida do

desenvolvimento tecnológico ou conforme a influência de outras culturas. “O pensamento sistêmico deliberadamente evita abordagens reducionistas que focam em apenas uma porção do sistema ou a enxerga de um ponto de vista de especialista” (SOBAL et al, 1998).

Considerar essas relações é relevante, entre outros motivos, porque as **escolhas do consumidor** interferem no sistema alimentar, e as informações direcionadas a ele podem interferir em suas escolhas.

Poulin (2006) considera o sistema alimentar também sob uma perspectiva sociológica. Cita Kurt Lewin para afirmar que, para ser consumido, o alimento precisa chegar até o consumidor e ser reconhecido por ele como comestível. E esse percurso entre o universo natural e a situação de consumo envolve deslocamentos e transformações realizados por atores sociais que mobilizam não apenas conhecimentos tecnológicos, como também representações (p. 252-3).

Segundo Sobal et al (1998), **falhas de comunicação** entre membros de diferentes subsistemas são comuns, pois cada subsistema tem seus interesses, indicadores e linguagens particulares. “Por exemplo, **nutricionistas** que organizam o mundo de acordo com nutrientes ou riscos à saúde podem ter dificuldades de se relacionar com produtores que abordam questões na perspectiva das commodities ou com consumidores que partem da perspectiva do gosto” (SOBAL et al, 1998).

Assim, **partiu-se da premissa de que ajustar a comunicação** com o público do Guia de modo que ele entenda as influências de suas escolhas não apenas em seu corpo, mas também, de modo mais amplo, no sistema alimentar é pré-requisito na promoção da alimentação saudável e adequada.

É esse tipo de conhecimento que Michael Pollan, jornalista *best seller* e professor da Universidade da Califórnia em Berkeley, busca resgatar no livro “Em defesa da comida” (POLLAN, 2008), obra em que ele apresenta o conceito de nutricionalismo. A “ideologia do nutricionalismo”, termo cunhado por Gyorgy Scrinis (SCRINIS, 2002), teria convencido cientistas, políticos, empresas e consumidores de que os alimentos que a natureza produz não passam de sistemas de transferência de nutrientes, portanto bastaria extrair deles o que interessa e aplicar esses componentes em qualquer produto apetitoso para termos alimentos sintéticos perfeitos. Mas, para Pollan (2008, p. 39), que cita Scrinis, “quando a ênfase está na quantificação dos nutrientes contidos nos alimentos (ou, para ser preciso, dos nutrientes

reconhecidos nos alimentos), qualquer distinção qualitativa entre alimentos naturais e processados tende a desaparecer”

Segundo Pollan (2008), o nutricionismo está construído em cima de três mitos: 1) o nutriente é mais importante que o alimento; 2) como os nutrientes são difíceis de compreender, só é possível se alimentar direito contratando a consultoria de um profissional; 3) alimentar-se serve exclusivamente à saúde do corpo (POLLAN, 2008, p. 15-16). Tais mitos teriam deixado de lado tudo que a humanidade sabia sobre o ato de comer antes de “descobrir” os nutrientes, incluindo o prazer, as manifestações culturais, os rituais e todo o significado não material das refeições em grupo. E isso com base em uma ciência da nutrição que elege novos vilões e novos heróis a cada par de anos, e a cada descoberta revela que na verdade está longe de saber tudo sobre os alimentos. “Deixar os cientistas decidirem o cardápio seria um erro. Eles não sabem o suficiente” (POLLAN, 2008, p. 20).

Scrinis (2013) diz que a história da margarina reflete algumas das maiores mudanças de paradigma ao longo das três fases da ciência da nutrição e das recomendações nutricionais (p. 1). Inventada por um químico francês no fim do século XIX como uma alternativa barata à manteiga de verdade, nos anos 1960 ela ganhou status de alternativa mais saudável que a manteiga, devido à diferença no perfil de gorduras dos dois produtos.

A pesquisa de Ancel Keys (1963) teria convencido a comunidade científica de que o consumo de gorduras saturadas estava associado ao risco aumentado de doença cardíaca, o que levou à conclusão imediata de que era mais saudável consumir gorduras não saturadas. Teria nascido aí a visão maniqueísta dos nutrientes que ainda rege as recomendações nutricionais: saudável é consumir nutrientes bons e evitar nutrientes ruins. “Esses especialistas consideraram os efeitos benéficos dos óleos poli-insaturados e os efeitos prejudiciais das gorduras saturadas como mais importantes que os tipos de processamento e os aditivos usados na fabricação da margarina” (SCRINIS, 2013, p.2).

A margarina é apenas o exemplo mais emblemático. Para Scrinis (2013, p. 2), a ideologia do nutricionismo moldou a pesquisa em nutrição desde o século XIX e desde então alimentou de modo crescente as recomendações alimentares, a regulação de rotulagem, a engenharia de alimentos, as práticas de marketing e o entendimento do público sobre nutrição.

Segundo Monteiro et al (2012a), “o processamento de alimentos é atualmente a principal força que modifica o sistema alimentar e o principal determinante da natureza das

dietas e dos estados de saúde e bem-estar a elas relacionados”. Os autores afirmam que o sistema em que se insere hoje a alimentação na maioria dos países de renda alta e em muitos de renda mais baixa é um novo sistema, de dimensões globais, diferente do que existia em épocas anteriores, que determina padrões alimentares a partir dos tipos de alimentos e produtos que as populações compram e consomem. Nos últimos 30 anos, esses padrões se modificaram muito rapidamente, juntamente com a prevalência de doenças, com impactos dramáticos na nutrição (MONTEIRO et al, 2012a, p. 3).

De acordo com a pesquisa desses autores, as últimas três décadas foram marcadas no Brasil por um aumento expressivo no consumo de alimentos que têm entre si as seguintes características em comum: são previamente preparados e prontos para o consumo; energeticamente densos; ricos em gorduras, açúcares ou sal; e hiperpalatáveis. São essas características desses alimentos, e não o consumo isolado de gorduras, açúcares e sal, dizem os autores, as responsáveis pelo **aumento da obesidade e doenças crônicas** associadas no mesmo período. Logo, **na comunicação com o consumidor voltada à promoção da alimentação saudável e da saúde**, a diferenciação desses produtos – que os autores chamam de ultraprocessados – merece destaque.

Produtos ultraprocessados não são feitos de alimentos. São feitos de ingredientes. Alguns desses ingredientes são derivados de alimentos, tais como os óleos, gorduras, farinhas, amidos e açúcar, mas muitos são obtidos a partir do processamento avançado de componentes dos alimentos, como óleos hidrogenados, proteínas hidrolisadas, amidos modificados e extrudados ou restos de carnes processadas. Em termos numéricos, a grande maioria dos ingredientes dos produtos ultraprocessados são aditivos de tipos variados, que incluem conservantes; estabilizantes, emulsificantes, solventes, ligantes, formadores de volume; edulcorantes, realçadores de sabor, saborizantes e corantes. A função de muitos desses [aditivos] é dar ao produto aparência, cheiro, consistência e gosto de comida (MONTEIRO et al, 2012a).

Em artigo anterior, Monteiro (2009) afirmava que o fator mais determinante da qualidade das dietas era o que é feito dos alimentos e seus nutrientes originais antes da compra e do consumo – ou seja, o processamento. Nesse comentário, o autor coloca a natureza, a extensão e o propósito do processamento dos alimentos, bem como o que acontece com eles como resultado, como a informação mais importante sobre o que comemos. Isso porque o ultraprocessamento indica a relevância das dimensões social, cultural, econômica, política, ambiental, comportamental, biológica e evolucionária da nutrição, bem como os aspectos evolucionários e históricos da alimentação. Nutrientes ainda são importantes, mas já não são a questão central (MONTEIRO, 2009).

No que se refere à forma como os consumidores enxergam os produtos ultraprocessados, parte do problema recai sobre a dificuldade de classificá-los entre grupos alimentares. Após o ultraprocessamento, já não pertencem a nenhum dos grupos de alimentos conhecidos, como carnes, vegetais, frutas ou laticínios. São combinações complexas de ingredientes derivados ou imitações de alimentos desses grupos, diferentes daqueles que qualquer um armazena em casa, cuja origem não é única e muitas vezes não é revelada, e não devem ser confundidos nem entendidos como pertencentes àqueles grupos de alimentos in natura ou minimamente processados. E alguns desses ingredientes são suspeitos por não ter comprovada a segurança de consumo.

Embora contenham ingredientes derivados de carne de frango – possivelmente, de partes de muitos frangos processados em conjunto –, “*nuggets* de frango” não deveriam ser considerados frango, nem posicionados ao lado do frango na pirâmide alimentar, nem avaliados nutricionalmente como equivalentes ao frango, pois são, por inúmeros fatores, completamente diferentes do frango (MONTEIRO et al, 2012a). Não se deve, portanto, permitir que o consumidor enxergue um “frango genérico” e “*nuggets* de frango” como fontes de proteína animal igualmente nutritivas e saudáveis. Há distinções importantes a fazer.

A primeira distinção proposta por Monteiro et al (2012a) é a segregação dos produtos comestíveis num grupo à parte (grupo 3), separado dos alimentos não processados ou minimamente processados (grupo 1) e dos ingredientes culinários (grupo 2). Além de características bioquímicas distintas, os alimentos dos grupos 1, 2 e 3 também contrastam no modo de consumo. Os ultraprocessados tendem a ser fáceis de comer ou beber: muitos dispensam mesa, prato, talheres e mastigação prolongada; podem ser consumidos rapidamente, no carro, na rua, de pé ou em movimento, o que favorece a substituição de refeições desfrutadas em grupo por uma alimentação solitária e acelerada (MONTEIRO et al, 2012a).

Monteiro et al (2012b) também ressaltam que é preciso diferenciar a indústria alimentícia útil e bem-vinda daquela predatória, desterritorializada, cujo único objetivo é alcançar lucros crescentes e exorbitantes por meio principalmente da venda de produtos ultraprocessados, a despeito da sustentabilidade de economias nacionais e locais e em detrimento da saúde e do bem-estar dos cidadãos, do meio ambiente ou da soberania dos povos. Esta segunda categoria de empresas de alimentos é atualmente referida na literatura

como “*Big Food*” ou “*Big Snack*”, em referência a “*Big Tobacco*”, como ficou conhecida a indústria de cigarros em razão de seu poderio contra a regulação (BROWNELL & WARNER, 2009).

Monteiro et al (2012a) reconhecem que os alimentos in natura ou minimamente processados também poderiam ser divididos conforme os métodos agrícolas adotados em sua produção, como confinamento versus pasto, ou monocultura versus diversidade de culturas, ou pesca versus criação de peixes, ou controle ecológico de pragas versus abuso de agrotóxicos, ou ainda agricultura orgânica versus modificação genética, mas preferem ater-se aos três grupos de alimentos acima mencionados por considerar que um sistema de classificação mais elaborado seria mais difícil de operacionalizar. Não se descarta, no entanto, a relevância desses métodos na análise dos impactos do consumo no sistema alimentar.

Pelo fato que os respondentes serão os profissionais de nutrição, explicamos como devem atuar e seu papel na Atenção Primária à Saúde.

### **O nascimento do primeiro Guia alimentar para a população brasileira (GAPB – 1ª. ed.)**

Além ser um instrumento de Educação Alimentar e Nutricional é também um documento indutor de **políticas públicas**, para além do setor saúde. Está em sintonia com o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional abordando a qualidade da alimentação, por meio da oferta de alimentos mais saudáveis, diversificados e que respeitem a cultura alimentar local.

O processo inicial para a concepção do primeiro Guia foi conduzido pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN<sup>5</sup>. Criada pelo Decreto nº 6.273 de 23 de novembro de 2007, está sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), e instalada na Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sesan).

---

<sup>5</sup> A Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) é uma instância governamental responsável pela coordenação e pelo monitoramento intersetorial das políticas públicas, na esfera federal, relacionadas à segurança alimentar e nutricional, ao combate à fome, e à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Integram a CAISAN o Pleno Ministerial<sup>6</sup> (20 ministros e ministras que hoje fazem parte do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA), Pleno Executivo (representantes dos ministérios), Secretaria-Executiva e Comitês Técnicos (instâncias de assessoramento que subsidiam a tomada de decisões).

### **Segunda edição do Guia (GAPB – 2ª. ed.): a quem se destina**

Existe a intenção que esse instrumento seja utilizado pelos profissionais de saúde, agentes comunitários, educadores e formadores de recursos humanos.

Na sua introdução, na página 11, consta: “Este guia é para todos os brasileiros... Almeja-se que ele seja utilizado nas casas das pessoas, nas unidades de saúde, nas escolas e em todo e qualquer espaço onde atividades de promoção de saúde tenham lugar, como centro comunitários, centros de referência de assistência social, sindicatos, centros de formação de trabalhadores e sedes de movimentos sociais”.

Ainda na introdução podemos ler: “Embora o foco principal seja a promoção da saúde e a prevenção de enfermidades, há a intenção, por parte dos seus formuladores, que as recomendações contidas nas suas 152 páginas sejam úteis a aqueles que “padeçam de doenças específicas. Neste caso, é imprescindível que nutricionistas adaptem as recomendações às condições particulares de cada pessoa, apoiando profissionais de saúde na organização da atenção nutricional”.

Ele não se dedica a alimentação de crianças menores de dois anos. Existe outro instrumento com essa finalidade.

### **Os cinco capítulos**

O guia está dividido em cinco capítulos, a saber:

---

<sup>6</sup> Fazem parte do Pleno Ministerial os seguintes ministérios: do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; das Cidades; do Desenvolvimento Agrário; da Educação; da Fazenda; da Justiça; do Meio Ambiente; do Planejamento, Orçamento e Gestão; da Saúde; do Trabalho e Emprego; da Integração Nacional; da Ciência, Tecnologia e Inovação; da Pesca e Aquicultura; das Relações Exteriores. Também a Casa Civil da Presidência da República e as Secretarias de Políticas para as Mulheres da Presidência da República; de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República; de Políticas dos Direitos Humanos da Presidência da República e Geral da Presidência da República.

No capítulo um há a descrição dos princípios que nortearam sua elaboração. Trata da relação entre **alimentação e saúde**, (grifo da autora) levando em conta nutrientes, alimentos, combinação dos mesmos, refeições e dimensões sociais e culturais das práticas alimentares.

Esses princípios fundamentam a proposição de recomendações que consideram o cenário da evolução da alimentação e da saúde no Brasil e a interdependência entre alimentação adequada e saudável e sustentabilidade do sistema alimentar. Acreditam que os diferentes saberes sustentam o compromisso com a ampliação da autonomia das pessoas nas escolhas alimentares, com a defesa do direito humano à alimentação adequada e saudável.

O segundo capítulo é dedicado às recomendações gerais sobre a escolha dos alimentos. Propõe que alimentos in natura ou minimamente processados sejam a base da alimentação.

O capítulo três traz orientações sobre como combinar alimentos na forma da refeição. As orientações se baseiam em refeições consumidas por uma parcela substancial da população brasileira, que ainda baseia sua alimentação em alimentos in natura ou minimamente processados.

O capítulo quatro traz os rumos sobre o ato de comer e a comensalidade, abordando as circunstâncias – tempo e foco, espaço e companhia – que influenciam o aproveitamento dos alimentos e o prazer proporcionado pela alimentação.

O capítulo cinco examina os fatores que podem ser obstáculos para a adesão das pessoas às recomendações do guia – informação, oferta, custo, habilidades culinárias, tempo e publicidade – e propõe para a sua superação a combinação de ações no plano pessoa e familiar e no plano do exercício da cidadania.

As recomendações são oferecidas de forma sintetizada em “Dez passos para uma Alimentação Adequada e Saudável”.

### **Alertas do Guia**

Ressaltamos que no Guia existe a afirmação que o ultraprocessoamento de alimentos é muito ruim para o ambiente, pois gera uma grande quantidade de resíduos sólidos e requer maior consumo de água e de energia em comparação aos alimentos minimamente processados. Também representa risco à diversidade de espécies.

Acreditamos que sendo a lógica da indústria reduzir custos, elas comprem apenas um tipo de laranja, de milho ou de soja. Quando consumimos diretamente os alimentos, percebemos a diferença entre, por exemplo, variedades de laranjas, de feijões ou de batatas. A cultura culinária garante a perpetuação desta variedade. Já quando consumimos formulações industriais feitas com base em substâncias extraídas dos alimentos, não conseguimos notar diferenças. Por exemplo, quando a formulação é feita com base em amido, não há diferença se este amido vem de um ou outro tipo de milho ou mesmo se vem do arroz ou da soja. Dentre os alimentos minimamente processados, o impacto ambiental não é homogêneo e, neste sentido, o guia recomenda que a alimentação esteja baseada em uma variedade de alimentos de origem vegetal, que são os de menor impacto ambiental, e que as carnes vermelhas, em particular, sejam consumidas em pequenas quantidades.

Quanto ao ato de comer, quando o fazemos sozinho, é maior a probabilidade de ligar uma televisão ou pegar um jornal para ler. Há estudos que mostram que o comer sem prestar atenção na comida (*mindless eating*, no inglês) prejudica os sensores naturais que nos indicam que a quantidade do que comemos já é suficiente. Quando se compartilha a refeição com mais pessoas, ampliamos naturalmente a variedade de alimentos, que é essencial para a boa alimentação e também reduz custo. Se cada um come sozinho, a opção mais econômica pode ser comprar algo pronto e pôr no micro-ondas. Essas orientações não são comuns nos guias alimentares e por isso o guia brasileiro tem atraído tanta atenção.

Como nossa amostra foram as nutricionistas que utilizam o Guia na UBS, importante saber onde esses profissionais atuam.

### **Áreas de atuação do nutricionista e seu papel na Atenção Primária à Saúde**

Segundo Resolução CFN N° 380, de 28 de dezembro de 2015, que dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, e dá outras providências. Em seu artigo 2º. define as seguintes áreas:

- I. Alimentação Coletiva - atividades de alimentação e nutrição realizadas nas Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN), como tal entendidas as empresas fornecedoras de serviços de alimentação coletiva, serviços de alimentação auto-gestão, restaurantes comerciais e similares, hotelaria marítima, serviços de buffet e de alimentos

- congelados, comissárias e cozinhas dos estabelecimentos assistenciais de saúde; atividades próprias da Alimentação Escolar e da Alimentação do Trabalhador;
- II. Nutrição Clínica - atividades de alimentação e nutrição realizadas nos hospitais e clínicas, nas instituições de longa permanência para idosos, nos ambulatórios e consultórios, nos bancos de leite humano, nos lactários, nas centrais de terapia nutricional, nos Spa e quando em atendimento domiciliar;
  - III. Saúde Coletiva – atividades de alimentação e nutrição realizadas em políticas e programas institucionais, de atenção básica e de vigilância sanitária;
  - IV. Docência - atividades de ensino, extensão, pesquisa e coordenação relacionadas à alimentação e à nutrição;
  - V. Indústria de Alimentos - atividades de desenvolvimento e produção de produtos relacionados à alimentação e à nutrição;
  - VI. Nutrição em Esportes - atividades relacionadas à alimentação e à nutrição em academias, clubes esportivos e similares;
  - VII. Marketing na área de Alimentação e Nutrição - atividades de marketing e publicidade científica relacionadas à alimentação e à nutrição.

Em 2006, o Ministério aprovou também a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria. 648/GM, 2006) e o Pacto pela Vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria n. 399, 2006), instrumentos legais que expressam as intenções e os compromissos dos gestores com a responsabilidade sanitária. No entanto, não se verificam nesses documentos determinações explícitas e objetivas para a efetiva incorporação das ações de alimentação e nutrição nos programas e ações de atenção primária em saúde. Essa lacuna veio a ser preenchida, em parte, com a publicação da Portaria Ministerial Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 154) - em especial os seus art. 1º e 2º, que dispõem sobre os objetivos do NASF e a importância da atuação integrada e em parceria dos profissionais de diferentes áreas de atuação, que constituirão esses núcleos de apoio à Estratégia Saúde da Família. (SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE NUTRICIONISTAS, 2008, p.18-19).

Entre os profissionais previstos a integrarem as equipes do NASF tipo 1 e NASF tipo 2, está o nutricionista, o qual, entende o CFN, deverá prioritariamente atuar nos âmbitos familiar e comunitário. A atenção nutricional individualizada deverá ser apoiada pelo

nutricionista do NASF de maneira indireta, a partir de suas funções de planejamento, organização, elaboração de protocolos de atendimento e de encaminhamento, formação e educação continuada dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família de sua área de abrangência. O nutricionista deve atuar em consonância com os demais profissionais do NASF e das equipes de Saúde da Família e com a área/setor responsável pela gestão das ações de alimentação e nutrição no município, visando qualificar a atenção à saúde e melhorar a sua resolubilidade. Deve ainda atuar de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e dos distúrbios alimentares e nutricionais que acometem a população local, contribuindo, assim, para segurança alimentar e nutricional da população atendida. (SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE NUTRICIONISTAS, 2008, p.19-20)

Apresentamos, a seguir, um conjunto de sugestões a serem consideradas pelos gestores e profissionais do SUS, no contexto da implementação das disposições contidas nos aludidos instrumentos legais. Reitera-se que a intenção é colaborar com a ação pública na implementação da Política Nacional de Saúde e, em particular, contribuir para que a importante e recente iniciativa dos NASF logre êxito e resultados concretos para a melhoria das condições gerais de saúde da população. Para tal, é condição fundamental que se aperfeiçoem e qualifiquem a gestão das ações de alimentação e nutrição e o cuidado nutricional na atenção primária em saúde. (SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE NUTRACIONISTAS, 2008, p.20)

Considerando o papel da alimentação como fator de proteção - ou de risco - para ocorrência de grande parte das doenças e das causas de morte atuais, considera-se que a inserção universal, sistemática e qualificada de ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde, integrada às demais ações já garantidas pelo SUS, poderá ter um importante impacto na saúde de pessoas, famílias e comunidades. Sendo esse nível de atenção o primeiro contato da população dentro do sistema de saúde, os profissionais devem incorporar uma visão ampla que considere as próprias condições de vida dos sujeitos e comunidades e, ainda, o contexto social de manifestação do processo saúde-doença. (SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE NUTRICIONISTAS, 2008, p.22).

Por inserção sistemática e qualificada entende-se a incorporação de profissionais de saúde de nível superior e médio, formados em temas gerais de saúde e capacitados para desenvolver ações de promoção da alimentação saudável direcionadas a indivíduos, em

todas as fases do curso da vida, e comunidades. Entende-se também que é importante a presença do nutricionista nos NASF e nas unidades básicas convencionais para: (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 648) atuar diretamente junto a indivíduos, famílias e comunidade; (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 648) participar de ações de educação continuada de profissionais de saúde; e (BRASIL. Lei n° 1.346) articular estratégias de ação com os equipamentos sociais de seu território de atuação, em prol da promoção da alimentação saudável, do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional. (SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE NUTRICIONISTAS, 2008, p.22-23).

A ação do nutricionista na atenção primária à saúde deve-se pautar pelo compromisso e pelo conhecimento técnico da realidade epidemiológica e das estratégias e das ferramentas de ação em saúde coletiva. Sua atual inserção nesse nível de atenção à saúde ainda está longe do recomendado e do necessário para lidar com a realidade epidemiológica nacional. (SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE NUTRICIONISTAS, 2008, p.23).

Com base em experiências prévias e estudos realizados<sup>7</sup>, a formulação e a implementação das ações de alimentação e nutrição na atenção primária em saúde devem considerar os seguintes elementos organizacionais:

(1) Níveis de intervenção: gestão das ações de alimentação e nutrição e cuidado nutricional propriamente dito (englobando ações de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento/cuidado/assistência);

(2) Sujeito das ações: o indivíduo, a família e a comunidade;

(3) Caráter das ações: universais, tais como aquelas ações que visam à garantia da SAN e à promoção de alimentação saudável (aplicáveis a quaisquer fases do curso da vida) e específicas, aplicáveis a uma determinada fase do curso da vida, ou seja, ações destinadas

---

<sup>7</sup> Segundo a “Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde”. O documento original detalha as ações por (1) nível de intervenção; (2) sujeito da ação e (3) caráter das ações. Essa matriz foi elaborada no âmbito do projeto “Inserção da Nutrição na Atenção Básica em Saúde” conduzido pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília, com financiamento da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde.

a gestantes, crianças, escolares, adolescentes, adultos e idosos. (SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE NUTRICIONISTAS, 2008, p.24)

Algumas ações de alimentação e nutrição, no âmbito municipal, já fazem parte da agenda programática da atenção básica<sup>8</sup> em saúde, embora ainda implementadas de maneira fragmentada e não universal. Dentre essas ações, estão incluídos o incentivo, o apoio e a proteção ao aleitamento materno; a vigilância alimentar e nutricional (SISVAN); programas de suplementação medicamentosa de micronutrientes (ferro, ácido fólico e vitamina A); o cuidado nutricional em programas de saúde para grupos populacionais específicos (risco nutricional, hipertensos, diabéticos, entre outros) e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. (SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE NUTRICIONISTAS, 2008, p.25).

No que se refere à atuação do nutricionista dos NASF, ainda que a responsabilidade prioritária seja a família e a comunidade, as ações de cuidado nutricional que tenham como sujeitos os indivíduos e que requeiram atendimento individualizado de competência privativa do nutricionista deverão ser encaminhadas aos profissionais das unidades de saúde que conformam a rede de atenção básica de saúde. O número reduzido de nutricionistas na rede de unidades básicas de saúde implica a necessidade de encaminhamento dos casos para os outros níveis de atenção à saúde, ou para a rede consorciada entre os municípios, atendidos os procedimentos de referência e contra referência estabelecidos nos respectivos protocolos, com vista a garantir os princípios de integralidade, universalidade e resolubilidade do SUS. (SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE NUTRICIONISTAS, 2008, p.26).

Daí a importância de organizar e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da atenção básica à saúde como um todo e não apenas no âmbito dos recém-criados NASF. Caso isso não seja feito, o potencial de intervenção desses Núcleos será restrito e pouco

---

<sup>8</sup> A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

resolutivo frente à magnitude do problema alimentar e nutricional que hoje atinge a população brasileira.

### **Parte III – Primeira pesquisa de campo: aplicada junto aos gestores dos ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e combate à Fome e outras organizações (exceto as nutricionistas)**

Esta etapa da pesquisa empírica, prevista no planejamento inicial do projeto, foi executada sob agudos processos burocráticos, levando-se em consideração os objetivos previamente traçados e os resultados almejados. Foram aplicados questionários, pela pesquisadora, para os gestores dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com perguntas fechadas e abertas com o intuito de coletar informações sobre seus pontos de vista de como “orientar e estimular, por meio de estratégias intersetoriais, ações para a prevenção e controle da obesidade na população brasileira, promovendo a alimentação adequada e saudável e a prática habitual de atividade física” que é o objetivo geral da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, promovendo modos de vida e alimentação saudável para a população brasileira.

Fazem parte da pesquisa, já com o objetivo de avaliar *o Guia alimentar para a população brasileira (GAPB – 2ª.)* uma engenheira agrônoma e pesquisadora do Laboratório de Educação e Política Ambiental – OCA e do Programa Interunidades em Ecologia Aplicada (ESAQ-USP); a presidente do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMUSAN) e Coordenadora de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) do Instituto Pólis; o professor do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública, Coordenador Científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológica em Nutrição e Saúde (NUPENS), elaborador técnico do Guia; a Coordenadora Técnica do Guia; o Diretor do Serviço de Endocrinologia do Hospital do Servidor Público Estadual.

### **Procedimentos metodológicos**

#### **Universo**

A primeira amostra da pesquisa de campo é composto pelos gestores dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; uma engenheira agrônoma e pesquisadora do Laboratório de Educação e Política Ambiental – OCA e do Programa Interunidades em Ecologia Aplicada (ESAQ-USP); a presidente do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMUSAN) e Coordenadora de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) do Instituto Pólis; o professor do Departamento de Nutrição da

Faculdade de Saúde Pública, Coordenador Científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológica em Nutrição e Saúde (NUPENS), elaborador técnico do Guia; a Coordenadora Técnica do Guia; o Diretor do Serviço de Endocrinologia do Hospital do Servidor Público Estadual e a segunda pelas 30 nutricionistas que atuam em 51 UBS.

### **Amostragem para o campo**

Dentre as opções possíveis de amostragem optamos pela não probabilística por conveniência em função de se tratar de organizações públicas. Foi intencional. Nesta, o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela.

### **Processos metodológicos quanto à aplicação de pesquisa junto aos gestores dos ministérios e demais respondentes (exceto as nutricionistas)**

Apresentamos o método do estudo no que se refere aos ministérios e demais organizações. Quanto as nutricionistas, explicamos como foi ao nos reportarmos a essa pesquisa de campo.

A decisão pela aplicação de questionário semiestruturado se deu pela utilização de um roteiro previamente elaborado. As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o respondente tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. A pesquisadora seguiu um conjunto de questões previamente definidas, mas o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. Ficou atenta para dirigir, no momento que achou oportuno, a discussão para o assunto que interessou fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudava a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Entendemos que esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados.

A principal vantagem da entrevista aberta e também da semiestruturada é que essas duas técnicas quase sempre produzem uma melhor amostra da população de interesse

Foram contatados, por telefone e posteriormente por e-mail os gestores dos ministérios que fazem parte do Pleno Ministerial da Caisan: a saber: do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; das Cidades; do Desenvolvimento Agrário; da Educação; da Fazenda; da Justiça; do Meio Ambiente; do Planejamento, Orçamento e Gestão; da Saúde; do Trabalho e Emprego; da Integração Nacional; da Ciência, Tecnologia e Inovação; da Pesca e Aquicultura; das Relações Exteriores.

Após o contato telefônico, que na maioria das vezes foi problemático pois não havia boa vontade em revelar o nome do gestor, pedíamos o e-mail deste explicando que se tratava de uma investigação na área da comunicação, com interface na saúde pública, conduzida por uma pesquisadora sênior da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo.

De posse do e-mail do gestor enviávamos os esclarecimentos sobre o projeto, objetivos, logística da pesquisa e garantia de sigilo. Havia também informações sobre a pesquisadora. Em seguida conferíamos, por telefone, se o e-mail havia sido recebido.

### **Elaboração do Questionário (exceto nutricionistas)**

O formulário da pesquisa de campo foi elaborado a partir do quadro teórico de referência, resgatando elementos dos custos de saúde, comunicação pública, políticas públicas, fármacos, educação relacionada à alimentação, atividade física e qualidade de vida.

Ao todo foram 50 questões. As entrevistas foram individuais e totalmente gravadas.

Os encontros foram pré-agendados pelos participantes, tanto quanto ao local, dia, quanto aos horários.

### **Questionário e justificativas**

O questionário foi fracionado em oito seções. Na primeira delas se solicitava dados gerais do respondente, como nome, idade, escolaridade, ocupação atual e há quanto tempo estava na função. Na segunda, as perguntas se referiam aos desafios do Plano de Segurança Alimentar e Nutricional. A terceira verificava os objetivos específicos do Plano, na quarta quais seriam as metas do Plano; na quinta avaliou-se a atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso ou obesidade; na sexta arguia-se as práticas educacionais para a saúde.

Na sétima os questionamentos referiam-se a vigilância alimentar e nutricional; e na oitava e última indagou-se sobre o Guia alimentar para a população brasileira, bem como formas de comunicação e informação

O instrumento está anexado ao final do relatório.

### **Considerações acerca do método de aplicação**

Houve praticidade na aplicação do questionário. A logística de gravar o conteúdo mostrou-se eficiente. A pesquisadora podia também conferir na hora se havia dúvidas e garantir o entendimento correto das perguntas.

### **Obtenção dos contatos dos respondentes da pesquisa**

Os dados dos ministérios mencionados e dos demais participantes foram colocados no mailing central da pesquisa, com os seguintes elementos: data do primeiro contato, e-mail do gestor, seu nome, cargo, telefone, resumo das narrativas e quantidade de e-mails trocados. Parte das informações foram encontrados nos portais dos ministérios e das organizações visadas. O mailing obedeceu a ordem de data de contato. Dos retornos obtidos, alguns nos forneceram os contatos dos gestores, outros disseram “não queremos participar”, “não temos tempo para atender no momento”, “não temos condições técnicas de participar” ou, ainda, não responderam ao convite.

### **Envio do questionário e Follow-up**

Aos primeiros e-mails enviados convidando a participar da pesquisa demos prazo de resposta de 15 dias úteis para resposta. Ao final desse limite, telefonamos para saber o que estava ocorrendo, concomitantemente foi enviada uma segunda mensagem aos não respondentes, reiterando o convite. Por fim, fizemos uma última tentativa enviando uma terceira mensagem aos que ainda não haviam respondido.

Ao final do prazo de 30 dias, uma última tentativa foi feita utilizando o contato telefônico com os ministérios que tinham acenado com a possibilidade de aceitar participar da pesquisa.

Iniciamos os contatos em 15 de abril de 2015 e terminamos em 16 de maio de 2015.

## **Processos da segunda pesquisa de campo com nutricionistas**

### **Hipóteses**

1. A prescrição do Guia não ampliou a autonomia das pessoas com sobrepeso ou obesas, que utilizam o serviço público de saúde, nas escolhas alimentares; e
2. A determinação do Guia sobre a “regra de ouro”: prefira alimentos in natura ou minimamente processados não foi seguida pelas pessoas com sobrepeso ou obesas que utilizam o serviço público de saúde.

Visto que o *Guia* discorre sobre **educação alimentar e nutricional**, quando da primeira prorrogação do projeto pretendíamos pesquisar nestas organizações: Ministérios da Educação e da Agricultura, Pecuária e Pesca e; Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional – CEI; Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA; Departamento de Suprimento Escolar – DSE. Isso não foi possível, porque apesar de nossa procura constante pelos possíveis responsáveis, todos eles declinaram a proposta de falar sobre o Guia.

Como falharam nossos esforços de obtermos dados dos órgãos acima citados e por entendermos que o *Guia Alimentar para a população brasileira* (GAPB – 2<sup>a</sup>. ed.) se configura como um dos resultados das **políticas públicas** estabelecidas no Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade nas propostas de intervenção dessa epidemia, alteramos nosso objetivo inicial, nos propondo a desvendar e analisar quais foram os resultados da aplicação dos cinco princípios que orientaram a elaboração do Guia na prevenção, monitoramento e controle das pessoas com DCNT, sobrepeso ou obesas, na percepção das 30 nutricionistas responsáveis pelos cuidados dessa população nas 51 Unidades Básicas de Saúde municipais, na zona sul da cidade de São Paulo.

Para tanto contatamos o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP/SMS-SP), que é um colegiado interdisciplinar independente, com “múnus público”<sup>9</sup> de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridades e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos, Resolução CNS 466/12 VII 2. As

---

<sup>9</sup> O múnus público é todo o dever e obrigação que o indivíduo presta para o poder público, baseado por leis e que cubram os interesses de todos os cidadãos em coletividade.

negociações tiveram início em setembro. Demos entrada no projeto em março de 2016 e, após diversos pedidos de novos documentos, fomos liberados para iniciarmos a pesquisa de campo em julho de 2016.

Assim sendo, solicitamos a Coordenadoria Regional de Saúde-Sul/Gestão de Pessoas que precisávamos que as 35 Supervisões Técnicas da Saúde da região sul de São Paulo nos enviassem os nomes de nutricionistas que utilizavam o Guia. Ocasão em que toda a documentação trocada entre a pesquisadora e o CET, revelando que o projeto tinha aprovado, foram enviados aos órgãos mencionados.

Fomos informados pela Coordenadora Regional de Saúde-Sul/Gestão de Pessoas que cada Supervisão Técnica tinha suas regras para o envio e que eles recomendariam a cada uma delas que atendessem ao nosso pedido, mas que deveríamos contatar as mesmas para que enviassem a lista com os nomes. Essa etapa foi de agosto a setembro de 2016. Finalmente, de posse da tabela telefonávamos para o nutricionista, explicávamos o motivo do contato e fazíamos um pequeno relato sobre a pesquisa, perguntávamos se poderia responder ao questionário, que seria enviado por e-mail. Caso positivo, expedíamos o questionário e também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que estão anexados ao relatório. Essa última fase foi de outubro a novembro de 2016.

Ressaltamos que a interlocução com as nutricionistas também foi difícil, visto que a participação não era obrigatória e sim um ato de cooperação. Perseverança, paciência, respeito e comprometimento foram necessários nesses contatos para construir uma relação de confiança.

Esta é uma pesquisa aplicada, pois objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos; é exploratória.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa que utilizará dados disponíveis sobre nutricionistas contratados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS/SP), dados populacionais do município de São Paulo e, como instrumento de coleta de informação, questionário semiestruturado com escala de Likert, aplicado em entrevistas individuais.

O instrumento está dividido em seis eixos – identificação; atuação; utilização do guia; aconselhamento de alimentação saudável e saúde; os alimentos e a alimentação; e

informação sobre alimentação saudável e saúde –, e cada um possui uma série de variáveis sobre as quais a análise debruçar-se-á, conforme indica a Tabela 2.

Tabela 2 – Eixos e variáveis considerados no instrumento utilizado na pesquisa

Eixos	Variáveis analisadas
I – Identificação	Nome, idade, estudou comunicação, especialização, mestrado, doutorado.
II – Atuação	Tempo exercício da profissão e na área da saúde pública, horas trabalhadas nas UBS, descrição do atendimento na UBS.
III – Utilização do guia	Há quanto tempo que utiliza o guia, benefícios que ele traz no controle e prevenção da DCNT para o profissional e para o paciente; as recomendações respeitam o momento socioeconômica da família brasileira? O que acha de fertilizantes orgânicos ou sintéticos em relação aos alimentos, também sobre o plantio de sementes transgênicas; níveis de confiança sobre as informações que o consumidor recebe das características dos alimentos que vai ingerir; como o indivíduo constitui a sua autonomia na escolha de alimentos; quais os fatores de natureza física, fatores culturais, econômicos, políticos e sociais para adotar alimentação saudável.
IV – Aconselhamento de alimentação saudável e saúde	Alimentos recomendados no café da manhã, almoço, jantar, lanches.
V – Os alimentos e a alimentação	Piores alimentos ultraprocessados; dificuldades para a pessoa escolher alimentos in natura, conserva-los e higiene dos mesmos; ambientes onde as pessoas se alimentam no que se refere a limpeza, conforto, tranquilidade.
VI – Informação sobre alimentação saudável e saúde	<p>Informação sobre a quantidade, qualidade e grau de confiabilidade de notícias disponíveis sobre alimentação saudável e saúde em guias, internet, rádio, revistas, TV, palestras, amigos, familiares e dos profissionais de saúde. Melhores canais para informar sobre alimentação saudável e saúde.</p> <p>Fatores que podem influenciar na compreensão do que é alimentação saudável e saúde: como a educação formal, nível socioeconômico, habilidades culinárias Habilidades culinárias, publicidade e custo, na sociedade moderna e alimentação saudável.</p> <p>Dificuldades ou não para o paciente mudar de alimentação. Alimentação baseada em carboidratos e proteínas.</p> <p>Definição de alimentação balanceada.</p> <p>Opinião sobre horta comunitária e alimentos orgânicos.</p> <p>Principais fatores sobre sobrepeso ou obesidade: alimentação inadequada, desmame precoce, estresse, fatores demográficos, genéticos, psicológicos, fumo e álcool, nível</p>

	de escolaridade, socioeconômico, pais obesos e sedentarismo.
--	--

### **Vantagens dos questionários online**

- Possibilita atingir grande número de pessoas de diversas localizações geográficas com baixo custo;
- Permite que as pessoas o respondam no momento que lhes pareça mais apropriado;
- Não expõe os pesquisados à influência da pessoa do pesquisador;
- Rentabiliza o tempo do pesquisador visto que não o faz perder tempo na contabilização das respostas.

De posse de todos os dados levantados com a pesquisa e após a análise e interpretação desses mesmos dados e informações, foi feita análise comparativa entre as respostas das nutricionistas e o conteúdo do Guia, verificando-se pontos de convergência e divergência.

Foi feita também o uso da análise quantitativa, por ser demonstrativa e possibilitar a exploração dos dados, além de generalizações e inferências para outros contextos.

## **Parte IV**

### **Os ministérios pesquisados**

#### **Ministério da Saúde**

##### **Histórico: do sanitarismo à municipalização**

Muito embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1808, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes. Na verdade, o Ministério limitava-se a ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só ministério. Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações.

Três anos após a criação do Ministério, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas.

O Instituto Oswaldo Cruz preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas. A Escola Nacional de Saúde Pública incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e o antigo Serviço Especial de Saúde Pública atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência a necessitarem de pronta mobilização, sem prejuízo de sua ação executiva direta, no campo do saneamento e da assistência médicos e sanitária aos estados.

No início dos anos 60, a desigualdade social, marcada pela baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas, ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. O planejamento de metas de crescimento e de

melhorias, conduziram o que alguns pesquisadores intitularam como a grande panaceia dos anos 60 - o planejamento global e o planejamento em saúde. As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas tiveram marcos importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde na gestão do então ministro, Estácio Souto-Maior, em 1961, com o objetivo de redefinir a identidade do Ministério da Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social.

Outro marco da história da saúde no âmbito ministerial ocorreu em 1963, com a realização da III Conferência Nacional da Saúde (CNS), convocada pelo ministro Wilson Fadul, árduo defensor da tese de municipalização. A Conferência propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização.

Em 1964, os militares assumem o governo e Raymundo de Brito firma-se como ministro da saúde e reitera o propósito de incorporar ao MS a assistência médica da Previdência Social, dentro da proposta de fixar um Plano Nacional de Saúde segundo as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde.

Com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel. Ficaram as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária.

O Ministério da Saúde passou por diversas reformas na estrutura. Destaca-se a reforma de 1974, na qual as Secretarias de Saúde e de Assistência Médica foram englobadas, passando a constituir a Secretaria Nacional de Saúde, para reforçar o conceito de que não existia dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica. No mesmo ano, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM - passa à subordinação direta do Ministro do Estado, para possibilitar-lhe maior flexibilidade técnica e administrativa, elevando-se a órgão de primeira linha. Foram criadas as Coordenadorias de Saúde, compreendendo cinco regiões: Amazônia, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, ficando as

Delegacias Federais de Saúde compreendidas nessas áreas subordinadas às mesmas. As Delegacias Federais de Saúde deixavam, assim, de integrar órgãos de primeira linha. É criada também, a Coordenadoria de Comunicação Social como órgão de assistência direta e imediata do Ministro de Estado e instituído o Conselho de Prevenção Antitóxico, como órgão colegiado, diretamente subordinado ao Ministro de Estado.

Do final da década de 80 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema.

### **Função do MS**

Tem a função de oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro.

O ministério tem o desafio de garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e dar condições para que esse direito esteja ao alcance de todos, independentemente da condição social de cada um.

### **Missão e atribuições**

Sua missão e atribuições foram definidas pela Lei Orgânica do Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 124/2011, retificado pela Declaração n.º 12/2012.

### **Missão**

O Ministério da Saúde é o departamento governamental que tem por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos seus resultados.

## **Atribuições**

Assegurar as ações necessárias à formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política nacional de saúde; exercer, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designado por SNS, funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção; exercer funções de regulamentação, inspeção e fiscalização relativamente às atividades e prestações de saúde desenvolvidas pelo setor privado, integradas ou não no sistema de saúde, incluindo os profissionais neles envolvidos.

Os assuntos de competência do Ministério da Saúde são:

- Política Nacional de Saúde
- Coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde
- Saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios
- Informações de saúde
- Insumos críticos para a saúde
- Ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos
- Vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos
- Pesquisa científica e tecnologia na área de saúde

## **Estrutura e competências**

As competências dos órgãos que compõem a estrutura do Ministério da Saúde estão discriminadas no Decreto no. 8065 de 7 de agosto de 2013.

## **Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE**

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE tem como principais competências a formulação implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. Cabe à SCTIE viabilizar a cooperação técnica a estados, municípios e DF, no âmbito da sua atuação; e articular a ação do MS – no âmbito das suas

atribuições – com as organizações governamentais e não-governamentais, com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde.

Além disso a Secretaria também formula, implementa e avalia as Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo hemoderivados, vacinas, imunobiológicos e outros insumos relacionados; participa da formulação e implementação das ações de regulação do mercado da Saúde; e fomenta, realiza e avalia estudos e projetos no âmbito das suas responsabilidades.

### **Secretaria de Atenção à Saúde - SAS**

A Secretaria de Atenção à Saúde – SAS é formada pelos departamentos de Atenção Especializada; de Regulação, Avaliação e Controle; de Atenção Básica; e de Ações Programáticas Estratégicas.

Por meio destes quatro departamentos, uma das principais ações da Secretaria é participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada, observando os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

### **Secretaria Executiva - SE**

A Secretaria Executiva – SE auxilia o Ministro da Saúde na supervisão e coordenação das atividades das demais Secretarias do Ministério da Saúde – MS e suas entidades vinculadas.

No âmbito do MS, ela supervisiona e coordena as atividades relacionadas aos sistemas federais de planejamento e orçamento; de organização e modernização administrativa; de contabilidade; de administração financeira e de recursos humanos; de informação e informática; e de serviços gerais.

Além disso, a SE também assessora o MS na formulação de estratégias de colaboração com organismos internacionais e supervisiona e coordena as atividades relativas aos sistemas internos de gestão e aos sistemas de informação relativos às atividades finalísticas do Sistema Único de Saúde – SUS.

## **Gestão Estratégica e Participativa - SGEP**

À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP compete formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do Sistema Único de Saúde – SUS e fortalecer a participação social. Além disso, a SGEP articula as ações do Ministério da Saúde, referentes à gestão estratégica e participativa, com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da área saúde.

A SGEP também apoia o processo de controle social do SUS, para o fortalecimento da ação dos conselhos de saúde; e promove, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde – CNS, a realização das Conferências de Saúde e das Plenárias dos Conselhos de Saúde, com o apoio dos demais órgãos do MS.

### **Unidades subordinadas**

A estrutura central do Ministério da Saúde é composta por sete secretarias responsáveis por elaborar, propor e implementar as políticas de saúde, sendo, assim, as executoras das atividades finalísticas do órgão. Outras unidades que compõem o ministério são a secretaria-executiva, o gabinete do ministro e a consultoria jurídica, responsáveis por atividades de assessoria e assistência direta às ações do ministro.

### **Órgãos Colegiados**

O Ministério da Saúde conta ainda com os seguintes órgãos colegiados: o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde Suplementar. São órgãos permanentes e deliberativos sobre temas relacionados à saúde, que reúnem representantes do Governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS.

### **Unidades Vinculadas**

Alguns órgãos não fazem parte da estrutura central do Ministério da Saúde, mas funcionam de forma vinculada ao mesmo. São as fundações públicas, as autarquias, as empresas públicas e as sociedades de economia mista. Essas unidades têm funções

específicas e atividades complementares que devem estar alinhadas com as principais questões da Saúde e com as prioridades do governo.

## **Estados e Municípios**

A estrutura da saúde pública no Brasil conta também com atuação das Secretarias Estaduais e municipais de saúde. A Constituição Federal de 1988 deu um importante passo na garantia do direito à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS. Seus princípios apontam para a democratização nos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais. Da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a ser norteados pela descentralização, com os estados e municípios assumindo suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como desenvolvendo ações que deem prioridade à prevenção e à promoção da saúde.

## **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**

### **Institucional**

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) é o responsável pelas políticas nacionais de desenvolvimento social, de segurança alimentar e nutricional, de assistência social e de renda de cidadania no país. É também o gestor do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

Criado em 23 de janeiro de 2004 pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, cabe ainda ao MDS a missão de coordenar, supervisionar, controlar e avaliar a execução dos programas de transferência de renda, como o Fome Zero, cujo maior expoente é o cartão Bolsa Família, bem como aprovar os orçamentos gerais do Serviço Social da Indústria (SESI), do Serviço Social do Comércio (SESC) e do Serviço Social do Transporte (SEST). É ainda o órgão que coordena a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), é resultado da vontade política de tratar a superação da pobreza e da fome como uma das principais prioridades do país.

A grandeza deste desafio exigiu a reorganização de estruturas e marcos legais, para que fosse possível desenvolver de forma célere e articulada, as políticas de inclusão social, transferência de renda condicionada, assistência social e segurança alimentar e nutricional.

Neste curto período de existência foi possível criar um sistema de proteção social que sustenta bem definida estratégia de combate à pobreza, em especial da pobreza extrema. O Ministério dá suporte ao funcionamento do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), faz a coordenação das ações intersetoriais de superação da pobreza extrema, no âmbito do Plano Brasil Sem Miséria e é responsável pelo maior programa de transferência de renda condicionada do mundo, o Programa Bolsa Família, que beneficia diretamente 50 milhões de pessoas.

O MDS também é responsável pela gestão do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), do Fundo Nacional de Combate e Erradicação da Pobreza (FNCP).

As políticas são desenvolvidas e implementadas em parceria com estados e municípios, com ações conjuntamente pactuadas e por meio de repasses fundo a fundo. Organizações da sociedade civil também estão integradas aos sistemas unificados e desempenham funções importantes, tanto na área de assistência social quanto de inclusão produtiva e segurança alimentar e nutricional. Instâncias colegiadas participam do ciclo de tomada de decisão e avaliação de políticas públicas de desenvolvimento social, com o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), a Comissão Inter gestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), este último ligado à Presidência da República.

Essa articulação entre gestores federais, estaduais, municipais e sociedade civil estabelece uma sólida rede de proteção e promoção social que quebra o ciclo de pobreza e promove a conquista da cidadania a milhões de brasileiros.

### **Estrutura organizacional**

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) conta em sua estrutura com os órgãos de assistência direta e imediata à Ministra de Estado, que são o Gabinete da Ministra (GM) e a Secretaria Executiva (SE), e com cinco secretarias:

### **Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS)**

A Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) faz a gestão da Política Nacional de Assistência Social e do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Também garante o funcionamento do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e implementa programas, benefícios e serviços da rede de proteção social.

### **Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc)**

A Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc) executa a Política Nacional de Renda de Cidadania e realiza as atividades de gestão do Bolsa Família e do Cadastro Único para Programas Sociais.

### **Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sesan)**

A Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sesan), que implementa a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e realiza ações estruturantes e emergenciais de combate à fome e de inclusão produtiva rural. A Sesan exerce o papel de Secretaria Executiva da Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).

### **Secretaria Extraordinária para Superação da Extrema Pobreza (Sesep)**

A Secretaria Extraordinária para Superação da Extrema Pobreza (Sesep) é responsável pela coordenação das ações e gestão do Plano Brasil Sem Miséria. A Secretaria articula e mobiliza os esforços do governo federal, estados e municípios para a superação da extrema pobreza.

### **Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi)**

A avaliação e o monitoramento das ações e programas desenvolvidos pelo MDS são atribuições da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi), que também realiza e divulga estudos e pesquisas e viabiliza ciclos de capacitação de agentes públicos e sociais.

## **Demais organizações**

### **Laboratório de Educação e Política Ambiental – OCA**

A Oca - Laboratório de Educação e Política Ambiental - é um espaço público destinado a realização de processos educacionais relacionados a proteção, recuperação e melhoria do meio ambiente e da qualidade de vida e ao aprimoramento humano em todas as suas dimensões. Está situada no Departamento de Ciências Florestais da Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, campus da USP em Piracicaba (ESALQ/USP) e vem sendo construída, desde o final dos anos 80, por estudantes, professores e funcionários da USP e de pessoas e instituições que a ela se associaram ao longo da sua história.

### **Linhas de Pesquisa e Intervenção Educacional da Oca**

A Oca atua em atividades de ensino, pesquisa, extensão e gestão, procurando contribuir para a formulação, implantação e avaliação de políticas públicas e propostas pedagógicas de Educação Ambiental, nas seguintes áreas:

1. Gestão e Administração pública em distintas esferas e territórios: Municipal, Estadual, Federal, Regional, por bacias hidrográficas;
2. Escolas e outras Estruturas e Espaços Educadores;
3. Redes, Movimentos Sociais e Associações de Cidadania;
4. Empresarial.

Com uma equipe integrada e interdisciplinar de profissionais e estudantes, comprometidos com os princípios e ideais do Tratado de Educação Ambiental para Sociedades Sustentáveis e Responsabilidade Global, a Oca atua junto aos mais diversos setores da sociedade (órgãos públicos, ONGs, empresas privadas, prefeituras, associações, escolas, etc.), no desenvolvimento de programas de Educação Ambiental a partir da enunciação, fundamentação e planejamento de projetos de futuro que propiciem a gestão participativa, democrática e crítica da EA. Assim, a Oca participa de Redes, Jornadas, Comissões, Coletivos e articulações locais, regionais, nacionais e internacionais de Educação Ambiental, promovendo diagnósticos participativos, organização de centros, redes, legislação, cursos, palestras, oficinas, seminários, eventos, materiais didáticos, desenvolvimento de subsídios teóricos, fomento, monitoramento, avaliação, tecnologias, pesquisa e inovação, fundamentados e construídos participativamente.

## **Valores e Objetivos**

As atividades realizadas pela Oca destinam-se à produção de conhecimentos e à resolução de problemas com perspectiva educacional fundamentada no ideário ambientalista, onde se destacam:

- Interdisciplinaridade em projetos e ações educacionais;
- Cultura de procedimentos democráticos, de autogestão e de cidadania ativa;
- Exercício cotidiano de transparência nas relações;
- Diálogo no mapeamento, enfrentamento, gestão e avaliação de conflitos;
- Construção de conhecimento através de comunidades interpretativas e de aprendizagem;
- Pensamento e ação global, local e pessoal;
- Participação emancipatória;
- Políticas Públicas voltadas a construção de um Sistema Nacional de Educação Ambiental que contemplem Coletivos Educadores e Salas Verdes.

Portanto, uma Educação Ambiental dinâmica que integra os seres e os saberes em harmonia com a paisagem (Bacias Hidrográficas, Agricultura, Floresta), a partir da valorização, recuperação, conservação e melhoria da bio e da sócio diversidade, incorporando e compartilhando atitudes conscientes e sustentáveis, tais como o consumo responsável, a gestão de resíduos (coleta seletiva, reciclagem de lixo), numa perspectiva de eco eficiência que contribua efetivamente para a construção de sociedades sustentáveis.

## **COMUSAN**

O Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional - COMUSAN-SP, foi instituído pelo Decreto nº 42.862, de 13 de fevereiro 2003, e atualizado estruturalmente pelo Decreto nº 50.126/08, com o objetivo de contribuir para a concretização do direito constitucional de cada pessoa humana à alimentação e à Segurança Alimentar e Nutricional.

As atividades do COMUSAN-SP envolvem a proposição, acompanhamento e fiscalização das ações do governo municipal nas áreas de segurança alimentar e nutricional; a articulação de áreas do governo municipal com as organizações da sociedade civil para a

implementação de ações voltadas ao combate das causas da miséria e da fome, no âmbito do Município; o incentivo de parcerias de caráter regional que garantam mobilização dos setores envolvidos e racionalização do uso dos recursos disponíveis; a coordenação de campanhas de conscientização da opinião pública com vistas à união de esforços; a cooperação na formulação do plano municipal de segurança alimentar e nutricional; a proposição de estratégias, normatizações, projetos e ações que implementem o Código Sanitário do Município de São Paulo, no que concerne à segurança alimentar e nutricional, bem como opinar a esse respeito.

O COMUSAN-SP é composto 45 Conselheiros Titulares e 45 suplentes. O último mandato teve início no dia 16 de dezembro de 2010, com duração de 3 anos, dos quais 15 titulares representam o poder público municipal, estadual e federal e 30 titulares representam a sociedade civil organizada, incluindo áreas do setor de alimentos, divididos nas regiões Norte, Sul, Leste I, Leste II e Oeste/Centro.

O COMUSAN-SP também recebe denúncias da população sobre assuntos referentes à alimentação e nutrição.

### **Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)**

O que é Segurança Alimentar e Nutricional: garantir que todas as pessoas tenham acesso a alimentos básicos de qualidade, suficiente e de modo permanente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com práticas alimentares saudáveis para o desenvolvimento integral da pessoa humana (Lei nº 11.346/06).

No Brasil, a construção do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) tem envolvido um amplo leque de redes, organizações e movimentos sociais. Nesse processo, o Fórum Brasileiro de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional cumpriu um papel estratégico na medida em que promoveu, ao longo da sua história, diálogos sobre a questão com o poder público, pautando a criação de conselhos com a participação da sociedade civil.

Para o Fórum, a SAN está umbilicalmente ligada à garantia do Direito Humano à Alimentação. Ou seja, de todas as pessoas, independente de etnia, sexo, origem, idade ou orientação sexual, estarem livres da fome e para se alimentarem de forma saudável e adequada as suas culturas. Ao passo que cada país tem que ter a possibilidade de definir suas

políticas de produção, distribuição e consumo de alimentos, em resumo, possuir Soberania Alimentar.

Os alimentos são condições fundamentais para a autonomia dos povos, por isso, não podem estar submetidos aos interesses econômicos e de livre comércio entre os países. Agricultores e agricultoras, agroextrativistas, pescadores, povos indígenas e quilombolas, entre outras comunidades tradicionais, precisam decidir o que e como cultivar. Ao mesmo tempo, é dever do poder público proteger, prover, informar, monitorar e garantir a realização destas práticas.

É fundamental que sejam desenvolvidas ações de acompanhamento da situação alimentar e nutricional nos diferentes ciclos da vida. Cabe destacar que as responsabilidades de preparo de comida e do cuidado com a família recaem, em grande maioria, sobre as mulheres. E é sobre elas também que a insegurança alimentar e nutricional se manifesta com maior frequência. Uma política de SAN, portanto, precisa gerar o empoderamento delas, contribuindo para a conquista da equidade de gênero na sociedade. Nesse sentido, políticas de geração de emprego e renda são essenciais, já que grande parte do orçamento das famílias, principalmente das mais pobres, é comprometida pelos gastos com a alimentação.

Entre os motivos para o encarecimento dos alimentos está o transporte desses por longas distâncias e o controle pelas redes de supermercados. Na lógica da SAN, produtores e consumidores se aproximam, dispensando atravessadores, e buscam um preço justo para ambos. Por isso, é objetivo fortalecer os ciclos locais de comercialização dos alimentos. E, como consequência, ter uma oferta alimentar mais diversificada.

Porém, a escassez de água pode comprometer a capacidade de produção de alimentos para autoconsumo e para abastecimento das cidades. O acesso a esse bem natural, livre de contaminações e em quantidade suficiente, é condição essencial para a conquista da SAN. Assim como a garantia do acesso à terra e aos meios de produção, com a realização de uma Reforma Agrária ampla e imediata, e a garantia dos direitos territoriais das populações tradicionais.

Os alimentos devem ser promotores de saúde e, portanto, estarem livres de contaminações biológicas, químicas e genéticas, como micro-organismos, agrotóxicos e transgênicos. Em jogo, também está o meio ambiente, de forma que a busca pela SAN está em uma direção oposta a um modelo de agricultura e pecuária que promova desmatamentos e desertificações, como o agronegócio.

O FBSSAN defende que, no lugar de fortalecer monoculturas, o Estado se volte para a agricultura familiar de base agroecológica, valorizando o papel ativo de agricultoras e agricultores na construção coletiva do conhecimento. O sistema alimentar engloba diferentes frentes: produção, processamento, abastecimento e consumo dos alimentos. Nos princípios da SAN, estas são social e culturalmente justas, economicamente viáveis e ambientalmente sustentáveis.

### **Faculdade de Saúde Pública**

A origem da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo é ligada a criação do “Laboratório de Higiene” em 9 de fevereiro de 1918 pelo convênio firmado entre o Governo do Estado de São Paulo e a Fundação Rockefeller, funcionando como Cadeira da Faculdade de Medicina.

Quatro anos depois, sob o comando de Geraldo Horácio Paula Souza, o então Laboratório de Higiene foi desvinculado dessa Faculdade e rebatizado como Instituto de Hygiene, dando início a uma visão multidisciplinar do tema higiene.

Essa visão mante-se vigente com a criação do primeiro centro de saúde do país, anexo ao Instituto, servindo como um modelo de referência para os estudantes do primeiro curso de especialização em Saúde Pública, que era destinado não somente a médicos, mas também a engenheiros e outros profissionais sanitaristas. Outro curso pioneiro foi a primeira Graduação em Nutrição do país, criado pelo professor Paula Souza como uma estratégia de melhorar a saúde dos trabalhadores da indústria pela alimentação em 1939.

Dessa forma, a partir da década de 50 a então Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo (nova denominação do Instituto de Hygiene) passa a ter um importante papel em ações de prevenções de doenças e controle de epidemias. Entre essas ações pode-se citar a fluoração da água para diminuição da incidência de cáries em crianças, o estudo de Yaro Gandra que permitiu a iodação obrigatória do sal de cozinha e as pesquisas e ensino para o combate à tuberculose.

Após o regime militar e redemocratização do país, e criação de outras instituições de saúde pública, há uma reformulação da estrutura dos cursos devido à diminuição da demanda de sanitaristas. No entanto, houve uma expansão da atuação em áreas específicas, como a de

estatística – que forneceu dados importantes para estudos da OMS/OPAS – e da saúde do trabalhador.

Atualmente a antes chamada Escola de Higiene recebe a denominação de Faculdade de Saúde Pública, isso desde 1969 e possui dois cursos: o de Nutrição e o recém-aprovado curso de Saúde Pública, além de cursos de cultura e extensão e o Programa de Pós-graduação em Nutrição e Saúde Pública, que mantém o caráter multidisciplinar da Faculdade – uma tradição dessa instituição.

A Faculdade de Saúde Pública trabalha constantemente para a construção de novos conhecimentos que auxiliem na inovação e desenvolvimento de tecnologias e de políticas públicas. Seu objetivo é a melhoria das condições de saúde da população brasileira. As principais áreas de pesquisa da Instituição são: Epidemiologia, Nutrição, Saúde Ambiental, Saúde Materno-infantil e Serviços de Saúde Pública – que representam os cinco departamentos da Faculdade.

As pesquisas são pautadas pelos interesses e prioridades da Saúde Pública, valorizando a excelência e a inovação. A Faculdade tem uma produção científica expressiva e busca a interdisciplinaridade e a integração com demais instituições de pesquisa e serviços, para o fortalecimento e difusão do saber.

### **Histórico – Departamento de Nutrição**

O Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo originou-se do Instituto de Nutrição, fundado pelo Professor Geraldo de Paula Souza, em 1927.

Em 1938, Paula Souza solicitou ao Governo do Estado a criação de um Centro de Estudos sobre alimentação, anexo ao Instituto de Higiene. Este Centro foi criado pelo decreto nº 9.966, de 06/01/1939. Poucos meses depois, o então Interventor Federal no estado de São Paulo, Doutor Ademar Pereira de Barros, pelo Decreto Estadual nº 10.617 de 24 de outubro de 1939, criou, no Instituto, um curso destinado à formação de nutricionistas. Segundo as exigências legais, o curso de nutricionistas tinha a duração de 1 ano e para admissão, os candidatos eram obrigados a fazer exame vestibular. Esse curso transformou-se no Curso de Graduação em Nutrição de nível universitário em 1964.

Em 1945, a Cadeira de Higiene transformou-se no Instituto de Higiene, independente da Faculdade de Medicina, que se transformou na Faculdade de Higiene e Saúde Pública, que passou a ser denominada apenas de Faculdade de Saúde Pública a partir de 1969. Nessa ocasião a Cadeira de Higiene Alimentar tornou-se o embrião do atual Departamento de Nutrição.

Desde então, tanto o Curso como o Departamento sofreram diversas modificações até o formato atual.

## **IAMSPE/HSPE**

O Iamspe - Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - é uma autarquia ligada à Secretaria Estadual de Gestão Pública cujo principal objetivo é prestar atendimento médico aos funcionários públicos estaduais, seus dependentes e agregados.

O Instituto possui três departamentos que são o Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" - HSPE-FMO, o Departamento de Administração e o Departamento de Convênios e Assistência Médica - Decam, que coordena 18 Centros de Assistência Médica Ambulatorial - Ceamas, espalhados pelas principais cidades do interior paulista, além de centenas de convênios com importantes hospitais, clínicas e laboratórios, que atendem aos funcionários dentro de suas próprias regiões.

O Hospital do Servidor foi inaugurado em 9 de julho de 1961, na capital, completando 47 anos de existência em 2008. Desde que foi criado passou por mudanças estruturais até chegar no modelo atual que é o Iamspe. É mantido pelo desconto de 2% em holerite do funcionalismo público estadual, oferece um sistema de saúde de alta, média e baixa complexidade e de baixo custo aos seus usuários.

## **Serviços**

Quadro de 43 especialidades médicas; Assistência Domiciliar; Atenção ao Idoso; Serviço de Medicina Social; Bancos de Sangue; Bancos de Tecidos; Banco de Olhos; Banco Leite Humano.

## **Unidades Básicas de Saúde – UBS**

Como a pesquisa foi realizada com nutricionistas, das áreas da Nutrição Clínica e Saúde Coletiva, que atuam em UBS, é importante contextualizar essas organizações públicas. Esses dados não constam dos relatórios anteriores.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desses postos é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais.

Até setembro de 2011, o país contava com 38 mil UBSs. Nelas, os usuários do SUS podem realizar consultas médicas, curativos, tratamento odontológico, tomar vacinas e coletar exames laboratoriais. Além disso, há fornecimento de medicação básica e também encaminhamentos para especialidades dependendo do que o paciente apresentar.

Em 2011, já foram selecionados 1.219 projetos para construção de UBS. Essas unidades serão construídas em cidades extremamente pobres. Até 2014, estavam previstas mais de 25.520 UBS construídas, ampliadas ou reformadas, a partir do censo de infraestrutura da Atenção Básica. Terão prioridade os municípios do Programa Brasil Sem Miséria que ainda não foram contemplados pelos equipamentos.

A expansão das Unidades Básicas de Saúde tem o objetivo de descentralizar o atendimento, dar proximidade à população ao acesso aos serviços de saúde e desafogar os hospitais.

Em julho de 2017, o Ministério da Saúde lançou uma consulta pública direcionada a empresas que queiram se credenciar para levar soluções de informática às UBSs de todo o país. O objetivo é cadastrar digitalmente todas as informações dos usuários do SUS, facilitando o acesso aos dados do cidadão em todas as unidades de saúde. Segundo o Ministério, o Brasil possui 42.488 UBS em funcionamento. Deste total, 15.158 (35,7 %) UBSs enviam dados por meio do Prontuário Eletrônico dos pacientes. (CRUZ, 2017).

## Parte V – Resultados principais das entrevistas com as nutricionistas

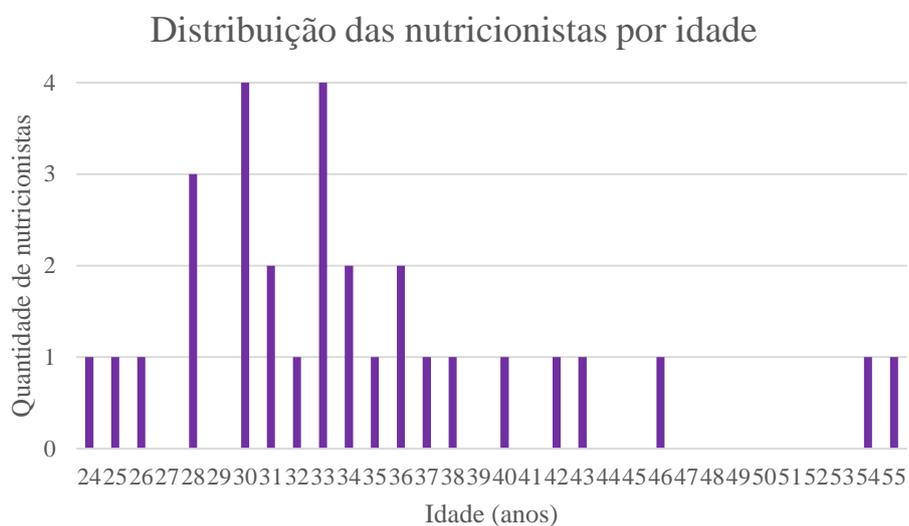
### Análise do questionário das nutricionistas:

#### I – Identificação

##### 1. Todos os respondentes são mulheres

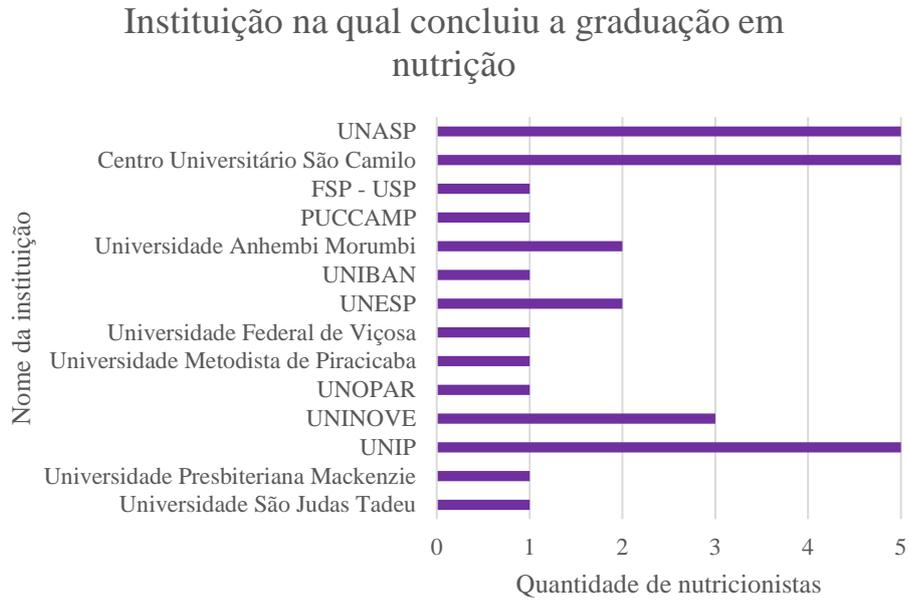
Segundo dados do Censo Escolar de 2016 que permitem visualizar que cursos, áreas e universidades têm maior proporção de alunos homens e mulheres vimos que aproximadamente 80% são mulheres nos cursos de Nutrição<sup>10</sup>.

##### 2. Idade:

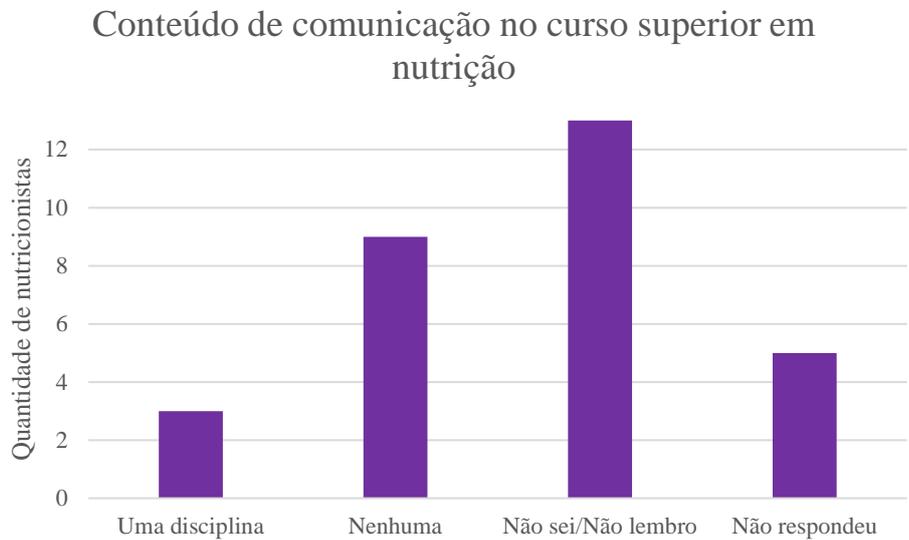


<sup>10</sup> <https://www.nexojournal.com.br/grafico/2017/12/13/G%C3%AAnero-e-ra%C3%A7a-de-estudantes-do-ensino-superior-no-Brasil-por-curso-e-%C3%A1rea>

3. Em qual instituição concluiu a graduação em nutrição?

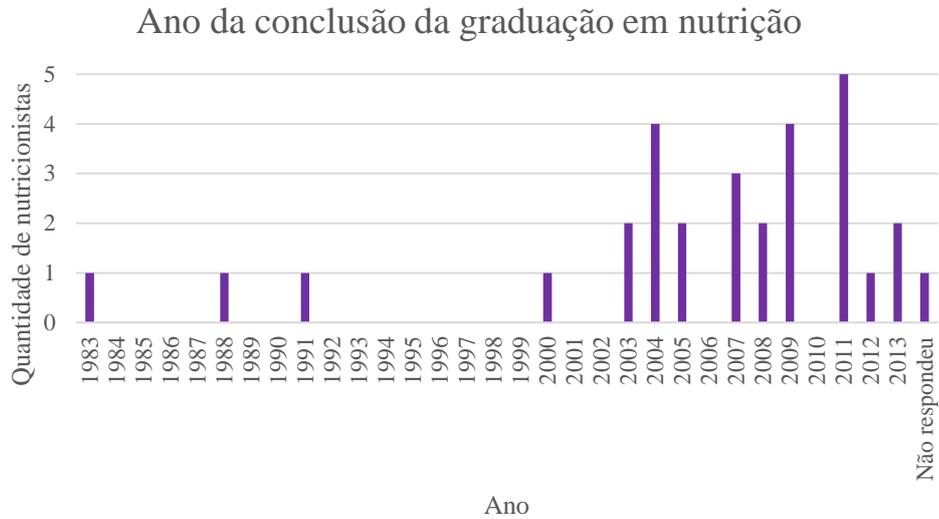


4. Quantas horas de comunicação o curso superior em nutrição oferece?<sup>11</sup>

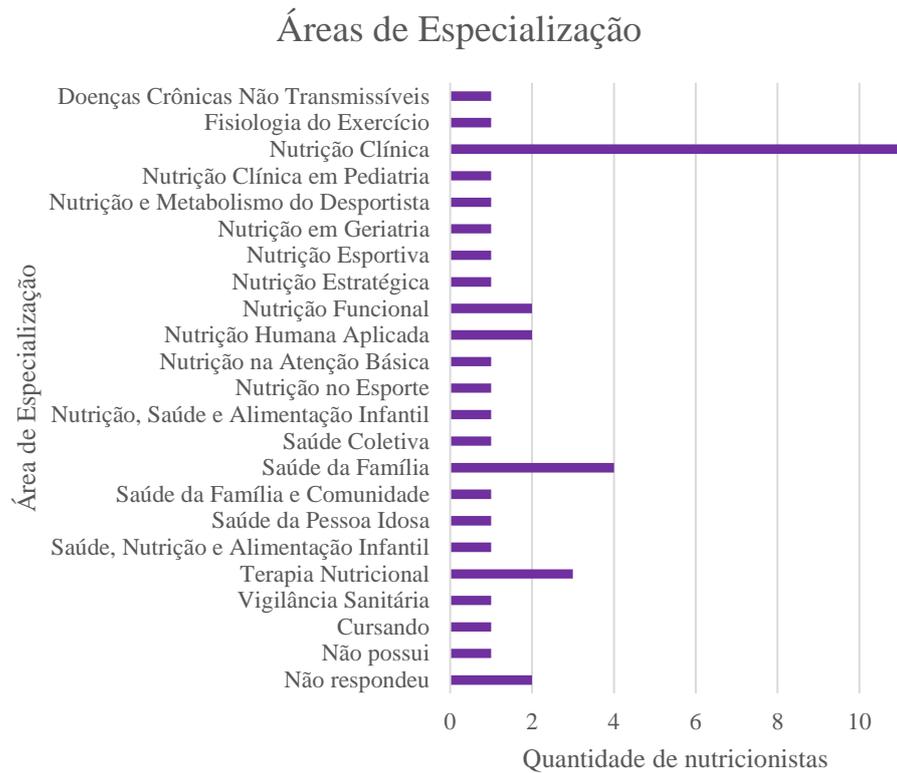


<sup>11</sup> <https://saocamilo-sp.br/graduacao/presencial/nutricao/matriz-curricular-eixo-institucional>

## 5. Ano da conclusão da graduação



## 6. Especialização em:



## 7. Mestrado: uma pessoa tem em Nutrição em Saúde Pública, uma em Gestão da Clínica.

8. Doutorado: Nenhuma tem doutorado

## II – Atuação

9. Há quanto tempo exerce a profissão?



Nota-se se que 13 exercem a profissão há mais de nove anos, devendo ter experiência.

10. E na área da saúde pública?



13 das respondentes atuam na saúde pública há mais de seis anos, devendo conhecer as delimitações inerentes a esse campo.

## 11. Nome da UBS na qual atua

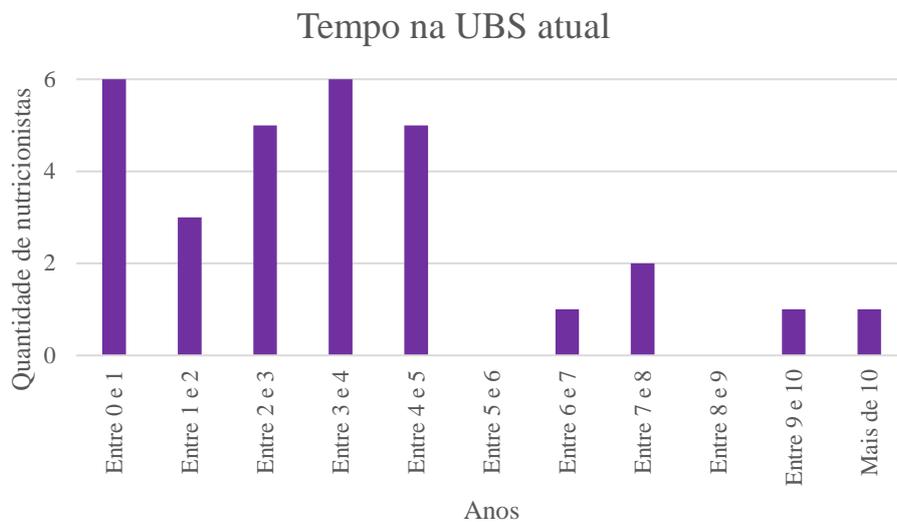
As nutricionistas atuam em 51 UBS, em dois Serviços de Assistência Especializada<sup>12</sup> e também em NASF.

UBS Parque Arariba e UBS Paraisópolis III; Serviço de Assistência Especializada SAE M Boi Mirim; UBS Parque Regina e UBS Campo Limpo; Centro de Reabilitação IV M Boi Mirim, UBS Vila Marcelo, UBS Recanto Campo Belo, UBS Jardim Iporã; NASF Vargem Grande (5UBS); UBSs Gaivotas/Chácara do Sol/Chácara Santo Amaro/Alcina Pimentel; Jardim Valquíria e Jardim Eledy (Capão Redondo); UBS Parque Figueira Grande; UBS Jardim Celeste e UBS Novo Caminho; UBS Jardim Thomas; UBS Embura, UBS Marsilac, UBS Dom Luciano, UBS Jardim das Fontes; UBS Vila Roschel e UBS Jardim Santa Fé; UBS Jardim Lúcia e UBS Jardim Maracá; UBS Integral Jardim Miriam 2; UBS Integral Vera Cruz; UBS Paraisópolis I e UBS Paraisópolis II; NASF - Mar Paulista; NASF - Mar Paulista; UBS Novo Caminho e UBS Novo Jardim; UBS Vila das Belezas; Não atuo em UBS e sim em ambulatório de especialidades; UBS Jardim Eliane; UBS Brasília; UBS Jardim São Bento e UBS Jardim Germânia; UBS Chácara do Conde; UBS Jardim Comercial; Serviço de Assistência Especializada SAE DST/AIDS Cidade Dutra; UBS Veleiros; UBS Jardim Três Corações; AMA/UBS Integrada Jardim Alfredo; Ama/UBS Integrada Pq. Santo Antônio.

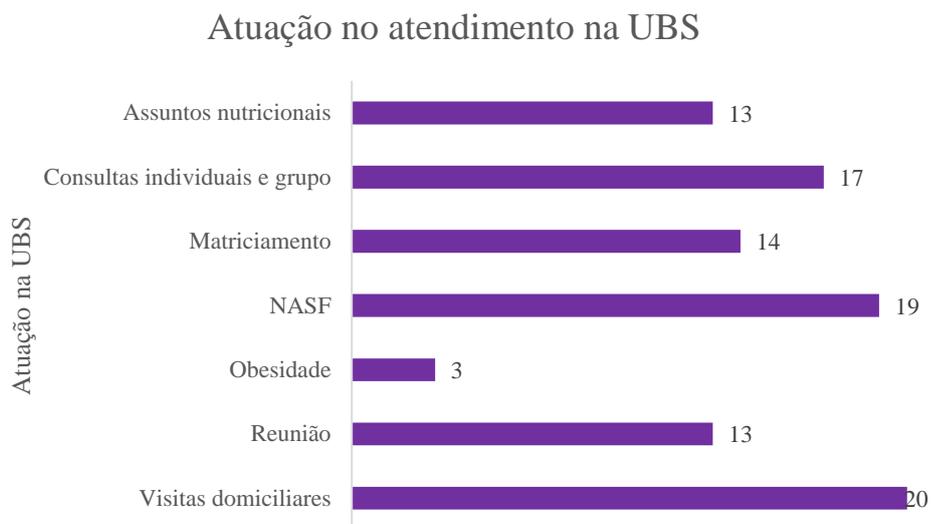
---

<sup>12</sup> Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) estão inseridos em ambulatórios, hospitais ou integrados a estruturas que se caracterizam por prestar atendimento exclusivo a pacientes portadores do HIV/Aids - HD e/ou ADT, conforme o Ministério da Saúde (2005). Ao implantá-los em unidades preexistentes, justifica-se a possibilidade de, além de racionalizar custos, promover uma assistência mais humanizada na medida em que o paciente não precisará se deslocar para outros centros de referência (secundárias) em busca de tratamento em outras especialidades médicas, pois as chamadas policlínicas têm possibilidade de ofertar especialidades essenciais ao tratamento das infecções oportunistas (IO), como, por exemplo, a de pneumologista, reumatologista, neurologista, infectologista e dermatologista, entre outros. Está subordinado à Secretaria Municipal de Saúde.

12. Há quanto tempo está nesta UBS?



13. Faça um breve relato da sua atuação no atendimento na UBS

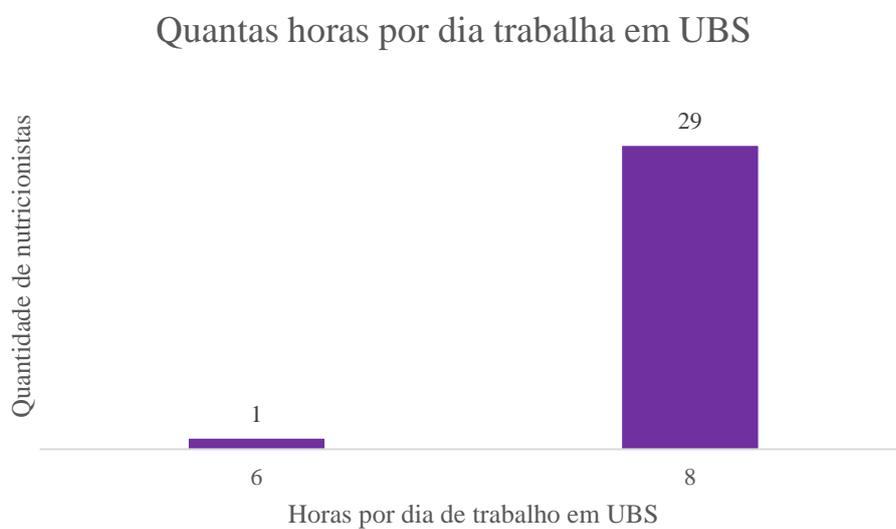


14. Quantos dias por semana trabalha nesta UBS?



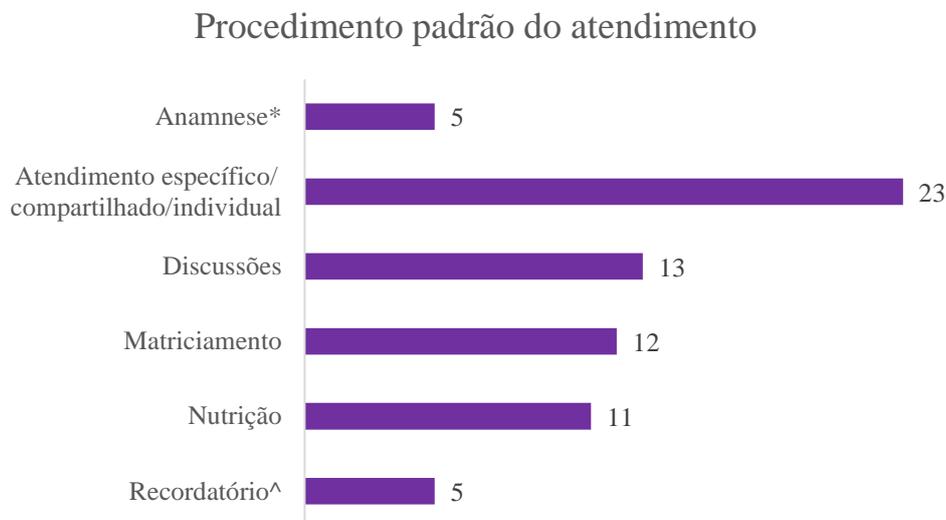
Nota-se que a maioria trabalha cinco dias na semana, devendo ter desenvoltura na atuação.

15. Quantas horas por dia trabalha nesta UBS?



A maioria trabalha oito horas semanais.

16. Descreva o procedimento padrão do atendimento.



\*Anamnese Nutricional é um questionário onde são coletadas informações do paciente com foco na alimentação, antecedentes familiares e doenças pessoais. É a primeira etapa da consulta, deve ser de preferência rápida e objetiva! Com uma anamnese bem-feita pode-se identificar possíveis patologias e quais serão os tratamentos.

^O recordatório alimentar é uma ferramenta muito utilizada, por nutricionistas, para coleta de dados sobre a alimentação do paciente e avaliação do conteúdo calórico e de nutrientes.

### III – O Guia

17. Você utiliza a segunda versão do Guia alimentar para a alimentação brasileira no seu trabalho na UBS?

53,3% utilizam parcialmente, 36,7% o utilizam, e 10% não o fazem.

Percebemos que a utilização do Guia é feita pela maioria, ainda que 53,3% o façam parcialmente.

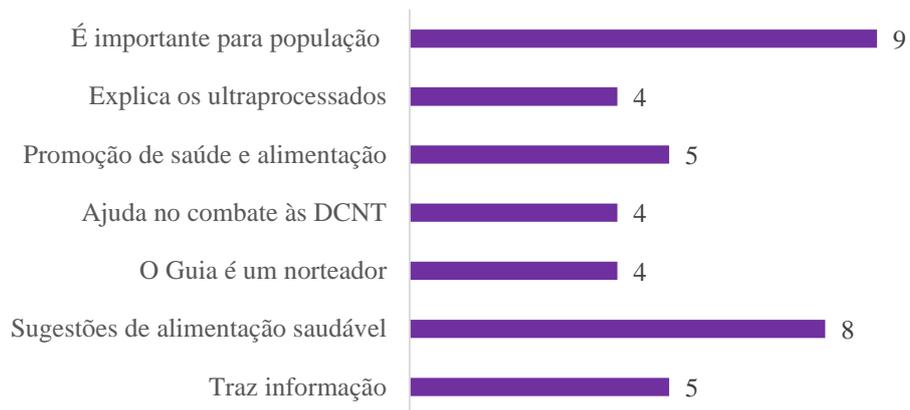
18. Há quanto tempo faz uso do Guia em suas atividades profissionais?

43,3% entre 6 e 12 meses; 40% mais do que 12 meses; 10% menos de 6 meses; e 6,7% não utilizam o guia.

O tempo de utilização do Guia é importante, na medida em que algumas correções de uso podem ser retificadas e também por demonstrar que alguns resultados empíricos possam ser aferidos.

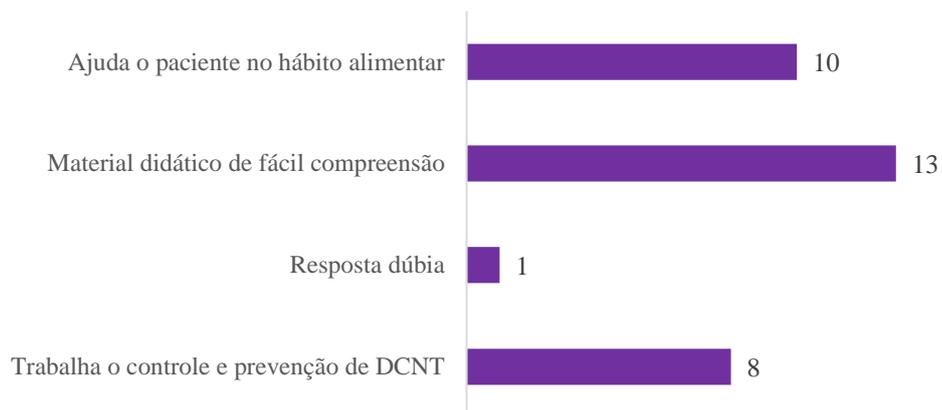
19.1. Descreva detalhadamente qual é o maior benefício que o Guia traz no que se refere ao controle das doenças crônicas não transmissíveis para a nutricionista.

### Maior benefício que o Guia traz no que se refere ao controle das DCNT para a nutricionista



19.2. E para o paciente?

### Maior benefício que o Guia traz no que se refere ao controle das DCNT para o paciente



20.1. Você considera que as recomendações do Guia sobre a alimentação respeitam o momento atual da família brasileira no que diz respeito à ingestão de alimentos minimamente processados (arroz, feijão, mandioca, batata, mandioca, legumes e verduras)?

60% consideram que sim, 36,7% acham que parcialmente e 3,3% não conhecem o guia.

20.2. Justifique sua resposta.

Grupo de termos citados acerca das recomendações do Guia sobre a alimentação respeitam o momento atual da família brasileira no que diz respeito à ingestão de alimentos minimamente processados



O que foi ressaltado nas respostas:

O Guia mostra como alimentos de cada região podem compor uma refeição balanceada, utilizando alimentos minimamente processados apenas como ingredientes, deixando de lado os ultraprocessados e priorizando os in natura. As condições financeiras da população ainda, infelizmente, acabam por prejudicar o consumo de verduras, frutas e legumes, principalmente. Infelizmente, a família brasileira deixou o consumo de alimentos minimamente processados o que aumentou o consumo de alimentos ultraprocessados, aumentando o risco de obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis. A população em geral tem um consumo aumentado de alimentos ultraprocessados que muitas vezes são substituídos pelos minimamente processados.

21. Você considera que o uso de fertilizantes orgânicos ou sintéticos prejudicam os alimentos?

63,3% dizem que sim; 36,7% acreditam que parcialmente.

22. E o plantio de sementes transgênicas?

53,3% dizem que sim, 40% acreditam que parcialmente e 6,7% acham que não.

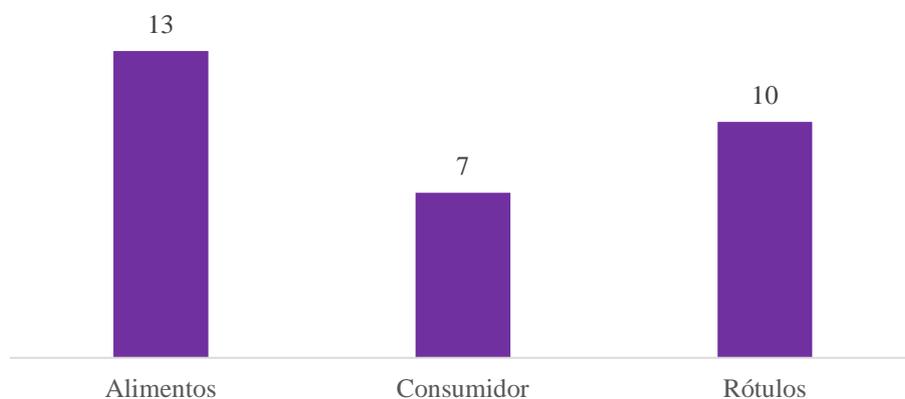
23.1. Você considera que o consumidor tem informações confiáveis sobre as características dos alimentos que vai ingerir?

53,3% acham que parcialmente; 43,3% acreditam que não, 3,4% que sim.

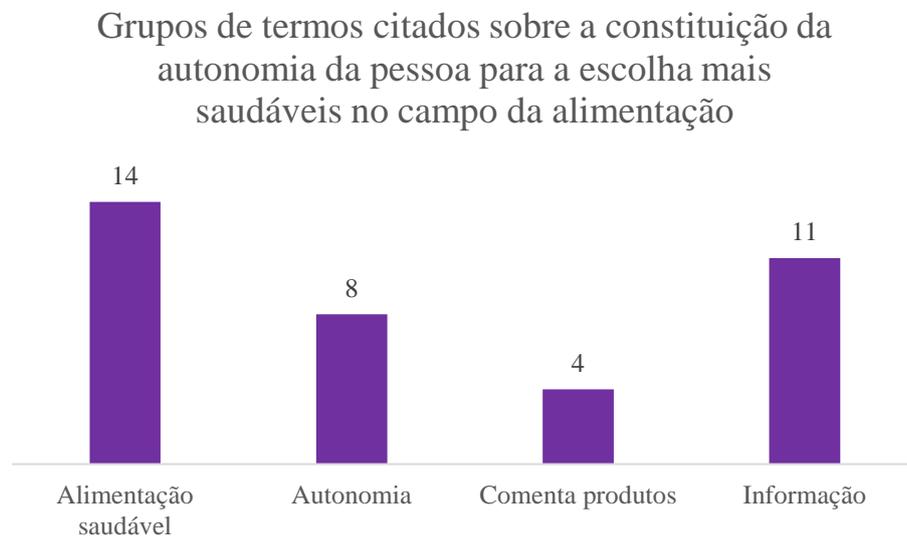
A maioria acredita que as informações são parcialmente confiáveis, mas grande percentual crê que não.

23.2. Justifique a sua resposta.

Grupos de termos citados como justificativa se o consumidor tem informações confiáveis sobre as características dos alimentos que vai ingerir



24. Como você diria que se constitui a autonomia da pessoa para a escolha mais saudáveis no campo da alimentação? Descreva o mais detalhadamente possível



25.1. Quais seriam os principais fatores de natureza física para adotar uma alimentação saudável? Pontue pela escala de 1 a 5, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante.

46,7% consideram muito importante; 33,3% medianamente importante e 20% importante.

25.2. E os fatores culturais?

63,3% acreditam ser muito importante; 26,7% creem ser medianamente importante e 10% importante.

25.3. E os fatores econômicos?

60% consideram muito importante; 20% importante; e igual percentual nem muito importante nem pouco importante.

25.4. E os fatores políticos?

33,3% consideram muito importante; 30% importante; 20% medianamente importante; 10% pouco importante e 6,6% nada importante.

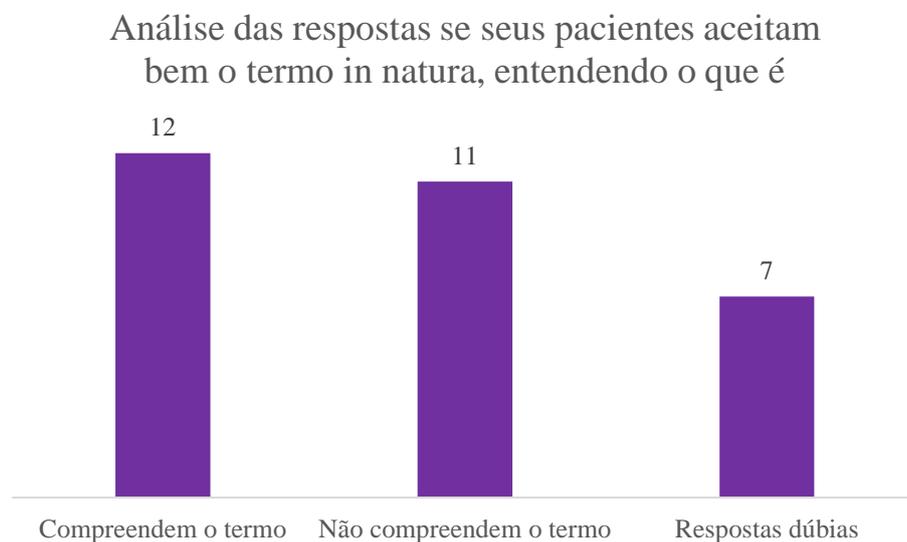
25.5. E os fatores sociais?

50% acham muito importante; 36,7% importante e 13,3% nem muito importante ou pouco importante.

26.1. Seus pacientes aceitam bem o termo *in natura*, entendendo o que é?

50% sim; 43,3% parcialmente e 6,7% não entendem.

26.2. Justifique a sua resposta.

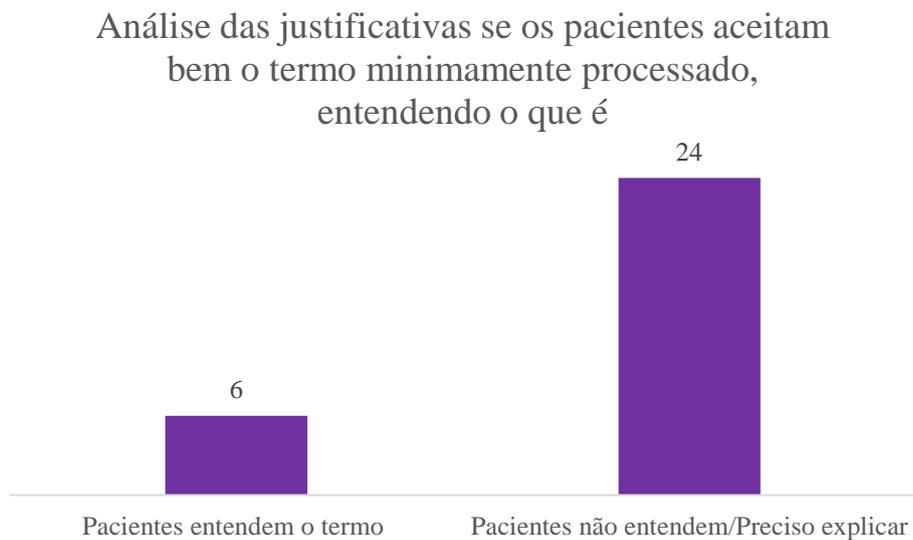


Podemos notar que aqueles que compreendem o termo estão bem próximos daqueles que não o fazem. O não entendimento pode levar a erros na escolha dos alimentos considerados saudáveis. Daí a importância de se dar exemplos das comidas para os pacientes.

27.1. Seus pacientes aceitam bem o termo minimamente processado, entendendo o que é?

56,7% parcialmente; 23,3% sim e 20% não.

## 27.2. Justifique sua resposta



28.1. Existem dificuldades para o paciente aceitar consumir açúcar adequadamente? Pontue segundo a escala: (1) discordo totalmente; (2) discordo; (3) nem concordo nem discordo; (4) concordo; concordo totalmente (5).

50% concordam; 43,3% concordam plenamente e 6,7% nem concordam, nem discordam.

28.2. E gorduras?

70% concordam, 20% concordam plenamente, 6,7 % nem concordam, nem discordam; 6,7% discordam.

28.3. E sal?

66,7% concordam; 16,7% concordam plenamente; 10% nem concordam, nem discordam e 6,7% discordam.

29. Alimentos processados fazem parte das refeições dos seus pacientes?

90% dizem que sim e 10% citam que parcialmente.

30. E os alimentos ultraprocessados?

80% afirmam que sim e 20% alegam que parcialmente.

31.1. Você acredita que os alimentos ultraprocessados tendem a afetar a cultura negativamente?

53,3% concordam plenamente; 26,7% concordam; 16,7% nem concordam nem discordam e 3,3% discordam.

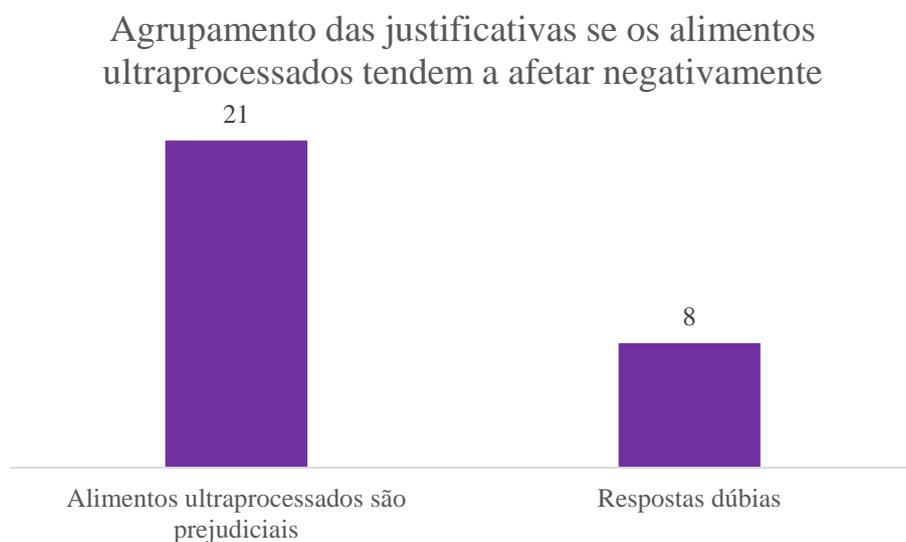
31.2. E a vida social?

46,7% concordam; 30% concordam plenamente, 16,7% nem concordam, nem discordam e 6,7% discordam.

31.3. E o ambiente?

46,7% concordam plenamente; 33,3% concordam; 16,7% nem concordam, nem discordam e 3,8% discordam.

31.4. Justifique suas respostas.

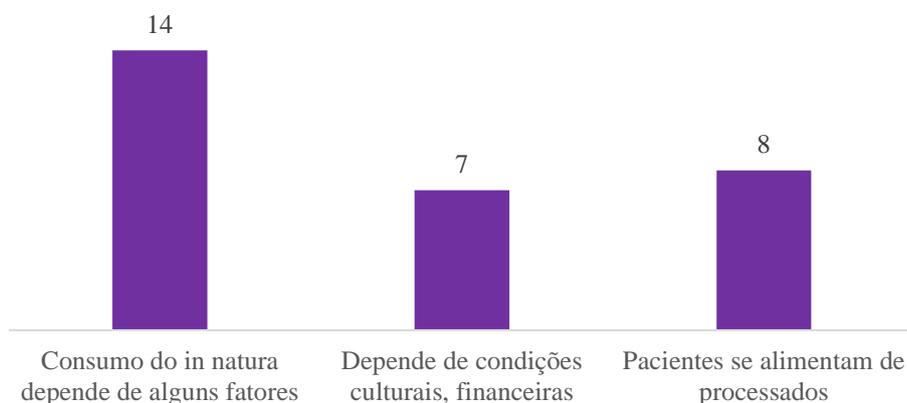


32.1. É possível que os pacientes utilizem, no dia a dia, os alimentos *in natura* em detrimento aos processados?

50% acreditam que parcialmente; 46,7% creem que sim e 3,7% que não

32.2. Justifique sua resposta.

Agrupamento das justificativas se é possível que os pacientes utilizem, no dia a dia, os alimentos *in natura* em detrimento aos processados



#### IV – Aconselhamento

33. Assinale quais são os alimentos recomendados como café da manhã para pessoas com sobrepeso ou obesas

Alimentos recomendados como café da manhã para pessoas com sobrepeso ou obesas



Notamos que as primeiras sugestões de café da manhã requerem tempo e condições financeiras. A terceira, a quarta e quinta estão em outros padrões regionais.

### 34. E para o almoço?

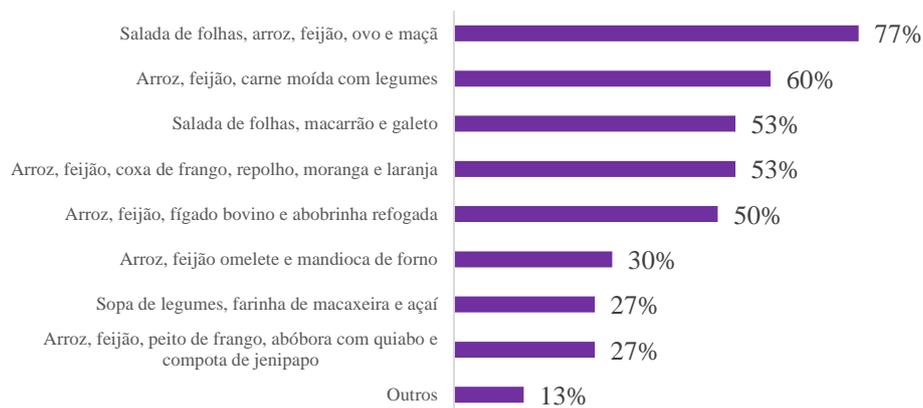
#### Alimentos recomendados para o almoço para pessoas com sobrepeso ou obesas



A primeira opção de almoço é possível financeiramente, já que o bife pode ser de frango. Na segunda, o jiló, não é uma alternativa regional do Sudeste. Assim como na terceira, o cupuaçu também não o é.

### 35. E para o jantar?

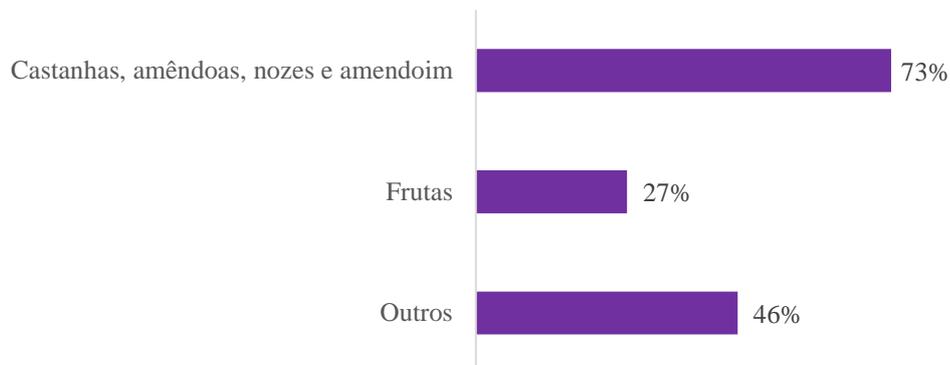
#### Alimentos recomendados para o jantar para pessoas com sobrepeso ou obesas



As primeiras quatro opções de jantar são perfeitamente factíveis, em questão do tempo dispendido e custo financeiro.

36. E para pequenas refeições durante o dia?

Alimentos recomendados para pequenas refeições durante o dia para pessoas com sobrepeso ou obesas



Questionamos se as pessoas que utilizam os serviços públicos de saúde têm hábito de consumirem castanhas, amêndoas e nozes, devido ao seu alto custo.

## V – Os alimentos

37.1. Quais são os **piores** ultraprocessados? Assinale pela escala de 1 a 5, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante.

Como o macarrão instantâneo foi considerado um dos piores alimentos ultraprocessados, explicamos o processo na sua linha de produção:

Os ingredientes são misturados e formam a **massa do macarrão**, que é expelida para a esteira por um monte de biquinhos finos, formando longos fios, digamos, “cacheados” Isso também pode ser feito cortando a massa em fios bem finos, que se arranjam na esteira de maneira que também ficam enroladinhos. Em seguida, a massa passa por um longo forno, onde é cozida a vapor e segue resfriando na esteira, até ser cortada na porção de uma embalagem e então dobrada sobre si mesma.

A massa dobrada, que já foi cozida e resfriada, é então acomodada em moldes que são cheios de furinhos (como uma escumadeira) para que o óleo esorra. Dentro desses moldes, **a massa é imersa no óleo quente** por algum tempo e então conduzida para fora da fritadeira, para ser resfriada novamente. A partir daí a massa já está pronta e é conferida por fiscais e detectores automáticos (que eliminam aquelas que não estão dentro do padrão de qualidade), recebe seu respectivo pacotinho de tempero e é embalada, encaixotada e distribuída.

Obs.: A fritura da massa pré-cozida faz com que ela desidrate, fique seca, durinha e que mantenha seu formato depois de embalada. Com certeza também adiciona um sabor (Quem não percebeu ainda que a fritura dá um sabor agradável para a comida?) Especialmente por causa dessa etapa da produção, **em torno de 20% do que vai para o prato (fora a água) é gordura.**

Ainda sobre o tempero, ele esconde uma enorme quantidade de sódio e realçador de sabor, que podem trazer riscos à saúde se consumidos em excesso. A quantidade de sódio presente no saquinho é, quase sempre, próxima ao máximo recomendado pela Anvisa para o consumo durante todo o dia e algumas vezes superior a ele (valor de referência para consumo diário: 2.400 mg).

#### 37.2. Barras de cereais

53,3% concordam; 23,3% concordo totalmente; 23,3% nem concordam e nem discordam; 3,3% discordam.

#### 37.3. Bebidas energéticas

53,3% concordam plenamente; 23,3% concordam e igual número nem concordam, nem discordam.

#### 37.4. Biscoitos recheados

90% concordam totalmente e 10% concordam.

#### 37.5. Bolos

50% concordam; 23,3% concordam totalmente; 20% nem concordam, nem discordam; 3,3% discordam; 3,3% discordam totalmente.

#### 37.6. Chocolates

40% concordam; 26,7% concordam totalmente; 23,3% nem concordam, nem discordam; 10% discordam.

#### 37.7. Hambúrgueres

93,3% concordam plenamente; 3,3% concordam; 3,3% nem concordam, nem discordam.

37.8. Macarrão instantâneo

100% concordam totalmente.

37.9. Margarina

63,3% concordam plenamente; 20% nem concordam, nem discordam; 13,3% concordam; 3,3% discordam.

37.10. Mortadela

86,7% concordam totalmente; 10% concordam e 3,3% nem concordam, nem discordam.

37.11. Paes, inclusive o integral

46,7% nem concordam, nem discordam; 23,3% discordam; 20% concordam; 6,7% discordam totalmente; 3,3% concordam totalmente.

37.12. Produtos enlatados

50% concordam totalmente; 30% concordam; 16,7% nem concordam, nem discordam; 3,3% discordam.

37.13. Presunto

70% concordam totalmente; 26,7% concordam; 3,3% nem concordam, nem discordam.

37.14. Requeijão

46,7% concordam; 26,7% nem concordam e nem discordam; 16,7% concordam totalmente, 6,7% discordam; 3,3% discordam totalmente.

37.15. Salame

90% concordam totalmente; 10% concordam.

37.16. Salsicha

93,3% concordam totalmente e 6,7% concordam.

37.17. Salgadinhos de pacote

93,3% concordam totalmente e 6,7% concordam.

37.18. Sopas prontas

93,3% concordam totalmente e 6,7% concordam.

38. Existem dificuldades para uma pessoa escolher os alimentos in natura?

36,7% não concordam, nem discordam; 33,3% concordam; 13,3% concordam plenamente; 13,3% discordam; 3,3% discordam totalmente.

39. Existem dificuldades para uma pessoa conservar os alimentos?

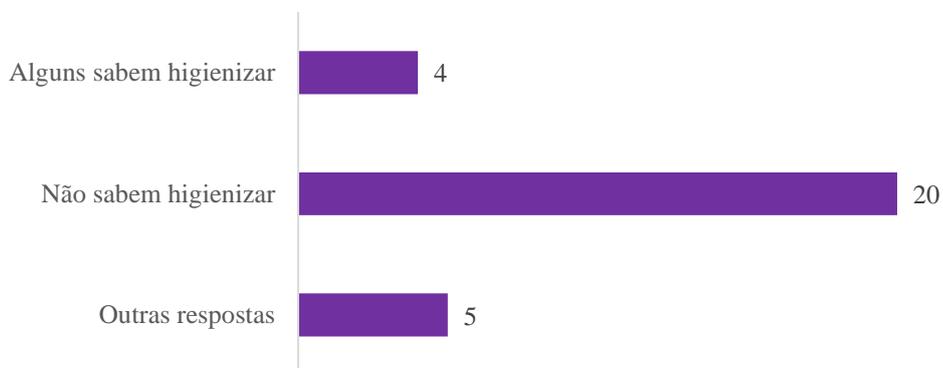
33,3% nem concordam, nem discordam; 20% concordam; 16,7% discordam; igual número discorda totalmente e 13,3% concordam plenamente.

40.1. A manipulação dos alimentos, no que diz respeito à qualidade higiênico-sanitária, é feita de maneira adequada pelos pacientes?

53,3% nem concordam, nem discordam; 23,3% discordam; 20% concordam e 3,3% discordam totalmente.

40.2. Justifique sua resposta

A manipulação dos alimentos, no que diz respeito à qualidade higiênico-sanitária, é feita de maneira adequada pelos pacientes



41. Pela sua experiência na UBS, você acredita ser possível que os pacientes façam as refeições em horários semelhantes?

76,7% creem que parcialmente; 16,7% acham que sim e 6,7% que não.

42. É possível que eles comam calmamente?

73,3% acham que parcialmente; 26,7% que sim.

43.1. É possível que eles comam em ambientes apropriados quanto à limpeza?

86,7% acham que parcialmente e 13,3% entendem que sim.

43.2. E em relação ao conforto?

90% creem que parcialmente e 10% que sim.

43.3. E em relação à tranquilidade?

80% acreditam que parcialmente; 16,7% confiam que sim e 16,6% que não.

44. Você considera importante comer acompanhado?

76,7% acham que sim e 23,3% compreendem que não.

## **VI – Informação**

45.1. Você considera que existe muita informação disponível sobre alimentação saudável e saúde em Guias?

33,3% concordam; 26,7% nem concordam, nem discordam; 16,7% concordam plenamente; 13,3% discordam e 10% discordam totalmente.

45.2. E na Internet?

33,3% concordam totalmente; 30% concordam; igual número nem concordam e nem discordam e 6,7% discordam.

45.3. E no rádio?

53,3% nem concordam ou discordam; 23,3% discordam; 16,7 concordam e 6,7% discordam totalmente.

45.4. E em revistas?

46,7% nem concordam ou discordam; 20% concordam totalmente, igual número concorda; 10% discorda e 3,3% discorda totalmente.

45.5. E na TV?

46,7% nem concorda ou discorda, 23,3% concorda; 13,3% discordam; 10% concordam totalmente e 6,7% discordam totalmente.

45.6. E em palestras?

56,7% concordam, 20% nem concordam ou discordam; 13,3% concordam plenamente; 6,7% discordam e 3,3% discordam totalmente.

45.7. Considerando outros canais, e os amigos?

46,7% nem concordam ou discordam; 33,3% concordam; 10% discordam; 6,7 discordam totalmente e 3,3% concordam plenamente.

45.8. E os familiares?

50% nem concordam ou discordam; 33,3% concordam; 13,3% discordam e 3,3% discordam totalmente.

45.9. E os profissionais de saúde?

53,3% concordam; 23,3% concordam plenamente e igual número nem concorda nem discorda.

46.1. Você considera que as informações de Guias são confiáveis?

76,7% consideram que sim; 23,3% acreditam que parcialmente.

46.2. E as da internet?

86,7% acham que parcialmente; 10% que não e 3,3% que sim.

46.3. E as do rádio?

96,7% creem que parcialmente e 3,3% que não.

46.4. E as de revistas?

86,7% creem que parcialmente e 13,3% que não.

46.5. E as da TV?

90% acham que parcialmente e 10% que não.

46.6. E as de palestras?

56,7% acreditam que parcialmente e 43,3% que sim.

46.7. E as de amigos?

90% creem que parcialmente e 10% que não.

46.8. E as de familiares?

86,7% acreditam que parcialmente e 13,3% que não.

46.9. E as de profissionais de saúde?

55,7% creem que parcialmente e 33,3% que sim.

47. Qual é a melhor maneira buscar informação sobre alimentação saudável e saúde?  
Assinale apenas uma opção.

53,3% creem que são os profissionais de saúde; 23,3% creem que nos guias; a internet, o rádio, revistas, televisão, palestras, amigos e familiares ficaram igualmente com 3,3% cada.

48. Você considera que o grau de educação formal influencia na compreensão do que é alimentação saudável e saúde?

53,3% acreditam que sim, 40% acham que parcialmente e 6,7% que não

49. Você considera que o nível socioeconômico influencia na compreensão do que é alimentação saudável e saúde?

63,3% creem que parcialmente; 33,3% que sim e 3,3% que não

50. As habilidades culinárias comprometem a alimentação saudável?

46,7% acham que sim, igual percentual que parcialmente e 6,7% que não.

51. O tempo que as pessoas têm atualmente para dedicarem as habilidades culinárias comprometem a alimentação saudável?

63,3 acham que sim e 36,7% entendem que parcialmente

52. Você considera que a publicidade sobre os alimentos ultraprocessados influi na alimentação saudável e saúde?

90% consideram que sim e 10% que parcialmente

53.1. Você considera que o custo dos alimentos influencie na alimentação saudável e na saúde?

63,3% acham que sim e 36,7% acham que parcialmente

53.2. Justifique sua resposta.

### O custo dos alimentos influencia na alimentação saudável e na saúde



Percebemos que os custos influenciam na alimentação saudável, apesar da maioria achar que ela é possível.

54. Você acha que a alimentação saudável custa mais caro do que a alimentação não saudável?

56,7% acham que parcialmente; 33,3% que não e 10% que sim

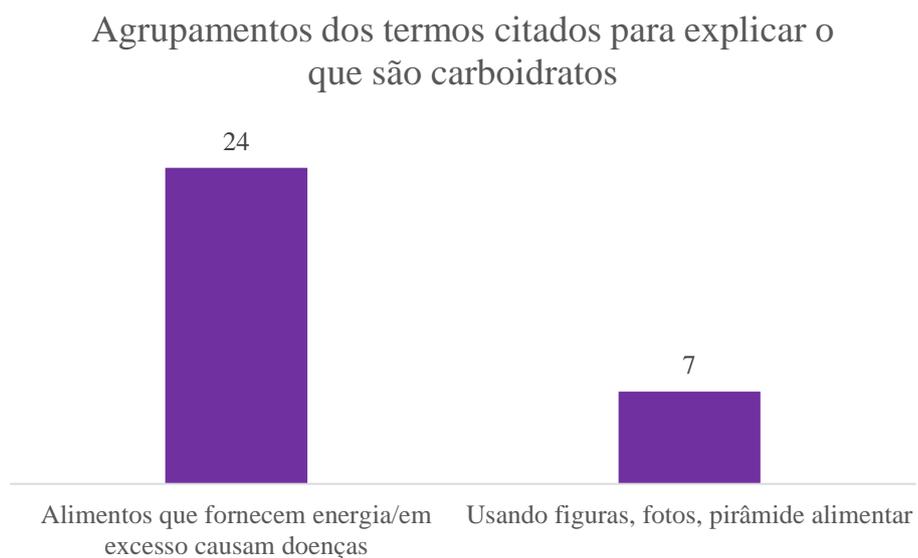
55.1. Você diria que a mudança de alimentação para uma pessoa é um evento:

46,7% acham difícil; igual número razoavelmente difícil; 3,3% razoavelmente fácil e igual percentual fácil.

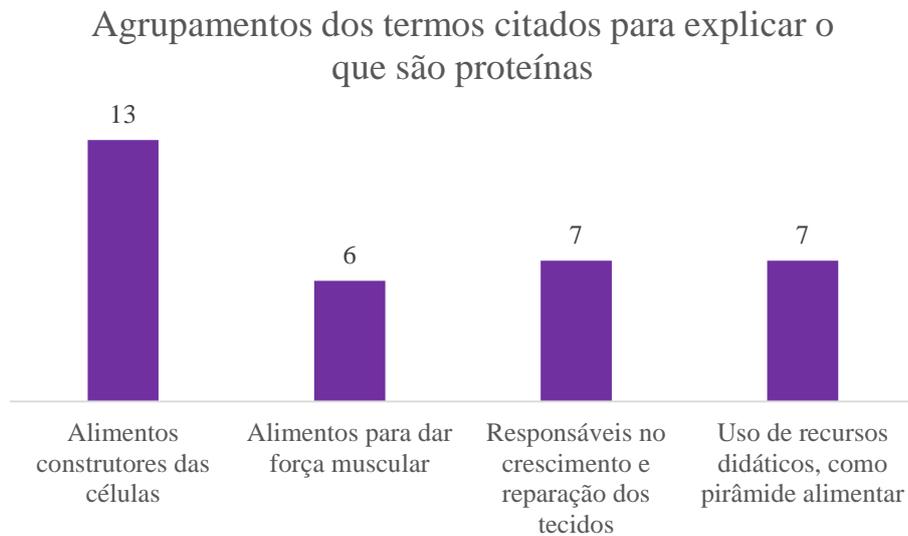
55.2. Justifique sua resposta.



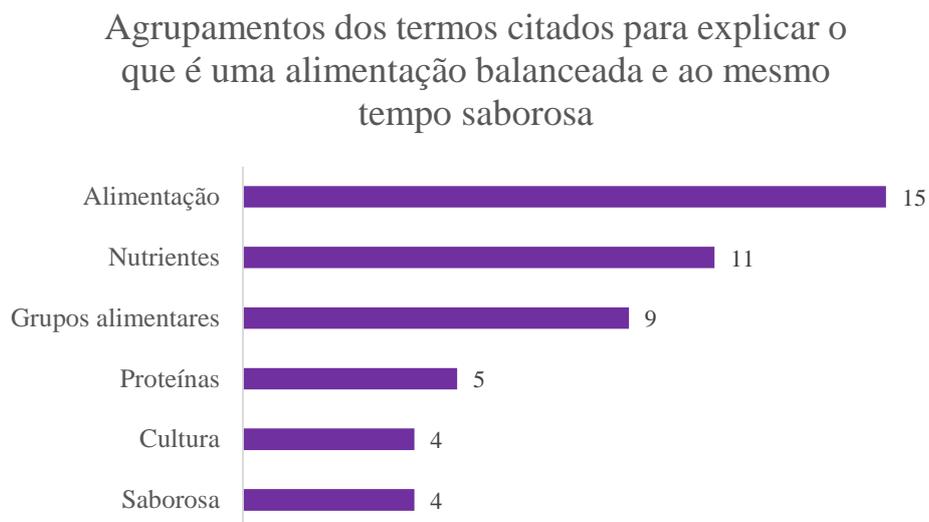
56.1. Como você explica para o paciente o que são carboidratos?



### 56.2. E as proteínas?



### 57. O que é uma alimentação balanceada e ao mesmo tempo saborosa?



### 58.1. Você conhece alguma horta comunitária?

73,3% não conhecem e 26,7 conhecem.

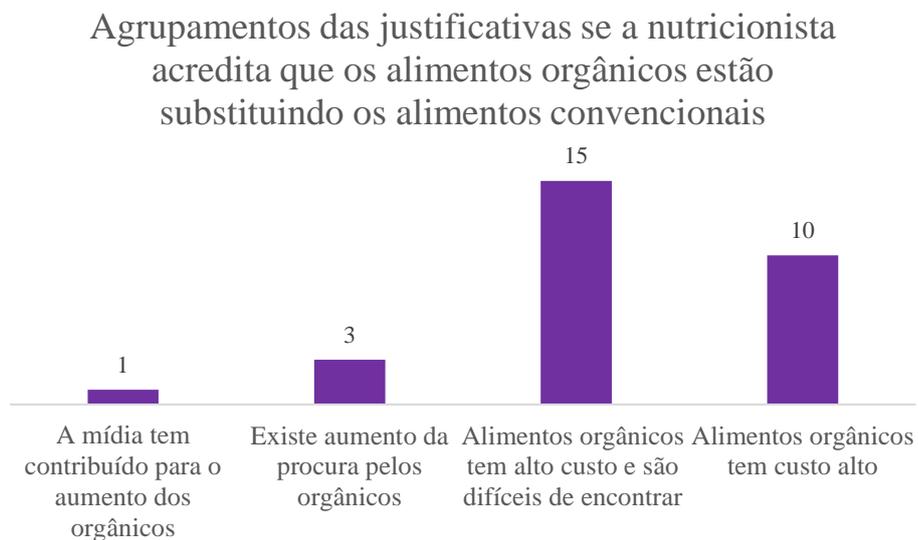
58.2. Se sim, onde?

Universidade Federal de São Paulo - Região de Santo Amaro. Ao lado da UBS Jardim Iporã. UBS. Fábrica de cultura jardim São Luís. Capão redondo, Jardim Thomas. Caps. Havia hortas em algumas UBS's da região que eu trabalho. Casa de Cultura do Jd. São Luís

59.1. Você acredita que os alimentos orgânicos estão substituindo os alimentos convencionais?

83,3% acreditam que não e 16,7% que sim.

59.2. Justifique a sua resposta.



60. Os principais fatores do sobrepeso ou obesidade são:

60.1. Alimentação inadequada

76,7% concordam totalmente; 20% concordam e 3,3% nem concordam ou discordam

60.2. Desmame precoce

50% concordam; 23,3% nem concorda nem discorda; 20% concordam totalmente e 6,7% discordam.

### 60.3. Estresse

40% concordam totalmente; igual percentual concorda; 20% nem discorda

### 60.4. Fatores demográficos

43,3% concordam; 40% nem concorda, nem discorda; 10% discordam; 3,3% concordam totalmente e 3,3% discordam totalmente

### 60.5. Fatores genéticos

40% nem concordam, nem discordam; 33,3% concordam; 20% concordam totalmente e 6,7% discordam

### 60.6. Fatores psicológicos

53,3% concordam totalmente; 33,3% concordam e 13,3% nem concordam ou discordam

### 60.7. Fumo/Álcool

40% nem concordam ou discordam; 30% concordam; 16,7% concordam totalmente e 6,6% discordam; igual percentual discorda totalmente

### 60.8. Nível de escolaridade

46,7% nem concordam, nem discordam; 40% concordam; 6,7% discordam e igual percentual discordam totalmente

### 60.9. Nível socioeconômico

40% nem concordam ou discordam; 36,7% concordam; 10% discordam; 6,7% concordam totalmente e igual percentual discordam totalmente

### 60.10. Ter pais obesos

56,7% concordam; 23% concordam totalmente; 16,7% nem concordam ou discordam e 3,3% discordam

### 60.11. Sedentarismo

76,7% concordam totalmente e 23,3% concordam

## Análise dos dados

A análise de dados é o processo de formação de sentido além dos dados, e esta formação se dá consolidando, limitando e interpretando o que as pessoas disseram e o que o pesquisador viu e leu, isto é, formação de significado. A análise dos dados é um processo complexo que envolve retrocessos entre dados pouco concretos e conceitos abstratos, entre raciocínio indutivo e dedutivo, entre descrição e interpretação. Estes significados ou entendimentos constituem a constatação de um estudo. Dentre as várias técnicas de análise de dados na pesquisa qualitativa, Merriam (1998) escolhemos a análise de conteúdo.

### I - Identificação

Nota-se que a área da nutrição é composta na maioria por mulheres. A pluralidade está na faixa de 28 a 34 anos. O Centro Universitário Adventista de São Paulo, UNASP, Centro Universitário São Camilo e Universidade Paulista, UNIP e Universidade Nove de Julho, UNINOVE, formaram 18 das 30 respondentes. Todas universidades privadas. Apenas quatro formaram-se por universidades públicas: Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Viçosa e Universidade Estadual Paulista.

Em ranking publicado em 2016, pelo jornal a Folha de S. Paulo, sobre o curso de nutrição em instituições públicas ou privadas, temos as seguintes posições:

Tabela 3 – Ranking de cursos de graduação em nutrição

	Nome da Instituição	UF	Pública/Privada	Avaliação do mercado	Qualidade de ensino
2°	Universidade de São Paulo	SP	Pública	1°	2°
18°	Centro Universitário São Camilo	SP	Privada	15°	21°
23°	Universidade Nove de Julho	SP	Privada	39°	25°
26°	Universidade Presbiteriana Mackenzie	SP	Privada	39°	30°
40°	Universidade Paulista	SP	Privada	2°	82°

Fonte: <http://ruf.folha.uol.com.br/2016/ranking-de-cursos/nutricao/>

## **Comunicação em nutrição**

Apenas três das nutricionistas disseram que houve uma disciplina de comunicação. Nove delas não tiveram, 13 declararam que não sabiam ou lembravam e cinco não responderam.

A maioria se formou entre 2003 e 2013. Sendo que os anos de 2004, 2007, 2009 e 2011, foram os que trouxeram maior número de formandos.

Na questão 12 onde tratamos da especialização: 11 são especialistas em Nutrição Clínica; quatro o são em Saúde da Família; três em Terapia Nutricional, duas em Nutrição Funcional; igual quantidade em Nutrição Humana Aplicada e 15 distribuídas em outras especializações, conforme gráfico seis. Uma está cursando, uma não possui e outra não respondeu. O total dá 41 porque algumas tem mais de uma especialização.

Quanto ao mestrado uma possui em Nutrição em Saúde Pública e outra em Gestão da Clínica. Nenhuma tem doutorado.

## **II – Atuação**

Na questão 12, que se refere ao tempo de atuação na UBS, 13 delas exercem a profissão há mais de nove anos, devendo ter experiências na área. Sendo que igual número atua na saúde pública há mais de seis anos, provavelmente conhecem as delimitações inerentes a esse campo.

As ações de alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Básica visam a ampliação da qualidade dos planos de intervenção, em especial às doenças e agravos não-transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação, entre outros, evidenciando que a promoção de práticas alimentares saudáveis se constitui em um item importante em todas as fases da vida.

A atuação do nutricionista no município de São Paulo ocorre em diferentes contextos sociais e suas principais atividades de prestação de serviços diretos à população como atendimentos individuais e atendimento em grupo são desenvolvidos tanto na Unidade Básica de Saúde (UBS) quanto no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A Unidade Básica de Saúde onde atuam as Equipes Saúde da Família (ESF) pode ser o antigo Centro de Saúde ou a antiga Unidade Mista, mas que deve trabalhar dentro de uma

nova lógica com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população em sua área de abrangência. (BRASIL. MANUAL ESTRUTURA FÍSICA DAS UBS, 2006:13)

A experiência da implantação da Saúde da Família tem demonstrado ser incompatível a coexistência das equipes de atenção básica convencional e das equipes de Saúde da Família trabalhando em uma mesma estrutura física por gerar conflitos constantes entre as equipes e confusão na vinculação entre equipe Saúde da Família e comunidade adstrita (BRASIL, 2006:13 e 14).

Isso acontece porque; (1) são formas de organização da atenção básica que seguem lógicas distintas na maneira como planejam, lidam e se organizam para atender e acompanhar a saúde da sua população; (2) criam-se distorções na prestação da assistência clínica aos usuários, pois favorece a dicotomia de promoção, prevenção, assistência, reabilitação e manutenção da saúde dos usuários, geralmente restringindo o papel das ESF às ações de promoção e prevenção, descompromissando a assistência; (3) dificulta, a criação de vínculos e de compromissos entre ESF e comunidade, pois, as equipes acabam por competirem entre si neste papel, o que impossibilita que se estabeleçam reais laços de corresponsabilidade entre ESF, usuários e família (BRASIL, 2006: 14).

Sobre a atuação no atendimento (questão 13) tivemos 99 respostas, sendo 20 para visitas domiciliares; 19 para Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); 17 consultas individuais e em grupo; 14 para matriciamento; 13 para reuniões; três para assuntos de obesidade.

Tendo em vista o índice de respostas para visitas domiciliares, cremos que é necessária uma elucidação de como elas surgiram e suas consequências. O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram, ainda, incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (MEHRY; FEUERWERKER, 2008).

Com o advento da medicina científica, no século XIX, iniciou-se o processo de transformação do sujeito em paciente, tendo o hospital como o local que contribuía para a neutralização das perturbações externas, de modo que a configuração ideal da doença

aparecesse aos olhos do médico, no abismo que se instaurava entre eles. Assim, um dos destinos da manifestação do sofrimento, a partir do século XIX, foi o hospital, que surgiu como espaço de consolidação da identidade de doente, de assistência, segregação e exclusão (BRANT; MINAYO, 2004). Como uma imensa vitrine, a hospitalização deu visibilidade ao paciente reafirmando-o como doente na família, no trabalho e na comunidade. Uma vez internado, não havia dúvidas de sua condição de doente, mesmo quando não se tinha ainda diagnóstico. A partir da instituição do hospital, a residência deixaria de ser o lugar onde o sofrimento se manifestava em sua forma possível. Assim, a família perdeu a autoridade sobre a maneira de cuidar do seu ente, que seria isolado e “olhado cientificamente”, e se viu cada vez mais obrigada a solicitar atenção médica por se perceber impotente diante das manifestações do sofrimento que foram, imediatamente, representadas como sinais de doença (BRANT; MINAYO, 2004).

Com a crise do modelo médico hegemônico liberal e de novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional e da transição epidemiológica, as “demandas por melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos têm fortalecido práticas anti-hegemônicas e na formulação de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde” (SILVA et al., 2002). Dessa forma, a atenção domiciliar surge como alternativa ao cuidado hospitalar, provocando a possibilidade de retomar o domicílio como espaço para produção de cuidado e despontando como um “dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” e trazendo grande potencial de inovação (MEHRY; FEUERWERKER, 2008).

A atenção domiciliar como extensão do hospital surgiu, propriamente dita, em 1947 para “descongestionar” os hospitais. A partir de então, as experiências desse tipo multiplicaram-se na América do Norte e Europa (REHEM; TRAD, 2005).

No Brasil, o enfoque da intervenção domiciliária foi introduzido no início do século XX, por meio de práticas sanitárias trazidas da Europa, em especial por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Carlos Chagas. A visita domiciliar constituiu estratégia no combate às doenças transmissíveis daquela época (ABRAHÃO).

A atenção no domicílio contou inicialmente com os médicos de Família, os profissionais legais de medicina que atendiam seus abastados clientes em casa, proporcionando assistência humanizada e de qualidade. Aos menos favorecidos, cabia a filantropia, o curandeirismo e a medicina caseira (SAVASSI; DIAS, 2006).

Em 2002, foi estabelecida a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 – DOU de 16/4/2002. Essa lei acrescenta capítulo e artigo na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS.

A visita domiciliar vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década (SANTOS e KIRSCHBAUM, 2008).

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, (BRASIL, MS) que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário.

Para a ESF, a visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar. (ALBUQUERQUE e BOSI, 2009).

Discorreremos também sobre o matriciamento. Segundo Cunha e Campos (2011) o profissional que atua como apoiador matricial é um especialista que, dentro do seu núcleo de conhecimento, é capaz de agregar recursos de saber que irão contribuir para a capacidade de a equipe de referência intervir sobre os problemas de saúde da população. Ele deverá ampliar o cenário de atuação, criar espaços **de comunicação** e compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais. O termo matricial é considerado polissêmico e tem sua origem no latim, significando o lugar onde se geram coisas. No campo da matemática é utilizado para indicar um conjunto de números que podem ser analisados na horizontal, na vertical ou nas transversais, representando relações entre si. Assim, a sua utilização na AB

expressa à mesma ideia nos remetendo a possibilidade de profissionais de referência e especialistas se relacionarem, particularmente em uma perspectiva horizontal, **de troca de saberes e de igual valorização profissional**. Esta seria diferente da relação estritamente vertical, de poder e hierarquização, encontrada tradicionalmente nos sistemas de saúde (CAMPOS, 1999). O termo apoio se refere a uma metodologia que ordene essa relação horizontal, baseada no **diálogo** e não mais na autoridade de determinadas classes profissionais sobre as demais. Está referenciada no método “Paidéia”, que através da criação do apoiador institucional, sugere que a gestão do trabalho em equipe seja construída de forma **dialogada**, propiciando uma relação de troca entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos dentro do sistema de saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, NASF, criados pela Portaria nº 154, de janeiro/2008, visam a aumentar a resolutividade das ações de Atenção Básica, com a incorporação de novos saberes, além de qualificar o olhar e a escuta das equipes de Atenção Básica. O atual perfil nutricional da população brasileira, com aumento da obesidade e das doenças carências, justifica a inserção do profissional de Nutrição nas equipes dos NASF.

A inclusão desses profissionais tem um importante papel, pois qualifica a atividade da equipe: desde o diagnóstico da situação de segurança alimentar e nutricional do território, com identificação das fontes de alimentação saudável ou não em sua área de abrangência, até o atendimento individualizado dos casos que assim necessitem, entre os usuários da Atenção Básica.

Para orientar as ações dos profissionais de Nutrição nas atividades dos NASF, alguns materiais são de extrema utilidade: o Caderno da Atenção Básica (BIRCH e VENTURA, 2009); diretrizes do NASF (BRASIL. MS, 2010); a Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde. (BRASIL, MS, 2009); o Guia Alimentar para População Brasileira (GAPB, 2006) e o Protocolo do SISVAN (BRASIL, MS, 2008). Os quatro materiais possuem uma abordagem multifocal, com recomendações e ações voltadas aos três sujeitos de abordagem: indivíduos, famílias e comunidades.

Ao descreverem o atendimento padrão do atendimento (questão 16) com 69 respostas, verificamos que a maioria faz o que se denominou “atendimento específico/compartilhado/individual”; sendo que houve 13 respostas para discussões; 12 para matriciamento; 11 para nutrição; 5 para anamnese e igual número para recordatório.

As respostas que sobressaíram para “atendimento específico/compartilhado/individual” foram: “atendimento compartilhado com médicos e enfermeiros ou outro profissional de saúde; atendimento a população em grupo, individual e visitas familiares; atendemos todas as faixas etárias, cada atendimento é diferenciado dependendo da necessidade e da demanda; no atendimento são feitas aferições de peso, altura, circunferência abdominal e recordatório alimentar.

### **III – O Guia**

Na questão 19.1, que trata do maior benefício que essa mídia traz para ao controle das DCNT, obtivemos 39 respostas: nove consideraram importante para a população; oito porque traz sugestões de alimentação saudável; cinco porque promovem a saúde e a alimentação, igual número porque traz informações; quatro alegaram que explica os ultraprocessados, igual número ajuda no combate a DCNT e que o Guia é um norteador.

As respostas que sobressaíram: aborda assuntos importantes e do dia-a-dia da população; as preferencias alimentares da população assistida faz com que o paciente também se mostre menos resistente; grande parte da população ainda consome muitos alimentos ultraprocessados; sugestões para enfrentar os obstáculos do cotidiano para manter um padrão alimentar saudável; informações detalhadas para elaboração de cardápios; O guia é o norteador do trabalho principalmente por conter alimentos acessíveis; auxilia muito no tratamento e controle das doenças crônicas; estímulo ao consumo de alimentos in natura e diminuição do consumo de alimentos ultraprocessados

Na 19.2 o benefício era para o paciente, foram 32 respostas. 13 consideram o material didático e de fácil compreensão; 10 ajudam o paciente no hábito alimentar, oito acham que trabalha o controle e prevenção das DCNT e uma deu uma resposta dúbia.

As respostas que mais se destacaram foram: O Guia também é de fácil leitura para o paciente ou pessoa leiga, pois tem ilustrações que mostram bem o prato saudável, diferencia alimentos in natura, processados e ultraprocessados; explica o motivo para evitar determinados tipos de alimentos, etc.; o paciente fazendo a leitura do guia e compreendendo a maneira correta de se alimentar se torna autônomo e consegue fazer suas próprias escolhas; auxilia na compreensão do paciente principalmente os com baixa escolaridade devido a quantidade de figuras, escrita de forma clara, simplificada e respeitar a regionalidade; além

das orientações quanto à alimentação saudável, a importância de organizar a rotina e tornar o ato de se alimentar algo prazeroso e que merece dedicação de algumas horas do dia; traz também a atenção para as propagandas de alimentos; entendimento melhor sobre a importância da alimentação no tratamento das doenças, controle de pressão e DM e outras doenças crônicas, diminuição de medicação, perda de peso, melhora da qualidade da alimentação; o guia é auto explicativo, de fácil entendimento, pois utiliza uma linguagem simples e enfoca a utilização de produtos frescos e/ou pouco processados, o qual promove a melhora no controle das doenças crônicas; para o paciente a nova maneira como a Guia lida com a alimentação, ajuda que as mudanças necessárias em seu hábito alimentar sejam duradouras.

Na questão 20.1 falou-se da ingestão de alimentos e o momento atual da família brasileira.

A maioria considerou que sim; 36,7 acham que a importância é parcial.

O resultado do Produto Interno Bruto (PIB) no primeiro trimestre de 2017 deixou o Brasil na última posição em um ranking com 39 Países elaborado pela Austin Rating. A variação foi negativa em 0,4% na comparação com o mesmo período do ano passado. Apenas a Grécia, penúltima colocada, também teve desempenho negativo nessa base de comparação, em -0,3%. (PEDROZO, 2017).

O Brasil também foi superado pelas economias Ucrânia e Rússia, que nas edições anteriores estavam com desempenhos piores, segundo a agência classificadora de risco. Outras economias que apresentaram resultados muito ruins nas edições anteriores, como a Venezuela, até o momento não divulgaram seus resultados. (PEDROZO, 2017).

Os 39 Países representam 83,2% do PIB Mundial. O PIB do Brasil registrou queda pelo 12º trimestre seguido na comparação com o trimestre do ano anterior. Apesar disso, apresentou alta de 1% na comparação com o quarto trimestre de 2016, já descontados os efeitos sazonais. Com isso, interrompeu a sequência de oito trimestres consecutivos de queda neste tipo de comparação. (PEDROZO, 2017).

"O cenário político ainda muito turbulento interfere diretamente nas previsões para o desempenho do PIB de 2017 e 2018 em virtude do risco da não aprovação da reforma da Previdência, que é fator fundamental para desatar o nó das expectativas dos agentes econômicos que, por sua vez, impacta diretamente na alocação de recursos para

investimentos em máquinas e equipamentos e em mão de obra", destacou o economista-chefe da Austin Rating, Alex Agostini, em informe econômico. (PEDROZO, 2017).

Agostini, no entanto, manteve a projeção de expansão do PIB em 2017, em 0,7% e de 2,2% para 2018, baseada nos resultados dos indicadores antecedentes dos últimos meses "que revelou contínua recuperação da confiança na economia apesar do campo político muito turvo". ((PEDROZO, 2017).

Essa questão mostra se as recomendações estão distantes ou não das possibilidades socioeconômicas dos usuários das UBS. A maioria acha que o Guia levou em consideração o momento atual, com a crise econômica, o aumento do desemprego e da inflação, boa parte da população que havia conquistado novos hábitos de consumo quando a economia estava aquecida passou a perder oportunidades.

Na 20.1 solicitamos que justificassem suas respostas, que foram 37: 10 falaram sobre os alimentos processados, sete sobre a alimentação; seis acerca dos ultras processados; quatro discorreram sobre o respeitar o momento atual da família brasileira, igual número, ponderou sobre condições financeiras; mesmo número sobre alimentos minimamente processados e duas sobre obesidade.

O que foi ressaltado nas respostas: O Guia mostra como alimentos de cada região podem compor uma refeição balanceada, utilizando alimentos minimamente processados apenas como ingredientes, deixando de lado os ultraprocessados e priorizando os in natura. As condições financeiras da população ainda, infelizmente, acabam por prejudicar o consumo de verduras, frutas e legumes, principalmente. Infelizmente, a família brasileira deixou o consumo de alimentos minimamente processados o que aumentou o consumo de alimentos ultraprocessados, aumentando o risco de obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis. A população em geral tem um consumo aumentado de alimentos ultraprocessados que muitas vezes são substituídos pelos minimamente processados.

Abordamos os fertilizantes na questão 21. A maioria considera que os fertilizantes prejudicam os alimentos; 36,7 creem que só parcialmente.

Os fertilizantes orgânicos, em contraste com os denominados "químicos" (sintéticos), originam-se de resíduos de plantas ou animais (produtos facilmente encontrados em lixo domésticos) ou de depósitos naturais em rochas. Para que as plantas possam absorver esses nutrientes dos resíduos, os compostos orgânicos precisam ser degradados, o

que ocorre normalmente pela ação de micro-organismos do solo, em um processo denominado mineralização, que depende de muitos fatores, incluindo temperatura, disponibilidade de água e oxigênio, além de tipo e número de micro-organismos presentes no solo (PEREIRA NETO, 1996).

Adubo Sintético ou fertilizantes, como são mais conhecidos, são de vital importância aos agricultores para a correção do solo. Ele visa suprir as deficiências que a terra pode ter e que são vitais para o correto desenvolvimento das culturas cultivadas.

Os fertilizantes são materiais que fornecem um ou mais nutrientes necessários para proporcionar o crescimento e desenvolvimento das plantas. Os fertilizantes mais utilizados são os industriais (também chamados de químicos ou fertilizantes minerais), estercos e resíduos de plantas. Os fertilizantes minerais são materiais produzidos por meio de processos industriais com objetivo específico de serem utilizados como fonte de nutrientes de plantas. Hoje em dia, os fertilizantes são essenciais nos sistemas de produção agrícola para reposição de nutrientes extraídos do solo na forma de alimentos (grãos, forragem, bioenergia, dentre outros). (SILVA e LOPES, 2011).

O princípio da adubação orgânica é ativar e manter a vida do solo. Ao repor os nutrientes e a energia, os ciclos biogeoquímicos naturais são ativados e podem ser otimizados. Porém, a simples substituição dos adubos minerais pelos orgânicos pode levar à queda significativa de rendimento. Existe um tempo necessário para a conversão de sistemas convencionais para os orgânicos. Esse tempo depende da acomodação dos processos ecológicos às novas condições. Em vez da rapidez das respostas da adubação com fertilizantes químicos solúveis, é a vez da estabilidade das respostas dos fertilizantes orgânicos de base biológica (BUSATO et al, 2009).

Sobre o plantio de sementes transgênicas, a maioria considera prejudicial. 40% acham que parcialmente e 6,7% que não.

É preciso fazer a distinção entre as sementes transgênicas e crioulas. As sementes crioulas são variedades desenvolvidas, adaptadas ou produzidas por agricultores familiares, assentados da reforma agrária, quilombolas ou indígenas, com características bem determinadas e reconhecidas pelas respectivas comunidades. De acordo o Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural (Nead), estas sementes, passadas de geração em geração, são preservadas nos muitos bancos de sementes que existem no Brasil. Um banco de sementes também serve como garantia para os produtores rurais, pois mesmo os melhores

exemplares podem sofrer com problemas climáticos, como a falta ou o excesso de chuva. Caso uma safra seja prejudicada, os agricultores podem contar com as sementes estocadas para recuperar a produção. (BRASIL, 2016)

Os organismos transgênicos são aqueles cujo genoma foi modificado com o objetivo de atribuir-lhes nova característica ou alterar alguma característica já existente, através da inserção ou eliminação de um ou mais genes por técnicas de engenharia genética (MARINHO, 2003). Entre as principais características almejadas encontram-se o aumento do rendimento com melhoria da produtividade e da resistência a pragas, a doenças e a condições ambientais adversas; a melhoria das características agronômicas, permitindo uma melhor adaptação às exigências de mecanização; o aperfeiçoamento da qualidade; a maior adaptabilidade a condições climáticas desfavoráveis e a domesticação de novas espécies, conferindo-lhes utilidade e rentabilidade para o homem (LACADENA, 1998).

Informações confiáveis sobre as características dos alimentos (questão 23.2). Conseguimos 27 respostas. 13 falaram da qualidade dos alimentos, 10 sobre os rótulos e sete sobre o consumidor.

Respostas que sobressaíram: procuramos ingerir muitos alimentos in natura, mas eles estão carregados de fertilizantes; em diversos alimentos disponíveis no mercado a maioria deles tem uma letra minúscula no rótulo (ingredientes), com uma linguagem técnica, propaganda de produtos "leves"; devido a quantidade de alimentos no mercado atual o paciente fica confuso no que escolher; e não temos a informação sobre o uso de agrotóxicos, fertilizantes e outros produtos nos alimentos; nem todos alimentos comercializados oferecem todas as informações de forma íntegra; o interesse é da indústria, esta mascara no rótulo tudo quanto poderia fazer com que os indivíduos deixem de compra-los; não acredito em tudo que está no rótulo, principalmente a ausência dos ácidos graxos trans, não confio em alguns rótulos; as novas gerações de consumidores, perdem qualquer referência de como é produzido os alimentos que ingerem; marketing do fabricante para conseguir atrair a atenção do consumidor; a maioria dos consumidores não entendem os rótulos

Essa informação é muito valiosa, porque fala-se de o empoderamento do paciente escolher seus alimentos, mas se as informações não são confiáveis, o procedimento de alternativa fica lesado. O Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de Minas Gerais, criou a cartilha denominada **Desmistificando dúvidas sobre alimentação e**

**nutrição** (grifo da autora). Mais uma mídia, lançada em 2016, ainda sem avaliação, para ampliar o material colocado à disposição de quem pode acessar a Internet.

Os cuidados com a rotulagem dos alimentos constituem uma tendência que evidencia o aumento das exigências do consumidor, no sentido da valorização das diversas opções de certificação dos alimentos, buscando assegurar questões relativas, por exemplo, ao processo, à conformidade, à qualidade, à origem e à composição nutricional. Contudo, quando os alimentos circulam entre países, nem sempre as informações alimentares e nutricionais podem ser igualmente esclarecedoras às pessoas, tanto por diferenças de legislação, que determinam como a rotulagem deve ser apresentada, quando por diferenças culturais de percepção. A celeuma atual com relação à identificação do conteúdo de ácidos graxos trans nos alimentos industrializados é um exemplo dessa situação (HISSANAGA, 2009).

Sobre autonomia (questão 24) foram 36 respostas, sendo que 14 ponderaram sobre alimentação saudável; 11 a respeito de informação; oito sobre autonomia e quatro comentaram produtos.

Os retornos que se destacaram foram: Primeiro é necessária uma sensibilização destas pessoas (mostrar os riscos das doenças crônicas e a importância na mudança dos hábitos alimentares). Mostrar a quantidade de gorduras, açúcar e sal dos produtos. Ensinar a leitura de rótulos e receitas saudáveis. Além disso precisamos mostrar opções de trocas, pois muitas pessoas reclamam que a alimentação saudável custa caro (por exemplo ao invés de comprar 2 litros de refrigerante podemos comprar 1kg de laranja, ir no dia de sacolão do supermercado ou no final da feira).

Se constitui numa autonomia questionável, pensando até na questão financeira. Muitas pessoas querem/desejam ter uma alimentação mais saudável, mas, ao mesmo tempo, não têm condições financeiras para tal situação.

Ter acesso às informações que possam beneficiar suas escolhas na rotina alimentar. Que estas informações sejam de linguagem menos técnica (informal) possibilitando o Ex: Grupo de Alimentação Saudável / semanal - 1h de duração - Auxilia nas escolhas alimentares, promoção educação nutricional, população esclarece dúvidas quanto mudanças de hábito, orientação para Diabéticos, Hipertensos, Obesidade, Dislipidemias, exames alterados (pacientes acompanhados na UBS) etc.

Na questão 25 pedíamos que apontassem os principais fatores para adotarem uma alimentação saudável. Importante destacar que todas consideraram importante a adoção de alimentação saudável quando se trata do quadro biológico, orgânico.

Embora considerando a carga semântica do termo "alimentação saudável", em torno do qual não há consenso (SILVA, 2002), neste estudo admite-se, a partir do que está posto na Estratégia Global, na PNAN, no *Guia Alimentar*, que a alimentação saudável se refere à melhor prática alimentar atribuída pelos sujeitos, capaz de contribuir para prevenir o avanço das doenças crônicas (OMS, 2004; BRASIL, 2003, 2005, 2006).

Sobre os fatores culturais (questão 25.2) a maioria acredita ser muito importante. Recorremos a Singh (2004) que argumenta que os esquemas do mundo nos levam a reagir a certas situações de diferentes formas. Os esquemas conduzem por sua vez à emergência das proposições culturais, que são filtros culturais básicos usados pelo indivíduo para que o ambiente no qual ele esteja inserido faça sentido. Quando complexos esquemas culturais e modelos têm sentimentos, emoções e reforços positivos e negativos, eles se tornam bem estabelecidos e motivam as pessoas a agirem ou se comportarem de certo modo, o que os conduz à emergência de valores culturais e crenças.

Crenças, valores e normas, que estão intersubjetivamente compartilhados, são transmitidos de geração para geração e adquirem sentido público e estabilidade ao longo do tempo, sendo tratados como símbolos, códigos, textos e tradições (SINGH, 2004). Portanto, uma das tradições e exemplos dessa transmissão ao longo de gerações é o hábito alimentar das pessoas, que é primeiramente aprendido e desenvolvido dentro do ambiente familiar, onde costumeiramente ouve-se a expressão, “esta é uma receita que está na minha família há anos”, ou ainda “ninguém faz este prato como a minha avó”, justificando-se a importância da cultura alimentar nos hábitos das pessoas, demonstrando a força dos fatores culturais na alimentação do indivíduo.

Para Poulain e Proença (2003), dentro das dimensões da alimentação, isso é colocado como a lógica da escolha, ou seja, verificar se a pessoa decidiu sozinha ou se ela delegou a alguém essa responsabilidade, como a um parente ou amigo. Identifica-se também a religião como uma importante variável na forma como as pessoas se alimentam, já que, para algumas religiões, certos tipos de alimentos como carne, produtos industrializados ou de origem animal não devem ser consumidos ou, pelo menos, devem ser evitados por seus seguidores, o que direciona a necessidade de estudos no que se refere à cultura alimentar.

Na 25.3 pedíamos opinião sobre os fatores econômicos. A maioria considerou muito importante. Como nossa intenção, nessa pesquisa, não é analisar esses elementos, trazemos parte do texto do Guia (GAPB, 2ª. ed.:110) sobre custo: “Embora legumes, verduras e frutas possam ter preço superior ao de alguns alimentos ultraprocessados, o custo total de uma alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados ainda é menor no Brasil do que o custo de uma alimentação baseada em alimentos ultraprocessados.”

Continua o texto: “A ideia de que a alimentação saudável custa necessariamente mais do que a alimentação não saudável não é confirmada por dados da realidade. Cálculos realizados com base nas Pesquisas de Orçamentos Familiares do IBGE mostram que, no Brasil, a alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados e em preparações culinárias feitas com esses alimentos não é apenas mais saudável do que a alimentação baseada em alimentos ultraprocessados, mas também mais barata”.

A seguir o Guia recomenda que se compre legumes, verduras e frutas que estão na safra, e diretamente do produtor; também levar comida de casa para o trabalho ou comer em restaurantes que oferecem comida a quilo.

Mas o que nos chamou a atenção foi o chamamento para a atuação coletiva (GAPB, 2ª. ed.:111) “Atuando coletivamente, você pode reivindicar das autoridades municipais a instalação de equipamentos públicos que comercializam alimentos *in natura* ou minimamente processados a preços acessíveis e a criação de restaurantes populares e cozinhas comunitárias. Você pode também se engajar na luta por políticas fiscais que tornem mais baratos aqueles alimentos e mais caros os alimentos ultraprocessados”.

Acatando as recomendações do Guia contidas no último parágrafo da página 111, que transcrevemos acima, os fatores políticos (questão 25.4) são considerados pela maioria como muito importantes ou importantes.

Avaliamos que os fatores políticos são importantes na medida em que optamos em comprar alimentos em feiras orgânicas ou agroecológicas, verificando a procedência e conhecendo pessoalmente o produtor, e optamos por produtos e empresas que estabeleçam o compromisso com relações justas e sustentáveis no processo produtivo. Estamos falando de uma forma cidadã de comprar, conhecida como consumo político. Individual ou coletivamente, os consumidores brasileiros que fazem essa opção se multiplicam e integram grupos que buscam consumir o que contribui com a saúde e o bem-estar das pessoas e com o meio ambiente. Essa atitude acompanha uma mudança de comportamento global forçada

por transformações ocorridas na conjuntura mundial nas duas últimas décadas. Entre elas, maior conscientização sobre os riscos e impactos causados pelo modo de cultivo baseado, por exemplo, no monocultivo, nos agrotóxicos e no uso de transgênicos. Pode-se dizer que, por trás da ideia de politização do consumo, está a baixa confiança na qualidade da alimentação contemporânea e o pensamento de que cada objeto ou alimento traz uma história que afeta diretamente a saúde, o meio ambiente e a vida das pessoas.

No campo da dietética a mulher ocupa um lugar ambíguo, ela continua como responsável, na maioria das vezes, pelo ambiente doméstico, e, conseqüentemente, pela alimentação. Entretanto, no campo político, não ocupa arenas importantes de decisão, como sujeito de políticas que afetam o seu cotidiano. Em termos objetivos, ocorreram mudanças ligadas ao ritmo de vida moderno que impactaram o ambiente familiar bem como a conquista pela mulher de espaço não antes ocupados. Entretanto, eles não foram suficientes para romper a estreita relação estabelecida entre as mulheres e a alimentação. Relação simbólica concreta observada nas situações cotidianas. Portanto, destacar esse problema significa ressaltar a relevância que a questão da mulher deve assumir no estudo sobre a cultura alimentar, mas em todos os temas ligados à Segurança Alimentar Nutricional (BRAGA, 2004).

Sobre os fatores sociais (questão 25.5) foram estimados muito importante e importante. Em função dos grupos sociais distintos, devemos considerar o efeito do comportamento dos mesmos sobre os fatores que influenciam os hábitos alimentares. A organização da sociedade, com suas diversas estruturas e sistemas de valores, desempenha uma parte importante na aceitação ou rejeição dos padrões alimentares. As refeições realizadas em grupos, podem demonstrar as preferências de uma comunidade e, mais além, criar modelos a serem seguidos.

De acordo com Atzingen (2011), comportamento alimentar trata-se de algo muito complexo, pois comer é um ato social que vai para além das necessidades básicas de alimentação, indispensável ao desenvolvimento dos valores vitais, comum a todo ser humano, além de estar associado com as relações sociais, às escolhas inseridas em cada indivíduo através de gerações e às sensações proporcionadas pelos sentidos.

No momento da alimentação o indivíduo busca atender suas necessidades fisiológicas e hedônicas (prazerosas). Jamais definido a partir do indivíduo como algo único, mas sim a partir de suas relações com o meio. (OGDEN, 2010; BATISTA MT e LIMA MS,

2013; FERRACCIOLI e SILVEIRAP.2010; CANTÁRIA, JS, 2009; CONTRI, PV et al. 2010).

No que se refere ao entendimento do paciente sobre o termo *in natura* (questão 26.1) a maioria afirmou que sim, já 43,3% dizem que parcialmente e 6,7% não entendem.

Alimento natural ou *in natura* (locução latina que significa “na natureza, da mesma natureza”): Alimento ofertado e consumido em seu estado natural, sem sofrer alterações industriais que modifiquem suas propriedades físico-químicas, ou seja, consistência, composição, cor, sabor, aroma. As frutas, hortaliças e o leite fresco são exemplos de alimentos *in natura*. (BRASIL, 2013).

Justificando as respostas (questão 26.2), obtivemos 30 réplicas. 12 compreendem bem o termo; 11 não o compreendem e sete respostas ambíguas.

Alguns dos retornos: Sim, meus pacientes compreendem o termo *in natura*, pois após uma consulta individual são direcionados ao Grupo de Alimentação Saudável; eles entendem desde que explique mais detalhadamente; sim, tudo que vem direto da horta e ou da natureza; meus pacientes não entendem esta palavra. Sempre tenho que explicar durante os grupos e atendimentos; alguns não compreendem completamente o termo, pois acham que milho em lata, por exemplo, é um alimento "natural". Isso é muito trabalhado com eles; é uma questão de escolha, de saúde e qualidade de vida; o grau de escolaridade e a idade influenciam nesse entendimento; o que aprendem hoje, colocam em prática e influenciam familiares, vizinhos e amigos a fazerem melhores escolhas e a se cuidarem melhor; eu digo que é aquele alimento que não sofre nenhum processo de industrialização.

No que se refere ao termo minimamente processado (questão 27.1), verificamos que 56,7% entendem parcialmente 23,3% entendem e 20% não compreendem.

Os vegetais minimamente processados são aqueles que passaram pelas operações de lavagem, seleção, sanitização, descascamento e corte com o objetivo de proporcionar ao consumidor produtos prontos, práticos e com características de frescos (APPENDINI; HOTCHKISS, 2002; CENSI, 2011).

Diferente de grande parte das técnicas de processamento de alimentos, o processamento mínimo causa um aumento na perecibilidade do produto, uma vez que o dano causado pelo corte ou descascamento aumenta a susceptibilidade da ação de fungos e bactérias patogênicas. Além disso, os tecidos fatiados por terem uma maior superfície de

exposição e difusão de oxigênio, apresentam maiores taxas de respiração e, conseqüentemente, maiores alterações fisiológicas e bioquímicas em relação ao tecido inteiro, como aceleração de reações de escurecimento, descoloração de pigmentos externos, mudança de textura e perda nutricional (PORTE; MAIA, 2001; CHITARRS; CHITARRA, 2005).

Quando justificaram suas respostas há uma diferença (questão 27.2) visto que 24 dizem que os pacientes não entendem, que é preciso explicar, e apenas 6 alegam que eles entendem.

Respostas que obtivemos: Infelizmente o Guia e outros documentos norteadores não trabalhados em mídias ou redes sociais, afastando um pouco da realidade do usuário fazendo com que o mesmo não reconheça; em trabalho de educação nutricional e dinâmica em grupo quando questionados sobre o que conhecimento do termo, a maioria não; meus pacientes não entendem esta palavra. Sempre tenho que explicar durante os grupos de alimento; não sabem o que é minimamente processado. Preciso exemplificar; eu mostro o guia, as fotos, trabalho com rótulos, incentivo eles a irem mais as feiras; eles têm um pouco de dificuldade de entender quais alimentos o termo se aplica; o termo é aceito, mas nem sempre é compreendido e deve ser explicado; entendem que é um produto industrializado, mas não sabem diferenciar dos ultraprocessados.

O Instituto de Defesa do Consumidor, Idec, amparado por diversos estudos e pesquisas científicas e de opinião, e em sintonia com recomendações de organismos internacionais referências em saúde e alimentação saudável, defende que é preciso aprimorar já o atual modelo de rotulagem nutricional no Brasil.

Por isso, o Instituto, juntamente com a UFPR (Universidade Federal do Paraná), apresentou à Anvisa uma proposta de aprimoramento dos rótulos com destaque para novos alertas frontais. O símbolo foi desenvolvido a partir de uma análise técnica de modelos já implementados com sucesso no Chile e Equador.

Para que as escolhas alimentares sejam mais saudáveis e feitas de forma mais consciente, é preciso que o consumidor tenha informação adequada sobre o que está contido em um produto. De acordo com o CDC (Código de Defesa do Consumidor), é um direito básico “a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem

como sobre os riscos que apresentam”, incluindo as informações fornecidas por meio da rotulagem nutricional.

Organismos internacionais como a OMS (Organização Mundial da Saúde) e a OPAS (Organização Panamericana de Saúde) também reconhecem o rótulo como uma ferramenta útil para orientar os consumidores nas melhores escolhas alimentares e, conseqüentemente, reduzir o excesso de peso em diversas partes do mundo.

No Brasil, os rótulos seguem regras determinadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que, em 2003, tornou obrigatória a inclusão de determinadas informações nutricionais nas embalagens de quase todos os alimentos disponíveis no mercado. Porém, mais de uma década depois, experiências internacionais e evidências científicas mostram que apenas isso não é mais suficiente.

Quanto à questão (28.1) sobre o consumo adequado do açúcar. A maioria concorda que é necessário. Novas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam que apenas 5% do total de calorias ingeridas ao dia venha do açúcar. Essa quantidade é metade do que o órgão sugeria há dez anos, quando foi publicada sua última diretriz sobre o tema. Divulgada nesta quarta-feira, a redução tem como objetivo intensificar a luta contra obesidade e doenças dentárias.

De acordo com a OMS, fazer com que 10% das calorias diárias venham do açúcar é o mínimo para beneficiar a saúde. No entanto, reduzir essa porcentagem para 5% proporciona efeitos positivos adicionais. Essa taxa equivale a 25 gramas de açúcar por dia (cerca de seis colheres de chá) – ou 100 das 2.000 calorias diárias recomendadas para um adulto diariamente.

A recomendação abrange todos os tipos de açúcar (sacarose, glicose e frutose) vindos de alimentos como o açúcar de mesa, mel, sucos e polpa de frutas ou adicionados a produtos industrializados. Para seguir o novo número, os ocidentais deverão, em média, reduzir a um sexto a ingestão diária de açúcar – que, hoje, é de 150 gramas por dia, em média.

Quanto ao consumo adequado do sal (questão 28.3) 66,7% concordam; 16,7% concordam plenamente. Costumamos pensar que o sal e o sódio são a mesma coisa, mas na verdade não são. O sal possui em sua composição 40% de sódio e 60% de cloreto, já o sódio é encontrado naturalmente em alguns alimentos como carnes, feijões, lentilhas, leite, cenoura, nabo e espinafre. E em grande quantidade em algumas categorias de alimentos

industrializados como embutidos, salgadinhos, macarrão instantâneo. Neste tipo de alimento é importante prestar atenção às informações nutricionais dos rótulos para verificar a quantidade de sódio, além de outros nutrientes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, para uma alimentação saudável, em adultos saudáveis, o consumo diário máximo de 2g de sódio – equivalente a 5g de sal (ou uma colher de chá). Porém, a população brasileira consome cerca de 12g por dia, mais que o dobro que o recomendado.

Essa grande quantidade de sódio pode prejudicar a saúde, isso porque o sódio é um mineral que age em conjunto com o potássio, para regular a pressão arterial e manter o equilíbrio do organismo. Além disso, ele tem a importante função de realizar a transmissão dos impulsos nervosos e o estímulo muscular. Porém, em quantidades excessivas, o sódio pode ser prejudicial à saúde com o desequilíbrio hídrico do organismo, provocando a retenção de líquidos, aumentando a pressão sanguínea e provocando uma sobrecarga no coração.

Como exerce algumas funções importantes, a deficiência de sódio pode causar sintomas como pressão baixa, tonturas, câibras e náuseas

Quando interrogamos se alimentos processados fazem parte das refeições dos pacientes (questão 29), 90% dizem que sim e 10% que parcialmente. Os alimentos processados são aqueles alimentos *in natura* que, durante sua fabricação, sofreram a adição de sal, açúcar e outros ingredientes culinários industriais como, por exemplo, os queijos. Eles são conhecidos como alimentos que sofreram modificações relativamente simples com o objetivo frequentemente de torná-los mais palatáveis ou aumentar o seu prazo de validade em relação as comidas *in natura* e minimamente processadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; MONTEIRO e LOUZADA 2015).

Na 31.1 abordamos a relação entre os alimentos ultraprocessados e a cultura. A maioria acha concorda que afeta negativamente. Os alimentos ultraprocessados são aqueles prontos para o consumo, resultado de várias modificações alimentares, incluindo adição de ingredientes culinários (corantes e aromatizantes) sintetizados nas indústrias para produção de alimentos. São produzidos por meio de diversas técnicas de processamento o que, na maioria das vezes, proporciona maior durabilidade do produto. Possuem em sua composição pouca quantidade de alimentos *in natura* ou minimamente processados. (BRASIL, 2014).

Na 31.2 indagamos sobre a relação entre os alimentos ultraprocessados a vida social. A maioria concorda que afeta negativamente. Alimentos ultraprocessados são formulados e embalados para serem consumidos sem necessidade de qualquer preparação, a qualquer hora e em qualquer lugar. O seu uso torna a preparação de alimentos, a mesa de refeições e o compartilhamento da comida menos importantes. Seu consumo ocorre com frequência sem hora fixa, muitas vezes quando a pessoa vê televisão ou trabalha no computador, quando ela caminha na rua, dirige um veículo ou fala no telefone, e em outras ocasiões de relativo isolamento. A “interação social” usualmente mostrada na propaganda desses produtos esconde o que realmente ocorre.

O Guia (GAPB, 2ª. ed.: 96) chama atenção para “Comer em companhia” – sempre que possível prefira comer em companhia, com familiares, amigos ou colegas de trabalho ou escola.

“Seres humanos são seres sociais e o hábito de comer em companhia está impregnado em nossa história”.

“Refeições compartilhadas feitas no ambiente da casa são momentos preciosos para cultivar e fortalecer lações entre pessoas que se gostam. ” (GAPB, 2ª. ed.: 96)

Na 31.3 foi a mesma relação e o meio ambiente. Tivemos alto percentual de concordância. Na 31.4 solicitamos que justificassem suas respostas, obtivemos 29, das quais 21 afirmam que são prejudiciais e oito deram respostas dúbias. As que se ressaltam: Os alimentos ultraprocessados estimulam o desejo de consumir mais e mais para que as pessoas tenham a sensação de pertencer a uma cultura moderna e superior; os alimentos ultraprocessados estão se tornando a base da alimentação atual, aumentando a obesidade e doenças crônicas; alimentos ultraprocessados hoje são a base da alimentação familiar da população que atendo, pelo valor, facilidade de preparo; como sabemos os alimentos ultraprocessados influenciam negativamente a cultura, o meio ambiente devido a poluição e uso demasiado de aditivos químicos e a saúde; de forma geral esses alimentos trazem prejuízos à saúde dos indivíduos, financeiro, na qualidade de vida e conseqüentemente ambiental e social; é uma questão de hábito; difícil é mudar isso, com a vida corrida que maioria das pessoas tem, a distância que levam do trabalho até a sua casa; o grau de escolaridade e a idade influenciam nesse entendimento.

Na 32.1 falamos de a possibilidade dos pacientes utilizarem alimentos *in natura* em vez de processados. A maioria acha que parcialmente.

Pedimos que justificassem sua assertiva (32.2). Tivemos 29 respostas, 14 acreditam que o consumo de alimentos *in natura* depende de alguns fatores; oito acham que os pacientes usam processados e sete acreditam que o consumo depende de condições financeiras e culturais.

Réplicas mais frequentes: Depende muito da renda do paciente. Existem casos de pacientes que não possuem renda para comprar alimentos frescos ou terra para plantio. O pouco dinheiro que possuem, acabam comprando alimentos baratos, com alta densidade energética e pouco valor nutricional. Algumas bolachas recheadas ou sucos em pó são mais baratos que frutas, então acabam se tornando a fonte alimentar.

Acho difícil excluir todos os alimentos processados da vida do brasileiro, afinal a praticidade de alguns contribui com a vida nas metrópoles, por exemplo dificilmente todas as pessoas conseguirão preparar o seu próprio pão diariamente. No entanto, acredito que no momento que a população estabelecer uma prioridade para a alimentação, se dedicando ao preparo, aquisição e valorizando a comida caseira a redução de processados será mais fácil.

Infelizmente o nosso dia a dia não favorece o uso dos alimentos *in natura*, mas acredito que se tivermos organização e planejamento é possível aumentar o uso de alimentos *in natura* e reduzir os ultraprocessados; são necessárias a conscientização e a quebra do tabu de o que é saudável é mais caro, mas sim, é possível; sim, depende da disposição do paciente na adoção de hábitos saudáveis, necessita de planejamento e organização prévia para conseguir essa substituição; o uso do alimento *in natura* além de trazer benefícios para a saúde pode ser melhor aproveitado pois muitos podem ser consumidos integralmente, a diversidade de alimentos *in natura* no nosso Brasil nos ajuda a ter uma alimentação bem diversificada e rica em nutrientes; à medida que recebemos informações e entendemos que somos parte do processo de saúde e de doença e que podemos utilizar alimentos para melhorar a saúde é sim possível adquirir melhores hábitos de vida. Os alimentos ultra processados estão muito enraizados na população, principalmente na fase pré-escolar; leite UHT e pão fazem parte da cultura do brasileiro, pelo menos em São Paulo, difícil fazerem parar de consumir esses alimentos.

#### IV – Aconselhamento

Nas questões 33 a 36 pedimos que recomendassem refeições para pessoas com sobrepeso ou obesas: café da manhã, almoço e jantar. No que se refere à primeira refeição do dia, duvidamos que as pessoas que utilizam o serviço de saúde pública tenham tempo e também finanças para atenderem às sugestões das nutricionistas. Já no que toca ao almoço e jantar esse problema não existe, as propostas são realizáveis, ainda que tenha sido proposto o jiló e o cupuaçu, que não são alternativas no Sudeste.

Nas propostas feitas para pequenas refeições durante o dia, foram indicadas as castanhas, amêndoas e nozes. São produtos caros e duvidamos que os pacientes tenham finanças para suportar essa alimentação.

#### V – Os alimentos

Nas questões que vão da 37.1 a 37.18 inquirimos sobre os piores alimentos ultraprocessados, assinalando pela escala de 1 a 5, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante.

Tabela 4 – Os piores alimentos ultraprocessados

Alimento	1	2	3	4	5
Barras de cereis			23,3%	53,3%	23,3%
Bebidas energéticas			23,3%	23,3%	53,3%
Biscoitos recheados				10%	90%
Bolos	3,3%	3,3%	20%	50%	23,3%
Chocolates		10%	23,3%	40%	26,7%
Hambúrgueres			3,3%	3,3%	93,3%
Macarrão instantâneo					100%
Margarina		3,3%	20%	13,3%	63,3%
Mortadela			3,3%	10%	86,7%
Paes, inclusive integrais	6,7%	23,3%	46,7%	20%	3,3%
Produtos enlatados		3,3%	16,7%	30%	50%
Presunto			3,3%	26,7%	70%
Requeijão	3,3%	6,7%	26,7%	46,7%	16,7%
Salame				10%	90%
Salsicha				6,7%	93,3%
Salgadinhos de pacote				6,67%	93,3%
Sopas prontas				6,67%	93,3%

Elaborado pela autora.

O que observar-se, pelo percentual atribuído, é que os piores alimentos ultraprocessados são o macarrão instantâneo, hambúrgueres, salame, salsicha, salgadinhos de pacote, sopas prontas, mortadela e biscoitos recheados. Se somarmos os percentuais totais dos que concordam e com aqueles que concordam plenamente teremos 84% de aquiescência quanto aos alimentos não saudáveis.

Na questão 38 indagamos sobre as dificuldades da escolha dos alimentos *in natura*. A maioria não concorda nem discorda; enquanto 33,3% concordam e 13,3% concordam plenamente, o que nos daria um total de concordância de 46,6%.

A questão 39 é sobre dificuldades na conservação dos alimentos. 33,3% nem concordam, nem discordam; enquanto 33,3 concordam que existe dificuldades.

Nas questões 40.1 e 40.2 pedimos, respectivamente, que “respondessem e justificassem suas réplicas se a manipulação dos alimentos, no que se refere à qualidade higiênico-sanitária, é feita de maneira adequada pelo paciente.” 53,3% nem concordaram nem discordaram, 23,3% discordaram, 20% concordaram e 3,3% discordam totalmente. Quando justificaram, tivemos 29 respostas, 20 das quais afirmam que ele não sabe higienizar; cinco deram outro tipo de resposta e quatro sabem fazê-lo.

Entendemos que há inconsistência nas justificativas, pois, não refletem o que foi respondido na 40.1, pois 53,3% ao se colocarem na posição de não concordarem e nem discordarem destoam das 20 respostas que afirmam que o paciente não sabe higienizar os alimentos.

Pesquisas revelam que o consumo de alimentos com resíduos de agentes químicos como os agrotóxicos podem vir a causar diversos prejuízos à saúde humana os quais vão desde alergia temporária a doenças crônicas, incluindo a possibilidade do surgimento de cânceres.

A eliminação desses resíduos e demais contaminantes que podem ocorrer no alimento é algo essencial para mantermos a saúde de nosso organismo. Alguns métodos práticos como a correta higienização de frutas e hortaliças pode ser usado em nosso dia-dia para evitarmos maiores problemas com contaminações alimentares.

O processo de higienização deve se iniciar já no momento da compra dos alimentos, afinal, de nada adianta termos um processo eficiente se nosso produto não for de qualidade. Assim é importante que o consumidor saiba selecionar as frutas, verduras e legumes, descartando as que não estiverem em bom estado, ou seja, amassados, cortados, em estado de podridão e com sinais de infecção (picadas de inseto), já que essas lesões na superfície

dos vegetais criam aberturas que permitem aos microorganismos e enzimas acelerarem o processo de deterioração.

A higienização de frutas e hortaliças é relativamente simples. Para a remoção dos pesticidas de contato, ou seja, os que estão na camada externa, recomenda-se lavar os vegetais com água corrente. Para a retirada dos microorganismos é recomendado imergir todas as frutas e hortaliças, que não serão submetidas à cocção ou processo térmico, em solução de cloro ativo por 15 minutos. Para manusear estes alimentos higienizados pode-se utilizar luvas descartáveis ou desinfetar as mãos com álcool 70% (o álcool nesta concentração é obtido a partir da mistura de 750mL de álcool e 250mL de água potável). Vale ressaltar que esses procedimentos não eliminam totalmente os pesticidas e microorganismos, apenas os reduzem.

Nas questões que vai da 41 a 44 pedíamos que expusessem opiniões sobre o ato de comer do paciente.

Tabela 5 – Costumes no ato de comer do paciente

Assunto	Sim	Não	Parcialmente
Horários semelhantes	16,7%	6,7%	76,7%
Comem calmamente	26,7%		73,3%
Ambiente limpo	13,3%		86,7%
Ambiente confortável	10%		90%
Ambiente tranquilo	16,7%	3,3%	80%
Comer acompanhado	76,7%	23,3%	

Elaborado pela autora.

## VI – Informação

Nas questões que vão de 45.1 a 45.9 tratamos da quantidade de informações sobre alimentação saudável em várias mídias e outros canais, onde deviam pontuar de um a cinco, sendo um a discordância plena e cinco a concordância plena.

Tabela 6 – Quantidade de informações sobre alimentação saudável

Mídia/outros canais	1	2	3	4	5
Guias	10%	13,3%	26,7%	33,3%	16,7%
Internet		6,7%	30%	30%	33,3%
Rádio	6,7%	23,3%	53,3%	16,7%	
Revistas	3,3%	10%	46,7%	20%	20%
Televisão	6,7%	13,3%	46,7%	23,3%	10%
Palestra	3,3%	6,7%	20%	56,7%	13,3%
Amigos	6,7%	10%	46,7%	33,3%	3,3%
Familiares	3,3%	13,3%	50%	33,3%	
Profissionais de saúde			23,3%	53,3%	23,3%

Elaborado pela autora.

Nas questões que vão de 46.1 a 46.9 tratamos da confiabilidade de informações sobre alimentação saudável em várias mídias e outros canais.

Tabela 7 – Grau de confiabilidade nas informações sobre alimentação saudável

Mídia/outros canais	Sim	Não	Parcialmente
Guias	76,7%		23,3%
Internet	3,3%	10%	86,7%
Rádio		3,3%	96,7%
Revistas		13,3%	86,7%
Televisão		10%	90%
Palestras	43,3%		56,7%
Amigos		10%	90%
Familiares		13,3%	86,7%
Profissionais de saúde	33,3%		66,7%

Elaborado pela autora.

Na questão 47 indagamos qual é a melhor maneira buscar informação sobre alimentação saudável e saúde? 53,3% creem que são os profissionais de saúde; 23,3% entendem que nos guias; a internet, o rádio, revistas, televisão, palestras, amigos e familiares ficaram igualmente com 3,3% cada.

Nas questões 48 e 49 perguntamos sobre fatores que influenciam na compreensão do que é alimentação saudável e saúde.

Tabela 8 – Fatores que afetam a apreensão do que é alimentação saudável

Fator	Sim	Não	Parcialmente
Educação formal	53,3%	6,7%	40%
Nível socioeconômico	33,3%	3,3%	63,3%

Elaborado pela autora.

Nas 50 a 53.1 inquirimos acerca de fatores que comprometem a alimentação saudável e saúde.

Tabela 9 – Fatores que afetam a alimentação saudável e a saúde

Fator	Sim	Não	Parcialmente
Habilidades culinárias	46,7%	6,7%	46,7%
Tempo dedicado as habilidades culinárias	63,3%		36,7% %
Publicidade sobre ultraprocessados	90%		10%
Custo dos alimentos	63,3%		36,7%

Elaborado pela autora.

Na questão 53.2 foi pedido que justificassem as respostas, quanto a influência do custo na escolha dos alimentos. 11 consideram que a alimentação saudável é possível; 10 que o custo influencia na alimentação. Cinco ponderam que os ultraprocessados são mais baratos e três que a informação sobre os alimentos nem sempre é clara. Algumas das respostas: possuem um custo difícil de encaixar nas despesas de uma família grande que possui uma renda de um salário mínimo; infelizmente alimentos industrializados mais saudáveis são mais caros, porém quando se prioriza alimentos in natura, esse custo abaixa; alimentos ultraprocessados na grande maioria das vezes tem um custo muito baixo; a mídia pode passar uma imagem de alimentos ultraprocessados como saudáveis; comer saudável é muito mais caro, exemplo são os alimentos orgânicos; se a população receber orientação e colocar como base da alimentação saudável os alimentos in natura irão perceber que o custo não é muito alto, A mídia pode passar uma imagem de alimentos ultraprocessados como saudáveis, enganando parte da população que não possui conhecimento na área; Os produtos estão realmente bastante caros, mas se formos contabilizar os gastos com os ultra processados daria para balancear bem uma compra saudável; hoje a população tem informações sobre alimentação a todo o momento, a dificuldade é entender e compreender essa avalanche de informações.

Na 55.1 Tratamos da dificuldade de mudança de hábito alimentar. Somando as respostas que consideram um evento difícil com aquelas que consideram razoavelmente difícil temos 93,4%.

Na 55.2 interrogamos sobre o nível de dificuldade na mudança de alimentação. Foram 28 respostas, sendo que 22 consideram que esta depende da cultura, custo e acesso; seis da reeducação alimentar e uma que é um evento relativamente fácil. Parte das respostas: Isto depende muito da cultura da pessoa. Na maioria das vezes as pessoas têm o hábito errado

de se alimentar há anos, e por isso, fica muito difícil de fazer com que a pessoa mude a sua maneira de pensar e de agir; os pacientes acham difícil por acharem que terão que comprar alimentos caros, esquecem que alimentos que encontramos na feira fazem parte da alimentação e constituem todos os nutrientes que precisamos; mudanças de hábitos principalmente para pessoas idosas é um desafio, pois dar espaço para o novo, deixar de consumir ou reduzir produtos que fazem parte de uma história de vida ou família torna mais difícil; infelizmente somente há mudança quando há um comprometimento da saúde; o processo de reeducação alimentar é longitudinal, que requer paciência, acesso à informação e acompanhamento; em muitos casos os hábitos de uma alimentação não saudável estão instalados há muito tempo, gerando dificuldade para o paciente aderir a novos hábitos, inclusive nos casos de preferência pelos alimentos prontos, onde não se tem trabalho para o preparo; é uma mudança de hábito que exige muito esforço, pois envolve questões fisiológicas e também emocionais e afetivas.

Segundo Popkin (2001), a elevação significativa de pessoas obesas pode ser explicada por questões como a alteração dos alimentos consumidos e o estilo de vida sedentário, já que as pessoas buscam cada vez mais alimentos com preparação rápida sem se preocuparem com o potencial energético; além disso, elas colocam em segundo plano a prática regular de atividades físicas, despreocupação esta ocasionada pela redução de tempo que é consequência do cotidiano agitado, principalmente nas grandes metrópoles.

Nas questões 56.1, e 56.2 que tratam respectivamente de explicações sobre carboidratos e proteínas, pedimos para elucidarem como faziam isso. Na de carboidratos temos 24 respostas para alimentos que fornecem energia e sete onde foram usados recursos como figuras, fotos ou pirâmide alimentar; sobre as proteínas predominaram as respostas explicando que são alimentos construtores de células; sete sobre o crescimento e reparação dos tecidos, igual número onde foram usados recursos didáticos e seis para alimentos que dão força muscular.

Na 57 pedimos para dizerem o que é alimentação balanceada e saborosa. Tivemos 53 respostas, 15 das quais descritivas sobre alimentação; 11 sobre nutrientes; nove de grupos alimentares, cinco de proteínas, quatro de cultura e igual número de sabor. Respostas frequentes: Uma alimentação balanceada e saborosa ao mesmo tempo é igual à uma alimentação cheia de temperos naturais, colorida, com proteínas grelhados, verduras com molhos naturais, etc. Uma alimentação balanceada fornece os nutrientes essenciais que o

organismo precisa. Respeita a cultura e identidade alimentar de cada um, portanto se torna saborosa. Aquela que tenha um alimento de cada grupo alimentar (carboidrato, proteínas, hortaliças e legumes), preparada com ervas naturais que tragam uma história. Oferta de nutrientes coloridos, frescos, que incluam todos os grupos alimentares e que sejam feitos com amor que utilize bons ingredientes e atenda ao máximo os hábitos culturais e as necessidades fisiológicas.

Nas questões 59.1 e 59.2 tratamos do objeto de orgânicos substituírem alimentos convencionais. A maioria acredita que não. Nas justificativas houve 29 respostas, sendo 25 para o alto custo dos alimentos e a dificuldade de encontra-los. Respostas reiteradas: Não, pois ainda é grande a produção de alimentos não orgânicos devido ao maior acesso à população por esse tipo de alimento; ainda estamos um pouco longe disso; depende muito das políticas públicas e incentivo; estamos caminhando bem devagar; as pessoas acham os alimentos orgânicos mais caros que os convencionais evitando a procura, a oferta muitas vezes é baixa devido à baixa procura e nos supermercados onde muitas vezes é encontrado o valor é alto; alto custo e baixa disponibilidade; infelizmente a produção orgânica ainda é muito pequena em relação à convencional, portanto acredito que ela está andando em paralelo.

Nas questões 60.1 a 60.12 o assunto foi a obesidade e os fatores que levam a esse evento. Pedimos que pontuassem de um a cinco; sendo um a discordância plena e cinco a concordância plena.

Tabela 10 – Fatores que levam a obesidade

Fatores	1	2	3	4	5
Alimentação inadequada			3,3%	20%	76,7%
Desmame precoce		6,7%	23,3%	50%	20%
Estresse			20%	40%	40%
Demográficos	3,3%	10%	40%	43,3%	3,3%
Genéticos		6,7%	40%	33,3%	20%
Psicológicos			13,3%	33,3%	53,3%
Fumo/álcool	6,6%	6,6%	40%	30%	16,7%
Escolaridade	6,7%	6,7%	46,7%	40%	
Nível socioeconômico	6,7%	10%	40%	36,7%	6,7%
Pais obesos		3,3%	16,7%	56,7%	23,3%
Sedentarismo				23,3%	76,7%

Elaborado pela autora.

A seguir apresentamos nossas considerações, que não consideramos finais porque o processo interativo entre o objeto de investigação e o pesquisador continua intenso e arrebatado.

### **Considerações até o momento**

Diríamos que tudo começou há cerca de três anos quando decidimos pela análise da política pública representada pela mídia denominada Guia Alimentar para a População Brasileira, 2ª. edição, com certidão do Ministério da Saúde.

Houve um processo interativo entre a pesquisadora e o objeto de estudo, visto que o tema, contido em uma área tão carente de investigação pelos pesquisadores da comunicação, envolve problemáticas nos campos da alimentação saudável, antropologia, alimentação e intersectoralidade, comunicação pública, cidadania, doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a obesidade, economia, educação, epistemologia, filosofia, mídias, políticas públicas, profissionais da área de nutrição, saúde coletiva e saúde pública.

O campo da nutrição tem aflorado nos últimos anos porque ele está atrelado a parte do problema e da solução no que se refere as Doenças Crônicas não Transmissíveis e, conseqüentemente, a obesidade.

Descobrimos que as técnicas comunicativas não fazem parte das disciplinas dos cursos de nutrição. Esse aspecto provavelmente é superado por outros conhecimentos, visto que esses técnicos de saúde precisam entender que a nutrição é o processo biológico mediante o qual os organismos assimilam os alimentos e os líquidos necessários para o funcionamento, a manutenção e o crescimento das suas funções vitais. Dá-se o nome de nutrição ao estudo da relação entre os alimentos e a saúde. Não só a saúde física, mas também a psicológica.

Por isso seus serviços especializados são tão importantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), quanto no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). São profissionais que sabem como e trabalham em equipe o que possibilita a troca de conhecimento e agilidade no cumprimento de metas e objetivos compartilhados. É um esforço coletivo na resolução dos problemas oriundos das DCNT.

O profissional de nutrição é um mediador entre o Estado e o usuário dos serviços de saúde pública. Na saúde, o diálogo surge como uma dimensão transversal, pois não está em

jogo o monitoramento hegemônico, mas a compreensão do outro a partir de suas emoções, intenções e domínios simbólicos. Nesta perspectiva, os mediadores estarão ante o desafio de encontrar ações ou condições conversacionais de potencial transformador de sua prática cotidiana. O que se busca para a mediação não é um conjunto de regras genéricas para o diálogo, mas o fomento de ações por meio de linguagens que permitam um conjunto de estratégias necessárias à compreensão do paciente, do parceiro da equipe de saúde, e de todo o processo de saúde-doença.

No caso específico dos serviços de saúde, o mediador é desafiado a se colocar também como um educador e como tal, há a necessidade de criar meios para o entendimento, para a desconstrução do preconceito e construção do respeito no convívio com a diferença. Deduzimos que é uma mediação de processos pontuais, no nível interpessoal ou de pequenos grupos.

O questionário que enviamos para as nutricionistas espelhava exatamente o conteúdo do Guia. Cada pergunta foi preparada para atender o que é considerado, pelos elaboradores da mídia, como um fato, contida nos cinco princípios básicos. Nossas hipóteses foram:

1. A prescrição do Guia **não ampliou a autonomia** das pessoas com sobrepeso ou obesas, que utilizam o serviço público de saúde, nas escolhas alimentares;
2. A determinação do Guia sobre a “regra de ouro”: **prefira alimentos in natura ou minimamente processados** não foi seguida pelas pessoas com sobrepeso ou obesas que utilizam o serviço público de saúde.

Apesar do Guia ser um possível norteador para o combate e controle das DCNT, grande parte da população brasileira consome alimentos ultraprocessados e processados, em detrimento do *in natura*. Os fatores que levam a esse evento são muitos: a crise econômica é um deles, visto que o índice de desemprego no Brasil atingiu 12,2% no trimestre encerrado em outubro, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua<sup>13</sup>,

---

<sup>13</sup> Destina-se a produzir informações contínuas sobre a inserção da população no mercado de trabalho associada a características demográficas e de educação, e, também, para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País, agregando a produção de resultados anuais sobre temas permanentes da pesquisa (como trabalho infantil e outras formas de trabalho, migração, fecundidade etc.) e outros aspectos relevantes selecionados de acordo com as necessidades de informação.

A pesquisa é realizada por meio de uma amostra de domicílios, extraída de uma amostra mestra, de forma a garantir a representatividade dos resultados para os diversos níveis geográficos definidos para sua divulgação. A cada trimestre, são investigados 211.344 domicílios particulares permanentes, em aproximadamente 16.000 setores censitários, distribuídos em cerca de 3.500 municípios.

divulgados em 30/11/2017 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os números mostram que a taxa vem caindo mês a mês, mas o índice ainda é o maior da série histórica iniciada em 2012 para o período de agosto a outubro.

Ao mudarem seus costumes alimentares, desprezando a diversidade de alimentos frescos que a região sul e outras oferecem, essa população aumenta o risco de obesidade e outras DCNT.

Segundo as nutricionistas, é preciso sensibilizar os pacientes e também aqueles que ainda nem chegaram aos serviços de saúde pública, revelando os malefícios das gorduras, sal e açúcar em excesso. É necessário que tenham acesso às informações que possam beneficiar as escolhas na rotina alimentar. Falta a comunicação dos órgãos responsáveis por essas áreas.

Para Matos (2006 p.71),

“a Comunicação Pública se articula com a Comunicação Política na esfera pública, como local de interesse social de todos os agentes envolvidos. Nesta esfera, transitam recursos humanos (cidadãos, políticos, leitores), físicos (suporte da comunicação massiva, tecnologias interativas e convergentes), econômicos (capital, ativos em geral), comunicacionais (discursos, debates, diálogos estruturados dentro e fora das mídias massivas e recursos interativos).”

Ficamos metedidos para saber quais seriam os interesses sociais dos técnicos de saúde, que mediam as prescrições do guia, traduzindo-as aos usuários das UBSs. Pensamos nas expectativas econômicas e comunicacionais tão diversas de um e outro. Não sabemos se existe realmente um diálogo entre eles, porque não nos foi possível acessar o paciente.

Lembramos que neste estudo admite-se, a partir do que está posto na Estratégia Global, na PNAN, no *Guia Alimentar*, que a **alimentação saudável** se refere à melhor prática alimentar atribuída pelos sujeitos, capaz de contribuir para prevenir o avanço das doenças crônicas (OMS, 2004; BRASIL, 2003, 2005, 2006).

Identificamos pelas falas das respondentes que existe uma real preocupação com a alimentação saudável. Discorreram sobre a qualidade das sementes, dos adubos, dos alimentos, dos rótulos e em relação ao consumidor.

Compreendemos que os alimentos in natura ou minimamente processados também poderiam ser divididos conforme os métodos agrícolas adotados em sua produção, como confinamento versus pasto, ou monocultura versus diversidade de culturas, ou pesca versus criação de peixes, ou controle ecológico de pragas versus abuso de agrotóxicos, ou ainda agricultura orgânica versus modificação genética.

No Guia temos na página 18 “A depender de suas características, o sistema de produção e distribuição de alimentos pode promover justiça social e proteger o ambiente; ou ao contrário, gerar desigualdades sociais e ameaças aos recursos naturais e à biodiversidade.”

Ao avaliarmos a justiça social percebemos que a realidade brasileira demonstra que uma parcela considerável de indivíduos se encontra em grave situação de pobreza e exclusão social, sem condições dignas de moradia e sem acesso à educação, ou seja, sem os recursos sociais, econômicos e institucionais que venham a proporcionar o seu ajuste na sociedade, como homens livres. Dentre vários fatores que podem ser classificados, esses exercem influência fundamental nas oportunidades alimentar e de saúde que serão apresentadas a esses indivíduos.

O Guia apela para o empoderamento dos cidadãos, tanto no que se refere a escolha dos alimentos quanto a ações coletivas para a comercialização de produtos *in natura*, ou minimamente processados a preços acessíveis; a criação de restaurantes populares e cozinhas populares. Encoraja-o a se engajar em políticas fiscais para batalhar pelo encarecimento dos alimentos ultraprocessados.

Esse cidadão que recebe essa incumbência do Estado é àquele a quem foi negado o direito à moradia, educação, saneamento básico, transporte e saúde, entre outros. Parece-nos uma convocação injusta, porque sem condições imprescindíveis para lutar pelos seus direitos ele seja chamado a abraçar atos para resoluções de problemas nos quais o Estado não tem dado conta.

Não restam dúvidas quanto aos piores alimentos ultraprocessados. O mais inapropriado para consumo é o macarrão instantâneo, entretanto os hambúrgueres, salame, salsichas e biscoitos recheados também são altamente prejudiciais.

Tem-se discutido se os alimentos processados e ultraprocessados aumentaram em vista das mulheres terem ido para o mercado de trabalho. Nossa intenção não é analisar estes dados, visto que seria motivo de outro estudo, entretanto entendemos que a discussão não

está na questão do gênero e sim nos papéis sociais dentro da família. Mulheres e homens estão atreladas/os a um processo de construção e reconstrução de suas identidades sociais, onde seus comportamentos e desejos são influenciados pelo modo como cada cultura estabelece seus valores na sociedade.

Por ser socialmente construído, gênero não consegue ser compreendido a partir de uma análise exclusivamente biológica dos indivíduos, mas a partir de fatores que corroboram para a construção de papéis sociais de homens e mulheres a partir de elementos culturais, econômicos e psicológicos. Sendo assim, gênero feminino e gênero masculino estão intrincados num processo contínuo, pois, ideologias diferentes separam ambos. Ou seja, o que se espera de uma mulher socialmente falando não é o mesmo que de um homem. Na sociedade brasileira, com a crise econômica, muitos homens assumiram o papel que era tido como das mulheres, por exemplo, tomar conta dos filhos, limpar a casa e cozinhar. A inabilidade na arte de cozinhar está nos gêneros masculino e feminino.

O Guia recomenda na página 89 que é preciso “dedicar tempo para limpar geladeira, fogão, armários, prateleiras, chão, paredes” porque contribui para preservar a qualidade dos alimentos.

O que nos chamou a atenção sobremaneira foi o desconhecimento de como higienizar os alimentos. Se a maioria não sabe higienizar os alimentos é um problema. Atualmente o consumo de frutas e hortaliças vem sendo recomendado pelos benefícios que traz a saúde do consumidor. Porém devemos nos atentar ao uso de matérias-primas de origem vegetal visto que estão sujeitas às diversas fontes de contaminação ao longo do seu cultivo e processamento, tais como: solo, água de irrigação, uso de defensivos agrícolas, manipuladores, equipamentos e utensílios. Assim, ao invés de conseguirmos extrair os efeitos positivos obtidos através da ingestão desses alimentos poderemos, futuramente, vir a observar um crescente aumento dos nossos problemas de saúde.

A adequada higienização durante o preparo das hortaliças para o consumo pode nos assegurar a qualidade higiênico-sanitária desses alimentos. Assim, torna-se imprescindível a correta orientação quanto à importância da higienização, a fim de minimizar a transmissão de possíveis doenças de origem alimentar aos consumidores.

Sobre o ato de comer, quando são sugeridas três orientações básicas: comer com regularidade e com atenção; comer em ambientes apropriados; e comer em companhia; o percentual maior dado nas respostas foi para “comer acompanhado”; visto que as

respondentes consideraram que “ambientes limpos, confortáveis e tranquilos” só ocorrem parcialmente. Os idealizadores do Guia consideram que as características de onde comemos influenciam na quantidade de alimentos que ingerimos e no prazer que podemos desfrutar nesse momento.

O que se busca ao comer na companhia de familiares, amigos ou colegas de trabalho ou escola, deduzimos, é quantidade maior de processos interativos no ato da alimentação. Quando se compartilha a refeição com mais pessoas, ampliamos naturalmente a variedade de alimentos, que é essencial para a boa alimentação e também reduz custo. Essas orientações não são comuns nos guias alimentares e por isso o guia brasileiro tem atraído tanta atenção.

Ao final do questionário abordamos a quantidade e confiabilidade de informações acerca da alimentação saudável. Quanto à quantidade as palestras foram bem consideradas, seguidas pelos profissionais de saúde. Os guias receberam igual pontuação a internet.

Quando a variável foi a confiabilidade dessas informações os guias foram melhor pontuados, seguidos pelas palestras e profissionais de saúde.

No que se refere ao melhor canal ou outros meios para buscar informações sobre alimentação saudável e saúde as nutricionistas optaram pelos profissionais de saúde. Avaliamos que não houve inconsistência nas repostas. Os guias ficaram com a segunda posição.

A educação formal é vista como um limitante maior do que o nível sócio econômico na compreensão do que é alimentação saudável e saúde. E o aspecto que mais compromete alimentação é a publicidade sobre os ultraprocessados, seguido pelo tempo dedicado as habilidades culinárias e o custo dos alimentos.

A mudança alimentar foi considerada um acontecimento que dependerá da cultura, dos custos e do acesso aos alimentos. Essa modificação é um processo difícil. Um dos desafios que envolvem a mudança dos hábitos alimentares está no fato de estimular as pessoas e as agroindústrias processadoras a preparar alimentos que sejam ao mesmo tempo saudáveis e agradáveis, gerando satisfação ao consumi-los e respeitando as variedades culturais dos indivíduos.

Em relação a substituição dos alimentos orgânicos pelos convencionais esbarramos nos aspectos de custos e acesso. É preciso entender todas as diferenças entre uma horta

agroecológica e uma convencional. A produção orgânica exige um manejo mais cuidadoso e, por isso, se adapta melhor em pequenas propriedades. Até mesmo para eliminar pragas que podem acabar com a produção, há alternativas naturais e simples.

As condições que levam à obesidade foram também questionadas. Sendo que o sedentarismo e a alimentação inadequada tiveram percentual altíssimo, depois vieram os fatores psicológicos, o estresse e ter pais obesos. Surpreendente é que a influência da escolaridade e o nível sócio econômico não estejam com alto percentual.

Se o Guia é uma política pública, como afirmado pelos gestores dos dois ministérios e demais entrevistados, ela não foi “resultante de uma complexa interação entre Estado e sociedade”. Pois se é “nessa interação que se definem as situações sociais consideradas problemáticas, bem como as formas, os conteúdos, os meios, os sentidos e as modalidades de intervenção”, deduzimos que faltou “ouvir e dialogar” com técnicos de saúde e usuários dos serviços públicos de saúde, entre eles as UBS.

Concordamos com Giovani e Nogueira (2015) que afirmam, ao discorrerem sobre políticas públicas, que: “Um desdobramento da nova situação estrutural é a explosão incontrolável de demandas e reivindicações. A modernidade radicalizada produz sem cessar problemas, carências, direitos e postulações de direitos. Ao diversificar, diferenciar e fragmentar as sociedades, multiplica expressivamente as vozes sociais. Desafia frontalmente todos os que estão em busca de soluções como é o caso dos que trabalham direta ou indiretamente com gestão, e em particular com gestão pública.” (GIOVANNI e NOGUEIRA, 2015, p. 28).

A demanda pelos serviços de saúde pública tem aumentado, haja vista a situação de desemprego no Brasil, onde milhares de pessoas perderam seus planos de saúde e migraram para o SUS. O governo federal tem reduzido os recursos para a saúde e atrasou nos repasses aos estados e municípios. Essas variáveis tornam os serviços públicos de saúde piores no que se refere a marcação de consultas e outros procedimentos, cirúrgicos ou não. O gestor tem que fazer mais com recursos menores.

Revedo nossas hipóteses vimos que as pessoas não ganham autonomia com as prescrições do Guia; bem como o consumo dos alimentos ultraprocessados é maior do que aqueles minimamente processados ou *in natura*. Concluimos que o Guia pode ajudar uma pequena parcela da população com DCNT, mas a maioria não está conscientizada dos graves problemas que a alimentação não saudável e o sedentarismo produzem.

Quiçá quando os investimentos dos governos aumentarem em educação formal em todos os níveis, teremos uma população consciente de que o cuidado com a saúde física e mental deve começar, no mínimo, no pré-natal.

## **Parte VI**

### **Atividades acadêmicas paralelas**

#### **Trabalho aceito em anais de eventos**

O Controle da Obesidade e as Políticas Públicas. IX Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas. Associação Brasileira de Pesquisadores de Comunicação Organizacional e Relações Públicas - ABRAPCORP. Campinas, 13, 14 e 15 de maio de 2015.

A epidemia da obesidade e as políticas públicas na saúde. VIII Seminario Regional ALAIC. Universidad Nacional de Córdoba/ALAIC/Escuela de Ciencias de la Informacion. Universidad Nacional de Córdoba. 27/28 de agosto de 2015.

#### **Apresentação de trabalho e palestra**

O Controle da Obesidade e as Políticas Públicas. IX Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas. Associação Brasileira de Pesquisadores de Comunicação Organizacional e Relações Públicas - ABRAPCORP. Campinas, 13, 14 e 15 de maio de 2015.

A epidemia da obesidade e as políticas públicas na saúde. VIII Seminario Regional ALAIC. Universidad Nacional de Córdoba/ALAIC/Escuela de Ciencias de la Informacion. Universidad Nacional de Córdoba. 27/28 de agosto de 2015.

#### **Artigos aceitos para publicação**

Pharmaceutical companies: Coherence between discourses and practices of sustainability no International Journal of Communication and Health, ISSN 2359-8220, 2015.

#### **Capítulos de livros**

Guia alimentar para a população brasileira: política pública no combate as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

## **Resumo**

A disseminação de doenças crônicas não transmissíveis ao longo do tempo é uma importante preocupação política em todos os países. No Brasil, o Guia Alimentar para a População Brasileira, sob a chancela da Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, foi lançado pelo então Ministro da Saúde, Arthur Chioro, no dia 5 de novembro de 2014, em substituição à edição de 2006. O instrumento se propõe a ser uma das principais políticas públicas dos governos federal, estadual e municipal no combate ao sobrepeso, a obesidade, ao avanço de diabetes e outras doenças crônicas, além de uma tentativa de evitar a desnutrição. É endereçado principalmente aos técnicos de saúde e usuários do serviço público de saúde. A eficiência de suas regras nunca foi aferida. Entendendo que foi elaborado por nutricionistas, consideramos pertinente verificar qual é a compreensão desses profissionais que atuam nas UBS da Zona Sul da cidade de São Paulo, a respeito do seu conteúdo.

**Palavras-chave:** comunicação pública; doenças crônicas; nutricionistas; políticas públicas; saúde pública.

Meio digital Pág. 36/82, número da edição 21 série 30116, ISBN 9788572051668 Ed. ECA Org. Heloiza Matos.

Meio impresso Pág. 35/76, números da edição 21 série ISBN 9788572051675 Ed. ECA Org. Heloiza Matos.

SYMPOSIUM ON SUSTAINABILITY IN UNIVERSITY CAMPUSES (SSUC- 2017) Sao Paulo, Brazil 17th-19th September 2017

Title: Public University houses community garden to promote sustainability

Authors: Devani Salomão, Ph.D. and Victor A. de M. Reis

The objective of this article is to analyse the extensions of sustainability in the public education sector - considering the perception change of teachers, students and the community regarding the use of a university campus to implement a community garden in the Faculty of Medicine of the University of São Paulo. Started in 2013, this program aimed to address issues related to environmental education and shared management of waste. Nowadays, in addition to permanent education and awareness activities, environmental

techniques are also applied, pursuing sustainability through conservation of natural resources, conscious consumption and reduction of waste, promoting the concept of 3 R's (Reduce, Reuse and Recycle) and reducing the ecological footprint of both individuals and institutions. The method used was interviews with the creators of the Project and with participants as well. As the result, it was possible to verify that public education and environmental management operating together could promote and intensify the reduction of raw materials and increasingly scarce resources, such as water and energy. Finally, it is recommendable to apply some practical measures such as outlining tactics that generate recognition of this partnership, the value of its activities and the reputation of the agencies involved.

Keywords: sustainability; community garden; environmental management, Faculty of Medicine

Series Title: World Sustainability Series /Book Title: Towards Green Campus Operations

Book Subtitle: Energy, Climate and Sustainable Development Initiatives at Universities

ISBN:978-3-319-76884-7

## **Participação em eventos, congressos, exposições**

### **2015**

Devani Salomão de Moura Reis Participou do Fórum Professores de Comunicação Organizacional e Relações Públicas: Novas Diretrizes Curriculares Nacionais, realizado no dia 13 de maio de 2015, durante o IX Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas, promovido pela Associação Brasileira de Pesquisadores de Comunicação Organizacional e Relações Públicas - ABRAPCORP e realizado pela PUC Campinas e pela Metrocamp. Carga horária do Fórum: 3 horas.

Participou do IX Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas, promovido pela Associação Brasileira de Pesquisadores de Comunicação Organizacional e Relações Públicas - ABRAPCORP e realizado pela PUC Campinas e pela Metrocamp, nos dias 13, 14 e 15 de maio de 2015, como expositor(a), no Grupo de Pesquisa 4 – Comunicação, Responsabilidade Social e Cidadania, do trabalho O Controle da Obesidade e as Políticas Públicas

Certificamos que Devani Salomão de Moura Reis atuou como parecerista AD-HOC para a Revista Ação Midiática do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 3 de agosto de 2015.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Comunicações e Artes (ECA-USP) certifica que Devani Salomão de Moura Reis participou como ouvinte da Abertura da Primeira Fase do 23º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP (SIICUSP), assistindo à palestra “Imersão Digital: Paradigmas Inovadores em Mídias Digitais” do Prof. Dr. Marcelo Knörich Zuffo, que ocorreu às 14h, no dia 05 de outubro de 2015, no Auditório Lupe Cotrim (prédio da administração da ECA).

23º. Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP (SIICUSP). Declaro, para os devidos fins que Devani Salomão de Moura Reis participou como Avaliadora da 1ª etapa do 23º Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP - SIICUSP, em 2015. Prof. Dr. José Eduardo Krieger Pró-Reitor de Pesquisa Universidade de São Paulo. 05 de outubro de 2015.

Certificamos que Devani Salomão de Moura Reis participou do I Seminário de Nutrição da Atenção Básica - Comida de Verdade e a Verdade da Comida, realizado na Faculdade de Saúde Pública da USP, pela Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, com carga horária de 9 horas. São Paulo, 27 de outubro de 2015 Rita Helena Bueno Pinheiro Coordenadora de Nutrição/SMS.

Participou do Seminário Internacional Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, promovido pela pesquisa Região e Redes – Caminho para a universalização da saúde no Brasil, realizado nos dias 7 e 8 de dezembro de 2015, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade do Brasil.

Seminário de Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, FSP, carga total de 8 horas. São Paulo, 2015.

## **2016**

Participou do XXXIX Congresso Brasileiro da Comunicação, entre os dias 5 a 9 de setembro de 2016, em São Paulo/SP, evento promovido pela Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinar de Comunicação – Intercom e realizado pela Universidade de São Paulo – USP, como Congressista.

24º SIICUSP - Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP - Etapa Internacional - Comitê Científico

Declaração de Participação Declaro para os devidos fins que Devani Salomão De Moura Reis participou como, realizada nos dias 19 e 20 de outubro de 2016, em São Paulo. Prof. Dr. José Eduardo Krieger Pró-Reitor de Pesquisa Universidade de São Paulo

Certificamos que Devani Salomão de Moura Reis participou do Seminário Pensacom – Pensamento Comunicacional Brasileiro, realizado nos dias 12 e 13 de dezembro de 2016, com carga horária de 20 horas, no Centro de Pesquisa e Formação do Sesc São Paulo, como expositora no Grupo de Trabalhos 3 – Comunicação e Saúde, com trabalho “Avaliação de Mídia para Políticas Públicas par Doenças Crônicas não transmissíveis. São Paulo, 13 de dezembro de 2016

## **2017**

Participou do 2º **Congresso internacional do Iamspe**, promovido pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual- IAMSPE, na cidade de São Paulo, São Paulo, entre 08 a 10 de junho de 2017, com o tema central sobre “Saúde do Idoso- Oncologia e Doenças Degenerativas”, sua intenção é refletir o desenvolvimento técnico e científico da sua equipe multidisciplinar e multiprofissional, em decorrência do comprometimento da instituição com as demandas da sua clientela.

Participou da **1ª. edição do encontro de Pós doutorandos da USP**, no dia 29 de junho, das 8h às 18h.

Participou da **Oficina de Design Thinking** – Escola Politécnica – Departamento de Engenharia de Produção. Em 30 de junho de 2017, das 8h às 12h. Objetivo: Promover o encontro de pós-doutorandos de áreas diferentes, numa atividade de projeto seguindo a abordagem de design thinking, com o intuito de potencializar a colaboração e o desenvolvimento de projetos interdisciplinares. Professores ministrantes: André Leme Fleury (PRO-EP-USP); Roseli de Deus Lopes (PSI-EP-USP).

## **Intercom 2017**

Devani Salomão de Moura Reis (USP), participou do XL Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, entre os dias 3 e 9 de setembro de 2017, em Curitiba/PR, evento promovido pela Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação – Intercom, realizado pela Universidade Positivo, como debatedora no GP Comunicação, Divulgação Científica, Saúde e Meio Ambiente.

Devani Salomão de Moura Reis (USP), participou do XL Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, entre os dias 3 e 9 de setembro de 2017, em Curitiba/PR, evento promovido pela Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação – Intercom e realizado pela Universidade Positivo, como Congressista no GP Comunicação, Divulgação Científica, Saúde e Meio Ambiente.

Devani Salomão de Moura Reis (USP), participou do XL Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, entre os dias 3 e 9 de setembro de 2017, em Curitiba/PR, evento promovido pela Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação – Intercom e realizado pela Universidade Positivo, como Expositora no DT 6 – GP Comunicação, Divulgação Científica, Saúde e Meio Ambiente, sessão 3 Comunicação e Saúde III, com o trabalho “Corujão da Saúde”, uma política pública com parceria privada debatedora no GP Comunicação, Divulgação Científica, Saúde e Meio Ambiente, em parceria com Simone Alves de Carvalho.

## **FIAMFAAM**

Devani Salomão participou do evento Diálogos – Pierre Boudieu e o Jornalismo, em 13/08/2017.

## **Universidade de São Paulo**

This is to certify that Devani Salomão de Moura Reis presented Public university houses community garden to promote sustainability (Poster) at Symposium on Sustainability in University Campuses (SSUC- 2017), on 18<sup>th</sup>-19<sup>th</sup> September 2017, at Universidade de São Paulo, Brazil.

## **Convites para ser avaliadora**

### **Trabalhos técnicos**

Declaramos, para os devidos fins, que Devani Salomão de Moura Reis participou como avaliador (a) do Edital 001/2015 – Programa Institucional de Apoio a Projetos de Extensão do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará. Zandra Maria Ribeiro Mendes Dumaresq Pró-reitora. Fortaleza, 23 de junho de 2015.

Certificamos que Devani Salomão de Moura Reis atuou como Parecerista AD-HOC para a Revista Ação Midiática - 9ª edição (Temática Livre), do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 3 de agosto de 2015.

Declaramos que Devani Salomão de Moura Reis participou como consultor ad hoc na avaliação do projeto N° 2015114661799441 submetido ao Edital PIBIC-AF 04/2015 da Pró Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiânia, 06 de agosto de 2015.

A equipe da revista Ação Midiática – Estudos em Comunicação Sociedade e Cultura - agradece por sua participação na edição n. 10 como avaliador do artigo Mídia pública no Prof. Dr. Hertz Wendel de Camargo, editor geral da Revista. Data: Curitiba, 11 de dezembro de 2015. 12 de julho de 2016.

Certificamos que Devani Salomão de Moura Reis participou do Comitê Externo de Avaliação do Projeto de Pesquisa intitulado “Estudo da evasão escolar dos cursos técnicos e superiores e sua correlação com o setor produtivo do Norte Fluminense, através de técnicas de aprendizado de máquina”, na área de Ciências Exatas e da Terra do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense - IFFluminense, submetido ao Edital n° 96 de 05 de maio de 2016. Campos dos Goytacazes, 12 de julho de 2016

Declaração N° 138/2016-Propi Declaramos, para os devidos fins, que Devani Salomão de Moura Reis participou, como membro do Comitê Externo de Avaliação do processo de Seleção de Projetos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul, para o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica e Tecnológica, Edital 003/2016-Propi/IFMS, avaliando o(s) seguinte(s) projeto(s): A influência das redes sociais digitais e do uso de aplicativos na educação; Marketing Web nos Empreendimentos Econômicos Solidários; Plataforma Web para o CIPEI; Análise e construção de um protótipo de rede social. Declaramos, ainda, que o referido processo ocorreu no período de 6 de junho

a 13 de julho de 2016. Campo Grande, MS, 21 de setembro de 2016. Pró-Reitor de Pesquisa, inovação e Pós-Graduação Portaria IFMS nº 212/2016.

Declaro para os devidos fins que a Prof. Dra. Devani Salomão de Moura Reis atuou como parecerista AD-HOC da Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Reciis) em 2017.

A Reciis é editada, desde 2007, pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Rio de Janeiro, **07 de junho de 2017** e Rio de Janeiro, **26 de janeiro de 2018** Frederico Tomás Azevedo.

A equipe da revista Ação Midiática – Estudos em Comunicação Sociedade e Cultura - agradece por sua participação como parecerista na edição número 11.

Certificamos que Devani Salomão de Moura Reis participou do Comitê Externo de Avaliação do Projeto de Pesquisa intitulado “Matemática e Literatura Infantil uma leitura sob a Ótica da Aprendizagem Significativa. ”, na área de Ciências Exatas e da Terra, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense - IFFluminense, submetido ao edital nº 39, de 17 de março de 2017. Campos dos Goytacazes, 02 de junho de 2017.

Certificamos que Devani Salomão de Moura Reis participou do Comitê Externo de Avaliação do Projeto de Pesquisa intitulado “Ação de permanência no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense (IFFluminense) construção de um software de predição para a permanência escolar no PROEJA campus Campos Centro. ”, na área de Ciências Exatas e da Terra, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense - IFFluminense, submetido ao edital nº 39, de 17 de março de 2017. Campos dos Goytacazes, 02 de junho de 2017

Certificamos que Devani Salomão de Moura Reis participou do Comitê Externo de Avaliação do Projeto de Extensão intitulado “Promoção do diálogo e da aproximação do Campus Macaé com a comunidade externa - Projeto Vem pro IFF!”, na área de Comunicação, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense - IFFluminense, submetido ao Edital nº 39, de 17 de março de 2017. Campos dos Goytacazes, 21 de junho de 2017.

Declaramos que Devani Salomão de Moura Reis participou como consultor ad hoc na avaliação do projeto N° 2017110540188603 submetido ao Edital PIBIC-AF 2017 da Pró-

Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. Goiânia, 06 de julho de 2017.

Declaramos que Devani Salomão de Moura Reis participou como consultor ad hoc na avaliação do projeto N° 2017117357878756 submetido ao Edital PIBIC-AF 2017 da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. Goiânia, 06 de julho de 2017.

Declaramos que Devani Salomão de Moura Reis participou como consultor ad hoc na avaliação do projeto N° 2017107579504801 submetido ao Edital PIBIC-AF 2017 da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. Goiânia, 06 de julho de 2017.

Declaramos que Devani Salomão de Moura Reis participou como consultor ad hoc na avaliação do projeto N° 2017107407322737 submetido ao Edital PIBIC-AF 2017 da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. Goiânia, 06 de julho de 2017.

Declaramos que Devani Salomão de Moura Reis participou como consultor ad hoc na avaliação do projeto N° 2015114661799441 submetido ao Edital PIBIC-AF 04/2015 da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. Goiânia, 06 de agosto de 2015.

Declaramos que Devani Salomão de Moura Reis participou como consultor ad hoc na avaliação do projeto N° 2016116842062138 submetido ao Edital PIBIC-AF 06/2016 da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. Goiânia, 18 de agosto de 2016.

Declaramos que Devani Salomão de Moura Reis participou como consultor ad hoc na avaliação do projeto N° 2016116552990908 submetido ao Edital PIBIC-AF 06/2016 da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. Goiânia, 18 de agosto de 2016.

Declaramos que Devani Salomão de Moura Reis participou como consultor ad hoc na avaliação do projeto N° 2016110581104223 submetido ao Edital PIBIC-AF 06/2016 da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. Goiânia, 18 de agosto de 2016.

Declaramos que Devani Salomão de Moura Reis participou como consultor ad hoc na avaliação do projeto N° 2016116439230853 submetido ao Edital PIBIC-AF 06/2016 da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. Goiânia, 18 de agosto de 2016.

Declaramos que Devani Salomão de Moura Reis participou como consultor ad hoc na avaliação do projeto N° 2016106364124898 submetido ao Edital PIBIC-AF 06/2016 da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. Goiânia, 18 de agosto de 2016

### **Artigos aprovados para simpósios e congressos**

Title: Public University houses community garden to promote sustainability

Symposium on Sustainability in University Campuses – USP

O *Symposium on Sustainability in University Campuses* (SSUC-2017), que será realizado, entre 17 e 19 de setembro de 2017, tem como tema *Campus Universitário como Laboratório Vivo para Conectar Questões Energéticas e Climáticas e o Desenvolvimento Sustentável*.

O evento foi organizado pela Superintendência de Gestão Ambiental (SGA) da USP, Manchester Metropolitan University, Hamburg University of Applied Sciences Research and Transfer, Center Applications of Life Sciences e Inter-University Sustainable Development Research Programme.

Título: Avaliação de mídia proposta a reprimir Doenças Crônicas não Transmissíveis

SHEWC2017 XVII Congresso Mundial de Pesquisas Ambientais, Saúde e Segurança 09 a 12 de julho de 2017, Vila Real – Portugal Educação e Estabilidade Social: a Chave para a Preservação Ambiental Global, <http://www.copec.eu/shewc2017>. Organizado pelo: Conselho de Pesquisas em Educação e Ciências (COPEC) Realização: Organização de Pesquisas Ambientais, Saúde e Segurança (SHERO), Anfitriã: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD).

Título: Corujão da Saúde: uma política pública com parceria privada

Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação 40º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Curitiba - PR – 04 a 09/09/2017

### **Cursos de curta duração**

Participou do Curso ministrado pelo Senado Federal, denominado Gestão estratégica na administração pública, em EAD, de 20 de fevereiro a 20 de abril de 2016.

### **Encontro com docentes**

Universidade Municipal de São Caetano do Sul, o tema foi a Comunicação pública, no dia 8 de novembro de 2016, com duração de três horas.

### **Grupo de Estudos Avançados**

Devani Salomão de Moura Reis é membro do grupo de pesquisa “Comunicação Pública e Comunicação Política” (COMPOL), no CRP/ECA/USP, tem atuado ativamente e contribuído para a publicação de livros do grupo (inclusive como autora).

O objetivo do COMPOL é promover a publicação de pesquisas dedicadas à Comunicação Pública e à Comunicação Política.

Participou no primeiro semestre de 2015 do Grupo de pesquisa: Comunicação pública e comunicação política, Grupo coordenado pela Profa. Dra. Heloiza Matos Nobre, do PPGCOMECA/USP e associado ao CRP/ECA/USP coordenado pela Profa. Dra. Margarida Kunsch. Os temas estudados e discutidos são do livro Introdução à matriz integrativa de Craig. A matriz com as sete tradições organiza um conjunto amplo de teorias disponíveis para os estudos em comunicação. A organização da matriz parte de perspectiva pragmática e reflexiva, contrariamente a uma perspectiva que oponha teoria e prática. A forma como estudamos comunicação está enraizada nas configurações como a compreendemos no cotidiano, interferindo na forma como comunicamos e vice-versa. São apresentadas sete tradições, na ordem cronológica em que foram hegemônicas nos estudos de comunicação, quais sejam: retórica, semiótica, fenomenológica; cibernética, sociopsicológica, sociocultural e crítica. Analisamos também o oitavo paradigma: pragmatista, proposto por Russil e aceito por Craig.

As exposições e discussões trouxeram muitas reflexões, já que os textos foram analisados e discutidos com docentes e discentes de pós-graduação de diversas formações.

Participou no segundo semestre de 2017 do Grupo de pesquisa: Comunicação pública e comunicação política, Grupo coordenado pela Profa. Dra. Heloiza Matos Nobre, do PPGCOMECA/USP. Os temas estudados e discutidos se referem aos autores José Luiz Braga, Ciro Marcondes Fo. e Stig Hjarvard. Houve foco na epistemologia. A epistemologia estuda a origem, a estrutura, os métodos e a validade do conhecimento, e também é conhecida como teoria do conhecimento e relaciona-se com a metafísica, a lógica e a filosofia da ciência. É uma das principais áreas da filosofia, compreende a possibilidade do conhecimento, ou seja, se é possível o ser humano alcançar o conhecimento total e genuíno, e da origem do conhecimento.

### **Atividades como docente convidada**

Universidade de São Paulo Escola de Comunicações e Artes Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação Área de Concentração: Interfaces sociais da comunicação Linha de Pesquisa: Políticas e estratégias da comunicação Disciplina: CRP 5618 Comunicação pública e política: perspectivas teóricas e metodológicas Docentes Responsáveis: Heloiza Helena Matos e Nobre; Devani Salomão de Moura Reis (pós-doutora) e Maria José Oliveira da Costa (pós-doutora) E-mail: heloizamatos@gmail.com e devani.salomao@gmail.com Duração: 15 semanas (45 h/a) Dia e Horário: Terças-feiras das 9h30 às 12h30, de 3 de março a 20 de junho de 2017.

Objetivos: a) Acompanhar os marcos da propaganda política e da comunicação governamental na história política brasileira e latino-americana; e as mudanças do conceito e práticas em comunicação pública; b) Analisar os conceitos de comunicação pública e política, visando articular as bases teóricas e a integração entre os campos: capital social, engajamento cívico, políticas públicas e redes sociais digitais; c) Identificar a diversidade de metodologias de pesquisa em comunicação política e pública; d) Analisar as mudanças nas formas de comunicação e interlocução entre os cidadãos e comunidades com as organizações e instituições públicas e privadas; e) Contribuir para a consolidação do campo da comunicação pública e seus aspectos interdisciplinares, como saúde, educação e demais políticas públicas; f) Desenvolver a capacidade de análise crítica em relação a políticas, métodos, técnicas e instrumentos de comunicação relacionados com as políticas públicas, em seus respectivos contextos de emergência e aplicação.

Justificativa: O programa visa compreender as interfaces entre a comunicação pública e política, buscando identificar suas teorias e metodologias de pesquisa aplicadas a esse campo de estudos. Também analisa como as teorias e metodologias de pesquisa nesses campos contribuem para a compreensão desses fenômenos comunicacionais contemporâneos. Assim como dar competência aos estudiosos da comunicação, saúde, educação e áreas públicas afins para entenderem a relevância da comunicação nesses campos; bem como atuarem em programas e projetos relacionados aos temas e nos meios de comunicação.

Renovação do Reconhecimento do Curso de Comunicação Social - Jornalismo, da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação do *Campus* de Bauru

A Presidente do Conselho Estadual de Educação de São Paulo, nos termos dos Decretos nº 9887/77 e nº 37.127/93, do Art. 3º da Deliberação CEE nº 7/93, alterada pela Deliberação CEE nº 21/97, e à vista da aprovação da Câmara de Educação Superior, em sua Sessão de 14-6-2017 resolve designar os Especialistas Devani Salomão de Moura Reis e Milton Pelegrini para emissão de Relatório circunstanciado sobre o pedido de Renovação do Reconhecimento do Curso de Comunicação Social - Jornalismo, da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação do *Campus* de Bauru, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, com vistas a instruir o Processo CEE nº 240/2012.

### **Experiência no exterior como voluntária**

Essas experiências tinham intensa ligação com o nosso objeto de estudo, que é a alimentação saudável. Foram feitas por meio do Children's International Summer Villages, CISV.

O CISV é uma organização internacional que educa e inspira ações para um mundo mais justo e pacífico. Acreditam que, investir na interação de crianças, jovens e adultos de várias origens e culturas, fazendo com que estabeleçam entre si laços de amizades profundos e duradouros, fará com que sejam capazes de respeitar e entender suas diferenças e de reconhecer suas semelhanças, diminuindo assim, a possibilidade de conflitos. A base de todo o conteúdo educacional do CISV é, portanto, o fomento da amizade intercultural.

Em mais de 60 anos de história, o CISV soma 70 países associados envolvendo mais de 300 mil participantes em seus mais de 7000 programas. Entre esses programas temos o **IPP – International People’s Project**. Neste programa o CISV age juntamente com organizações

locais para que os participantes do programa participem ativamente de trabalhos já existentes ou de um projeto novo e pontual, desenvolvido especialmente para esta parceria.

O participante de um IPP é um voluntário selecionado que passa por treinamentos, capacitações e desafios. É uma oportunidade única de desenvolvimento pessoal onde se ganha autoconfiança, autonomia, capacidade de organização, liderança e planejamento, melhora seu discurso e suas habilidades de negociação, diálogo e compreensão além dos treinamentos específicos que recebem de especialistas dos projetos em que atuam.

Certificamos que a voluntária Devani Salomão de Moura Reis participou do programa **IPP – Global Food Security and Urban Cultivation** em Helsinki, Finlândia de 17 de julho a 3 de agosto de 2016.

Certificamos que a voluntária Devani Salomão de Moura Reis participou do programa **IPP - Farm Adventure –Social Learning in Nature Education** em Darmstadt, Alemanha de 13 a 27 de agosto de 2016.

Certificamos que a voluntária Devani Salomão de Moura Reis participou do programa **IPP – Human Rights em Patulul**, na Guatemala, de 30 de dezembro de 2017 a 20 de janeiro de 2018.



Edificio Géminis 10 Tels: (502) 2335 2707  
Torre Sur, Oficina 902 (502) 2338 2177  
Guatemala, C.A. Fax: (502) 2338 2178  
Email: cisvoffice@cisvguatemala.org  
www.cisvguatemala.org

TO WHOM IT MAY CONCERN:

DEVANI SALOMAO participated in our latest IPP (International People´s Project) in December 2017 – January 2018 which focused on human right to a healthier environment and lifestyle. As part of the program, each participant was required to present how the program´s theme translated to their community and context as part of their Cultural Activity.

CISV Guatemala would like to certify that Devani shared her post-doctoral research with the group of participants and staff as her Cultural Activity.

Guatemala, March 8, 2018.

Ana Lucía Moreno

President

CISV Guatemala



**Idiomas**

Francês –Nível XII Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas. USP.

## Referências Bibliográficas

- ABRAHÃO AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In Morosini MVGC, Corbo A D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72.
- ALBUQUERQUE ABB, BOSI MLM. **Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família**: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2009; 25(5): 1103-12.
- ARAÚJO IS, Cardoso JM. **Comunicação e saúde**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- BATISTA MT, LIMA MS. Comer O Quê Com Quem? Influência Social Indirecta no Comportamento Alimentar Ambivalente. **Psicol Refl Crít**. 2013; 26(1):113-21.
- BARDIN, L. **L'analyse de contenu**. Paris: Presses Universitaires de France. 1977.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2004 e 2011.
- BARTHES, R. A mensagem fotográfica. In: LIMA, L. Costa (Org.). **Teoria da cultura de massa**. Rio de Janeiro: Saga, 1990.
- BIRCH L.L., VENTURA AK. Preventing childhood obesity: what works? **International Journal of Obesity**, 33 (Suppl. 1 (London). 2009; 33:S74-S81.
- BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro, Marco Zero.1983
- BOURFIEU, P 1989. **O poder simbólico**. Lisboa, Difel.
- BRAGA J.L. Os estudos de interface como espaço de construção do Campo da Comunicação JOSÉ LUIZ BRAGA Contracampo – **Brazilian Journal of Communication** PPGCOM UFF n.10/11 2004. P. 219-236.
- BRAGA, V. Cultura alimentar: contribuição da antropologia da alimentação. **Saúde em revista**: Segurança Alimentar e Nutricional. São Paulo, v. 16. N. 13, p. 37-43, maio/ago, 2004.
- BRANT, L. C.; MINAYO, C. G. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica a psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**/Milton Menezes da Costa Neto, org. \_Brasília: 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2 ed. rev. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF, 2005 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde – Saúde da Família**.1ª. ed. 2006.
- BRASIL. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006 – **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN**. Brasília: DF, 2006)

BRASIL. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção Básica; Departamento de atenção básica. **Política nacional de atenção básica. Série Pactos pela Saúde.** Volume 4, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>. Acesso em 26/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399, 22 de fevereiro de 2006. **Pacto pela vida.** Brasília DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648, 30 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica em Saúde.** Brasília DF, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, DF, 2006 (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN** na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que **cria os Núcleos de apoio ao Saúde da Família – NASF.** Brasília DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) No Brasil, 2011-2022.** Acessível em [www.portalsaude.gov.br](http://www.portalsaude.gov.br).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Secretaria-Executiva da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. 2012.**

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Mo692 **Alimentação saudável e sustentável.** / Eliane Saíd Dutra; Kênia Mara Baiocchi de Carvalho. – 4.ed. atualizada e revisada – Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso/ Rede e-Tec Brasil, 2013 105 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a População Brasileira. 2ª. Ed., Brasília, DF, 2014.** 152p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. VIGITEL 2014.** Brasília, 154 f., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde 14 de outubro de 2015. Lorena Melo **Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição** CGAN / DAB / SAS [ww.ipaf.ufv.br/wp-content/uploads/Guia-Alimentar-para-a-População-Brasileira\\_Apresentação-Viçosa.pdf](http://ww.ipaf.ufv.br/wp-content/uploads/Guia-Alimentar-para-a-Populacao-Brasileira_Apresentacao-Viçosa.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. **Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição**. Material de apoio para profissionais de saúde. Brasília – DF, 2016.

BRASIL. **Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário**. 2016. Disponível em <http://www.mda.gov.br/sitemda/noticias/voc%C3%AA-sabe-qual-import%C3%A2ncia-das-sementes-crioulas>.

Manuel Sérgio de Sá, **Introdução à Química Orgânica**, disponível em [http://educa.fc.up.pt/ficheiros/noticias/70/documentos/107/introducao\\_quimica\\_organica.pdf](http://educa.fc.up.pt/ficheiros/noticias/70/documentos/107/introducao_quimica_organica.pdf). Consultado em 24-11-2011.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-38. C

BUSSATO, J.G.; CANELLAS, L.P.; DOBBSS, L.B.; BAUDOTTO, M.A.; AGUIAR, N.O.; ROSA, R.C.C.; SHIAVO, J.A; MARCIANO, S.R.; OLIVARES, F.L. **Guia para a Adubação Orgânica**.

CAMPOS GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. 1999; 4(2): 393-403.

CAMPOS GWS; DOMITTI, AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2007 fev. 23(2): 399-407.

CANTÁRIA JS. Hábitos **alimentares de idosos hipercolesterolêmicos, atendidos em ambulatório da cidade de São Paulo** [dissertação]. Programa de Nutrição em Saúde Pública: Faculdade de Saúde Pública. 2009.

CARVALHO MAP, ACIOLI S, STOTZ E. O processo de construção compartilhada de conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS EM, organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 101-14. 1.

CARVALHO TEIXEIRA, J. A. (1996). **Comunicação e cuidados de saúde**. Desafios para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 14 (1), 135-139.

CAVACA AG, Vasconcellos-Silva PR. Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. **Interface Comunicação, Saúde, Educação** [Internet]. 2015 [citado 2016 out. 18];19 (52):83-94. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000100083&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000100083&script=sci_abstract).

CHITARRS, M.I.F.; CHITARRA, A.B. **Pó-colheita de frutas e hortaliças: fisiologia e manuseio**. 2ª. ed. Lavras: UFLA, 2005.

CONTRIPV, JAPUR CC, MARTINEZ EZ, VIEIRA MNCM. **Posicionamento e consumo de saladas por mulheres com dieta geral em unidade de internação hospitalar**. *Alim Nutr*. 2010; 12(1):147-47.

CUNHA GT. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec; 2005.

CUNHA GT; CAMPOS GWS. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. Saúde Soc. 2011 dez; 20(4): 961-70.

CRAIG, Robert; MULLER, Heidi (orgs). **Theorizing communication: readings across traditions**. Los Angeles: Sage, 2007.

CRUZ, E. PATRICIA. **Unidades básicas de saúde estarão informatizadas até o fim de 2018**, diz ministro, 14/08/2017. Disponível em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-08/unidades-basicas-de-saude-estarao-informatizadas-ate-o-fim-de-2018-diz>

Declaração de Alma-Ata, **Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide**, Declaração de Sunsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, 2001. Disponível em <http://bit.ly/21nullv>. Acesso em 15/01/2014.

DONNANGELO M.C.F. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976, 124p. Donnangelo M.C.F. A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70. In: **Ensino da Saúde Pública**, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1983, p.17-35.

DUARTE, Jorge. Instrumento de Comunicação Pública. In: DUARTE, Jorge (org.). **Comunicação Pública: estado, mercado, sociedade e interesse público**. São Paulo: Atlas, 2007.

ELY, Lara. **Quase metade dos brasileiros sofre com doenças crônicas**, aponta IBGE. Pesquisa nacional de saúde mostra a relação dos brasileiros com o corpo e revela as mazelas de cada região do país. Disponível em <http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/bem-estar/noticia/2014/12/quase-metade-dos-brasileiros-sofre-com-doencas-cronicas-aponta-ibgehttp://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/bem-estar/noticia/2014/12/quase-metade-dos-brasileiros-sofre-com-doencas-cronicas-aponta-ibge-4660717.html4660717.html>. Acesso em 15/dez/2014.

EMMERICH, Tatiana Breder. CAVACA, Aline Guio Cavaca; GENTILLI, Victor; EMMERICH, Adauto **Necessidades de saúde e direito à comunicação** em tempos de midiáticação.

FERNANDES. Adriana; FORMENTI, Lígia. Em 15 anos, governo federal retém R\$31 bilhões em gastos para saúde. **Jornal O Estado de S. Paulo**, Ed. Economia & Negócios, B1, 20/02/2018.

FERRACCIOLI P, SILVEIRA EA. **A influência cultural alimentar sobre as recordações palatáveis na culinária habitual brasileira**. Rev Enfermagem 2010; 18(2):198-203.

FEUERWERKER, L. C. M; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana da Salud Publica**, v. 23, n. 3, p.180–8, 2008.

FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção de saúde, conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 15-38.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Promoção de saúde e qualidade de vida**. Tema: Cidades saudáveis. Radis, no. 19, p.12-3, 2000.

GORTMAKER SL, Swinburn BA, Levy D, Carter B, Mabry PL, Finegood DT, Huang T, Marsh T, Moodie ML. **Changing the future of obesity: science, policy, and action**. Lancet. 2011; (378): 838–47.

GIOVANNI di Geraldo e NOGUEIRA, Marco A. (Org.) **Dicionário de políticas públicas**, São Paulo, Ed. UNESP, Fundap, 2006, 2. Ed.

GOSHAL, S. & BARLETT, C. **A organização individualizada: talento e atitude como vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

HISSANAGA, V.M. **Desenvolvimento de um método de controle de gordura trans no processo produtivo de refeições**. Dissertação de mestrado em nutrição, no Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Florianópolis, UFSC, 2009.

IMMACOLATA M. Vassallo de Lopes. Pesquisa de comunicação: questões epistemológicas, teóricas e metodológicas in: **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**. Vol. XXVII, no. 1, janeiro/junho 2004. P.13 a 39.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em 23/1/2015.

JAPIASSU H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

LACADENA, Juan Ramón. **Plantas y alimentos transgênicos**. Madrid: Departamento de Genética, Facultad de Biología, Universidad Complutense.

LEI Nº 11.346, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006. O Conselho Nacional de Segurança Nacional e Alimentar (CONSEA) **cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências.

LOURENÇO, R.A., Martins C.S.F., Sanches, M.A.S. & Veras, R.O. Assistência ambulatorial geriátrica: Hierarquização da demanda. **Revista de Saúde Pública**, 39 (2), 2005, 311-18. MACEDO, R.L. G. Percepção e conscientização ambientais. Lavras: UFLA/FAEP. 2000.

HOFFMAN, I. et al. Giessen wholesome nutrition study: relation between a health-conscious diet and blood lipids. **European Journal of Clinical Nutrition**, p. 887-895, 2001.

LORIG, K. et al. **Living a healthy life with chronic conditions: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others**. Boulder, Bull Publishing Company, Third Edition, 2006.

MARINHO, Carmem Luiza Cabral. **Discurso polissêmico sobre plantas transgênicas no Brasil: estado da arte**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2003.

MATOS, Heloiza. Comunicação política e comunicação pública. *Organicom – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas*, São Paulo, ECA-USP, n. 4, p. 59-73, 2006.

MATOS, Heloisa (Org.) **Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas** / Heloiza Matos (org.) – São Paulo : ECA/USP, 2012.

MEDICI, André Cezar. **Que será da saúde em 2014?** O Caso da Europa e dos Estados Unidos. Disponível em <http://monitordesaude.blogspot.com.br/2014/01/que-sera-da-saude-em-2014-ocaso-da.html>. Acesso em 20/jan/2014.

MONTEIRO CA.; LOUZADA MA. **Ultraprocessamento de alimentos e doenças crônicas não transmissíveis: implicações para políticas públicas**. Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises 2. Brasília, UnB/ObservaRH/Nesp - Fiocruz/Nethis, v.3, p. 167-180, 2015.

MILL, John Stuart. **Sobre a Liberdade. A sujeição das mulheres.** 1ª, ed. São Paulo: Penguin Classisx Companhia das Letras, 2017.

MONTEIRO CA. Nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing. Invited commentary. **Public Health Nutrition.** 2009; 12: 729-31.

MONTEIRO CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR, Cannon, G. **A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing.** Cad. Saúde Pública. 2010; 26:2039-49.

MONTEIRO CA, Cannon G, Levy RB, Claro RM, Moubarac J-C. **The Food System.** Ultra-processing. The big issue for nutrition, disease, health, well-being. [Commentary]. World Nutrition December 2012a, 3, 12, 527-569

MONTEIRO CA; CANNON G. **The Impact of Transnational “Big Food” Companies on the South: A View from Brazil.** PLoS Med. 2012b; 9(7): e1001252. DOI:10.1371/journal.pmed.1001252

MONTEIRO Renata A, Coutinho JG, Recine E. **Consulta aos rótulos de alimentos e bebidas por frequentadores de supermercados em Brasília, Brasil.** Rev Panam Salud Publica. 2005; 18(3): 172-7.

MERRIAM, S. B. **Qualitative research and case study applications in education.** San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers, 1998.

OGDEN J. **The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior.** In: A JOHN WILEY & SONS, Ltd. United Kindow; 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Cinquenta-siete asamblea mundial de la salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.** Ginebra, WHO, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion.** Ottawa, 21/11/1986 - WHO/HPR/HEP/95.1. Disponível em: [www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf). Acesso em 7 de agosto de 2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología.** Washington: OPAS, 1996. P. 367-72.

PAIM, J.S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva. In: ABRASCO, **Ensino da Saúde Pública,** Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1982, p.3-1982.

PAIM J, ALMEIDA FILHO N. **A Crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva.** Salvador: Casa da Saúde, 2000. R

PASQUINI, Patrícia. **Município lança Linha de cuidado contra a obesidade.** Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=180741>. Acesso em 30/set/2015.

PEDROZO, Soraia. **Brasil ocupa última posição em ranking de variação do PIB de 39 Países.** Economia. Agência Estado. 1/6/2017. Disponível em: <http://www.dgabc.com.br/Noticia/2687550/brasil-ocupa-ultima-posicao-em-ranking-de-variacao-do-pib-de-39-paises>

- PEREIRA, I.M.T.B., PENTEADO, R.Z., MARCELO, V.C. **Promoção de saúde e educação em saúde**: uma parceria saudável. O mundo da saúde, ano 24, v.24, no. 1, p.39-44, 2000.
- PEREIRA NETO, J.T. **Manual de compostagem processo de baixo custo**. Belo Horizonte: UNICEF. 56p. 1996.
- PITTA AR, organizador. **Saúde & comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1995.
- POLLAN, Michael **O dilema do onívoro**: uma história natural de quatro refeições. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2007, 479 p.
- POLLAN, M. **Em defesa da comida**: um manifesto. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2008. 271
- POLLAN, M. **Regras da comida**: um manual da sabedoria alimentar. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2010. 160 p.
- POMBO O. Epistemologia da interdisciplinaridade. In: PIMENTA C. (Coord) **Interdisciplinaridade**, humanismo, universidade. (pp. 93/124) Porto: Campo das Letras; 2005.
- POPKIN, B. M. **Global nutrition dynamics**: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. American Journal of Clinical Nutrition, v. 84, n. 2, p. 289-298, 2006.
- POPKIN, B. M. The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World. **The Journal of Nutrition**, v. 131, n. 3, p. 871-873, 2001.
- PORTE, S.; MAIA, L.H. Alterações fisiológicas, bioquímicas e microbiológicas de alimentos minimamente processados. **Boletim do Ceppa**, v. 19, n.1, p. 105-118, 2001.
- PORTER, M.E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- POULIN JP. **Sociologias da alimentação**: os comedores e o espaço social alimentar. Florianópolis: UFSC, 2006.
- POULAIN, J.P.; PROENÇA, R.P.C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Rev. Nutr.** v.16, n.4, p.365-386, dez. 2003.
- REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. **Assistência domiciliar em saúde**: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, [s.n.], p. 231- 242, 2005. Suplemento.
- REIS, Devani Salomão de Moura. **A questão da saúde pública**: um enfoque comunicacional. Dissertação de Mestrado, Escola de Comunicações e Artes/USP. 1999.
- REIS, Devani Salomão de Moura **Comunicação Pública dos Serviços de Saúde para o Idoso**: Análise da Produção e Percepção da Cartilha “Viver Mais e Melhor”. Tese de Doutorado, Escola de Comunicações e Artes/USP. 2005.
- RIBEIRO, P.T. **A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil**. Rio de Janeiro, 1991. 190p. (Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública).
- ROOTMAN I. et al. A framework for health promotion evaluation, pp. 7-38. In ROOTMAN, I. et al. (eds.) **Evaluation and health promotion**. Principles and perspectives. WHO Regional publications. European series. Dinamarca.

- ROBERTSON, A. **Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health.** Health Promotion International 13(2):155-166, 1998
- SANTOMÉ, J.T. **Globalização e interdisciplinaridade.** Porto Alegre: Artmed; 1998.
- SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, Débora I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 220-7, 2008.
- SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. **Grupos de estudo em Saúde da Família: módulo visita domiciliar.** 2006.
- SCRINIS, Gyorgy. **On the Ideology of n the Ideology of Nutritionism.** 2002. Disponível em <http://gyorgyscrinis.com/wp-content/uploads/2013/05/GS-Ideology-of-Nutritionism-Gastronomica.pdf>. Acesso 9 de março de 2016.
- SCRINIS, Gyorgy. **High in Protein, Low in Fat and Too Good To Be True,** The Sydney Morning Herald, Sydney, 7 April 2006.
- SCRINIS, Gyorgy. **The Artificial Taming of the Fat Scare,** The Sydney Morning Herald, Sydney, 11 May 2007.
- SCRINIS, Gyorgy. **Nutricionism: the science and politics of dietary advice.** New York: Columbia University Press, 2013.
- SINGH, N. From cultural models to cultural categories: a framework for cultural analysis. **The Journal of American Academy of Business**, Cambridge, 5(1-2), p.95-102, 2004.
- SILVA, D.O. et al. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p.1367-1377, 2002.
- SINGH, D. **How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?** Copenhagen, Regional Office for Europe of the World Organization, European Observatory on Health Systems and Polices, 2008.
- SILVA, DOUGLAS RAMOS GUELFY e LOPES, ALFREDO SCHEID. Princípios básicos para formulação e mistura de fertilizantes. 2011 Universidade Federal de Lavras/UFLA
- SOBAL J, KHAN LK, BISOGNI C. **A conceptual model of the food and nutrition system.** Soc. Sci. Med. 1998; 47 (7): 53-63.
- SOMMERMAN, Américo. **Inter ou transdisciplinaridade?** Da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. São Paulo: Paulus, 2006.
- SILVA CMC; MENEGHIM MC; PEREIRA AC; MALHE FL. **Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas.** Cienc Saude Colet. 2010; 15(5):2539-50.
- SIMONS, George J.; McCALL, J. L. Percepção e avaliação social. In: MONTENSEN, C. David. **Teoria da Comunicação.** Wiscinsin, Mosaico, 1980, p. 72
- TEIXEIRA, S.F. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil. In: NUNES, E.D. (org.) **As ciências sociais em saúde na América Latina.** Tendências e Perspectivas. Brasília: OPS, 1985, p.87-109.
- TEIXEIRA, M.G., Risi Jr., J. Vigilância Epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. (orgs.) **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 301-326.

TESTA, M. Salud Pública: acerca de su sentido y significado. In: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C.: OPS - Publicación Científica no. 540, 1992, p. 205-29.

THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data  
**The global burden of disease: 2004 update.** ISBN 978 92 4 156371 0. World Health Organization 2008 Geneva 27, Switzerland. Disponível em [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf). Acesso em 10.ago.15.

VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, p. 1097-1101.

WEIL P, D'AMBROSIO U, CREMA R. **Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento.** 3.ed. São Paulo: Summus; 1993. 6

XAVIER C. Mídia e saúde, saúde na mídia. In: SANTOS A, organizadora. **Caderno mídia e saúde pública.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/Funed; 2006. p. 43-55.

ZEMOR, Pierre. **La communication publique.** Paris: Presses Universitaires de France, 1995.

## **Anexos**

### **Anexo A – Questionário aplicado aos respondentes**

Questionário sobre Plano Inter Setorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira.

#### **I. Identificação**

- a. Nome:
- b. Idade:
- c. Sua graduação foi em:
- d. Especialização em:
- e. Mestrado em:
- f. Doutorado:
- g. Ocupação atual:
- h. Há quanto tempo:

#### **II. Os desafios do Plano de Segurança Alimentar Nutricional**

1. Qual foi o montante em reais investido nesse Plano?
2. Quais foram as medidas para reverter as tendências de aumento das taxas de excesso de peso e obesidade?
3. Onde foram instituídas e implementadas a Política Nacional de Abastecimento Alimentar?
4. Sobre as famílias mais vulneráveis: elas apenas recebem auxílio ou existe algum acompanhamento, como educação nutricional?
5. Qual foi o critério para categorizar essa família como vulneráveis?
6. Quando foram instituídas e implementadas a Política Nacional de Abastecimento Alimentar?
7. O que foi feito para o fortalecimento da atuação internacional brasileira, na defesa dos princípios do Direito Humano à Alimentação Adequada?
8. Que instituições (ministérios) estão envolvidas nesse processo?
9. Existem interlocuções com hospitais e ambulatórios nos municípios?
10. Como foram definidas as diretrizes clínicas para o tratamento da obesidade (MS);

11. Quais programas foram criados para pacientes com sobrepeso e obesidade (MS);
12. Que ações foram tomadas para o enfrentamento das desigualdades de condições de saúde, alimentação e nutrição e de acesso às políticas públicas de SAN?

### III. Os objetivos específicos

13. O que foi feito para melhorar o padrão de consumo de alimentos da população brasileira de forma a reverter aumento de sobrepeso e obesidade?
14. Como se verifica se a população está tendo um acesso regular e permanente à alimentação adequada e saudável?
15. O que foi feito para revalorizar o consumo dos alimentos regionais, preparações tradicionais e promover o aumento da disponibilidade de alimentos adequados e saudáveis à população?
16. Quais estratégias foram utilizadas para deslocar o consumo de alimentos processados, energeticamente densos e com altos teores de açúcares, gorduras e sódio para alimentos básicos, com destaque para grãos integrais, leguminosas, oleaginosas, frutas, hortaliças e pescados?
17. Como foi organizada a linha de cuidado para atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso/obesidade?

### IV. As metas

18. Qual foi o consumo médio anual de frutas e hortaliças após a implementação do Plano? Qual foi o embasamento para os valores e percentuais apontados nas metas?
19. E o consumo de açúcares do total de calorias?
20. Foi possível estabilizar a prevalência de excesso de peso em adultos? Se sim/não porquê?
21. E de obesidade em adultos?
22. Foi possível estabilizar a prevalência de excesso de peso em crianças e adolescentes?

### V. A atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso/obesidade

23. Houve a discussão e implementação de taxação de alimentos ricos em açúcar, gorduras e/ou sódio? Se sim, quem participou? O que ficou decidido?

24. E subsídios fiscais para produtos cujo consumo deve ser incentivado, como por exemplo: frutas, hortaliças e pescados?

#### VI. A educação

25. O que é o marco conceitual de Educação Alimentar e Nutricional - EAN nas Políticas Públicas?

26. Houve a criação de uma rede de Educação Alimentar e Nutricional?

27. Se sim, onde, quando?

28. Quais foram os cursos voltados à formação permanente de profissionais em DHAA?

29. E em SAN?

30. E em EAN?

31. Quais foram as campanhas educativas sobre obesidade e educação alimentar?

32. Quando foram implementadas?

33. Onde foram implementadas?

34. Foi aferida a percepção das mesmas?

35. O que é informado a população especificamente sobre a obesidade/educação alimentar nutricional.

36. E aos gestores?

37. E aos profissionais (aliás quem são eles)?

38. Vocês estruturam que tipos de projetos que articulem pesquisa, extensão e serviços nas universidades que contemplem os temas relativos à Educação Alimentar Nutricional?

#### VII. Quanto a vigilância alimentar e nutricional

39. Foram feitos inquéritos e pesquisas nacionais que acompanhem os indicadores de monitoramento do Plano de Obesidade (MS)? Qual foi o resultado?

40. Foram realizadas POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares), com o módulo de estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos a cada cinco anos e módulo de consumo de alimentos a cada 10 anos (MS). Qual foi o resultado?

41. O que é Atenção Integral à saúde do indivíduo com excesso de peso ou obesidade?

42. Foi criado e distribuído o cartão de saúde do adulto (peso, IMC e circunferência da cintura) e inserção dos dados no Sisvan (MS)? Como ele funciona?

43. Quantos grupos de pesquisa e Centros de Referência no cuidado integral da obesidade no país (MS) existem?
44. Onde estão localizados?
45. Quais são seus objetivos?

VIII. Guia alimentar para a população brasileira /comunicação e informação

46. Quais os estados onde o Guia foi implementado?
47. Como ele é utilizado? O passo a passo nas UBS até chegar no público alvo?
48. Ele é considerado um instrumento de fácil compreensão para o técnico que vai utilizá-lo. Por que?
49. Já existe algum resultado da sua implementação?
50. Quais são os outros instrumentos utilizados junto com o guia para a prevenção e combate ao sobre peso, obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis?

## **Anexo B**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada *Guia alimentar para a População Brasileira*: sua validade como instrumento na prevenção e controle de doença crônica não transmissível (DCNT) no serviço público de saúde, conduzida pela Profa. Dra. Devani Salomão de Moura Reis, pós-doutoranda da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA/USP).

O objetivo deste estudo é descobrir e analisar quais são as percepções das nutricionistas que atuam nas Unidades Básicas de Saúde municipais da cidade de São Paulo, especificamente da zona sul, no que se refere aos cinco princípios que orientaram a elaboração do Guia Alimentar para a População Brasileira na prevenção, monitoramento e controle do sobrepeso ou obesidade dos pacientes que utilizam o serviço público de saúde. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Você pode contatar o CEP/SMS para dúvidas e denúncias quanto às questões éticas pelo endereço eletrônico [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com) e pelo telefone (11) 3397.2464.

A pesquisa se **justifica** porque há evidências de que o tabagismo, os alimentos com altas taxas de gorduras trans e saturadas, o sal e o açúcar em excesso, especialmente em bebidas adoçadas, o sedentarismo, bem como o consumo excessivo de álcool, causam mais de dois terços de todos os novos casos de DCNT e aumentam o risco de complicações em pessoas que já sofram destas doenças.

Você foi selecionada por ser nutricionista e utilizar o Guia. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário com perguntas abertas e fechadas sobre o Guia alimentar para a população brasileira. A pesquisadora enviará para o seu e-mail, fornecido pela supervisão técnica a qual você pertence, um questionário com 60 perguntas, que demora em média 30 minutos para ser respondido. O prazo máximo de devolução é o dia 25 de outubro.

Podem existir desconforto e risco mínimo para você se submeter à coleta de dados, sendo que isso se justifica pelo benefício que suas respostas poderão oferecer a essa pesquisa acadêmica, bem como a outras futuras, que tratem de doenças crônicas não transmissíveis

em relação a prescrições de guias. A participação não é remunerada nem implicará em gasto para você.

A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos, sem qualquer identificação dos voluntários ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, e envie de volta para a pesquisadora.

Segue o endereço da pesquisadora caso haja dúvida quanto ao projeto:

Avenida Sabiá, 57, apto. 74 – Moema, CEP 04515-000

Telefones (11) 3628.6676 e (11) 99105.6676

Eu, \_\_\_\_\_,  
após ter todas as dúvidas esclarecidas, concordo em participação na pesquisa.

São Paulo, \_\_\_ de outubro de 2016.

Assinatura da nutricionista \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora \_\_\_\_\_

## **Anexo C**

Questionário das nutricionistas: disponível em <https://goo.gl/forms/gDsV432n2BItNNOY2>.