

*“Análise das estratégias de informação e educação sobre alimentação e nutrição produzidas no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, no período de 1999 a 2010”*

*por*

***Karla Meneses Rodrigues Peres da Costa***

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientador: Prof. Dr. William Waissmann*

*Rio de Janeiro, junho de 2010.*

*Esta tese, intitulada*

*“Análise das estratégias de informação e educação sobre alimentação e nutrição produzidas no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, no período de 1999 a 2010”*

*apresentada por*

***Karla Meneses Rodrigues Peres da Costa***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Helena Ferraz de Siqueira

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Giane Moliari Amaral Serra

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Katia Reis de Souza

Prof. Dr. Frederico Peres da Costa

Prof. Dr. William Waissmann – Orientador

*Tese defendida e aprovada em 15 de junho de 2010.*

## RESUMO

Alimentação e nutrição são determinantes fundamentais que afetam a saúde das populações humanas, sejam estas ricas ou pobres, onde o padrão alimentar de cada grupo relaciona-se diretamente com o seu perfil de morbi-mortalidade. O Brasil enfrenta, ao mesmo tempo, o combate à fome e à desnutrição e um crescente aumento das doenças relacionadas ao sobrepeso e à obesidade, fato este que demanda, cada vez mais, a adoção de práticas de educação nutricional voltadas à promoção de hábitos alimentares saudáveis. Para tal desafio, o Ministério da Saúde do Brasil, através da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), tem como plano de ação a produção de materiais informativos pertinentes ao tema. O objetivo desse estudo é realizar uma análise qualitativa dessas estratégias de informação elaboradas pela PNAN, a partir de 1999, data de sua publicação, conhecendo todo o seu processo de elaboração, distribuição e avaliação. O estudo foi estruturado em três etapas: (a) análise do material informativo produzido pelo Ministério da Saúde, no âmbito da PNAN, a partir de 1999; b) entrevistas semi-estruturadas com profissionais responsáveis pela elaboração, acompanhamento e avaliação deste material; e c) grupos focais com indivíduos pertencentes a um dos grupos específicos para os quais os materiais são direcionados. Após a análise dos dados levantados, foi possível compreender a importância da utilização de materiais informativos e educativos no âmbito de ações de educação nutricional e em saúde, tendo claro o papel coadjuvante desses instrumentos. No entanto, para que tais materiais se tornem mais efetivos, sendo utilizados em um processo educativo mais amplo, alguns desafios precisam ser superados, dentre os quais destacamos: a inadequação dos materiais às audiências a que se destinam; o limitado caráter participativo adotado no processo de elaboração desses materiais; a ausência de uma rotina sistemática de avaliação (da recepção de informações e do impacto dessas sobre a saúde dos indivíduos) desses materiais; e a desarticulação dos materiais a ações educativas mais completas, destinadas a grupos populacionais específicos no país. Acreditamos que o primeiro passo visando a efetividade do material avaliado nesse estudo, é que ele seja completamente entendido, que ele seja compreendido dentro de um espaço de significação comum entre o conhecimento da população usuária desses materiais e o conhecimento técnico referente à alimentação e à nutrição.

Palavras-chave: alimentação e nutrição, informação, educação, comunicação, educação nutricional.

## ABSTRACT

Food and nutrition are key determinants that affect human health, independently of social classes, being the feeding patterns of each group directly associated with the morbidity and mortality profiles. Brazil deals, at the same time, with the challenge to fight against hungry and malnutrition and the increasing impact of overweight and obesity. This situation is demanding, more and more, the adoption of educational and informative strategies, focusing healthy dietary habits. As one of its main political initiatives, the Brazilian Ministry of Health, in the scope of the National Politics on Alimentation and Nutrition (PNAN), targets the elaboration of educative materials aiming the promotion of better dietary habits among several specific population groups. This study objectives to analyze qualitatively the elaboration, preparation, distribution, and evaluation processes related to informative and educational material by the Brazilian Ministry of Health about nutrition and alimentation produced since 1999, when PNAN was published. The study was structured in three steps: (a) analysis of the informative material produced by the Brazilian Ministry of Health, under the PNAN, starting from 1999; (b) semi-structured interviews with professionals responsible for the material elaboration, monitoring and evaluation; (c) and focus groups with individuals belonging to one of the specific groups for which the materials are directed. It was possible to understand the importance these materials' elaboration for the National alimentation and nutrition politics. There is a need for a better planning in the process of educational and informative material focusing alimentation and nutrition in Brazil. However, for such materials to become more effective, being used in a wider educational process, some challenges must be overcome: a) the inadequacy of the materials to the target audience; b) the limited participatory approach adopted in preparation of these materials; c) the need for evaluating permanently these materials (including information reception and the impact of these materials on individuals' health); d) and the dismantling of educational materials to become more comprehensive, aiming to be appropriate by specific population groups in the country. The first step in the road to the material effectiveness is that it is completely understood, comprehended within a common space of meaning between the knowledge of the users of these materials and technical knowledge related to alimentation and nutrition.

Keys words: alimentation and nutrition, information, communication, nutritional education.

## **AGRADECIMENTOS**

Os últimos quatro anos foram intensos: desesperadores em alguns momentos, produtivos em outros, mas, indubitavelmente, gratificantes! Meu 'muito obrigada' a todos que compartilharam comigo dessa caminhada!

Ao meu orientador, William Waissmann, pela parceria e por ter acreditado no trabalho;

Ao apoio financeiro da Capes por ter permitido que eu me dedicasse integralmente ao meu aperfeiçoamento acadêmico;

A professora Vera Helena Siqueira pelas interessantes discussões provocadas em sala de aula, que me deixaram mais a vontade com o campo da comunicação;

A professora Kátia Reis por sempre defender a possibilidade real de uma educação participativa e dialógica. Eu também acredito nisso, Kátia!

A professora Giane Molinari Serra pelas sugestões de leitura que muito contribuíram para o embasamento teórico deste trabalho, além das pertinentes observações para a escrita final do texto;

Ao professor Frederico Peres, sempre atento a qualidade necessária para realização de um bom trabalho, me norteou na tarefa de fazer pesquisa com seriedade, dedicação e, claro, prazer;

Aos nutricionistas que participaram das entrevistas por terem me recebido tão prontamente, além de me confiarem suas impressões, contando não só histórias do campo da alimentação e nutrição, como também suas próprias histórias;

Aos profissionais de saúde que se dedicaram ao árduo trabalho de analisar os materiais informativos da PNAN: vocês foram parceiros de pesquisa e amigos, acima de tudo!

Aos agentes de saúde que mesmo tendo tantas atividades diárias encontraram tempo para fazer ciência comigo: discutimos e pensamos juntos a complexidade do processo educativo participativo e dialógico;

A minha querida família mineira e fluminense por ser tão presente na minha vida e, mesmo reclamando às vezes de minhas ausências, ficam felizes com minhas conquistas profissionais!

Aos meus pais por terem sido as pessoas que me iniciaram nas práticas educativas. E, tenho que reconhecer, na minha casa, sempre me foi permitido dialogar e participar de todas as decisões!

Ao meu marido Fred, única pessoa que tem dois agradecimentos, mas concordamos em separar o professor do marido. E olha que ele tem sido ótimo nos dois papéis! Eu, por minha vez, preciso confessar que tive meus maus momentos de aluna e esposa! Meu Bem, que venham muitos outros anos de casados juntos, muitos outros trabalhos juntos... Com você, seja no casamento ou no trabalho, sempre haverá seriedade, dedicação e, claro, prazer!

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>1</b>
Nota.....	4
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>5</b>
I.1 – INTRODUÇÃO.....	6
I.2 - A PNAN.....	11
I.3 – ANTECEDENTES NA LITERATURA.....	15
I.3.1 – Informação, Comunicação e Educação: campos de interface.....	15
I.3.2 – Informação em interface com a saúde.....	16
I.3.3 – Os campos da comunicação e saúde: modelos dominantes em sintonia	17
I.3.4 – Educação em saúde.....	22
I.3.5 – Educação alimentar e nutricional .....	26
I.3.6 – Avaliação de ações educativas em saúde e nutrição .....	33
I.3.7 – A dimensão sociocultural da educação nutricional.....	37
I.4 – JUSTIFICATIVA.....	41
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>44</b>
II.1 – OBJETIVOS.....	45
II.1.1 – Objetivo Geral.....	45
II.1.2 – Objetivos Específicos.....	45
II.2 – METODOLOGIA.....	46
II.2.1 – Pressupostos teórico-metodológicos.....	46
II.2.2 – Análise do material por especialistas.....	48
II.2.3 – O processo de produção de materiais sobre alimentação e nutrição: entrevistas semi-estruturadas com formuladores das estratégias de informação.....	50
II.2.4 – Estudo de recepção das informações.....	52
II.2.4.1 – Seleção do material.....	52
II.2.4.2 – Seleção do local de estudo e dos informantes-chave.....	53
II.2.4.3 – Realização e análise dos grupos focais.....	54
<b>CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>55</b>
III.1 – ANÁLISE DO MATERIAL POR ESPECIALISTAS.....	56
III.1.1 – Manuais Técnicos.....	56
III.1.2 – Manuais Operacionais.....	64
III.1.3 – Cartilha.....	67
III.1.4 – Folhetos ou Fôlderes.....	70
III.1.5 – Cartazes.....	74
III.1.6 - Álbuns Seriados.....	81

III.2 – O PROCESSO DE PRODUÇÃO DE MATERIAIS SOBRE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM FORMULADORES DAS ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO.....	86
III.2.1 – Objetivo dos materiais informativos em alimentação e nutrição.....	86
III.2.2 – Planejamento e Elaboração do Material.....	91
III.2.3 – Distribuição do material da PNAN no país.....	98
III.2.4 – Avaliação de materiais educativos.....	102
III.3 – AVALIAÇÃO DO MATERIAL JUNTO A UM GRUPO DE USUÁRIOS....	109
III.3.1 – O uso de materiais em ações de educação em saúde.....	109
III.3.2 – A adequação de diferentes mídias e formas a diferentes momentos do processo educativo.....	110
III.3.3. Os desafios de utilizar materiais impressos junto à população.....	115
III.3.4 – Os desafios de implementar as orientações contidas no material: do prescrito ao real.....	118
III.3.5 – Contextualizando o processo de produção e uso de materiais informativos sobre alimentação e nutrição.....	121
III. 4 - OS DESAFIOS RELACIONADOS À UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS INFORMATIVOS E EDUCATIVOS EM AÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL E EM SAÚDE.....	125
III.4.1 – A comunicação é específica.....	126
III.4.2 – As ações educativas e seus instrumentos devem ser avaliados.....	128
Nota ao capítulo.....	130
<b>CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>132</b>
<b>V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>137</b>
<b>VII – ANEXOS.....</b>	<b>151</b>

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES, TABELAS, QUADROS E FIGURAS**

Tabela 1 – evolução do retardo estatural (-2 desvios padrão) de menores de cinco anos, no Brasil, por grandes regiões e estratos urbanos e rurais (1975, 1989 e 1996)

Tabela 2 – evolução da prevalência (%) de déficit ponderal (IMC < 18,5) em mulheres brasileiras de 18-49 anos, por região e estratos urbanos e rurais no período de 1975 / 1996.

Tabela 3 – teorias da comunicação e sua interface com as abordagens vigentes em ações de educação em saúde, incluindo as ações em educação alimentar e nutricional nos períodos citados – início do século XX até anos 2000.

Tabela 4 – Elementos gráficos que favorecem e desfavorecem à compreensão de mensagens em materiais (Adaptado de Araújo, 2007)

Tabela 5 – Elementos textuais que favorecem e desfavorecem à compreensão de mensagens em materiais (Adaptado de Araújo, 2007)



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CGPAN – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Humana

DAB – Departamento de Atenção Básica

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

EAN – Educação Alimentar e Nutricional

ENDEF - Estudo Nacional de Despesas Familiares

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESF - Estratégia da Saúde da Família

FAO – Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

MS – Ministério da Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNSN - Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SIAB - Sistema de Informação Ambulatorial

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN - o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis

SINASC - o Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# Apresentação

## APRESENTAÇÃO

O interesse em conhecer o processo de construção - incluindo as etapas de elaboração, distribuição e avaliação - de materiais informativos e como a população para quem esses materiais se destinam compreende as informações ali contidas, inicia-se através de minha participação em projetos de pesquisa que tratam sobre a percepção de risco, condições de trabalho no meio rural e comunicação sobre agrotóxicos, desenvolvida por um grupo de pesquisadores do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana / CESTEHL, na Fundação Oswaldo Cruz / Fiocruz. Ao participar dessa linha de pesquisa<sup>(1)</sup>, pude perceber como ações educativas normativas, baseadas apenas no conhecimento técnico dos especialistas, que desconsideravam o saber dos agricultores, acabavam por resultar em intervenções fadadas ao insucesso. Como nutricionista e, guardando as particularidades presentes na comunicação sobre agrotóxico junto aos trabalhadores rurais, comecei me questionar sobre os limites da comunicação no âmbito das ações em alimentação e nutrição.

Vivemos em contínua busca por um modelo de atenção à saúde que priorize as ações de melhoria de qualidade de vida da população, incluindo a alimentação e nutrição no rol de determinantes para atingirmos tal objetivo. Nesse momento, tendo uma política nacional que trata especificamente de ações em alimentação e nutrição, cujas diretrizes evidenciam a informação e educação em saúde como garantia para promover práticas alimentares e estilos vida saudáveis, tendo a produção de materiais informativos papel de destaque entre suas ações, nos perguntamos: estarão esses materiais informativos produzidos pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição / PNAN atingindo seus objetivos de estimular escolhas alimentares mais saudáveis a fim de prevenir doenças relacionadas à alimentação e nutrição? As diversas mídias impressas (cartazes, cartilhas, folhetos, palestras) produzidas pela Política estarão adequadas em conteúdo e forma, para a população a quem se destina? Terá essa população participado da elaboração desses materiais, como co-protagonistas das decisões? Ou estaremos reproduzindo práticas educativas tradicionais e normativas, onde o saber do especialista ainda se sobrepõe ao da população?

É nesse sentido que nos interessou investigar as estratégias de informação e comunicação elaboradas pela PNAN, no período de 1999-2010. Tal objetivo justifica-se pelo atual reconhecimento da importância da educação em saúde quando tratada de forma participativa, numa confluência dos saberes técnicos e populares, particularmente da educação nutricional para o entendimento das questões de alimentação e nutrição na determinação do processo saúde-doença.

De forma que nosso trabalho está estruturado em 3 capítulos. O primeiro capítulo, ao introduzir nosso tema, disserta sobre os desafios a serem enfrentados nas questões referentes à alimentação e nutrição no país, onde vivemos um período de transição nutricional. Procuramos mostrar como a PNAN vem sendo apresentada como uma forma de lidar com tal desafio, onde a informação e a educação perpassam todas as suas diretrizes, estando a comunicação em lugar de destaque. Para tanto, buscamos discutir os campos da informação, da educação e da comunicação em interface com a saúde. Em seguida, abordamos, especificamente, o campo de conhecimento e de práticas responsável por promover escolhas alimentares saudáveis, a educação nutricional. Trouxemos diversos autores que discutem os determinantes – biológicos, ambientais, individuais e culturais - das escolhas alimentares das populações e, portanto, devem ser considerados durante uma ação educativa em alimentação e nutrição. No final desse capítulo, trazemos a importância de se realizar, periodicamente, avaliações de suas ações de intervenção.

No segundo capítulo, estabelecemos nosso percurso metodológico, realizado em três etapas. Em primeiro lugar, 3 especialistas da área da saúde (um nutricionista, um médico com longa experiência na atenção básica e um experto da comunicação) realizaram uma análise do material informativo produzido pelo Ministério da Saúde, no âmbito da PNAN, no período de 1999 a 2010. Para as análises, adaptamos um instrumento já utilizado por outros autores, no qual investigamos: estrutura, conteúdo, linguagem e ilustrações do texto e formato do material informativo. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais responsáveis pela elaboração, acompanhamento e avaliação dos materiais informativos. E, por último, realizamos grupos focais com indivíduos pertencentes a um dos grupos para os quais o material foi direcionado.

No terceiro capítulo, nos dedicamos à discussão dos resultados encontrados com a bibliografia pesquisada, onde pudemos encontrar alguns problemas no que tange a produção de material informativo de alimentação e nutrição e os desafios impostos na utilização de tais materiais em ações de educação nutricional e de saúde.

Na última parte deste trabalho, procuramos apontar algumas iniciativas possíveis para superação dos problemas relacionados ao processo de elaboração e utilização dos materiais informativos sobre alimentação e nutrição. Desta forma, esperamos contribuir para a construção de materiais informativos que estejam adequados aos grupos a que se destinam, fortalecendo, assim, a educação nutricional como uma importante estratégia de promoção de práticas de alimentação e nutrição saudáveis.

**NOTA:**

<sup>(1)</sup> Desta participação em projetos de pesquisa, resultaram os seguintes artigos:

1. Peres F, Lucca SR, Ponte LMD, Rodrigues KM, Rozembeg B. Percepção das condições de trabalho em uma tradicional comunidade agrícola de Boa Esperança, Nova Friburgo, Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(4):1059-1068.
2. Peres F, Moreira JC, Rodrigues KM, Lerner R, Luz C. El Uso de Pesticidas em la Agricultura y la Salud del Trabajador Rural in Brasil. Ciência & Trabajo. 2007, 9(26):158-163.
3. Peres F, Moreira JC, Rodrigues KM, Luz C. Percepción de Riesgo de los Agricultores com Respecto al Uso de Pesticidas em um Área Agrícola del Estado de Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Trabajo. 2007, 9(26):164-171.
4. Peres F, Moreira JC, Rodrigues KM, Luz C. Risk Perception and Communication Regarding Pesticides Use in Rural Work. A case study in Rio de Janeiro, Brazil. Int J Occup Environ Health. 2006; 12:400-407.

# Capítulo I

## I.1 INTRODUÇÃO

O direito dos povos a um estado de saúde e de bem estar, tendo a alimentação como um dos meios para alcançar tal status, foi reconhecido em dezembro de 1948 com a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, numa resolução adotada pelos Estados-Membros das Nações Unidas<sup>1</sup>. Desde então, organismos, tanto internacionais quanto nacionais, têm discutido intensamente formas de se concretizar tal direito.

No Brasil, um marco histórico data de março de 1986 quando é realizada na cidade de Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que representou para o setor saúde um importante passo para o debate democrático ao contar com a participação da sociedade civil organizada, técnicos, profissionais de saúde e políticos. Dentre as muitas mudanças propostas e aprovadas na plenária final da 8ª Conferência, definiu-se um amplo conceito para a saúde: “*resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde*”<sup>2</sup>, reconhecendo, enfim, o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida.

Outro vitorioso desfecho da 8ª Conferência foi o destaque as questões de saúde presentes na Constituição Federal de 1988. O texto da Constituição dedica à saúde uma seção no capítulo da Seguridade Social, onde determina a saúde como um direito de todos e dever do Estado. No texto constitucional, este direito à saúde é garantido mediante políticas sociais e econômicas que são direcionadas tanto à redução do risco de doença e de outros agravos como também para o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Essas ações e serviços passam, então, a estar reunidos num sistema único de saúde, o SUS, cujas diretrizes são alicerçadas pelos pilares da descentralização, integralidade e controle social<sup>3</sup>.

Ainda no campo da legislação do setor saúde, também é importante citar as Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90) e as Normas Operacionais Básicas – NOBS-SUS publicadas em 1991, 1993 e 1996. A Lei 8.080/90 regula todas as ações e serviços de saúde executados pela esfera pública e/ou privada em território nacional<sup>4</sup>. Com relação especificamente a alimentação, atribui ser essa um determinante e condicionante do estado de saúde da população. Além do mais, inclui a vigilância nutricional e alimentar no campo de atuação do SUS. O texto do capítulo III, intitulado ‘Da Organização, da Direção e da Gestão’ deixa claro a necessidade de comissões intersetoriais articularem os programas e políticas de interesse à saúde, abrangendo várias atividades, como por exemplo, as referentes à alimentação e nutrição. Já a Lei

8.142/90 trata da participação da comunidade na gestão do SUS e da transferência de recursos orçamentários. As NOBs-SUS, são, como o próprio nome diz, normas operacionais do sistema.

Todo esse arcabouço legal significa um dever do Estado em assumir a promoção, proteção e prevenção à saúde como um dever e, também, em reconhecer que a situação alimentar e nutricional da população reflete, diretamente, na sua capacidade de desenvolver-se social, econômica e politicamente.

O pioneirismo em tratar dos assuntos referentes às condições nutricionais da população brasileira sob a vertente social é atribuído a Josué de Castro. Esse médico pernambucano, em meados dos anos de 1930, realiza os primeiros inquéritos alimentares na cidade do Recife onde confronta a renda salarial mensal de trabalhadores e sua família com seus gastos com a alimentação, de forma que as carências alimentares são relacionadas com as péssimas condições de vida de certas camadas da população<sup>5,6,7</sup>. No entanto, pesquisas representativas em nível nacional da situação nutricional brasileira só são realmente realizadas a partir de 1975. Batista Filho et al<sup>8</sup>, através da comparação de três importantes estudos desenvolvidos ao longo das décadas de 1970, 1980 e 1990 - Estudo Nacional de Despesas Familiares / ENDEF, 1974/1975; Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição / PNSN, 1989; Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde / PNDS, 1995/1996, analisam as tendências evolutivas do cenário nutricional do país. Os autores a fim de compreender as mudanças ocorridas no perfil alimentar / nutricional no país resgatam algumas variáveis que chamam de marcadores de risco do problema, mas precisamente, a renda, a escolaridade materna, saneamento e acesso aos serviços de saúde. Assim, no caso do Brasil, ao longo das três décadas, descrevem o declínio acelerado da desnutrição em crianças e adultos e a emergência da obesidade. No período de 1975-1996, a prevalência da desnutrição – índice antropométrico altura / idade - em crianças menores de cinco anos, residentes no meio urbano, teve um declínio de 72%, tendo se mostrado menos acentuado no meio rural, 53% (Tabela 1).



Tabela 1 – evolução do retardo estatural (-2 desvios padrão) de menores de cinco anos, no Brasil, por grandes regiões e estratos urbanos e rurais (1975, 1989 e 1996)

Estrato / região	1975 (%)	1989 (%)	1996 (%)	Variação anual (%)	
				1975/1989	1989/1996
<b>Urbano</b>					
Norte	39,0	23,0	16,6	-2,9	-4,3
Nordeste	40,8	23,8	13,0	-3,0	-6,5
Centro-sul*	20,5	7,5	4,6	-4,5	-5,5
Brasil	26,6	12,5	7,7	-3,8	-5,5
<b>Rural</b>					
Nordeste	52,5	30,9	25,2	-2,9	-2,6
Centro-sul*	29,4	12,3	9,9	-4,2	-2,8
Brasil	40,5	22,7	18,9	-3,1	-2,4

\* Engloba Sudeste, Sul e Centro-oeste.

Fonte: Batista Filho, M et al. A transição Nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S181-S191, 2003; p. 184

Também no caso da prevalência da desnutrição - baixo índice de massa corporal, IMC < 18,5 Kg/m<sup>2</sup> – em mulheres com idade de 18-49 anos houve um decréscimo considerável, equivalente aos encontrados nos países desenvolvidos, ou seja, 5%, exceção feita para o meio rural (Tabela 2).

Tabela 2 – evolução da prevalência (%) de déficit ponderal (IMC < 18,5) em mulheres brasileiras de 18-49 anos, por região e estratos urbanos e rurais no período de 1975 / 1996.

Estrato / região	1975 (%)	1989 (%)	1996 (%)	Variação anual (%)	
				1975/1989	1989/1996
<b>Urbano</b>					
Norte	12,2	5,5	5,5	-3,9	0,0
Nordeste	10,8	5,2	6,3	-3,7	3,0
Centro-sul*	7,1	4,5	5,8	-2,5	3,7
Brasil	8,6	4,8	5,9	-3,2	3,3
<b>Rural</b>					
Nordeste	13,3	12,2	8,8	-0,5	-4,0
Centro-sul*	9,6	5,1	6,1	-3,3	2,8
Brasil	11,2	8,6	7,4	-1,7	-2,0

\* Engloba Sudeste, Sul e Centro-oeste.

Fonte: Batista Filho, M et al. A transição Nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S181-S191, 2003; p. 185

A análise do comportamento da obesidade em adultos (IMC  $\geq$  30Kg/m<sup>2</sup>) ao longo dos anos de 1975 / 1996 indica que esse problema quase triplicou no Nordeste e duplicou no Sudeste. Essa ‘mobilidade social’ do sobrepeso / obesidade é explicada pelos autores como uma tendência de redução da obesidade nos estratos econômicos mais altos - particularmente em mulheres - e aumento nos estratos de renda mais baixos<sup>8</sup>.

Segundo dados publicados no documento Saúde das Américas 2007 a obesidade continua crescendo em todas as regiões do país, tanto na zona urbana quanto na rural. E

outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm aparecendo com uma frequência cada vez maior nos quadros de morbi-mortalidade, como é o caso das doenças do aparelho circulatório, do *diabetes melittus*, das doenças hipertensivas e dos tumores malignos. Entre os falecimentos por causas definidas, as doenças do aparelho circulatório são as que mais matam no país, onde as doenças cérebro vasculares (10,6%) estão entre as primeiras causas e as doenças isquêmicas do coração, como a segunda (9,8%) com proporções similares no sexo masculino e feminino <sup>9</sup>.

Com relação à carência de micronutrientes, a deficiência de ferro, de vitamina A e de iodo são as de maior importância no território nacional, estando sempre presentes nos programas de suplementação do governo. A de maior magnitude é a anemia cuja prevalência continua elevada, principalmente em dois grupos mais vulneráveis: crianças menores de cinco anos e gestantes, atingindo, sem distinção, todas as regiões geográficas e estratos socioeconômicos <sup>8,9</sup>. Sobre a deficiência de vitamina A, faltam pesquisas que descrevam seu quadro epidemiológico, bem como sua evolução temporal e geográfica no país <sup>8</sup>. No entanto, áreas como o Nordeste brasileiro, Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e Vale do Ribeira em São Paulo são consideradas endêmicas, sendo um grave problema de saúde pública a ser combatido. Os distúrbios por deficiência de iodo foram detectados como problema de saúde pública nos anos de 1950, quando o bócio endêmico era encontrado em 20,7% da população. Passadas cinco décadas, em 2000, apenas 1,4% dos brasileiros foram diagnosticados com bócio. Essa significativa redução na prevalência de bócio no país é devido a iodação obrigatória do sal de cozinha. E, apesar desse avanço, o governo ainda investe em aperfeiçoamento das ações e controle dos distúrbios por deficiência de iodo a fim de evitar reincidências do problema, como, por exemplo, o Programa Nacional Para Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo <sup>10,11</sup>. Aliás, já tem estudos que apontam excreções urinárias de iodo superiores aos níveis recomendados <sup>9</sup>, o que também pode representar um risco para a população, necessitando de investigações mais atualizadas sobre a real necessidade de suplementação desse mineral em todo o país.

O Brasil é um país onde coexistem, ao mesmo tempo, diferentes cenários nutricionais provocados por uma alimentação inadequada, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos. Em algumas regiões, encontramos populações com dificuldade de acesso aos alimentos e que enfrentam, cotidianamente, a fome. Em outras regiões, populações sofrem males relacionados ao excesso de alimentos juntamente a estilos de vida pouco saudáveis como, por exemplo, obesidade, diabetes e hipertensão. E vale a pena lembrar que a obesidade é um estado nutricional que não descarta o risco

concomitante de instalação de alguma carência vitamínica-mineral, pois mesmo o consumo de grandes quantidades de alimentos não impossibilita o desenvolvimento de hipovitaminoses ou deficiências minerais. Afinal, depende qual tipo de alimento está sendo consumido em excesso.

Aliás, o consumo alimentar da população brasileira tem passado por profundas mudanças nas últimas décadas. Houve uma significativa redução no consumo de frutas, verduras, legumes, cereais e alimentos ricos em fibras em paralelo ao aumento de alimentos industrializados - ricos em gorduras saturadas, açúcares e sódio - e bebidas gaseificadas. E as famílias brasileiras – especialmente as moradoras da zona urbana - estão gastando mais com refeições realizadas fora de casa <sup>12</sup>.

Tal situação brasileira não difere da encontrada nos demais países do continente americano, como podemos ver nesse trecho abaixo:

*“A qualidade dos alimentos consumidos constitui um problema maior que a quantidade consumida. A má qualidade na alimentação, aliada à diarreia e às infecções respiratórias agudas em lactantes e crianças pequenas, ocasiona graves problemas no crescimento durante a infância prematura, assim como deficiências de micronutrientes durante todo o ciclo da vida; outrossim, junto com estilos de vida sedentários, a má alimentação deu lugar hoje em dia a uma epidemia de DCNT nos adultos. Como resultado, pais obesos ou com sobrepeso convivem no mesmo lar com crianças anêmicas e com atraso em seu crescimento, em zonas tanto rurais como urbanas.”* (OPAS, 2007:153)

Podemos então pressupor que alimentação e saúde caminham juntas, sendo, portanto, desejável que a questão da alimentação e nutrição se torne uma das principais preocupações dos gestores na formulação de políticas públicas.

Diante desse desafio torna-se imprescindível pensar diferentes estratégias de ação, com articulação de diferentes setores governamentais e não-governamentais. Para dar conta desse difícil intento, atualmente, no âmbito das políticas públicas de saúde, contamos com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

## **I.2 - A PNAN**

O Ministério da Saúde do Brasil, em 10 de junho de 1999, através da Portaria Ministerial nº. 710, aprovou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN – Anexo 1), que consiste no resultado de todo um processo de discussão com a sociedade civil, gestores de saúde e entidades de controle social<sup>13</sup>. A PNAN integra a Política Nacional de Saúde e segue os acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário e se refere, em especial, à garantia da segurança alimentar e nutricional<sup>(1)</sup> e do direito humano à alimentação adequada. Para alcançar seus objetivos, a PNAN está dividida em sete diretrizes, que hoje servem de base conceitual para a elaboração e implantação dos programas e projetos em alimentação e nutrição, no âmbito do Ministério da Saúde<sup>13</sup>.

**Diretriz 1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos** – alguns determinantes da alimentação e nutrição adequadas extrapolam o âmbito de ação do setor saúde, como por exemplo: acesso ao trabalho, ao emprego e à renda; a produção, o armazenamento e a distribuição de produtos agrícolas; o crédito agrícola e o estímulo ao pequeno produtor; os estoques de alimentos, etc. Ao setor saúde caberia articular essas ações intersetoriais com outros atores – demais setores do governo, sociedade civil e setor produtivo.

**Diretriz 2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto** – as ações de vigilância sanitária serão reforçadas e redirecionadas para garantir a segurança e a qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nessa área, estando aqui entendidas as ações desde a produção, rotulagem, incluindo a rotulagem nutricional, embalagem e reembalagem, transporte, comercialização e consumo. Aqui, também, pressupõem-se articulação intersetorial, para que as ações de vigilância sanitária desenvolvidos pelo setor Saúde sejam compatibilizadas por aquelas praticadas por outros setores, tendo todos os recursos disponíveis potencializados e evitando a superposição de ações e conflitos entre as instituições.

**Diretriz 3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional** – aperfeiçoamento e ampliação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que será responsável pelo diagnóstico descritivo e analítico dos principais fatores determinantes da situação de alimentação e nutrição da população. Tais fatores determinantes deverá ser caracterizados por áreas geográficas, segmentos sociais e grupos biológicos de maior risco, de forma a favorecer as intervenções gerais e específicas. Os dados referentes às doenças crônicas não transmissíveis gerados pelo

SISVAN deverão ser compatibilizados com outros sistemas em funcionamento, como por exemplo, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN), no qual será incluído o registro de formas graves de desnutrição, e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB).

**Diretriz 4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis** – segundo essa diretriz, a socialização das informações sobre os alimentos, o processo de alimentação e a prevenção dos problemas nutricionais deve ser uma ação constante nas práticas de saúde. Tal processo deve respeitar os espaços geográficos, econômicos e culturais e resgatar práticas alimentares regionais, estimulando o consumo de alimentos locais de baixo custo e alto valor nutritivo. As ações intersetoriais ficam por conta da articulação de diversos atores – setores governamentais, sociedade civil e setor produtivo - que influenciam tomadas de decisão no que se refere às práticas alimentares saudáveis, como por exemplo, o disciplinamento da publicidade de produtos alimentícios infantis.

**Diretriz 5. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição** – as medidas dessa diretriz procuram abranger tanto as doenças relacionadas ao binômio desnutrição / infecção quanto as doenças crônicas não-transmissíveis. A política abordará os problemas alimentares e nutricionais provenientes da desnutrição protéico-energética sob a ótica familiar, avaliando vários membros de uma mesma família. Serão priorizadas as ações preventivas e de controle das doenças infecciosas como, por exemplo, diarreias, infecções respiratórias agudas e doenças imunopreveníveis. Também estão previstas práticas como a distribuição de alimentos e a suplementação alimentar de ferro, vitamina A e iodo, visando diminuir as deficiências desses micronutrientes. Essa diretriz, em especial, entende que a educação alimentar perpassa todas essas medidas, sendo fundamental para atingir seu intento.

**Diretriz 6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação** – a implementação de todas as diretrizes da PNAN serão embasadas por pesquisas realizadas em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Humana (CONEP / MS). Os resultados das investigações poderão compor um cenário esclarecedor, determinando os aspectos gerais e específicos dos problemas alimentares e nutricionais e em seguida, sugerindo uma ação mais correta para o seu enfrentamento.

**Diretriz 7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição** – diretriz que perpassa todas as outras diretrizes, indispensável para a

efetivação da PNAN, bem como para o seu processo contínuo de avaliação e acompanhamento.

Dentre estas setes diretrizes, destacamos, para fins de definição do objeto de nosso estudo, duas em especial: 4 - promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; 5 - prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição como a obesidade e o sobrepeso, diabetes, hipertensão, dislipidemias, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer.

De acordo com o texto da PNAN, a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis está relacionada aos hábitos e costumes de alimentação dos grupos populacionais específicos, desde a amamentação – através do incentivo ao aleitamento materno – até a nutrição do idoso. Nesse sentido, é transversal ao tema a adoção de estratégias de comunicação e educação que contribuam para o cumprimento desta diretriz, conforme registrado no texto:

*“As ações dirigidas à adoção de práticas alimentares saudáveis deverão integrar todas as medidas decorrentes das diretrizes definidas nesta política. Além das iniciativas inerentes a cada medida específica que vier a ser adotada, atenção especial deverá ser dada ao desenvolvimento de processo educativo permanente acerca das questões atinentes à alimentação e à nutrição, bem como à promoção de campanhas de comunicação social sistemáticas.”* (MS, 1999: 22).

O texto da PNAN conclama uma série de atores – entidades técnico-científicas, instituições de ensino, setores produtivo e da sociedade civil - a participarem, juntos, desse processo de educação e comunicação social citados no trecho destacado acima. Além do mais, reforça a necessidade de se resgatar os hábitos e práticas alimentares regionais nessas ações educativas, ou seja, estabelece que durante as estratégias para promoção de hábitos alimentares saudáveis se respeite os hábitos da população de determinada região, estimulando o consumo dos alimentos de baixo custo e alto valor nutritivo, assim como uma alimentação mais variada possível, desde os primeiros anos de vida até a vida adulta e a velhice <sup>13</sup>.

Ao texto, segue o detalhamento:

*“A educação alimentar e nutricional contém elementos complexos e até conflituosos. Dessa forma, deverão ser buscados consensos sobre conteúdos, métodos e técnicas do processo educativo, considerando os diferentes espaços geográficos, econômicos e culturais.”* (MS, 1999: 22)

Também o texto da diretriz 5 da PNAN considera as iniciativas de educação e comunicação como medidas essenciais para evitar o agravamento das doenças crônicas não-transmissíveis. Fica clara a importância das ações de comunicação e de educação nutricional para o atendimento dos objetivos enunciados nessas diretrizes específicas da PNAN. Não há como conceber estratégias que visem a promoção de hábitos alimentares saudáveis sem a implementação de ações específicas no campo da comunicação – de massa e interpessoal – e da educação.

No âmbito do Ministério da Saúde, as estratégias relacionadas à implementação, execução e avaliação da PNAN estão a cargo da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Atenção à Saúde (DAB / SAS), inclusive no que diz respeito à elaboração de estratégias de informação e educação pertinentes. Nesse sentido, o objeto do presente projeto compreende as estratégias de informação e comunicação elaboradas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a partir de 1999, data de sua publicação, tendo como foco o processo de elaboração e utilização de material informativo / educativo utilizado nestas ações e, o entendimento das informações ali presentes por parte de determinados grupos populacionais para os quais este material se destina.

### I.3 – ANTECEDENTES NA LITERATURA:

#### I.3.1 – Informação, Comunicação e Educação: campos de interface

Em nossas buscas bibliográficas percebemos que palavras como ‘informação’, ‘comunicação’ e ‘educação’, especialmente as duas primeiras, muitas vezes, são usadas como sinônimos. Assim, para melhor entendimento dos alcances e limites de cada um desses três termos, sentimos a necessidade de situá-los conceitual e historicamente para, em seguida, discutirmos suas aplicações. A confusão já se inicia no sentido dicionarizado <sup>14</sup>, pois como veremos, informação é usado como sinônimo de comunicação e vice-versa:

**Informação:** ato ou efeito de informar (se); esclarecimento, explicação, indicação, **comunicação** (grifos nossos), informe; conjunto de conhecimentos reunidos sobre determinado assunto.

**Comunicação:** ato ou efeito de comunicar (se); ação de transmitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra mensagem de volta; processo que envolve a transmissão e recepção de mensagens entre uma fonte emissora e um destinatário receptor, no qual as informações, transmitidas por intermédio de recursos físicos (fala, audição, visão) ou de aparelhos e dispositivos técnicos são codificados na fonte e decodificados no destino com o uso de sistemas convencionados de signos ou símbolos sonoros, escritos, iconográficos, gestuais, etc; **informação** transmitida (grifos nossos).

**Educação:** ato ou efeito de educar (se); aplicação dos métodos próprios para assegurar a formação e o desenvolvimento físico, intelectual e moral de um ser humano; pedagogia, didática, ensino.

Nas palavras de Araújo & Cardoso <sup>15</sup>, essa confusão semântica representa uma das mais desafiadoras questões para os estudiosos do campo.

*“Informação e comunicação caminham juntas no nome das instituições e de alguns cursos, editais / programas de pesquisa e fóruns de debates. Caminham juntas também nas representações das pessoas, que têm dificuldade para estabelecer uma diferença entre uma e outra. Mas não são sinônimos.”* (Araújo & Cardoso 2007:30)

Para Martino <sup>16</sup> não há comunicação sem informação e, por outro lado, a informação existe como uma possibilidade de se tornar comunicação.



A discussão sobre esses três elementos (informação, comunicação e educação) é complexa, polissêmica e foge do objeto do presente estudo. Assim, para fins do presente estudo, trabalharemos os conceitos da seguinte forma:

**Informação** – faz parte dos processos comunicativo e educativo, sendo o elemento utilizado para estimular a tomada consciente de decisões (na educação), ou sobre o qual se buscam elementos comuns de significação (na comunicação).

**Comunicação** – envolve um processo dialógico, no qual saberes são compartilhados por atores distintos, numa relação horizontal, visando a construção de elementos de significação comum.

**Educação** – engloba o processo de mudança que permite a de tomada de decisões a partir de um ato de conhecimento e de conscientização gerado por saberes compartilhados por diferentes sujeitos sociais. Como nos ensinou Paulo Freire, a educação deve ser compreendida sob uma ótica libertadora e transformadora, possuindo caráter permanente, onde não há pessoas educadas e não educadas, mas sim, graus diferentes de educação<sup>17,18</sup>.

### **I.3.2 – Informação em interface com a saúde**

Se nas primeiras décadas do século XX a informação no contexto da saúde privilegiou a produção de dados estatísticos para subsidiar o planejamento, intervenção e avaliação de uma determinada realidade, atualmente<sup>15,19</sup>, nos últimos anos, além de ainda manter tal caráter de planejador estratégico, tem estado positivamente associada ao direito à cidadania e à consolidação dos processos democráticos<sup>20</sup>.

Para Candau<sup>21</sup> as desigualdades de uso e acesso às informações aprofundam ainda mais as desigualdades de desenvolvimento das pessoas dentro de um mesmo território e entre os países. Outro ponto problematizado pela autora trata do tipo de informação transmitida, assim, devemos nos questionar continuamente sobre quem produz, divulga e recebe o conhecimento. O estímulo a consumirmos os mesmo produtos, com a pretensão de fazer os cidadãos caminharem na mesma direção e sentido – homogeneização cultural – se apresenta como uma tendência no mundo ágil e globalizado. No entanto, a cultura de cada povo processa as informações recebidas em maior ou menor grau, onde a cultura local é uma forma de resistência a homogeneização cultural, reafirmando as tradições. A autora finaliza seu texto, enaltecendo a participação da população nas políticas e programas de desenvolvimento, a fim de propiciar o diálogo, respeito, reconhecimento e valorização dos diferentes grupos

socioculturais presentes. Desconsiderar os fatores sociais, históricos e culturais pertencentes à comunidade é um dos caminhos para o fracasso das ações estratégicas <sup>21</sup>.

Buss <sup>22</sup>, ao tratar especificamente da informação veiculada pelo setor saúde, acredita que a informação sobre estilos de vida saudáveis age no nível das escolhas individuais, podendo prevenir doenças e até mesmo contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura de saúde. O autor também acredita que a democratização das informações sobre a saúde e do sistema de saúde pode contribuir para aumentar o entendimento sobre os determinantes da saúde por parte da comunidade, fazendo assim, com que ela se organize e se mobilize para buscar seus direitos junto ao Estado.

Então, devemos pressupor a informação para além de sua importância como definidora do planejamento e gestão de ações no setor saúde, pois, por si só o conhecimento de dados estatísticos não influencia a tomada de decisões, isto é, não provoca mudança de hábitos de vida, entre eles, os hábitos alimentares. Afinal, muitos fatores estão envolvidos, tais como: condições socioeconômicas <sup>23,24,25</sup> identidades culturais <sup>23,25,26</sup>, acesso prévio a um determinado conhecimento <sup>24,25</sup>, quem produziu tal conhecimento <sup>23</sup>, quem o está transmitindo <sup>23,27</sup>, quem o está recebendo <sup>23</sup>, a forma e os meios que esse conhecimento está sendo transmitido <sup>23</sup> e a necessidade de ajustar esses novos conhecimentos em algo do interesse e desejo real da população <sup>23,28</sup>, desde que seja vantajoso e não muito difícil colocar em prática as mudanças propostas pelos educadores <sup>27,28</sup>.

### **I.3.3 – Os campos da comunicação e saúde: modelos dominantes em sintonia**

Para Araújo & Cardoso <sup>15</sup>, os campos da comunicação e da saúde não podem ser vistos isoladamente, mas sim em suas articulações. São campos que caminham juntos há muitos anos, havendo uma correlação entre os modos de pensar dominantes em cada um dos campos.

O delineamento do primeiro modelo teórico de comunicação aparece nos Estados Unidos no início do século XX, resultado da correlação entre a intensificação das práticas comunicativas, a necessidade de seu conhecimento, além do aparecimento de novos meios de comunicação. Era um momento de grandes mudanças no cenário urbano-industrial, consolidava-se o capitalismo e, conseqüentemente, a sociedade de consumo. Assim, começaram a ser desenvolvidas pesquisas voltadas para os meios de comunicação de massa, onde os estudos ficaram conhecidos como *mass communication research*. Tais estudos estavam ligados a objetivos políticos e econômicos, como

expandir a produção industrial e estimular o crescimento do mercado consumidor. Para tanto, as pesquisas destinavam-se a entender o comportamento das audiências, através de técnicas de intervenção e persuasão <sup>29</sup>. Acreditava-se que os seres humanos seguiam um ‘automatismo comportamental’ e se transformavam em uma sociedade massiva (*mass society*). Começava, portanto, a formação da ‘cultura de massas’, uma cultura caracterizada por uma sociedade que não se constituía através de relações pessoais, de intimidade, de solidariedade comunitária (‘organicamente prestada’), mas sim, adquiria um novo formato, definido por relações calcadas na impessoalidade, no anonimato e em uma solidariedade de conveniência (‘mecanicamente oferecida’).

Nessa época, houve o surgimento do modelo de comunicação que ficou conhecido como modelo da agulha hipodérmica: os meios de comunicação - televisão, rádio e cinema - seriam considerados uma ‘seringa’ que ao injetar informações, inoculava idéias, minando resistências e vontades dessa ‘massa’ de indivíduos que não tinha ‘anticorpos’ que ‘imunizassem’ a ‘picada’ da mídia e, assim, eram persuadidos aos interesses dela. Nesse modelo, a fonte emissora – a mídia – está em vantagem sobre o receptor – a população em massa <sup>30,31</sup>.

Os estudos norte-americanos do *mass communication research* mantiveram a hegemonia até os anos de 1960, tendo sido formulados por um grande número de pesquisadores das mais diferentes áreas do conhecimento - engenharia das comunicações, psicologia, sociologia -, possuindo, desta forma, abordagens e pressupostos teóricos bastante distintos. Três correntes de estudos se destacam: estudos funcionalistas, estudos dos efeitos e estudos matemáticos <sup>32</sup>.

Os estudos pertencentes à corrente funcionalista preocupam-se com as funções exercidas pela comunicação de massa na sociedade. Um expoente importante foi o cientista político, Harold Dwight Lasswell (1902-1978) que procurou entender o ato comunicativo através das respostas às seguintes perguntas: Quem? Diz o que? Em que canal? Para quem? Com que efeito? Apesar da proposta de Lasswell caracteriza-se por uma excessiva compartimentalização do processo comunicativo e de um maior interesse pelo conteúdo e pelos efeitos da comunicação, representou um passo à frente do modelo da agulha hipodérmica ao acreditar na existência de uma retroalimentação entre público e mídias, admitindo haver influências (sem explicar exatamente o que influenciava) sobre as reações no receptor pelo emissor <sup>30</sup>.

Já os estudos pertencentes à corrente dos efeitos da comunicação interessavam-se pela otimização dos efeitos de campanhas políticas e propagandas. Admitiam a não-linearidade do processo, reconhecendo que a resposta ao estímulo não se mostrava

direta, estando incluídos outros fatores mais complexos da ação comunicativa. O psicólogo Carl Iver Hovland, em suas pesquisas sobre eficácia da propaganda em soldados americanos <sup>32</sup>, procurava estabelecer quais seriam as condições necessárias para ocorrer uma mudança de atitude por parte das pessoas envolvidas em um processo de comunicação <sup>29</sup>.

Kurt Lewin, um psicólogo, foi um representante da corrente dos efeitos limitados e desenvolveu estudos sobre a comunicação de pequenos grupos e líderes de opinião <sup>29</sup>. Segundo Araújo <sup>32</sup>, essa corrente ocupava-se de ***“estabelecer fatores para garantir uma organização ótima das mensagens, de forma a atender às finalidades persuasivas. Percebeu-se que determinados fatores da organização das mensagens (como a credibilidade do comunicador, a ordem da argumentação, a integralidade das argumentações e a explicitação de conclusões) interferem na eficácia do processo e, portanto, na natureza dos efeitos produzidos”*** (p. 127).

Outro estudioso foi o sociólogo Paul Lazarsfeld que se debruçou sobre as reações imediatas das audiências dos meios de comunicação de massa, caracterização dos efeitos e processos de formação da opinião pública <sup>29</sup>. Lazarsfeld também caminhou um pouco adiante do modelo da agulha hipodérmica, pois defendia o ser humano como alguém capaz de fazer escolhas, buscando conteúdos veiculados por meios de comunicação que fossem compatíveis com sua visão de mundo <sup>30</sup>. Também estudou os fatores de mediação existente entre os indivíduos e os meios de comunicação de massa <sup>32</sup>, tendo identificado a influência do ‘formador de opinião’, ou seja, o indivíduo que influencia outros na tomada de decisão. Estava, então, formulado o modelo *two-step flow of communication*, que entende a comunicação como um ***“processo que se dá num fluxo em dois níveis: dos meios aos líderes e dos líderes às demais pessoas”*** (Araújo, 2010:128).

O modelo informacional ou modelo matemático da comunicação foi apresentado no final dos anos de 1940, oriundo de estudos de dois engenheiros americanos, Claude Shannon e Warren Weaver, interessados em minimizar as interferências existentes entre aparelhos telegráficos. Esse modelo comunicacional buscava melhorar a transferência de mensagens do pólo emissor ao pólo receptor, diminuindo os ruídos existentes. Como principais características salientam-se a linearidade, unidirecionalidade e bipolaridade <sup>15,30,32</sup>.

No Brasil, as primeiras ações em políticas públicas de saúde que utilizaram o instrumental da comunicação de massa datam das primeiras décadas do século XX. Mais precisamente, em 1920 com a criação do Departamento Nacional de Saúde

Pública (DNSP), a propaganda e as ações sanitárias são associadas para tentar resolver as questões de saúde que assolavam o país <sup>15,33</sup>. Nessa época, os pressupostos do modelo comunicacional da agulha hipodérmica eram aplicados no modelo de saúde vigente, o sanitarismo campanhista. As ações sanitárias, muitas vezes coercitivas e autoritárias, eram usadas como estratégias para explicar o surgimento, a disseminação das ‘doenças de massa’ e difundir as normas para seu controle <sup>33,34</sup>.

As proposições desse modelo teórico da comunicação ainda se mantiveram hegemonicamente presentes nas ações do setor saúde, até os fins dos anos de 1950, sendo também chamado de sanitarismo desenvolvimentista. As propagandas e as ações sanitárias propostas pelos higienistas intentavam modificar comportamentos e atitudes errôneas das classes populares, onde a justificativa apoiava-se na necessidade de crescimento e desenvolvimento industrial do país <sup>33</sup>. Nas palavras de Rozemberg <sup>35</sup>:

*“A idéia era a de que o subdesenvolvimento resultava da falta de informação das pessoas, que eram resistentes ou apáticas ao progresso e que precisavam receber informações para mudarem seus comportamentos, atitudes e práticas.”*

(Rozemberg 2006:757)

Nos de 1960, os estudos dos efeitos são vistos sob um novo olhar, surgindo, assim, novas abordagens da problemática dos efeitos: os estudos dos usos e gratificações. Pesquisadores como J.G. Blumler e Elihu Katz mudam o foco das preocupações, onde o questionamento ‘o que os meios fazem com as pessoas?’ muda para ‘qual o uso que as pessoas fazem dos meios?’. O receptor não é mais o sujeito passivo, ele se torna agente, capaz de praticar processos de interpretação e satisfação <sup>30</sup>.

Para o campo da comunicação da América Latina, os anos de 1960 também se mostram promissores. Pensadores latino-americanos se contrapõem a visão mecanicista e verticalizadora da comunicação. Para Berger <sup>36</sup> mais do que inquietações científicas, o que impulsiona a produção de conhecimento em comunicação na América Latina são demandas políticas e sociais, sendo necessário considerar as relações que os estudos em comunicação latino-americanos possuem com o contexto sócio-político na região. Vale à pena lembrar que, no final dos anos de 1960 e início de 1970, vários países (Chile, Brasil, Argentina, Uruguai) são dominados por governos golpistas ditatoriais, sendo esse o *“contexto contraditório – de sonho e luta pelo socialismo e de intervenção militar e do capital norte-americano – que a Comunicação de Massa, como*

*investimento econômico e projeto de dominação, é introduzida e sedimentada no continente* (Berger, 2010:248)”.

A autora <sup>36</sup> ainda cita os cinco principais teóricos mais influentes na região, bem como suas linhas de pesquisa desenvolvidas em comunicação e suas mais importantes publicações: no Chile, Armand Mattelard e seu grupo; na Venezuela, Antônio Pasquali; na Colômbia, Luis Ramiro Beltrán; na Argentina, Eliseo Verón e, no Brasil, mas com trabalhos redigidos e publicados no Chile, Paulo Freire. Este importante educador brasileiro é incluído entre os pesquisadores da comunicação por seu livro ‘Comunicação ou Extensão’, escrito em 1968 no Chile. Nesta obra citada, a perspectiva defendida por Paulo Freire é a comunicação dialógica <sup>37</sup>.

Aqui, o autor não apenas analisa os limites – semânticos, filosóficos, políticos – impostos pelo uso da palavra ‘extensão’ para designar práticas intervencionistas realizadas por técnicos (no caso, agrônomos) junto à população (no caso, camponeses), como aborda um problema de arestas maiores: a falta de comunicação entre esses dois sujeitos. Para Freire, tanto o técnico - entendido como educador-educando - pode ensinar e, também, pode aprender junto com o educando-educador. Para o autor <sup>37</sup>:

*“Comunicação é a co-participação dos sujeitos no ato de pensar (p.66) (...) implica numa reciprocidade que não pode rompida (...). O que caracteriza a comunicação enquanto este comunicar comunicando-se, é que ela é diálogo, assim como o diálogo é comunicativo (p.67)”*.

Através da análise realizada por Berger <sup>36</sup>, as pesquisas empreendidas pelos pesquisadores latino-americanos nos anos 1960/1970 se dedicavam à denúncia de uma comunicação transnacional e dominadora, ou seja, se dedicavam ao estudo da estrutura e da função mercantil dos meios de comunicação e das estratégias de dominação dos países capitalistas; além de reconhecerem a cultura como expressão das contradições dominantes. Já nos anos de 1980, essa ‘pesquisa-denúncia’ dos pensadores latino-americanos foi sendo substituída pela ‘pesquisa-ação’: projetos de comunicação popular e alternativa. Mais uma vez, a autora <sup>36</sup> nos remete ao contexto político e social que se descortinava na América Latina para entendermos como a comunicação popular se torna alvo de objeto de estudo para a academia: *“As lutas populares estavam sendo redimensionadas pelos grupos políticos e a atividade do receptor revista pelos estudiosos da comunicação. O receptor deixava de ser identificado como uma massa*

*amorfa e uniforme, passiva e manipulável, passando a ocupar o lugar do dominado – o trabalhador organizado, a feminista, o militante – cujas apropriações expressavam um receptor crítico* (Berger, 2010:264)”.

Tal fato também acontece no Brasil, onde as esferas da comunicação e da educação são redefinidas nos anos de 1980, período marcado pelas discussões de redemocratização política, reforma sanitária do setor saúde, direito constitucional à saúde e controle social <sup>34</sup>. Na teoria da comunicação, toma vigor a ‘Teoria das Mediações’, onde admite-se que há mediações no processo comunicacional entre os meios e seus públicos. Estas mediações são culturais, políticas, sociais ou outras. Jesus Martin-Barbero é um dos importantes autores latino-americanos que se preocupa com as questões na região, onde há o domínio de políticas populistas e de telenovelas <sup>30</sup>.

Já na década seguinte, os anos de 1990, os relatórios das 10ª e 11ª Conferência Nacional de Saúde deixam clara a necessidade de discussão de uma proposta que contemple ações de informação, educação e comunicação voltadas para consolidar as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Há um fortalecimento da teoria das mediações, além do mais, toma vigor o conceito de ‘polifonia’ - existência de multiplicidade de vozes com interesses e posições de poder diferentes na estrutura social - no processo comunicacional <sup>15</sup>.

Atualmente, é evidenciada a importância da avaliação das estratégias comunicativas <sup>35</sup>, enfocando não apenas a apropriação das mensagens pelo pólo receptor, mas também avaliando a produção de sentido de nossas práticas cotidianas <sup>(2)</sup>. No entanto, apesar do avanço encontrado nas teorias da comunicação, ainda coexistem, nos dias de hoje, práticas intervencionistas no campo da saúde que utilizam a teoria da agulha hipodérmica <sup>15</sup>.

#### **I.3.4 – Educação em saúde**

Mohr e Schall <sup>38</sup> fazem um rápido resgate histórico sobre os antecedentes da educação em saúde no Brasil, mostrando como essa disciplina nasce e se desenvolve sob um enfoque biológico, centrando suas ações em práticas higiênico-sanitárias realizadas em nível individual, ao invés de práticas preventivas promovidas para a coletividade. Vasconcelos <sup>39</sup> adverte que esse campo do conhecimento e de práticas nasce em território nacional sob interesses de classes políticas e econômicas dominantes, tendo, portanto, servido aos seus interesses nas primeiras décadas.

Para Schall & Struchiner <sup>40</sup> a educação em saúde apresenta-se como um campo de diversas facetas, convergindo concepções tanto da área da educação quanto da saúde.



Como área específica, se estabelece nos Estados Unidos a partir dos anos de 1920. Também no Brasil, é nas primeiras décadas do século XX, que aparecem as primeiras iniciativas de educação em saúde. Nesse momento, as ações sanitárias, justificadas pelas recentes descobertas epidemiológicas, intentavam criar uma ‘consciência sanitária’ na população - período marcado por uma visão higienista / positivista da educação em saúde. A educação sanitária, através de regras de higiene, poderia corrigir os desvios provocados por ‘erros’ e ‘ignorância’ dos indivíduos<sup>34,38</sup>. Surge, assim, o educador sanitário, profissional que levaria ‘noções de higiene’ para alunos das escolas estaduais primárias<sup>41</sup>.

Já nos anos de 1940 a final de 1950, enquanto que na comunicação vigorava o modelo informacional, na educação em saúde, dominava o sanitarismo desenvolvimentista. Nesses anos, ainda impera o modo de pensar dominante de que as doenças da população seriam sanadas com práticas higiênico-sanitárias corretas, onde a justificativa alicerçava-se na necessidade de desenvolvimento do país<sup>33</sup>. As ações de extensão rural proliferaram no país, afinal, o homem do campo deveria ser ‘educado’ a fim de aumentar a produção agrícola através do uso de novas máquinas e técnicas<sup>42</sup>. A comunidade rural era vista pelas suas carências e, a extensão, uma forma de supri-las. Como muito bem o diz Calazans<sup>42</sup>:

*“O que se chama de ‘realidade da população’ é quase sempre visto como um complexo de carências. Trata-se de uma realidade negativa. Vê-se então o homem do campo desnutrido (carente de alimentos), ignorante (carente de informações), doente (carente de saúde), isolado (carente de contatos com o exterior), anômico (carente de laços sociais sólidos e consistentes, ou avessos à solidariedade social). Portanto será preciso alimentá-lo, informá-lo, curá-lo, aproximá-lo do mundo e criar para ele uma rede social e identificar seu papel relativo dentro dessa rede (Calazans et al., 1985:171)”.*

A partir do final de 1950, mais precisamente em 1958 com a realização da 12<sup>a</sup> Assembléia Mundial da Saúde em Genebra, há uma mudança no paradigma da educação sanitária: admite-se que para a realização de ações sanitárias é necessário abarcar todas as experiências que modificam ou influenciam as atitudes ou condutas do indivíduo com relação a sua saúde. As atividades sanitárias ficavam limitadas à



publicação de folhetos, livros, cartazes ou outros materiais informativos sobre assuntos referentes à saúde. O que as autoridades sanitárias não levavam em conta era o enorme contingente de analfabetos existentes no país, encontrados tanto nas camadas menos abastadas das cidades quanto nas zonas rurais <sup>41</sup>.

Os anos de ditadura militar da década de 1960, ao exaltarem a criação de serviços médicos privados e de assistência hospitalar e individualizada, sem, no entanto, inserirem as ações educativas no seu escopo, acabaram por propiciar o aparecimento de um interessante movimento – a educação popular em saúde. Desse movimento, participaram profissionais da saúde insatisfeitos com os rumos tomados pelas práticas realizadas nos serviços de saúde - caracterizadas como ações verticais, rotineiras e descontextualizadas de uma realidade social e histórica -, criando oportunidades para o desenvolvimento de um diálogo entre o saber acadêmico e o saber popular <sup>39,41,43</sup>. Os profissionais de saúde pertencentes ao movimento da educação popular defendem a reorientação de suas práticas nos serviços, entendendo os problemas de adoecimento e de cura da população de uma forma menos mercantilista, biologicista e alienadora, um movimento que compartilha dos mesmos princípios educativos defendidos por Paulo Freire <sup>39,43</sup>. Nas palavras de Vasconcelos <sup>39</sup>:

*“A "tranqüilidade" social imposta pela repressão política e militar possibilitou que o regime voltasse suas atenções para a expansão da economia, diminuindo os gastos com as políticas sociais. Com os partidos e sindicatos esvaziados, a população vai aos poucos buscando novas formas de resistência. A Igreja Católica, que conseguiu se preservar da repressão política, apóia este movimento, possibilitando o engajamento de intelectuais das mais diversas áreas. O método da Educação Popular, sistematizado por Paulo Freire, se constitui como norteador da relação entre intelectuais e classes populares”* (p.19).

Vasconcelos <sup>44</sup> esclarece que apesar de Paulo Freire não ter sido o inventor da Educação Popular – construção conjunta de muitos intelectuais latino-americanos -, foi o primeiro a sistematizar sua metodologia. De forma que, em muitos lugares, educação popular é conhecida como pedagogia freireana, em grande parte devido ao livro ‘Pedagogia do Oprimido’. É assim, então, que a pedagogia libertadora de Paulo Freire

começa a ser discutida e incorporada nas ações do setor saúde, admitindo que tanto educadores-sanitaristas quanto educando-população são detentores de saber e produtores de conhecimento <sup>37</sup>.

Os anos de 1980 estiveram marcados pela conquista da democracia política e a construção do Sistema Único de Saúde, assim, as experiências localizadas de trabalho comunitário em saúde ficaram relegadas ao segundo plano, afinal, os movimentos sociais lutavam por mudanças mais globais nas políticas sociais. No entanto, apesar de menos intensas do que nos anos anteriores, as parcerias vividas por intelectuais e população continuaram acontecendo <sup>41,39</sup>.

Os anos de 1990 contaram com a criação pelo Ministério da Saúde do Programa Saúde da Família (PSF), considerado ‘um ambiente propício para desenvolvimento da educação popular em saúde’, pois representou uma tentativa de reorganizar o modelo de atenção à saúde ao promover uma maior aproximação dos serviços básicos de saúde com a população atendida <sup>41</sup>. Incluir referencia de stotz <sup>45</sup>

Atualmente, duas abordagens da educação em saúde se destacam <sup>40</sup>: uma enfoca o aprendizado sobre as doenças, veiculando informações de como evitá-las, seus efeitos e de como restabelecer a saúde. Essa abordagem ainda se mostra arraigada nas tradicionais ações sanitárias que intentavam moldar atitudes ou condutas de saúde. A segunda abordagem prioriza os fatores sociais que afetam a saúde, sendo denominado pela Organização da Saúde como ‘promoção da saúde’. Dessa forma, o conceito de educação em saúde está sobreposto ao de promoção da saúde, noção que se encontra baseada no entendimento da saúde de uma forma mais ampla, onde as pessoas participariam de todo um contexto de sua vida cotidiana e não apenas quando sob risco de adoecimento. Para as autoras, para entender-se a educação em saúde ampliada é necessário incluir **“políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação de serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na ‘promoção do homem’** (Schall & Struchiner 1999:S4)”.

A partir dos anos 2000, a educação em saúde pode ser definida como sendo atividades relacionadas com aprendizagem que são propostas para alcançar saúde. Tais atividades são desenvolvidas por aconselhamento interpessoal em locais como consultório, unidades de saúde, escolas, e de maneira impessoal, chamada de comunicação de massas. Ambas as formas podem propiciar conhecimento, atitudes e

habilidades relacionadas com comportamentos saudáveis, sendo difícil avaliar sua contribuição em propor mudanças de estilos de vida e bem-estar, estando incluídas as mudanças de hábitos alimentares<sup>22</sup>. Para lidar com essa questão em especial, dentro da educação em saúde, temos a educação alimentar e nutricional.

### **I.3.5 – Educação alimentar e nutricional**

Para autoras como Motta & Boog<sup>46</sup>, a especialidade da área da alimentação e nutrição capaz de propor mudanças de hábitos e atitudes alimentares, visando uma melhoria da saúde através de práticas dietéticas e higiênico-sanitárias satisfatórias e aproveitamento mais eficiente dos recursos alimentares é a educação nutricional. Para as autoras, é fundamental formar atitudes através de reflexão e conscientização.

Apesar de, historicamente, as primeiras ações educativas em alimentação e nutrição nascerem em cenário nacional como regras impostas e alardeadas como salvadoras da ignorância alimentar da população pobre e redentoras de suas deficiências nutricionais<sup>47</sup>, elas sempre ocuparam posição de destaque junto aos programas de alimentação e nutrição<sup>48</sup>.

No Brasil, desde o seu nascimento – governo de Getúlio Vargas – até os dias de hoje, a educação alimentar e nutricional passou por muitas transformações, tanto no que diz respeito ao seu arcabouço teórico quanto no que se refere às suas práticas. Santos<sup>49</sup> sistematiza tais transformações ocorridas em ações de alimentação e nutrição ao longo de 60 anos, dividindo-as em três períodos distintos:

(1) no período de 1940-1960: nesses anos, vigorou a falácia da ignorância alimentar como causadora das deficiências nutricionais da população de baixa renda e as práticas educativas utilizadas baseavam-se no tecnicismo normativo<sup>49,50</sup>. As ações de intervenção eram realizadas pelas Visitadoras de Alimentação, uma profissional de saúde que ia à casa das pessoas ensinar o ‘corretismo alimentar’, atividade que se estendia inclusive ao meio rural<sup>5,51</sup>. Tal iniciativa não foi bem aceita, tendo sido considerada invasiva pela população, que não queria profissionais de saúde no âmbito doméstico<sup>52</sup>. Nas décadas de 50 e 60, vemos fortes investimentos de órgãos internacionais aos programas de alimentação e nutrição. A EAN esteve associada, sobretudo, às campanhas que tentavam introduzir a soja (produtos excedentes dos Estados Unidos) na alimentação do brasileiro, desconsiderando a preferência nacional por outra leguminosa, o feijão. Produtos como a soja eram doados a países pobres do 3º mundo para garantir estabilidade dos preços no mercado internacional e fomentar o desenvolvimento de mercados externos<sup>48</sup>.

(2) já nos anos de 1970-1980, com o reconhecimento da renda como principal obstáculo à alimentação adequada, as ações intervencionistas tentam ampliar as discussões de necessidades alimentares e nutricionais para além dos aspectos biológicos, tentando incluir questões políticas, sociais e culturais no seu bojo. Ao mesmo tempo, coexistem as ações normativas e tecnicistas, com enfoque nos programas de suplementação vitamínica-mineral e alimentação subsidiada aos trabalhadores <sup>5,49,53,54,55</sup>.

(3) nos anos seguintes, 1990-2000, o acesso dos indivíduos à informação sobre alimentação adequada e a valorização dos meios comunicativos, facilitaria a tomada de decisão por práticas alimentares e estilos de vida saudáveis <sup>49</sup>.

Nas duas páginas seguintes, na tabela 3, apresentamos, resumidamente, um paralelo das ações em alimentação e nutrição que ocorriam em território nacional e as principais características de alguns dos modelos teóricos da comunicação e da perspectiva dominante da educação em saúde que vigoravam no país no mesmo período. Com isso, pretendemos observar como os campos da comunicação e da educação em saúde contribuíram para o modo de pensar e de fazer do campo da educação alimentar e nutricional, isto é, como a comunicação, a educação em saúde e a educação alimentar e nutricional estão e sempre estiveram em sintonia.

Tabela 3 – teorias da comunicação e sua interface com as abordagens vigentes em ações de educação em saúde, incluindo as ações em educação alimentar e nutricional nos períodos citados:

Período	Teorias da Comunicação <sup>(3)</sup>	Educação em saúde	Educação alimentar e nutricional (EAN)
Início do Séc. XX a 1920	A comunicação ainda não se constituía em um campo teórico definido.	Polícia Médica - o Estado controlava os indivíduos através de ações coercitivas e autoritárias. Inicia-se a definição da educação em saúde – nesse momento, ainda chamada de educação sanitária - como um campo teórico e de práticas.	As primeiras idéias acerca da EAN são esboçadas, presentes, em especial, nos congressos de medicina. Porém, não há uma intervenção governamental sistematizada.
A partir de 1920 a 1940	Inicia os estudos sobre o campo da comunicação - <i>Mass Communication Research</i> . Vigorava o Modelo da Bala Mágica ou Agulha Hipodérmica – a população seria picada com as informações e curada das doenças, dos erros sanitários cometidos por desconhecimento de noções corretas.	Sanitarismo campanhista – os sanitaristas tentavam criar uma ‘consciência sanitária’ na população. A educação sanitária, através de regras de higiene, poderia corrigir os desvios provocados por ‘erros’ e ‘ignorância’ dos indivíduos.	As primeiras ações de EAN são sistematizadas como política pública em resposta aos achados de médicos nutrólogos com a realização de inquéritos alimentares. No final dos anos de 1930, acreditava-se que os brasileiros comiam mal porque não sabiam comer. Os erros dietéticos eram atribuídos mesmo nas populações abastadas.
A partir de 1940 a 1960	Ainda vigoravam os estudos do <i>mass communication research</i> . As pesquisas desse período procuraram aperfeiçoar o modelo teórico da Agulha Hipodérmica, pois, reconheciam que a realidade deveria ser apreendida em sua complexidade.	Sanitarismo desenvolvimentista - práticas sanitárias corretas eram justificadas pela necessidade urgente de desenvolvimento do Brasil. As ações de extensão rural se proliferam no país. Afinal, o homem do campo deveria ser ‘educado’ a fim de aumentar a produção agrícola através do uso de novas máquinas e técnicas.	Na EAN, prevaleciam as ações normativas e higienistas. Acreditava-se na ignorância alimentar da população. As ações de intervenção não eram bem aceitas pela população: visitadoras de alimentação, introdução de alimentos não comuns à mesa do brasileiro.
Anos de 1950, 1960 a 1970	Correntes dos Estados Unidos dialogam com correntes da Europa - estudos dos usos e gratificações. Na América Latina, pensadores se dedicam a ‘pesquisa-denúncia’: estudos sobre uma comunicação dominadora. No Brasil, aparece a comunicação dialógica freireana.	A pedagogia libertadora de Paulo Freire passou a ser incorporada nas ações do setor saúde - Educação Popular em Saúde. Nessa abordagem, educadores e educandos tem reconhecidos seus saberes e produzem conhecimento. Processo pedagógico que considera o saber anterior do educando.	EAN, ainda normativa e tecnicista, privilegia ações verticais: combate às carências nutricionais; suplementação de grupos específicos da população; fortificação de alimentos comumente consumidos e subsídios destinados a alimentação do trabalhador.

Período	Teorias da Comunicação <sup>(3)</sup>	Educação em saúde	Educação alimentar e nutricional (EAN)
Anos de 1980	Na América Latina, a 'pesquisa-denúncia' dá lugar à 'pesquisa-ação', onde o receptor deixa de ser um sujeito passivo. Tem início o desenvolvimento da Teoria das Mediações e estudos de recepções das informações.	Luta pela democracia política e organização do SUS. Os movimentos populares se dedicam a conquistas mais globais. No entanto, profissionais dos serviços de saúde ainda procuram incorporar a Educação Popular em Saúde no seu cotidiano.	EAN começa a ser vista como domesticadora e repressora. Comer o que se quer, na hora que se quer e como se quer - exercício do direito à liberdade. Ensinar o que é saudável passa a ser entendido como cerceamento desse direito. Aparece, então, a 'educação nutricional crítica' <sup>(4)</sup> .
Anos de 1990	Fortalecimento da teoria das mediações; toma vigor o conceito de 'polifonia'.	Criação do Programa Saúde da Família – propicia a inserção dos profissionais da saúde no cotidiano do adoecimento e de cura da população. Criação de uma Rede de Educação Popular em Saúde. Começam as discussões que incluem a educação em saúde na agenda da promoção da saúde.	A questão alimentar e nutricional deixa de ser prioridade do governo nos primeiros anos da década de 1990. E, somente, em 1999, com a PNAN, a EAN volta revigorada, tendo papel de destaque nas diretrizes que visam à promoção da alimentação saudável.
A partir dos anos 2000	As teorias da comunicação abordam a produção de sentido em nossas práticas no dia-a-dia.	A educação em saúde faz parte da promoção à saúde.  A Educação Popular em Saúde é incluída como 'estratégia política e metodológica na ação do Ministério da Saúde', deixando de ser apenas uma atividade a ser implementada nos serviços. Há a publicação de um Caderno de Educação Popular em Saúde da série Textos básicos de Saúde.	As ações de EAN são entendidas no sentido de subsidiarem os indivíduos nas suas escolhas sobre estilos de vida e práticas alimentares saudáveis, além de contribuir na prevenção e controle de doenças relacionadas à alimentação e nutrição. Em documentos oficiais como a PNAN, tal associação é vista sob a ótica da garantia ao direito à informação.

Tabela 3 – adaptação de L'Abbate (1988, 1989); ABN (1992); Mohr e Scahl (1992); Pitta (1995), Boog (1997); Schmitz (1997); Buss (1999); Lima (2000); Boog et al (2003); Polistchuk & Trinta (2003), Boog (2004); Santos (2005); Vasconcelos (2005); Rozemberg (2006); Arruda & Arruda (2007); Araújo & Cardoso (2007); Rodrigues (2007); Martino (2010); França (2010); Ferreira (2010); Araújo (2010); Berger (2010).

Motta & Boog <sup>46</sup> reconhecem a limitação da educação nutricional ao lidar com questões estruturais, como por exemplo, os fatores econômicos. No entanto, ponderam que mesmo pessoas com poder aquisitivo e disponibilidade de alimentos nem sempre detêm uma prática alimentar correta. Pontuam sete fatores para a pouca efetividade dos programas de educação nutricional como agentes de mudanças no comportamento alimentar, que não apenas a limitação econômica:

1. inexistência de uma filosofia de educação nutricional
2. práticas de educação nutricional desprovidas de conhecimento das características socioeconômico-culturais da população

3. programas desenvolvidos apenas para transmissão de informações
4. conteúdos abordados em práticas educativas que não correspondem ao que o ‘público-sujeito’ deseja. Especialista escolha os temas a serem abordados.
5. problemas de interlocução - transmissão de mensagens que não atinjam o ‘receptor’
6. falta de adaptação da educação nutricional ao estilo de vida atual
7. manipulação dos meios de comunicação de massa.

Em um documento publicado pela FAO no ano de 1967 <sup>27</sup>, Jean Ritchie, uma pesquisadora do Departamento de Nutrição Humana da London School of Higiene and Tropical Medicine, re-examina as técnicas usadas em programas de educação e treinamento de nutrição num contexto de mudanças sociais, econômicas e técnicas. A autora recupera pesquisas realizadas nos anos de 1940, 1950, 1960 sobre mudanças de hábitos alimentares ocorridas em diversas populações de países com culturas bastante diferentes. Ao admitir que os processos nos quais mudanças de hábitos alimentares ocorrem ou podem ser induzidos ainda não são suficientemente compreendidos, propõe discutir as escolhas alimentares descrevendo a situação e as pessoas envolvidas nesse contexto tão bem quanto a alimentação em si. Somente assim, será possível entender porque um determinado grupo de pessoas, num determinado momento de tempo e espaço, aceita ou rejeita uma determinada comida. De qualquer forma, afirma que mais pesquisas sobre a estática e dinâmica dos hábitos alimentares devem ser realizadas antes de haver um entendimento próprio dos mecanismos envolvidos na mudança.

A autora cita, ainda, Margaret Mead e sugere que a questão que os nutricionistas devem se perguntar não é “Como você muda hábitos alimentares”, mas sim: “Como hábitos alimentares mudam”, querendo dizer que é necessário que os nutricionistas conheçam mais sobre o processo de mudança em si, antes de tentarem compreender quais são os caminhos mais efetivos para modificações benéficas de hábitos alimentares. Antes de propor mudanças, é preciso compreender como se dão as escolhas alimentares <sup>27</sup>.

Jean Ritchie categoriza os componentes que afetariam a escolha e consumo alimentar:

**a) escolhas influenciadas pelo ambiente** - o ambiente no qual as pessoas vivem está em constante alteração, podendo afetar a viabilidade, a aceitabilidade e a popularidade de determinado alimento. Tanto casos de desastres naturais – enchentes, secas – como o progresso técnico e industrial podem alterar a disponibilidade, a produção e consumo de um alimento. Também a migração das pessoas de um lugar para outro favorece o intercâmbio de hábitos alimentares diferentes. O significado cultural da

comida muda e com ele, a sua aceitação. Dá o exemplo da carne de frango, uma comida bastante popular no Reino Unido, mas que já havia sido rejeitada na antiguidade, provavelmente por acreditarem que o frango possuía poderes de dispersar o mal e de profetizar a morte. Assim, os hábitos alimentares trazidos de um lugar para outro vão gradualmente tomando parte do novo local até se tornar familiar, num determinado momento histórico.

**b) escolhas individuais** - as pessoas também mudam, afinal são influenciadas por menor / maior educação recebida, por hábitos alimentares de familiares e amigos, isto é, de seu grupo social. Além do mais, outros alimentos ainda podem ser experimentados em viagens para outros países e continentes, passando a se tornar mais conhecidos.

**c) escolhas influenciadas pela mudança do próprio alimento** – mudanças nos alimentos também afetam a sua aceitação. A tecnologia industrial favorece a produção e o transporte de muitos tipos de alimentos. A autora cita o exemplo dos congelados – alimentos que pela facilidade e adequação aos tempos modernos, foram amplamente aceitos e consumidos por muitos países e dos alimentos infantis que facilitaram o dia-dia da mãe trabalhadora.

É fácil perceber pelo texto que a autora acredita no poder da educação nutricional em propor e discutir mudanças de hábitos alimentares, mesmo assim, pondera que os programas de nutrição deveriam usar o mesmo tipo de apelo – econômico e emocional – usado pelas indústrias alimentícias. Chama nossa atenção para o fato de que justificar uma mudança de hábitos apenas pelo alcance de uma ‘boa saúde’ não basta. Assim, a primeira arma do arsenal de um educador (nutricionista, enfermeiro, médico, economista doméstico, agrônomo, etc) é um detalhado conhecimento da área e das pessoas que serão influenciadas. E a segunda, são as técnicas educacionais. Mais do que apenas competência técnica / profissional é imprescindível que o educador tenha uma compreensão de como as pessoas aprendem para, assim, contribuir com o sucesso de um programa de nutrição onde mudanças de práticas alimentares estejam previstas.

Para Boog<sup>48</sup>, Jean Ritchie foi uma autora que entendia a educação nutricional de uma forma mais abrangente, mais conscientizadora, talvez pela inspiração com a antropologia de Margaret Mead, mas, infelizmente, essa forma de tratar a questão perdeu-se por muitos anos na história e a alimentação e nutrição afastou-se de uma abordagem mais completa, ou seja, do emocional, do econômico, do social, do cultural.

As práticas presentes em educação nutricional estiveram, por muito tempo, associadas às orientações oferecidas pelos serviços e profissionais de saúde que



transmitiam informações aos pacientes de forma verticalizada, principalmente através de recomendações de consultório e palestras, numa abordagem pedagógica tradicional que não permitia espaços interlocutórios. De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura <sup>56</sup>, esta abordagem falha no cumprimento do caráter educativo, dificultando a apropriação das informações por parte daqueles a que estas se destinam:

*“Atualmente, considera-se que este enfoque não é efetivo, porque leva o educando a assumir uma atitude passiva no processo de ensino-aprendizagem, ignorando o sentido ativo que deve caracterizar dito processo, por parte tanto dos educadores como dos educandos. Por outro lado, menciona-se neste enfoque a análise limitada ou inexistente das causas da má nutrição, além da utilização de um único canal de comunicação, o interpessoal (entre o educador e um indivíduo ou um grupo).” (FAO 1999:1)*

Boog e colaboradoras <sup>57</sup> acreditam serem vários os inconvenientes apresentados por uma abordagem educativa tradicional, fundamentada apenas na transmissão unilateral de informações. As autoras alertam que tal abordagem é insuficiente para motivar mudanças mais significativas das práticas de saúde, já que não problematizam as questões que consideram a dimensão integral do educando. Segundo elas: *“a alimentação cumpre funções socioculturais e psicológicas como identidade, comensalidade, interação social, satisfação de desejos, além da função de proporcionar prazer para o sentido do paladar e para os sentidos de modo geral”* (Boog et al, 2003:282), ou seja, há muito por trás do ato de comer. Ademais, a educação nutricional tem ainda como elemento de confronto a grande influência exercida pela publicidade e pela mídia nos hábitos alimentares dos consumidores.

Para o desafio em lidar com educação nutricional, as autoras apostam na superação das distorções induzidas pelo modelo cartesiano-newtoniano de produção de conhecimento e sugerem, em troca, as abordagens inter e transdisciplinares como caminho alternativo:

*“O contexto desafiador da educação nutricional exige o desenvolvimento de abordagens educativas que permitam*

*abraçar os problemas alimentares em sua complexidade, tanto na dimensão biológica como na social e cultural”* (Boog et al., 2003:283).

Algumas iniciativas procuram caminhar nesse sentido como a de Cervato e colaboradores <sup>58</sup>, que utilizam a educação nutricional como um meio capaz de orientar o comportamento alimentar para escolhas mais saudáveis, no caso, uma população idosa, onde o educando teria maior autonomia em suas decisões. Para as autoras, a educação nutricional pode acontecer através de ações problematizadoras e participativas ao trabalhar com o conceito de ‘auto-cuidado’, entendido como *“a ação realizada por uma pessoa adulta a fim de se cuidar”* (idem, p.43). Assim, o sujeito / educando se conscientiza e se responsabiliza por seus atos relacionados com a alimentação e o profissional de saúde / educador representa um facilitador do processo de mudança. Os resultados apontados mostraram algumas mudanças no consumo e no comportamento alimentar entre os participantes dessa prática educativa, como por exemplo, diminuição na dieta de lipídeos e colesterol ingeridos.

Outro importante desafio a ser superado é implementar sistematicamente a avaliação das ações educativas no setor saúde, incluindo aqui, as intervenções no campo da alimentação e nutrição.

### **I.3.6 – Avaliação de ações educativas em saúde e nutrição**

Um dos pontos mais negligenciados relacionados à educação em saúde (e à educação nutricional) diz respeito à avaliação de iniciativas educativas junto aos diferentes grupos a que se destinam – seja esta uma avaliação da compreensão das informações e mensagens-chave contidas no material produzido / elaborado, ou a avaliação do impacto das ações educativas sobre as mudanças de comportamento e a adoção de medidas voltadas à garantia da saúde e da qualidade de vida <sup>25</sup>.

Diversos autores vêm, nos últimos anos, apontando para a importância da avaliação dessas iniciativas educacionais, às quais devem ser entendidas como elementos indissociáveis do processo educativo e de mudança de comportamento.

Rozemberg e colaboradores <sup>59</sup>, numa pesquisa sobre impressos hospitalares, confrontam a abundância de cartilhas, folhetos e cartazes que se pretendem educativos/informativos e são distribuídos aos pacientes em instituições de saúde com a inexistência da descrição do processo de produção desses materiais. Apesar da falta de uma pesquisa prévia na formulação dos impressos hospitalares, as autoras encontraram

que os temas abordados, geralmente, vinham de uma experiência no atendimento, de forma que contemplavam algumas dúvidas e questionamentos dos pacientes que recebiam tal material. No caso dessa pesquisa, a única referência acerca de estudos anteriores à produção do material educativo se restringiu ao conhecimento do “nível de escolaridade do paciente”. O que permitiu as autoras afirmarem: “(...) *desse procedimento resultam simplificações, generalizações e reducionismos relacionados ao que o ‘paciente quer’*” (Rozemberg et al, 2002:1693).

Para elas, uma boa solução seria associar a inclusão dos pacientes nas etapas de preparação desses materiais e criar espaços de discussão coletiva para que os profissionais de saúde pudessem compartilhar o seu conhecimento <sup>59</sup>.

Vasconcellos-Silva e colaboradores <sup>60</sup> advertem que em ambiente hospitalar a distribuição de materiais educativos não tem funcionado tão bem quanto o esperado. Os autores afirmam que por serem os folhetos produzidos de forma unilateral, em geral, por projetos individuais, são facilmente esquecidos e desatualizados. Outro fator que contribuiria para o insucesso desse procedimento seria a falta de diálogo entre o profissional de saúde e o paciente, situação agravada por metas produtivas que abreviam o tempo de consulta, distanciando esses dois atores, ou seja, ao não estabelecerem um relacionamento interpessoal, não há espaço para a troca de conhecimento, para os questionamentos. Nesse sentido, os impressos seriam apenas “*débeis como próteses comunicativas*” (Vasconcellos-Silva et al, 2003:539).

Também com o objetivo de avaliar a eficácia de uma abordagem educativa Cesarino e colaboradores <sup>61</sup> realizaram uma pesquisa do tipo exploratório, baseada na metodologia de Paulo Freire, sobre a restrição salina realizada em dois grupos de pacientes hipertensos. Apenas um grupo se submeteu à metodologia proposta, tendo participado de encontros regulares com enfermeiros da unidade de saúde onde discutiam a relação de sua patologia com seus hábitos alimentares através de questões problematizadoras, comuns ao seu cotidiano. Os resultados indicaram que em relação à pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica houve diferenças significativas, onde o grupo participante da metodologia conscientizadora de Paulo Freire apresentou uma diminuição considerável nos níveis pressóricos quando comparada com o grupo que foi submetido apenas às práticas ambulatoriais de rotina.

Os autores refletiram que o uso da metodologia pedagógica de Paulo Freire foi essencial para a realização do estudo, uma vez que as estratégias utilizadas facilitaram o aprendizado conjunto, permitindo o diálogo entre o profissional de saúde / coordenador de debates e o paciente hipertenso / participante do grupo. Para os autores, o fato de o

paciente exteriorizar suas necessidades, suas percepções e seus anseios, contribuiu para que ele melhor compreendesse a importância do tratamento para o controle de sua doença e para a prevenção de futuras complicações, o que se concretizou nas ações / decisões de diminuir o sal da dieta.

Para a FAO <sup>56</sup>, a superação dos limites impostos pelo modelo tradicional-normativo da educação nutricional só será possível com a incorporação de estratégias de comunicação amplas, participativas e de caráter interdisciplinar. Para esta Organização, o conceito de educação nutricional mais adequado, no momento, é:

***“O conjunto de atividades de comunicação destinado a melhorar as práticas alimentares indesejáveis, mediante uma mudança voluntária das condutas relacionadas com a alimentação, tendo como finalidade a melhoria do estado nutricional da população”*** (FAO, 1999: 1)

Colocam-se, aqui, duas abordagens da questão da educação nutricional: uma normativa, baseada na recomendação sistemática de práticas e valores ditos “corretos” a indivíduos e grupos e fundamentada no conhecimento técnico/acadêmico; e outra participativa, baseada na incorporação de elementos do senso comum em seu processo de formulação, execução e avaliação, através da aproximação entre formuladores / gestores e as audiências a que estas estratégias se destinam (faz-se aqui um registro que os níveis de participação são os mais diversos possíveis e, em muitas vezes, limitados, o que aproximaria esta abordagem da tradicional / normativa; assim, a concepção de participação é o elemento-chave para o sucesso das estratégias educativas baseadas nesta segunda abordagem).

Apesar das contradições entre as duas abordagens – normativa e participativa – da educação nutricional, o que podemos observar, em trabalhos que analisam a eficiência de estratégias de informação e educação nutricional, é o uso sistemático de ambas. Ao mesmo tempo em que se observam, cada vez mais, campanhas informativas bem estruturadas – baseadas em resultados de pesquisas de opinião e grupos focais –, em determinados grupos populacionais as informações nutricionais restringem-se ao consultório médico e do nutricionista onde, freqüentemente, a abordagem normativa / prescritiva é a predominante. E, em muitos casos, mesmo o material informativo elaborado a partir de uma abordagem menos normativa da educação nutricional acaba restrito a um papel coadjuvante à consulta médica / nutricional, apesar de estudos, como

o de Mello e colaboradoras <sup>62</sup>, mostrarem que as estratégias de comunicação de caráter coletivo são tão ou mais eficientes que as ações prescritivas individuais.

No Brasil, um dos trabalhos pioneiros <sup>63</sup> em avaliação de material educativo foi executado no final dos anos de 1970 e início de 1980 por uma equipe do Serviço de Educação de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Os pesquisadores fizeram uma avaliação de pré-teste em 4 impressos informativos / educativos (volantes) que abordavam a alimentação de crianças durante o primeiro ano de vida e que eram utilizados no programa de Assistência à Criança do referido estado. A saber: “Alimentação da criança do 1o ao 4o mês”, “Alimentação da criança do 5o ao 8o mês”, “Alimentação da criança do 9o ao 12o mês” e “Preparo da Mamadeira”. Através da realização de entrevistas com as mães de crianças de 0 a 12 meses atendidas nestas unidades e também com alguns dos profissionais de saúde que trabalhavam no local foi possível investigar a compressão de ambos os grupos acerca do conteúdo do material informativo e a percepção da viabilidade de se implementar as práticas recomendadas.

Os autores desse estudo identificaram algumas barreiras de comunicação, até mesmo um certo preconceito por parte dos profissionais sobre a incapacidade das mães em realizar algumas das práticas recomendadas e, por parte das mães, observaram a existência de algumas crenças e tabus alimentares. E como sugestões para reformulação e melhoria dos materiais, os autores recomendam restrições ou mesmo eliminação de palavras abreviadas e explicações esquematizadas; uso de palavras, frases e conceitos mais comuns para clientela; manutenção dos termos técnicos, a fim de ampliar o conhecimento das mães quanto à amamentação da criança, desde que acompanhados de explicação dada pelo funcionário, no nível de compreensão da clientela. Outras sugestões importantes foram a necessidade de aproximar as práticas recomendadas o máximo possível da realidade sócio-econômica-cultural-educacional da clientela para que sejam executáveis; combater os preconceitos alimentares através de práticas educativas; realizar treinamento e supervisão do pessoal auxiliar no que tange a correta utilização de materiais educativos, já que eles são peças fundamentais para a finalidade que a prática se propõe.

Por fim, estes autores concluem que ser interessante que o pré-teste de material educativo seja sistematicamente realizado e que, estudos semelhantes sejam feitos em amostras significativas da população, visando sempre a influência de variáveis socioeconômicas e demográficas na compreensão das mensagens e percepção da viabilidade das práticas propostas, além do mais, após reformulação dos impressos, é

desejável que se faça, como continuação, a avaliação de sua eficiência, isto é, avaliação do grau em que os indivíduos foram influenciados pelo informativo <sup>63</sup>.

Uma pesquisa realizada em Santiago do Chile <sup>64</sup>, para avaliar o entendimento das informações contidas em folderes e cartilhas de orientação nutricional entre os consumidores de 10 supermercados, mostrou que a maioria destes consumidores procurou as informações nutricionais motivados pela relação entre a alimentação e saúde, uma vez que alguns informaram sofrer de enfermidades como diabetes, hipertensão, obesidade, úlceras e alergias alimentares, doenças sabidamente associadas a uma má alimentação e/ou estilo de vida pouco saudável. Entre os assuntos que mais motivaram os consumidores estavam os folhetos que abordavam a alimentação do pré-escolar, a pirâmide dos alimentos e um guia de alimentação para o adulto, folhetos estes mais comumente trabalhados no ambiente ambulatorial.

No entanto, no Brasil, encarar a educação nutricional na sua forma mais tradicional ainda é bastante atual. Desde a década de 1970, quando o modelo de educação relacionado às práticas de alimentação e nutrição no país passou a se fixar na relação entre pobreza e alimentação, muito pouco se avançou no sentido de uma educação nutricional ampla, que inclua não apenas a prescrição de dietas e cuidados nutricionais, mas que vise a garantia da qualidade de vida da população estimulando a adoção de hábitos e condutas alimentares mais saudáveis.

Assim, para lidarmos com a questão da alimentação e nutrição de uma forma mais ampla, precisamos transpor a barreira da educação nutricional normativa para a educação nutricional participativa e dialógica. Para superarmos o conflito existente entre um conhecimento técnico e um conhecimento recheado de valores, de concepções e de anseios formados na cotidianidade, será necessário adentrar num campo, muitas vezes, desconhecido pelos profissionais da área, o campo das ciências sociais.

### **I.3.7 – A dimensão sociocultural da educação nutricional**

A educação nutricional é uma parte da educação em saúde e, esta por sua vez, se insere dentro do campo da educação. De forma que é importante resgatar Anísio Teixeira <sup>65</sup>, um educador que muito discutiu a educação no país e propôs olhar a arte de educar sob um enfoque científico, dando condições científicas à prática educacional através da obediência a certas regras e da aplicação de princípios e leis que sejam (ou não) reproduzíveis. Para que essa transição do empirismo para a ciência ocorra, o educador sugere aproximar a educação das ciências sociais, como a sociologia, a

antropologia e psicologia, áreas do saber denominadas por ele de ciências-fonte da educação.

Naquele momento, final dos anos de 1950, o educador adverte que tais ciências-fonte, para fornecer as condições científicas adequadas, precisariam amadurecer, como no caso de outras ciências já organizadas que fundamentam a medicina (biologia) e a engenharia (física e química). Nesse ponto, o autor faz uma ressalva, ponderando que mesmo se as ciências-fonte da educação estivessem amadurecidas e bem estruturadas, dificilmente haveria um conhecimento autônomo da educação, isto é, uma “ciência da educação”.

O autor distingue o campo da ciência e do conhecimento em si do campo da aplicação do conhecimento e da prática. Alerta para o cuidado na aplicação do conhecimento científico na prática, onde o primeiro deve ser apenas um dos ingredientes a ser levado em conta, já que os princípios e leis são apenas norteadores das artes, não são regras rígidas, operatórias que se transformarão automaticamente em práticas educacionais: **“A ciência (...) não oferece senão um dado básico e jamais a regra final de operação”** (Teixeira, 1957:5). Se para Anísio Teixeira educar é uma arte e a ciência nesse campo não poderia dar conta sozinha de toda a prática, na alimentação não é diferente.

Canesqui <sup>66,67</sup> ao analisar estudos antropológicos na área da alimentação e nutrição conclui que a dietética tradicional está impregnada de representações, de conhecimentos, de explicações que não podem ser satisfeitas pelas explicações apenas sob o ponto de vista biológico, tão presente na ciência da nutrição. E apesar de não desconsiderar os conhecimentos técnico-científicos, o saber dietético tradicional, popular, do imaginário das pessoas deve ser considerado nas intervenções nutricionais.

Para Maciel <sup>68</sup> ao compreendermos a alimentação humana como um fenômeno construído cultural / social / historicamente é possível pensar os sistemas alimentares como sistemas simbólicos, onde códigos sociais estarão presentes, contribuindo para o estabelecimento de relações do homem entre si e com o ambiente, significando uma forma dos grupos sociais se reconhecerem e de se verem reconhecidos: **“No processo de construção, afirmação e reconstrução dessas identidades, determinados elementos culturais (como a comida) podem se transformar em marcadores identitários, apropriados e utilizados pelo grupo como sinais diacríticos, símbolos de uma identidade reivindicada”** (Idem:50). De forma que em um país imenso como o Brasil, temos diversas identidades culturais marcadas pela alimentação.



Nossas superstições, tabus e hábitos alimentares são conformados por diferentes origens (indígena, negra, portuguesa), variando muito de uma região para outra, regulando a restrição / aceitação de determinados tipos de alimentos. Essa lógica popular não corresponde à lógica científica, mas, no entanto, não deve ser caracterizada como irracional. Pelo contrário, ao compreendermos os elementos simbólicos presentes no ato de comer, haverá a possibilidade de pensarmos soluções para distúrbios alimentares e nutricionais <sup>69</sup>.

Neste mesmo caminho, outros autores <sup>56,70,71,72,73,74</sup> acreditam que os profissionais que se detiverem numa abordagem normativa, tradicional, dizendo o que está ‘certo’ e o que está ‘errado’, sem levar em conta o significado social da alimentação na vida de um paciente / cliente, fracassará em seu intento de propor mudanças.

*“Uma abordagem pragmática que se instrui sobre como proceder, escamoteando os conflitos, ignorando as contradições, reduzindo o fenômeno da alimentação ao que comer, o que comprar e como preparar não pode resultar eficaz, na medida em que leva o educando a proceder mecanicamente segundo o pensar do educador, e destituindo o ‘seu comer’ dos significados a ele inerentes”* (Boog, 1999; p.262).

Canesqui <sup>26</sup> chama a atenção para a importância em trazer o campo do conhecimento das ciências sociais para dentro da nutrição e de suas ‘práticas, concepções e saberes sobre a produção e consumo alimentar’, ultrapassando a dimensão estritamente biológica de tal questão. A autora nos mostra que nas décadas de 1940-1950, cientistas sociais e nutrólogos realizaram no Brasil, junto à população trabalhadora urbana, os inquéritos nutricionais. Estes inquéritos não foram propriamente estudos antropológicos, mas incorporaram algumas parcelas do conhecimento desta área. Para a autora, os estudos e as ações políticas estatais dos anos de 1940 até meados de 1960 referentes à alimentação eram de orientação social; já os dos anos de 1960-1970 foram caracterizados pela orientação tecnicista, isto resultado de uma *“decorrência das modificações políticas, econômicas e na estrutura do poder do Estado brasileiro, com repercussões nas contribuições dos cientistas sociais, nutrólogos sociais e da própria antropologia”* (Canesqui, 1988:209).



A autora ainda relata que, a partir de metade dos anos de 1970, as pesquisas na área das ciências sociais e nutrição tomaram novo vigor. Atribui a vários fatores confluente essa nova contribuição antropológica aos estudos de práticas alimentares, por exemplo: maior apoio à pesquisa pelas fontes financiadoras governamentais, criação de agências governamentais centralizadoras da política de alimentação, definindo a política nessa área; e a progressiva institucionalização das ciências da sociedade e seu papel nos órgãos públicos, a implantação e consolidação de programas de pós-graduação em ciências sociais, refletindo positivamente na produção acadêmica <sup>26</sup>.

Se por um lado, os antropólogos e sociólogos há muito se debruçam sobre as questões alimentares, Boog <sup>48</sup> defende uma maior familiarização dos nutricionistas com as ciências sociais. Para a autora, outro problema existente é que por não haver teorias próprias da Educação Nutricional, é imprescindível que o profissional da nutrição tenha seu campo de conhecimento e prática respaldado na Filosofia da Educação e nas teorias pedagógicas.

Esse é um desafio concreto para o campo das práticas educativas sobre alimentação e nutrição; contudo, não é apenas um problema relacionado à nutrição: estende-se também para outros cursos da área da saúde como a enfermagem e medicina, por exemplo <sup>75,76</sup>. Assim, na busca por ações educativas mais adequadas às questões de alimentação e nutrição, há de se considerar a articulação entre conhecimentos técnico-acadêmicos com a realidade social dos distintos grupos aos quais essas ações se destinam.

#### I.4 - JUSTIFICATIVA

Uma das principais justificativas que se colocam para a realização do presente estudo diz respeito ao marco histórico, recentemente alcançado, dos 10 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN. Ao longo da última década, essa política deu a tônica das ações do Setor Saúde (nas três esferas de governo) relacionadas ao estímulo de práticas de alimentação e nutrição mais saudáveis junto a diversos grupos populacionais específicos no país.

A promoção de hábitos alimentares saudáveis é dependente da complexidade dos condicionantes que interferem nas escolhas alimentares. Assim, as condições sociais, econômicas, culturais e políticas, além dos aspectos simbólicos do corpo devem ser consideradas e valorizadas durante as práticas educativas em alimentação e nutrição<sup>77</sup>. É essencial que as orientações nutricionais oferecidas pelos serviços e profissionais de saúde não sejam transmitidas aos pacientes de forma verticalizada, numa abordagem pedagógica tradicional que não permite espaços interlocutórios.

O questionamento sobre a eficiência garantida das ações educativas em alimentação e nutrição é uma discussão que tem se alongado por vários anos e ainda permanece bastante atual. Valente<sup>78</sup>, há quase 20 anos atrás, já constatava que as ações de educação nutricional tinham sua eficiência comprovada em aumentar o grau de conhecimento de práticas alimentares benéficas, no entanto, uma efetiva alteração de hábitos não era documentada. Já naquela época, o autor advertia que a Educação Nutricional e Alimentar deveria integrar políticas mais abrangentes.

No momento atual, a PNAN apresenta-se como um programa bastante abrangente ao pretender-se como uma política intersetorial, alicerçada por critérios técnicos-científicos e não apenas políticos. Mas ainda assim, nos fazemos a mesma pergunta que incomodava Valente<sup>78</sup>: incluir a educação nutricional em programas com objetivos mais amplos, significa uma mudança nas práticas desse campo?

Sabemos que o assunto não se esgota com essa rápida discussão proposta nesse texto, mas através dela, pretendemos começar a responder alguns de nossos questionamentos. Sabemos que informar não é comunicar, muito menos educar. Sem pretender desconsiderar nenhuma dessas dimensões, do conhecimento e prática, entendemos a importância de se valorizar o direito a informação como uma forma de exercício de cidadania, buscando garantir seu acesso a todos, não só disponibilizando-a, como também, tornando-a compreensível pela população a quem ela se destina. Há ainda que se aproximar campos como o da comunicação e da educação em saúde, incluindo nesse último a educação nutricional.

A escassez de capacitação dos profissionais de saúde <sup>79</sup> – incluindo os de nutrição – para a realização de ações educativas, como veremos, é fato corrente e se constitui como um dos determinantes dos problemas aqui discutidos, relacionados ao alcance limitado dos materiais educativos sobre alimentação e nutrição enquanto ferramentas para a promoção de hábitos de alimentação mais saudáveis na população brasileira. Mas outros determinantes, de igual importância, devem ser destacados também.

Dentre estes identificamos a ausência de uma política sistematizada de produção de material educativo e informativo no âmbito do Ministério da Saúde. A análise dos documentos disponíveis e dos relatos dos informantes nos mostra que essa produção de material é contingencial, freqüentemente determinada pela agenda política do Ministério e de suas estruturas hierárquicas. A análise da literatura de referência e de experiências exitosas no campo desvela, entretanto, que o processo de produção de materiais educativos deve ser pautado pelo zelo ao processo de construção de sentidos, e não pela pressa sempre presente no calendário político.

Nesse sentido, acreditando que não há como conceber estratégias que visem à promoção de hábitos alimentares saudáveis sem a implementação de ações específicas no campo da comunicação – de massa e interpessoal – e da educação, o objetivo do presente projeto é realizar uma análise qualitativa das estratégias de informação e comunicação elaboradas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a partir de 1999, data de sua publicação, até o ano de 2010, focalizando os aspectos relacionados ao processo de construção do material informativo utilizado nestas ações e o entendimento das informações ali presentes, por parte de determinados grupos populacionais para os quais este material se destina.

## **Notas ao capítulo:**

(1) Segurança Alimentar e Nutricional é conceituada como “a garantia a todos, de condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas como saúde, educação, moradia, trabalho, lazer..., com base em práticas alimentares que contribuem assim, para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana” (I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, 1994).

(2) Rozemberg (2006:755) explica o que é avaliar a ‘produção de sentido de nossas práticas de dia-a-dia’: ***“[é quando] avaliamos a forma como nossa comunicação foi recebida pelas sensibilidades das pessoas envolvidas, que razão de ser ela teve, que faces ela tomou, e que rumos gerou”***.

(3) Existem diferentes teorias da comunicação desenvolvidas no mesmo período nos Estados Unidos da América e Europa. Citamos na tabela 3, aquela que se refletiu mais fortemente na interface da comunicação com a educação em saúde e educação alimentar e nutricional, especialmente no caso do Brasil. Para saber mais sobre outras teorias da comunicação, ler Hohlfeldt A, Martino LC, França, VV (organizadores). Teorias da Comunicação: conceitos, escolas e tendências. 9ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

(4) Sobre a educação nutricional crítica, Santos (2005:682-3) diz que essa perspectiva ***“baseava-se nos princípios da pedagogia crítica dos conteúdos, de orientação marxista, considerando que a educação nutricional não é neutra, como também não pode seguir uma metodologia pré-fixada. (...) pressupunha assumir o compromisso político de colocar nossa produção técnica e científica a serviço do fortalecimento das classes populares em sua luta contra a exploração que gera a fome e a desnutrição (...) pressupondo também, a tarefa de esclarecer a população sobre os direitos de cidadania”***.

# Capítulo 2

## **II.1 – OBJETIVOS**

### **II.1.1 – Objetivo Geral**

O objetivo geral desta tese de doutorado é analisar as estratégias de informação e educação sobre alimentação e nutrição elaboradas no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a partir de 1999, data de sua publicação.

### **II.1.2 – Objetivos Específicos**

Como objetivos específicos, pretendemos:

- Conhecer o processo de elaboração, aplicação, acompanhamento e avaliação das estratégias educativas e informativas sobre alimentação e nutrição no Ministério da Saúde;
- Analisar, qualitativamente, o material informativo produzido pelo Ministério da Saúde no que tange a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em seu conteúdo e forma (mídias diversas);
- Entender o papel e a importância das estratégias de informação e educação sobre alimentação e nutrição para a consolidação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e demais políticas do Ministério da Saúde, contextualizadas a partir de 1999 até 2010;
- Visualizar a adequação destas estratégias às audiências a que se destinam, avaliando a recepção das informações sobre alimentação e nutrição contidas no material informativo e educativo produzido, junto a um dos grupos populacionais específicos aos quais estas informações se destinam.

## II.2 – METODOLOGIA

O presente estudo encontra seus fundamentos na pesquisa qualitativa em saúde e está estruturado a partir de triangulação metodológica que inclui: análise do material informativo produzido pelo Ministério da Saúde, no âmbito da PNAN, a partir de 1999; entrevistas semi-estruturadas com profissionais responsáveis pela elaboração, acompanhamento e avaliação deste material; e grupos focais com indivíduos pertencentes a um dos grupos para os quais o material foi direcionado.

Este estudo fez parte de um projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do Edital MCT-CNPq / MS-DAB/SAS – Nº 51/2005, tendo sido submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP ENSP/Fiocruz). Todas as etapas aqui apresentadas encontraram-se em pleno acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, adotando procedimentos éticos na pesquisa e resguardando os atores envolvidos no estudo. Todos os sujeitos da pesquisa envolvidos concordaram voluntariamente em participar do estudo, registrando essa concordância em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 2 e 3).

### II.2.1 – Pressupostos teórico-metodológicos

Usaremos alguns conceitos empregados pelo Guia Metodológico de Comunicação Social em Nutrição, publicação desenvolvida por nutricionistas e comunicadores num esforço conjunto em propor um instrumento norteador para o planejamento e a implementação de atividades de educação e comunicação nutricional<sup>56</sup>. Assim, entendemos **mensagem** como sendo a formulação de uma idéia ou conceito a ser transmitido a um público determinado; **meios** como os canais de comunicação através dos quais se transmitem as mensagens, considerando os meios de comunicação interpessoal – individual e grupal – e os meios de comunicação de massa – rádio, televisão, impressos. Já os **materiais de apoio, materiais informativos ou materiais educativos** são os recursos utilizados para a transmissão das mensagens como manuais, cartazes, álbuns seriados, vídeos, filmes, etc.

No que diz respeito às estratégias de comunicação e educação nutricional, alguns pressupostos teórico-metodológicos devem ser observados, quando de sua elaboração. Estes pressupostos devem ser, então, focalizados quando, no presente projeto, nos propomos a avaliar as estratégias de comunicação e educação nutricional desenvolvidas no âmbito da PNAN.

De acordo com a FAO <sup>56</sup>, quatro principais pressupostos teórico-metodológico se aplicam à formulação de estratégias de comunicação e educação nutricional:

1. Participação da comunidade – sem a pretensão de aprofundarmos aqui uma discussão sobre os níveis de participação de grupos populacionais específicos em projetos e programas visando a atenção básica em saúde, reconhecemos a importância da participação da comunidade nas etapas de formulação, execução e avaliação de estratégias de comunicação e educação nutricional. Assim, entendemos que um caminho para avaliar, qualitativamente, a eficácia de uma estratégia de comunicação e educação nutricional é conhecer o nível de entendimento e familiaridade que os grupos populacionais específicos – aos quais estas estratégias se destinam – têm com os instrumentos (cartilhas, folderes, vídeos) produzidos e disseminados pelos programas, motivo da proposta de pesquisa com grupos focais;
2. Ação global para o desenvolvimento – De acordo com a FAO <sup>38</sup>, ***“as intervenções de educação nutricional não deveriam se desenvolver de forma independente, mas fazendo parte de programas mais amplos destinados a melhorar as condições de saúde, nutrição, nível de renda, meio ambiente, etc., num contexto de desenvolvimento sócio-econômico que tenha por finalidade melhorar a qualidade de vida da população. A educação nutricional deveria ser parte desta estratégia para o desenvolvimento e não um fim em si mesma”***. Nesse sentido, o projeto deve analisar, também, a contextualização das estratégias elaboradas no rol de políticas públicas em saúde ora vigentes, seu papel neste cenário e sua relação com as diretrizes governamentais que as suportam;
3. Considerações intersetoriais e interdisciplinares – o tema aqui proposto é, por sua natureza, multi-causal, o que impõe a necessidade de um olhar mais abrangente sobre o assunto. As causas da má nutrição são resultados da interação de múltiplos fatores, requerendo uma estratégia intersetorial que envolva setores como Saúde, Nutrição, Agricultura, Comércio e Indústria, entre outros. Um enfoque interdisciplinar é desejável em todas as etapas de construção destas estratégias de comunicação e educação nutricional e, por isso, fará parte da matriz analítica do projeto a compreensão de como todas essas áreas e disciplinas se organizam e interagem para dar respostas à comunidade sobre os problemas relacionados com a alimentação e a nutrição. Ademais, é necessário também o conhecimento da relação entre os diversos setores envolvidos na elaboração destas estratégias de comunicação e educação, no âmbito da PNAN;
4. Adoção de um método de planejamento racional – De acordo com a FAO <sup>56</sup>:



*“Muitas intervenções nos campos da agricultura, saúde ou nutrição, destinadas a provocar mudanças de hábitos indesejáveis, não obtiveram o êxito esperado devido a um planejamento inadequado. É cada vez maior o número de agentes de desenvolvimento que recorre ao planejamento por objetivos, para planejar seus projetos.”*

Considerando-se estes fatores, uma estratégia de comunicação e educação nutricional somente deverá ser efetiva quando contemplar uma análise profunda do problema alimentar e nutricional, uma clara e precisa definição dos objetivos, e uma seleção apropriada dos meios de comunicação. Assim, no presente projeto, faz-se necessário conhecer as estratégias de planejamento adotadas pelos formuladores das ações de comunicação e educação nutricional relacionadas com a PNAN, contextualizadas no âmbito das diretrizes e políticas do Ministério da Saúde a partir de 1999 até 2010.

Assim, em consonância com os pressupostos aqui apresentados, o presente estudo foi estruturado em três etapas: a) análise do material informativo produzido pelo Ministério da Saúde, no âmbito da PNAN, a partir de 1999 até 2010; b) entrevistas semi-estruturadas com profissionais responsáveis pela elaboração, acompanhamento e avaliação deste material; e c) grupos focais com indivíduos pertencentes a um dos grupos específicos para os quais esses materiais são direcionados.

### **II.2.2 – Análise do material por especialistas**

A primeira etapa do presente estudo compreendeu a análise, por um grupo de especialistas, do material informativo sobre alimentação e nutrição produzido pelo Ministério da Saúde (em particular pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – SAS/MS) a partir de 11 de junho de 1999, data em que a PNAN (Anexo 1) foi publicada, até o ano de 2010. Este material, publicado em diversas mídias (cartazes, cartilhas, folderes, álbuns seriados), encontra-se primordialmente voltado para a comunicação e educação nutricional na atenção básica e está agrupado em grandes temas como Micronutrientes (Ferro, Iodo, Vitamina A), Prevenção e Controle de Doenças Relacionadas à Alimentação e Nutrição, Promoção da Alimentação Saudável e Vigilância Alimentar e Nutricional.

Para a análise deste material, utilizamos um instrumento (Anexo 4) adaptado dos trabalhos de Luz et al.<sup>79</sup> e Pinto<sup>80</sup>, onde foram avaliados quatro parâmetros principais dos materiais em questão:

1. Estrutura: tamanho do texto; adequação do tamanho do texto à audiência a que se destina; conceitos excessivos ou insuficientes; ênfase devida em conceitos-chave; uso de referências bibliográficas apropriadas e atualizadas;
2. Conteúdo: acuidade das informações; adequação das informações à audiência a que se destina; conceitos excessivos ou insuficientes;
3. Linguagem: clareza; objetividade; presença ou ausência de conceitos inviesados; *layout* atrativo;
4. Ilustrações: pertinência em relação ao texto; escalas utilizadas nas ilustrações; *layout* atrativo; uso excessivo ou insuficiente de ilustrações.

A estes quatro parâmetros de análise, adicionamos mais um, relacionado à forma / instrumento utilizado na estratégia de comunicação / educação nutricional, o qual focalizamos: adequação da forma / instrumento utilizado à audiência a que se destina; *layout* atrativo; relação entre a forma / instrumento e o conteúdo trabalhado.

Três profissionais, com formações acadêmicas e experiências distintas, participaram da avaliação do material:

- a) profissional da área de nutrição, com experiência de participação em projetos e iniciativas de educação em saúde (Avaliador 1);
- b) profissional da área médica, com experiência em atenção básica (Avaliador 2);
- c) profissional da área da saúde pública, com experiência em comunicação e educação em saúde (Avaliador 3).

Estes profissionais avaliaram os mesmos materiais (20 ao todo), utilizando a mesma matriz (Anexo 4).

Para a construção das categorias de análise, utilizamos o método de classificação de dados tal qual proposto por Minayo<sup>81</sup>, que engloba:

- Leitura repetida e exaustiva do material, com enfoque interrogativo (também denominada de *leitura flutuante*), visando compreender as idéias centrais sobre o tema em foco e estabelecer categorias empíricas;
- Constituição de um sistema inicial de classificação, no qual o material analisado passa a ser referenciado por tópicos de informação ou temas;
- Análise final, onde se encontram o objeto do estudo com os dados construídos durante a análise empreendida nas duas etapas anteriores. É, segundo a autora, o

momento em que *“se eleva do empírico ao teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, num movimento dialético visando o concreto pensado”* (Minayo, 1996: 236).

Após a análise de cada material, esses foram agrupados de acordo com suas especificidades / forma, e as análises dos três profissionais foram inter-relacionadas. A partir deste esforço analítico e de categorização, elaboramos o primeiro banco de dados do estudo, que direcionou e subsidiou as etapas posteriores do trabalho de campo e, também, a discussão que fundamenta o trabalho aqui apresentado.

### **II.2.3 – O processo de produção de materiais sobre alimentação e nutrição: entrevistas semi-estruturadas com formuladores das estratégias de informação**

Com o objetivo de compreender o processo de construção das estratégias de informação e educação nutricional no âmbito da PNAN, realizamos entrevistas semi-estruturadas com os profissionais responsáveis pela formulação, condução e avaliação destas estratégias, tendo como marco inicial o material previamente analisado e selecionado especificamente para este fim. As entrevistas realizadas foram individuais e baseadas em roteiro semi-estruturado (Anexo 5), de acordo com método descrito por Minayo<sup>81</sup> e utilizado por Peres<sup>82,83</sup>.

As entrevistas tiveram como objetivo principal possibilitar o entendimento do processo de construção das estratégias de comunicação e educação nutricional, seja na forma / instrumentos utilizados, seja no conteúdo do material produzido. Também procuramos conhecer a lógica de distribuição desses materiais para os estados e municípios do país e se existe ou não uma avaliação dessas estratégias comunicativas.

A seleção dos informantes-chave se deu a partir de contato com a Coordenação-Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGPAN). Através desta Coordenação, buscamos saber quem foram os profissionais envolvidos com a formulação, execução e acompanhamento / avaliação das atividades relacionadas a alguns materiais, previamente analisados e selecionados durante a etapa anterior. Estes profissionais foram contatados e uma entrevista individual foi agendada com cada um, de acordo com sua melhor conveniência.

Como critérios para a seleção dos informantes-chave da pesquisa, utilizou-se: a) fazer parte do grupo gestor da PNAN desde a sua criação, independente de sua vinculação formal com o Ministério da Saúde; e b) ter feito parte dos diversos grupos

que elaboraram as estratégias de educação e de informação produzidas no âmbito da PNAN entre os anos de 1999 a 2010.

Sete informantes-chave atenderam a estes critérios. Um desses profissionais vive hoje no exterior e, portanto, não foi possível entrevistá-lo, razão pela qual o grupo de informantes-chave do estudo se limita a seis profissionais, todos do sexo feminino, junto aos quais foram realizadas as entrevistas em questão.

Com a realização dessas entrevistas semi-estruturadas, foi possível explorar duas categorias analíticas, utilizadas como ponto de referência para a construção das demais categorias do estudo: ‘Políticas de Alimentação e Nutrição’ e ‘Tecnologias Educacionais Aplicadas à Promoção de Hábitos Saudáveis de Alimentação e Nutrição pelo Ministério da Saúde’.

Nessas entrevistas, tentamos compreender os objetivos e a importância de tais materiais para a Política como um todo. Uma de nossas questões-chaves a ser respondida era se os materiais representavam por si só uma estratégia de ação da PNAN e como se dava sua integração desse material com as diretrizes de promoção de hábitos alimentares e nutricionais saudáveis.

As demais categorias trabalhadas durante as entrevistas foram: a) processo de formulação do material; b) base teórica-conceitual e política utilizada para a construção desse material; c) para quem o material se destinava; d) o processo de planejamento e elaboração desse material; e) a distribuição do material; e f) as estratégias / indicadores adotados para a avaliação desse material.

As entrevistas duraram em média 1 hora 15 minutos, tendo sido transcritas em sua íntegra para posterior análise. A análise das entrevistas foi feita a partir de técnicas de análise de conteúdo <sup>84</sup>, incluindo: a) categorização – organização das falas dos informantes-chave em categorias, tendo como ponto de partida as duas categorias analíticas delimitadas no início da construção do instrumento; b) quantificação – análise das recorrências de tópicos relacionados a cada uma das categorias identificadas nas falas dos informantes-chave; c) contextualização – análise das falas de acordo com o contexto histórico e político dos diversos momentos identificados no período determinado (1999-2010); e d) significação – análise dos significados das falas de cada um dos informantes.

Os dados obtidos nesta etapa constituíram o segundo banco de dados do estudo, direcionando e subsidiando a última etapa do estudo, assim como o fechamento do material como um todo.

## II.2.4 – Estudo de recepção das informações

A última etapa do trabalho de campo compreendeu a realização de um estudo de recepção das informações contidas em material informativo – previamente selecionado após a primeira etapa do estudo, entre aqueles produzidos pelo Ministério da Saúde no âmbito da PNAN.

De acordo com Araújo e Jordão <sup>15</sup>, o termo ‘estudos de recepção’ designa *“processos de pesquisa que buscam conhecer como as pessoas recebem e o que fazem com as mensagens que lhes são destinadas através dos meios de comunicação (p.175)”*. Segundo estes autores, os estudos de recepção aparecem na década de 1940, inicialmente concebidos a partir de uma relação linear de causa e efeito que, com o passar dos anos, foi perdendo terreno para a concepção de mediações (ou *“as instâncias que condicionam as representações que as pessoas fazem da realidade (p.176)”*).

Na prática, o que se observa é a concepção dos estudos de recepção na determinação de impactos (não perde, portanto, a relação causa-efeito) sobre um determinado grupo, ou grupos sociais. Apesar disso, a importância dos estudos de recepção é notável do ponto de vista pedagógico. De acordo com Gomes <sup>85</sup>:

*“Estabelecer a condição da recepção e do sujeito receptor (sujeito social, cultural, político) enquanto um lugar que recebe e processa as informações do ponto de vista do tesouro cultural que dispõem, acionando o conjunto de práticas, hábitos e saberes ao qual tem acesso, para avaliar, julgar, processar e interpretar os dados, permite à investigação da recepção dotar a pedagogia da comunicação de chaves de acesso e intervenções da realidade (p.213)”*.

### II.2.4.1 – Seleção do material

Inicialmente, estabelecemos alguns critérios para a escolha do material impresso a ser analisado: a) em primeiro lugar, seria de grande importância a escolha de um material que houvesse sido amplamente distribuído para a rede básica do Sistema Único de Saúde; b) segundo, era importante que os profissionais da saúde já tivessem tido contato com o material em algum momento de suas atividades; c) por fim, privilegiaríamos aquele que abordasse estratégias educativas para promoção da alimentação saudável, a ação central que perpassa toda a PNAN.

A partir dessa definição, ficaram excluídos da seleção aqueles materiais destinados à operacionalização de algum programa – suplementação ou de vigilância - do governo. E, considerando os critérios estabelecidos, chegamos à definição do seguinte material: a cartilha intitulada “10 passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para criança menor de 2 anos de idade”, voltada para trabalhar os 10 passos junto a Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no país.

#### II.2.4.2 – Seleção do local de estudo e dos informantes-chave

Para a seleção do local de estudo e dos informantes-chave, consideramos de fundamental importância incluir profissionais (ACS) que atuassem em um município de médio porte que lidasse, ao mesmo tempo, com o desafio de prestar atenção básica a um grande contingente populacional e com a carência de recursos destinados ao Setor Saúde.

Com base nesses critérios, e considerando a região metropolitana do Rio de Janeiro, identificou-se o município de Mesquita, na Baixada Fluminense, como adequado para o desenvolvimento do estudo.

Segundo dados do IBGE <sup>86</sup>, o município de Mesquita tem um contingente populacional de pouco mais de 190 mil habitantes, distribuídos numa extensão territorial de 35km<sup>2</sup>, o que caracteriza uma grande densidade populacional. Ainda segundo esses dados, o município tem 17 estabelecimentos que prestam serviços de saúde, sendo 16 públicos. Apresenta PIB per capita de R\$ 6.508,00, tendo nos serviços seu principal componente.

A escolha dos informantes-chave partiu de uma consulta à Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita. Esta identificou duas unidades da Estratégia de Saúde da Família onde já tivessem sido desenvolvidas ações relacionadas à alimentação e nutrição, doravante denominadas unidades A e B.

As unidades A e B encerravam, cada uma, duas equipes da ESF, onde trabalhavam um total de 12 ACS (ou 24 nas duas unidades). Três grupos focais foram realizados, sendo dois na unidade A (o primeiro com sete participantes e o segundo com cinco) e um na unidade B (com oito participantes), totalizando 20 participantes.

Cada grupo contou com a participação da totalidade dos ACS que estavam atuando no momento (do total, três estavam de férias e três de licença) e de uma enfermeira chefe de equipe em cada grupo.

### II.2.4.3 – Realização e análise dos grupos focais

Para realização dos grupos focais, seguimos um roteiro semi-estruturado (Anexo 6) para nos orientar nas questões-chave a serem discutidas. Em média, os grupos focais tiveram a duração de 1 hora e 20 minutos cada. Os participantes assinaram um termo de consentimento concordando com a participação na pesquisa (Anexo 3). A discussão foi gravada e depois transcrita em sua totalidade.

Os materiais foram avaliados pela técnica de recepção das informações <sup>15</sup>, focalizando os seguintes aspectos: a) forma / estrutura; b) conteúdo; c) linguagem; d) imagens visuais (ilustrações, fotos, gráficos); e e) implementação das informações contidas no material / contexto e forma de uso.

Para a análise dos grupos focais, partimos de uma leitura flutuante do material transcrito para identificação dos temas recorrentes que foram então, classificamos nas seguintes categorias de análise, a saber:

- a) Presença ou ausência de instrumentos necessários para a ação em saúde
- b) Adequação do material ao grupo a que se destinava (ACS): dificuldades na compreensão de mensagens-chave e de elementos do material
- c) Compreensão da importância do material como um instrumento para a educação nutricional / em saúde
- d) Dificuldades enfrentadas ao implementar as orientações: prescrito x real

# Capítulo III



### III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### III.1 – Análise do material por especialistas

Com relação à forma de apresentação dos 20 materiais avaliados, três eram manuais técnicos, dois manuais operacionais, uma cartilha, três folderes, nove cartazes e dois álbuns seriados. Dentre eles, seis referiam-se à temática ‘Promoção da Alimentação Saudável’, nove dirigiam-se aos programas de suplementação de micronutrientes como ferro e vitamina A e, por fim, cinco tratavam especificamente do Sisvan.

A seguir, apresentaremos os resultados das análises por tipo de material de apoio.

##### III.1.1 – Manuais Técnicos

Os manuais técnicos avaliados foram três: Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos de idade, Guia Alimentar para População Brasileira e Caderno de Atenção Básica – Obesidade.

#### Material 1 - Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos de Idade:



Material 1 - Produzido e distribuído por: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152 p. Tiragem desta edição – 15.000 exemplares.

Descrição sucinta do material 1: material disserta sobre assuntos como a importância e as vantagens do aleitamento materno, o momento ideal para a introdução da alimentação complementar, práticas corretas de higiene durante o preparo dos alimentos complementares e ainda aborda a alimentação da criança doente. Possui extensa pesquisa teórico-conceitual focada na epidemiologia, com o uso de referências

atuais (para a época em que foi construído), tanto com resultados de pesquisas internacionais quanto de dados nacionais.

O documento apresenta uma introdução aos seus objetivos e à metodologia utilizada para a sua elaboração. Também dedica um capítulo para o diagnóstico da situação alimentar e nutricional de menores de dois anos no Brasil. Tal diagnóstico foi baseado em dados secundários obtidos através de diversas pesquisas - mundiais e regionais no Brasil. Além de complementar os dados com o resultado de outras duas pesquisas em especial: Estudo Qualitativo Nacional de Práticas Alimentares de 1998 e Estudo Multicêntrico de Consumo Alimentar de 1999. Apesar de haver clara referência a esta pesquisa qualitativa sobre práticas alimentares no país, intitulada “Estudo Qualitativo Nacional de Práticas Alimentares” de 1998, não foi possível resgatar tal bibliografia, pois ela não se encontra publicada. Lamentamos a ausência dessa publicação, em razão do ineditismo e da importância da publicação de dados que poderiam identificar costumes, crenças e percepções alimentares do povo brasileiro em nível nacional.

### **Material 2 - Guia Alimentar para População Brasileira:**



Material 2 - Produzido e distribuído por: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210 p. Tiragem desta 1ª edição – 45.000 exemplares.

Descrição sucinta do material 2: respeita o formato do Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos. O Guia traz as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população brasileira maior de 2 anos de idade. Ao mesmo tempo em que aborda

as orientações adequadas para a prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis (diabetes, hipertensão, obesidade, câncer), também fala das questões relacionadas às deficiências nutricionais e doenças infecciosas, problemas prioritários em saúde pública no nosso país. Este material está dividido em três partes: (a) referencial teórico, (b) princípios e diretrizes formuladas e (c) bases científicas e epidemiológicas que embasam as diretrizes. Como no Guia da Criança, há documentos internacionais e nacionais atuais embasando as diretrizes alimentares que visam à alimentação saudável e a promoção da saúde, bem como as orientações para colocá-las em prática. Todas as diretrizes alimentares apresentadas neste Guia seguem um conjunto de princípios presentes em outros relatórios de recomendações dietéticas de agências internacionais de saúde - como, por exemplo, a “Estratégia Global de Promoção a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”<sup>87</sup>, sendo alguns deles específicos para a realidade brasileira. Segundo o texto da publicação, este Guia serve como um norteador para profissionais da saúde elaborarem materiais educativos (folhetos, cartazes) nos seus ambientes de trabalho, adaptados a realidade de cada local, considerando a diversidade da cultura alimentar no país.

### **Material 3 - Caderno de Atenção Básica – Obesidade.**



Material 3 - Produzido e distribuído por: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Cadernos de Atenção Básica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. Tiragem desta 1ª edição – 50.000 exemplares.

Descrição sucinta do material 3: respeita a mesma lógica dos dois materiais anteriormente descritos. Destinado aos profissionais de saúde da rede de atenção básica do SUS. Na sua apresentação, os formuladores do material deixam claras suas intenções em aprofundar e qualificar a atenção ao paciente obeso, através do manejo da questão alimentar e nutricional. Fornece *‘informações sobre alimentação que todos os profissionais da saúde podem abordar com os usuários’* com relação ao sobrepeso ou obesidade. Ao longo do texto, é possível encontrarmos referências bibliográficas atuais e corretas do ponto de vista da ciência da nutrição. O texto admite que a obesidade se configura numa doença de múltiplos fatores, cuja complexidade de intervenção não se restringe apenas ao manejo dos aspectos biológicos da questão, mas também são permeados por aspectos subjetivos e sociais, construídos coletiva e historicamente. O texto identifica, ainda, as atribuições e competências de cada profissional da saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente de saúde e nutricionista) no combate ao sobrepeso e obesidade, admitindo a complexidade dos aspectos que devem ser observados numa intervenção multidisciplinar.

Para o governo, esse tipo de mídia, o manual técnico, se apresenta como um instrumento estratégico para implementação das diretrizes da PNAN, política esta integrante de outra de maior alcance ainda, a Política Nacional de Saúde que, por sua vez, segue as recomendações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/Brasil). Essa mídia pretende capacitar tecnicamente os profissionais que atuam no campo de alimentação infantil, especialmente aqueles integrantes da equipe Saúde da Família.

Os avaliadores tiveram posições concordantes e conflitantes no que se refere aos parâmetros avaliados dos manuais técnicos. Os principais pontos de concordância detiveram-se em relação a dois parâmetros e alguns de seus subitens: (1) em relação ao parâmetro ‘estrutura / formato’ e seus subitens como ‘qualidade do papel’, ‘citação de autores e colaboradores’ e ‘definição de público destinatário’ e (2) em relação ao parâmetro ‘conteúdo’ e seus subitens ‘correções das informações’ e ‘atualidade das referências utilizadas’, todos os três avaliadores disseram que os manuais técnicos atendiam satisfatoriamente as qualidades requeridas, ou seja, eram produzidos por um papel de alta qualidade, sempre citavam os autores e colaboradores e havia a definição do público a quem se destinava. Além do mais, não encontraram incorreções conceituais nem referências bibliográficas defasadas.

Sobre o material 3, o Avaliador 1 (da área da nutrição) diz:

*“Na minha opinião, a forma/mídia, o conteúdo e a linguagem do material é compreensível para profissionais de curso superior. O material usa corretas e atuais referências bibliográficas na área da ciência da nutrição. Ao abordar questões como 1. diagnóstico, tratamento e acompanhamento nutricional do paciente obeso; 2. grupos de alimentos e 3. diferenças entre alimentos diet e light pode conter mensagens difíceis para outros integrantes da equipe de saúde de uma UBS sem formação acadêmica”.*

Apesar dos avaliadores não terem encontrado mensagens conceitualmente incorretas ou enviesadas em qualquer um dos três manuais técnicos, os dois profissionais que não são da área de nutrição questionaram a inadequação (seja na forma, no conteúdo ou na linguagem) às audiências a que se destinam esses materiais, principalmente relacionado ao Caderno de Atenção Básica - Obesidade:

*“Com relação aos conteúdos, apesar de não ser profissional da área de nutrição, identifiquei poucas incorreções do ponto de vista técnico. Com relação à linguagem, percebi a ausência de valorização das questões culturais regionais e por vezes não identifiquei as ilustrações como de brasileiros” (Avaliador 2).*

*“Inadequado para o público a que se destina (profissionais da atenção básica), é construído em linguagem técnica e com bastante uso de jargões não familiares ao grupo. Conteúdo técnico sem a devida explicação. Ênfase em dados epidemiológicos e tendências de morbi-mortalidade, assim como nas informações coletadas através de revisão da literatura sobre o tema, tira o foco do cerne do material, que deveria ser o diagnóstico e o tratamento da obesidade pela atenção básica. Caracteriza-se como uma mescla mal-sucedida entre uma peça acadêmica e um protocolo de atenção sobre o problema” (Avaliador 3)*

Como podemos perceber, esse foi o ponto discordante entre os três avaliadores, particularmente no que diz respeito aos parâmetros: (1) ‘conteúdo – informações adequadas à população a que se destina’ e (2) ‘linguagem – compreensível pela população e conceitos claros e objetivos’ do Caderno de Atenção Básica – Obesidade. Enquanto o profissional da área de alimentação e nutrição avaliou o formato, o conteúdo e a linguagem do material como adequado para profissionais de nível superior, os outros dois avaliadores – que não são da área da nutrição –, discordaram. Para eles, o uso de termos técnicos, tão comuns entre nutricionistas, poderia causar confusão e prejudicar a compreensão das mensagens.

No geral, através da análise desses manuais técnicos, os três avaliadores apontaram o uso de longas sentenças, de abstrações e de termos técnicos. Para o avaliador 3, especialmente o ‘Caderno de Atenção Básica – Obesidade’, mostra-se um material com características mais próximas de um texto científico do que uma proposta educativa capaz de contribuir para reflexão e tomada de decisões. Este avaliador aponta a visível preocupação dos autores do material em apresentarem a obesidade como um grave problema de saúde pública, mas adverte que tal objetivo é feito através de uma linguagem comum ao meio técnico-científico da nutrição. Um exemplo pode ser ilustrado na citação abaixo, retirada das páginas 39-40 do Caderno de Atenção Básica – Obesidade:

*“No acompanhamento antropométrico, é importante observar a relação entre redução de peso e de gordura corporal, os quais, na maioria das vezes, são utilizados como sinônimos de forma errônea. É possível reduzir a gordura corporal sem diminuir o peso quando, por exemplo, ocorre ganho de massa muscular. O aumento de massa muscular pode ser superior ao peso de gordura reduzido, levando ao aumento no peso corporal total. Assim, a ênfase no tratamento do excesso de peso deve ser na redução da gordura corporal, já que apenas a perda de gordura promoverá benefícios à saúde”.*

Para compreensão total desse parágrafo é necessário ter um conhecimento prévio sobre avaliação da composição corporal, isto é, saber que mesmo se não houver perda de peso (ou, até mesmo, se houver ganho de peso), podemos nos tornar mais saudáveis. Uma explicação para essa afirmação - que, a princípio, parece ser incoerente - está no

aumento do percentual de massa muscular em detrimento da massa gorda. Importante dizer que para chegarmos a uma conclusão como esta, é necessário mais do que medidas de peso e altura do paciente, precisaremos também aferir medidas como as dobras cutâneas (gordura corporal), medida antropométrica realizada com um adipômetro. Só assim, poderemos afirmar que a gordura está se transformando em massa muscular.

De forma que nos questionamos se informações desse tipo atendem ao quesito de clareza e objetividade de linguagem, sendo facilmente compreendido e interpretado pela população a quem se destina: todos os profissionais da estratégia saúde da família, estando aqui incluídos agentes comunitários de saúde.

Muito provavelmente, a compreensão de um nutricionista que estudou durante 5 anos o assunto será diferente da de um médico ou enfermeiro - que nem sempre terá cursado nutrição como disciplina na universidade - e da de um agente de saúde - cujo nível de educação formal exigido vai até o segundo grau. Boog <sup>73</sup> já descreveu as dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros ao lidar com questões alimentares e nutricionais no seu trabalho diário.

Para nós, enfrentar o desafio de abordar um tema tão complexo quanto a alimentação e nutrição com diferentes profissionais de saúde não é possível utilizando-se o mesmo material, onde a linguagem e, inclusive, a mídia deveria ser repensada pelo menos no que se refere aos agentes de saúde. Aqui, não pretendemos julgar as audiências como inaptas para compreender um tema complexo, mas sim, propomos abordar tal assunto complexo utilizando linguagem e formato adequados, a fim de que sejam eficientes.

A intenção é respeitar a premissa vigente na produção de material impresso de que para torná-lo eficiente no processo de aprendizado, ele precisa atender alguns requisitos como ser prático, relevante para quem vai usá-lo, construído aproveitando-se conhecimentos existentes, centrado num problema concreto <sup>88</sup> e possível de encontrar elementos de significação comum <sup>37</sup>. Sobre qual seria a linguagem e formato adequados a ser utilizados, a única forma de identificação é através da realização de pré-testes desses materiais <sup>88</sup>.

No caso específico do Guia Alimentar da População Brasileira, esse problema é agravado, afinal, as recomendações contemplam outras audiências que não apenas os profissionais da saúde. Divide a responsabilidade na busca pela alimentação saudável com o governo, com o setor produtivo e com as famílias brasileiras, destacando as ações

cabíveis a cada um dos grupos. Sobre o conteúdo abordado nesse material, o Avaliador 2 diz:

***“Com o escrito não consigo pensar em uma orientação alimentar saudável, tampouco perceber o que representa esse conceito e sua importância”.***

Termos tão utilizados por nutricionistas como ‘número de porções’ gerou confusão, tanto para o avaliador 2, quanto para o avaliador 3:

***“Os profissionais de saúde, que em tese teriam uma maior facilidade de compreensão desse manual, mas ainda assim, encontrei dificuldades de compreender o que está relatado como nº de porções recomendadas nas tabelas das páginas 3, 4 e 7”.*** (Avaliador 2)

***“O material deve definir melhor o que é porção e trazer exemplos práticos (em unidades mensuráveis) que possam ajudar os ACSs a compreenderem as porções recomendadas”.***  
(Avaliador 3)

Este profissional sintetiza, assim, a questão, com a qual concordamos inteiramente:

***“A inclusão de diversas informações tentando atingir a grupos distintos banaliza a ação comunicativa junto a grupos de profissionais e dificulta a compreensão por parte da população em geral. Em suma, o material não atende a nenhum dos grupos a que se destina”.*** (Avaliador 3)

Para os avaliadores, um manual técnico não pode ser usado para grupos tão diferentes, correndo o risco de desinformar ao invés de informar:

***“A comunicação parte do princípio da significação, ou seja, deve ser compreendida e significada por todos os atores envolvidos no processo. Por isso, quando se utiliza material***



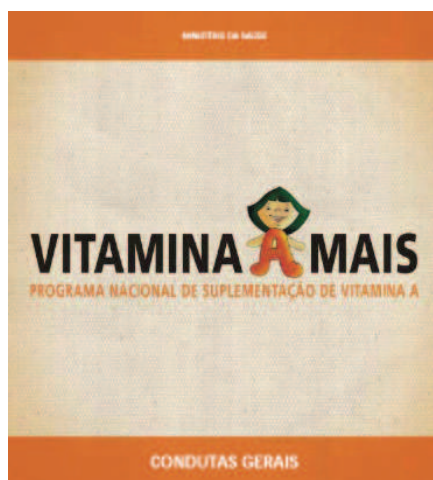
*para apoio a ações de comunicação, parte-se do princípio que a comunicação é específica. Por isso, um material como este não pode ser destinado a grupos tão distintos como profissionais de saúde e a população em geral. Há de se ter mídias, linguagem e conteúdos diferentes para esses grupos”.*  
(Avaliador 3)

*“[O Guia é] adequado se considerar os profissionais de saúde, governo e indústria como público a quem o material se destina. No entanto, inadequado se considerar que o Guia também se destina à população brasileira. Tendo em vista que o Guia é um manual técnico, com muitas informações e dados científicos, pode se tornar mais complicado para o público em geral entender todas as mensagens contidas nesta publicação, até mesmo a seção ‘Colocando em prática as diretrizes”.*  
(Avaliador 1)

### **III.1.2 – Manuais Operacionais**

Os Manuais Operacionais avaliados foram dois:

#### **Material 4 – Manual Operacional do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**



Material 4 - Produzido e distribuído por: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Vitamina A mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – Condutas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 28 p. Tiragem desta 1ª edição – 4.500 exemplares.

## Material 5 - Manual Operacional Saúde de Ferro - Programa Nacional de Suplementação de Ferro.



Material 5 - Produzido e distribuído por: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Manual Operacional Programa Nacional de Suplementação de Ferro – Condutas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 28 p. Tiragem desta 1ª edição – 18.000 exemplares.

Descrição sucinta dos materiais 4 e 5: tais publicações são bastante parecidas entre si no que diz respeito aos parâmetros de estrutura, conteúdo, linguagem e ilustrações. São destinadas aos coordenadores estaduais, municipais e profissionais de saúde que atuam com suplementação nutricional na rede básica do SUS - o que está claramente definido na seção de apresentação do material -, com o objetivo de orientá-los na operacionalização de tais programas.

O conteúdo privilegia a relevância da hipovitaminose A (material 4) e da anemia ferropriva (material 5) para a saúde pública no país, elencando os grupos mais vulneráveis e exalta os benefícios obtidos com prevenção e controle de tais deficiências. Também disserta rapidamente sobre a necessidade de serem incluídas atividades de educação nutricional sobre alimentação saudável concomitante à ação de suplementos vitamínicos e minerais.

Sobre isso, no manual operacional da Vitamina A, vale a pena considerar que na seção “Atividades de informação, educação e comunicação”, o texto fala da importância do uso de materiais didáticos que orientem as escolhas alimentares das famílias na prevenção da doença, juntamente com as ações de suplementação. Segundo o manual da Vitamina A:

*“Para que sejam atingidas modificações consistentes e duradouras na dieta alimentar, é preciso implantar atividades de informação e educação nutricional para a comunidade, com a mulher [grifos nossos] assumindo um lugar central neste contexto. Para maior efetividade, as atividades de informação, educação e comunicação [grifos nossos] deverão estar de acordo com os hábitos culturais e regionais da comunidade, utilizando-se os principais alimentos regionais ricos em vitamina A (p.17)”.*

Interessante que o próprio texto diz ser essencial envolver a família nas escolhas alimentares a fim de prevenir a hipovitaminose A, para logo em seguida, se contradizer e colocar uma responsabilidade maior na mulher.

De todos os materiais avaliados, esses dois manuais operacionais foram os que obtiveram avaliações positivas dos três avaliadores em todos os parâmetros analisados. Os avaliadores os consideraram adequados quanto a mídia, forma, conteúdo, linguagem e ilustrações para a população a quem se destinam.

De acordo com o Avaliador 1:

*“As mensagens-chave são claras e encontram-se destacadas por cores e tamanhos de letras diferentes ao longo do texto. Este, por sua vez, possui uma extensão suficiente para o que se propõe, ou seja, sem a pretensão de ser um manual técnico e sim um manual operacional, aborda conceitos importantes para que os coordenadores e profissionais de saúde que atuam nos programas tenham um conhecimento mínimo sobre deficiências de vitamina A e de ferro”.*

Apesar de considerar os manuais operacionais adequados, o Avaliador 2 ressalta que seria interessante uma melhor descrição clínica e diagnóstica da anemia ferropriva:

*“Apesar dos grupos atendidos pelo PSF não necessitarem de diagnóstico prévio para terem direito a suplementação do sulfato ferroso, o material deveria conter*

*uma descrição clínica e diagnóstica da anemia por deficiência de ferro”.*

Para o Avaliador 3, os manuais operacionais são exemplos bem-sucedidos de materiais destinados a profissionais da atenção básica pois são concisos, focam e reforçam as questões-chave necessárias para o diagnóstico e o acompanhamento de problemas em questão (carência de Vitamina A e do Ferro), assim como a conduta na suplementação desses micronutrientes.

Os três avaliadores acharam interessantes e elucidativas as ilustrações presentes no manual da Vitamina A, onde há fotos de alguns dos principais sinais e sintomas da doença, facilitando sua identificação.

### **III.1.3 - Cartilha**

A única cartilha existente entre o material avaliado foi a intitulada:

**Material 6 – Cartilha “Dez Passos para uma Alimentação Saudável - Guia alimentar para crianças menores de 2 anos”.**



Material 6 - Produzido e distribuído por: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Dez Passos para uma Alimentação Saudável - Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 50 p. Tiragem desta 1ª edição – 270.000 exemplares.

Descrição sucinta do material 6 - apresenta texto resumido, se comparado com o manual técnico no qual está baseado, o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos é um instrumento destinado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF), com vistas a ser utilizado nas

suas práticas nos serviços, no que diz respeito às orientações alimentares para as mães e responsáveis por crianças pequenas, especialmente durante o período de transição entre o aleitamento materno e a alimentação da família. A cartilha encontra-se dividida em três momentos: “Apresentação”, “Revedo e informando sobre os dez passos” e “Anexos”. Logo no início, há um pequeno texto, “Boas técnicas de comunicação”, que chama a atenção para a necessidade de haver uma boa interlocução entre profissional da saúde e mães atendidas, a fim de que as informações passadas possam ser incorporadas no dia-a-dia da família.

As orientações são apresentadas na forma de dez passos, onde cada ‘passo’ (mensagem-chave) recebe grande destaque e é explicitado por um pequeno texto dividido em dois tópicos: um primeiro consta de conhecimentos técnicos em nutrição - prévios e necessários – para que os profissionais embasem teoricamente a orientação que está sendo transmitida. Já o segundo tópico, são sugestões de como o profissional de saúde pode traduzir a orientação em mensagens que a mãe ou responsável pela alimentação da criança possa entender e transformar em atitudes práticas no dia-a-dia. A cartilha também oferece exemplos de receitas nutricionalmente equilibradas, compostas por alimentos comuns ao país e ao hábito alimentar da família brasileira. É possível perceber que houve a preocupação em oferecer opções de carnes mais acessíveis para população de baixa renda.

O nutricionista é o profissional capacitado para lidar com questões concernentes à alimentação e nutrição da população, no entanto, é bastante comum a carência desses profissionais nas unidades básicas de saúde. Assim, é como se a cartilha representasse por si só, uma alternativa de orientação em alimentação e nutrição para esses locais onde que não existe a presença do nutricionista na equipe de saúde. A parte dos anexos confirma isso, ao trazer orientações variadas para o manejo da alimentação de crianças menores de dois anos, como por exemplo:

- esquemas de uma alimentação diária (alimentos adequados e economicamente acessíveis) para crianças de 6-24 meses que ainda são amamentadas e para as crianças desmamadas;
- várias sugestões de papas salgadas que devem ser oferecidas às crianças de 6-11 meses de vida, com opções contendo pelo menos um alimento de cada grupo (cereais ou tubérculos, hortaliças, proteína de origem animal ou vegetal). É possível perceber que houve a preocupação em oferecer opções de carnes mais acessíveis para população de baixa renda;

- situações / problemas alimentares comuns na puericultura com as respectivas condutas que podem ser adotadas.

A avaliação dessa cartilha pelos especialistas suscitou questões já apontadas com relação à avaliação do material 3 - Caderno de Obesidade. Se, por sua vez, o profissional nutricionista (Avaliador 1) considerou os parâmetros avaliados da cartilha como adequados ao grupo a quem se destina, ponderando apenas que, para ampliar o alcance deste material, seria desejável a realização de capacitação para o seu uso. Nas suas palavras:

*“O material é de excelente qualidade e de fácil compreensão, podendo ser usado pelas equipes de saúde – profissionais de nível superior e agentes comunitários. Aborda conceitos importantes para lidar com a nutrição e alimentação de crianças menores de dois anos. E poderá ser melhor utilizado se forem realizados treinamentos de capacitação periodicamente”.* (Avaliador 1)

O mesmo não aconteceu com os demais avaliadores. Os Avaliadores 2 e 3 encontraram inadequação em alguns parâmetros como ‘tamanho do material’, ‘tamanho do texto’, ‘informações adequadas a população a quem se destina’ e ‘ilustrações’.

O Avaliador 2 chama a atenção para possíveis dificuldades enfrentadas pelos agentes comunitários de saúde com relação ao tamanho (número excessivo de páginas) do texto. Para ele, apesar de ser uma cartilha, o material se assemelha a formatação de um manual técnico.

Já o Avaliador 3 chama a atenção para o uso de jargões no material, o que, na sua opinião, pode contribuir para o não entendimento das mensagens-chave:

*“[O material é] inadequado para o público a que se destina (agentes comunitários de saúde), é construído em linguagem técnica e com bastante uso de jargões não familiares ao grupo. Conteúdo técnico sem a devida explicação e uso de ilustrações que podem trazer dúvidas”.*

Um ponto concordante entre os três avaliadores diz respeito às ilustrações que, apesar de estarem em número adequado para o formato de cartilha e serem bastante coloridas, chamando a atenção do leitor, mostram-se pouco esclarecedoras. Exemplos podem ser dados pelo pedaço de carne bovina apresentado como um padrão de corte pouco utilizado no país; os sacos de farinha de mandioca e de milho apresentam a mesma cor, não diferenciando a cor amarela para a farinha de milho; a pirâmide alimentar embora seja um instrumento muito utilizado para a educação alimentar possui figuras de alimentos de difícil identificação.

### III.1.4 – Folhetos ou Folderes

Dentre o material avaliado encontramos três folhetos / folderes / lâminas:

#### Material 7 – Folder Os Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos



Material 7 - No folheto, não há informações textuais de quem o produziu e/ou distribuiu. Contudo, na última dobradura do material há uma menção ao Ministério da Saúde, além do logotipo utilizado pelo governo brasileiro. Também não há citação do ano de produção ou tiragem do presente material. Contém 1 página, frente e verso.

Descrição sucinta do material 7: possivelmente (grupo para quem se destinam as mensagens não está explícito) é um instrumento destinado às mães / responsáveis por crianças menores de dois anos de idade que elenca os dez passos para uma alimentação saudável para este grupo em especial. Cada um dos dez passos é exposto por uma frase / mensagem que respeita os preceitos da ciência da nutrição para promoção de uma vida saudável e está visualmente destacada. Logo em seguida, há um texto que se pretende mais explicativo, como se justificasse a importância em se atender o que está



determinado no passo. Os verbos usados nas frases / mensagens dos passos estão no imperativo, por exemplo: Passo 1 - **dar** somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos; Passo 8 – **evitar** açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. **Usar** sal com moderação. Não possui ilustrações.

### Material 8 – Folder Vitamina A:



Material 8 - No folheto, não há informações textuais de quem o produziu e/ou distribuiu. Contudo, no centro inferior do verso do material há uma menção ao Ministério da Saúde, além do logotipo utilizado pelo governo brasileiro. Também não há citação do ano de produção ou tiragem do presente material. Contém 1 página, frente e verso.

Descrição sucinta do material 8: o grupo para quem se destina as mensagens do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A está explícito: mães / responsáveis por crianças de 6 meses a 5 anos de idade. Há uma foto de uma criança recebendo o suplemento vitamínico que reforça tal mensagem. As frases / mensagens que justificam a importância da suplementação respeitam os preceitos da ciência da nutrição no combate da hipovitaminose A e estão visualmente destacadas (no verso, em negrito e cores fortes). Logo em seguida, há um texto que se pretende mais explicativo sobre cada frase / mensagem.



## Material 9 – Folder Saúde de Ferro:



Material 9 - No folheto, não há informações textuais de quem o produziu e/ou distribuiu. Contudo, no canto inferior esquerdo do material há uma menção ao Ministério da Saúde, além do logotipo utilizado pelo governo brasileiro. Também não há citação do ano de produção ou tiragem do presente material. Contém 1 página, frente e verso.

Descrição sucinta do material 9: Os 3 grupos para quem se destinam as mensagens estão explícitos: (a) mães / responsáveis por crianças de 06 a 18 meses, (b) grávidas a partir do 5º mês de gestação e (c) mulheres até o 3º mês do pós-parto. Chama a atenção para a importância de suplementar o ferro. As frases / mensagens que justificam a importância da suplementação respeitam os preceitos da ciência da nutrição no combate à deficiência desse mineral e estão visualmente destacadas (em negrito e cores fortes). Existe um sítio da saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) e um telefone (disque saúde 0800 61 1997) onde a população pode buscar informações. Apresenta um personagem símbolo do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, o Ferrosinho.

Apesar do folheto ‘Os Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos’ estar correto conceitualmente, a compreensão do texto poderá ser prejudicada pela dificuldade de leitura da população para quem possivelmente se destina - mães ou responsáveis pela alimentação de crianças atendidas pelo SUS, como ressalta o Avaliador 1:

*“O texto apresenta conceitos corretos e importantes para o manejo da alimentação saudável para crianças menores de dois anos de idade. O grande problema é o excesso de informações teóricas, que podem não ser bem compreendidas pela população a que se destina – população atendida pela SUS”.*

É importante lembrarmos que no Brasil, a taxa média de analfabetismo da população maior de 15 anos perfaz 11,4%, sendo que o analfabetismo funcional (capacidade de leitura e escrita associada com a compreensão de um texto breve) atinge a porcentagem de 24,4%<sup>9</sup>. O excesso de informações teóricas, a inexistência de ilustrações e a combinação de cores pouco atrativas - verde escuro para o papel e preto para o texto – podem contribuir para o material não atingir o seu objetivo, que é o aumentar o conhecimento acerca daquele tema.

Para autores como Vasconcelos-Silva e colaboradores<sup>60</sup> tais materiais funcionam como **“Débeis como próteses comunicativas, os impressos desvinculados de aproximações pessoais falham em influenciar seus destinatários, meros receptores neutralizados em sua cultura, biografia e subjetividade (p. 539)”**.

Já os folhetos destinados à população atendida pelos programas de suplementação são mais atrativos, com linguagem clara e objetiva, sem informações excessivas. As frases / mensagens que justificam a importância da suplementação respeitam os preceitos da ciência da nutrição no combate da hipovitaminose A e anemia ferropriva e estão visualmente destacadas. Logo em seguida, há um texto que se pretende mais explicativo sobre cada frase / mensagem, de fácil leitura.

Para o Avaliador 2, a citação ‘crianças, gestantes, mulheres até o 3º mês pós-parto portadores de anemia falciforme só poderão ser suplementados com orientação médica’ pode confundir e provocar o afastamento do grupo escolhido para a suplementação, justamente, crianças, gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto não portadores de anemia falciforme. Mais uma vez, vale a pena lembrar que o complicador estaria para as pessoas que não sabem ler ou que sabem e não possuem o hábito de leitura em sua cultura.

Assim, mesmo sendo uma publicação de fácil compreensão, seria interessante que um profissional de saúde da UBS trabalhasse o informativo com o público, esclarecendo qualquer dúvida que porventura aparecesse. Fato esse já sugerido por outros autores como Nash<sup>88</sup> e Peres e colaboradores<sup>89</sup>.

Em uma investigação sobre potencial informativo de folhetos sobre leishmaniose, Luz e colaboradores<sup>90</sup> admitem que apesar do folheto representar uma ferramenta bastante útil no que diz respeito a transmissão de informação para controle de doença, deve, entretanto, sempre estar contextualizado junto a um processo contínuo de educação.

### III.1.5 - Cartazes

Foram avaliados nove cartazes:

**Material 10 - Cartaz do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e Material 11 - Cartazete do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A:**



Material 10



Material 11

Tanto no cartaz (material 10) quanto no cartazete (material 11), não há informações textuais de quem os produziram e/ou distribuíram. Contudo, no canto inferior direito (cartaz) e na região central inferior (cartazete) do material há uma menção ao Ministério da Saúde, além do logotipo utilizado pelo governo brasileiro. Também não há citação do ano de produção ou tiragem do presente material. Contém 1 página.

Descrição sucinta dos materiais 10 e 11: ambos deixam claro o grupo para quem se destina as mensagens do Programa nacional de suplementação de Vitamina A. No material 10, há uma foto de uma criança recebendo o suplemento que reforça tal mensagem. A frase / mensagem que justifica a importância da suplementação respeita os preceitos da ciência da nutrição no combate da hipovitaminose A e está visualmente destacada. O material 11, além de trazer um quadro identificando a população que deve receber o suplemento vitamínico, diz qual a dose recomendada e a frequência com que deve ser administrado.

**Material 12 – Cartaz do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e  
Material 13 - Cartazete do Programa Nacional de Suplementação de Ferro:**

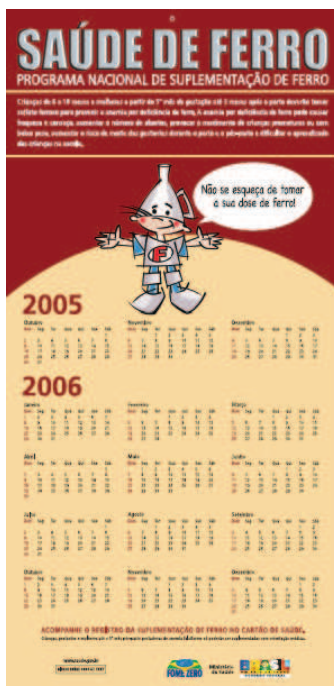


Material 12



Material 13

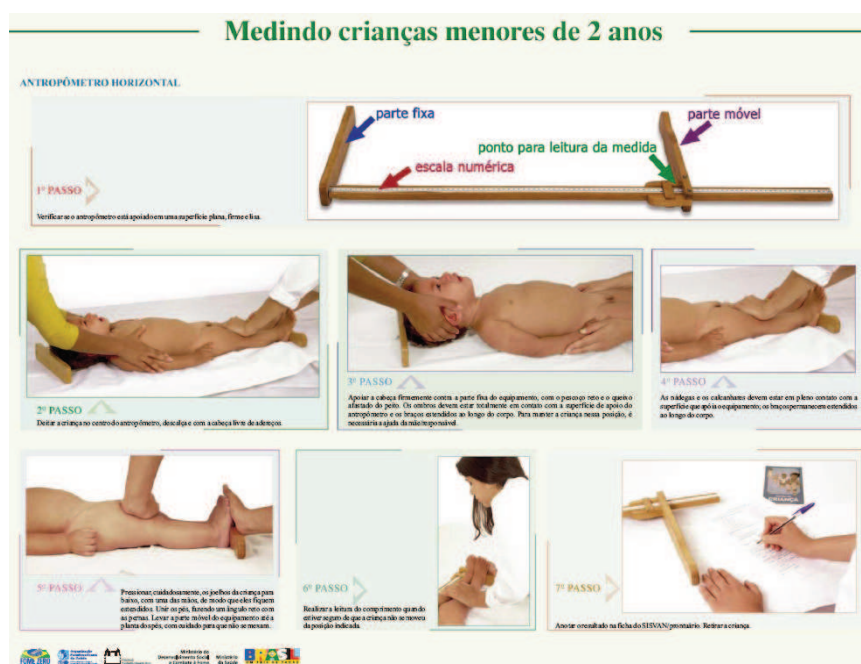
**Material 14 - Calendário Saúde de Ferro:**



Tanto no cartaz (material 12), no cartazete (material 13) quanto no calendário (material 14), não há informações textuais de quem os produziram e/ou distribuíram. Contudo, no canto inferior direito de ambos os materiais há uma menção ao Ministério da Saúde, além do logotipo utilizado pelo governo brasileiro. Também não há citação do ano de produção ou tiragem do presente material. Contém 1 página.

Descrição sucinta dos materiais 12, 13 e 14: O grupo para quem as mensagens são destinadas está explícito. No material 12 (cartaz) há uma foto de uma mulher grávida e uma criança pequena, deixando subentendido que as gestantes e crianças representam um dos públicos a ser atendido pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Em todos os três materiais, existe um sítio da saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) e um telefone (disque saúde 0800 61 1997) onde a população pode buscar informações. Também apresentam um personagem símbolo do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, o Ferrosinho. As frases que justificam a importância da suplementação do ferro respeitam os preceitos da ciência da nutrição no combate à deficiência desse mineral e estão visualmente destacadas. No caso do material 14 (calendário saúde de ferro) há um calendário para acompanhar as administrações do suplemento.

### Material 15 – Cartaz Medindo crianças menores de dois anos:



Descrição sucinta do material 15: Cartaz mostra passo a passo como medir crianças menores de dois anos de idade, utilizando o antropômetro horizontal. Possui fotos ilustrativas para cada passo, com texto explicativo de como proceder a fim de se ter a tomada da medida (comprimento) correta. No cartaz, não há informações textuais de quem o produziu e/ou distribuiu. Contudo, no canto inferior esquerdo do material há uma menção a OPAS, MS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Fiocruz, além do logotipo utilizado pelo governo brasileiro. Também não há citação do ano de produção ou tiragem do presente material. Contém 1 página.



## Material 16 - Cartaz Pesando crianças menores de dois anos ou com até 16 Kg:



Descrição sucinta do material 16: Cartaz mostra passo a passo como pesar crianças menores de dois anos de idade, utilizando a balança pediátrica mecânica. Possui fotos ilustrativas para cada passo, com texto explicativo de como proceder a fim de se ter a tomada da medida (peso) correta. No cartaz, não há informações textuais de quem o produziu e/ou distribuiu. Contudo, no canto inferior esquerdo do material há uma menção à OPAS, MS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Fiocruz, além do logotipo utilizado pelo governo brasileiro. Também não há citação do ano de produção ou tiragem do presente material. Contém 1 página.

## Material 17 - Medindo crianças maiores de dois anos, adolescentes e adultos:



Descrição sucinta do material 17: Cartaz mostra passo a passo como medir crianças maiores de dois anos de idade, adolescentes e adultos, utilizando o antropômetro vertical. Possui fotos ilustrativas para cada passo, com texto explicativo de como proceder a fim de se ter a tomada da medida (altura) correta. No cartaz, não há informações textuais de quem o produziu e/ou distribuiu. Contudo, no canto inferior esquerdo do material há uma menção à OPAS, MS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Fiocruz, além do logotipo utilizado pelo governo brasileiro. Também não há citação do ano de produção ou tiragem do presente material. Contém 1 página.

## Material 18 - Pesando crianças maiores de dois anos, adolescentes e adultos:



Descrição sucinta do material 18: Cartaz mostra passo a passo como pesar crianças maiores de dois anos de idade, adolescentes e adultos, utilizando a balança plataforma mecânica. Possui fotos ilustrativas para cada passo, com texto explicativo de como proceder a fim de se ter a tomada da medida (peso) correta. No cartaz, não há informações textuais de quem o produziu e/ou distribuiu. Contudo, no canto inferior esquerdo do material há uma menção à OPAS, MS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Fiocruz, além do logotipo utilizado pelo governo brasileiro. Também não há citação do ano de produção ou tiragem do presente material. Contém 1 página.

Cartazes são importantes instrumentos de informação, voltados a atrair, de maneira rápida, a atenção de indivíduos que possam se beneficiar das informações ali presentes sobre determinado tema. Deve ser construído de forma atrativa, exibindo uma ou poucas mensagens-chave sobre o tema.

Os cartazes referentes aos programas de suplementação são explícitos quanto aos grupos que se destinam: a população a ser atendida no programa de suplementação de vitamina A refere-se às crianças de 6 meses a 5 anos de idade e mulheres no pós-parto imediato. Já o programa de suplementação de ferro deve contemplar 3 grupos específicos: 1. as crianças de 06 a 18 meses; 2. grávidas a partir do 5º mês de gestação e 3. mulheres até o 3º mês do pós-parto.



As mensagens que chamam a atenção para a importância da suplementação desses micronutrientes em tais populações respeitam os preceitos da ciência da nutrição. Além do mais, são curtas e bastante chamativas, ideal para um informativo do tipo cartaz. Os cartazes avaliados receberam comentários positivos dos três avaliadores.

Com relação às ilustrações dos materiais (cartazete, calendário, lâmina e cartaz) pertencentes ao Programa Nacional de Suplementação de Ferro é apresentado um personagem símbolo da campanha, o Ferrosinho, um ícone que ‘luta’ contra a anemia por deficiência de ferro. Há uma intenção de associá-lo ao Zé Gotinha, famoso personagem símbolo da campanha nacional de erradicação da poliomielite infantil. Mesmo sendo publicações que utilizam linguagem clara, seria interessante que um profissional de saúde da UBS trabalhasse o informativo com o público, tirando qualquer dúvida que porventura aparecesse. Também é necessário lembrar que nem todas as pessoas atendidas em uma UBS sabem ler, questão fundamental para compreender as mensagens passadas.

Já os cartazes da série do SISVAN (antropometria) procuram atender uma necessidade de operacionalização e padronização da tomada de medidas antropométricas - peso e altura - da população atendida em unidades básicas de saúde. Segundo Barros et al <sup>72</sup> aferir corretamente o peso e a altura de uma população é fator fundamental para revelar o seu estado nutricional e identificar seus possíveis fatores de riscos individuais e coletivos, para, por conseguinte, estabelecer medidas de intervenção ou a ‘atitude de vigilância nutricional’ na promoção da saúde.

A confiabilidade dos dados é determinante tanto para assistência imediata quanto para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de programas e políticas públicas de saúde na área da alimentação e nutrição. Para as autoras <sup>91</sup>:

*“A antropometria deve ser entendida não como uma simples ação de pesar e medir, mas, sobretudo como uma Atitude de Vigilância, isto é, um olhar atento para o estado nutricional, permitindo uma intervenção precoce, quando verificada alguma alteração. As medidas obtidas através da antropometria poderão subsidiar ações voltadas para a promoção e assistência à saúde tanto individual quanto coletivamente (p.15)”.*

E foi nesse sentido que tais materiais foram formulados, onde mostram o passo a passo da tomada das medidas antropométricas, com fotos ilustrativas e texto explicando como proceder em cada etapa. As medidas abordadas são o peso e comprimento de crianças menores de dois anos e peso e altura / estatura de crianças maiores de dois anos e adultos.

Alguns pequenos problemas foram identificados por dois dos três avaliadores. O Avaliador 2 observou que seria interessante se fosse feito o passo a passo da utilização da balança digital, presente em algumas unidades de saúde. Já o Avaliador 3 observou que a criança utilizada no cartaz “Pesando crianças menores de dois anos” parecia ter mais de dois anos, o que poderia trazer dúvidas sobre o limite de idade a ser pesado pelo método em questão.

Importante salientar que tais materiais poderão ser melhores utilizados pelos profissionais de saúde se treinamentos de capacitação forem realizados periodicamente. Outro ponto relevante seria a distribuição desses materiais englobando o maior número de unidades de saúde possíveis desse nosso extenso país. Afinal, uma publicação da FAO em 1999 <sup>56</sup> relata que cartazes têm um bom efeito para mudanças de atitudes de profissionais de saúde e agentes comunitários ou de desenvolvimento da comunidade.

### **III.1.6 - Álbuns Seriados**

Os álbuns seriados avaliados foram: Os Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos e Antropometria: como pesar e medir.

Vejamos as avaliações:

**Material 19 – Álbum Seriado Os Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos:**



Descrição sucinta do material 19: álbum seriado apresenta os dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de dois anos de idade. Evidencia cada um dos dez passos em uma mensagem destacada visualmente. Texto com informações corretas do ponto de vista da ciência da nutrição, possui ilustrações coloridas e chamativas que procuram reproduzir a recomendação. Produzido e distribuído por: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Dez Passos para uma Alimentação Saudável - Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 28 p. Tiragem desta 2ª edição – 6.000 exemplares.

### **Material 20 – Álbum Seriado Antropometria: como pesar e medir:**

O profissional deverá ser capacitado quanto ao conceito e à importância da antropometria.

**Conceito:** método de obtenção das medidas corporais de indivíduos.

**Importância:** permite determinar o estado nutricional de indivíduos e populações; é de fácil aplicação em todos os serviços de saúde, prático e amplamente aceito pela população, por ser um método não-invasivo.

**Principais tipos de medidas antropométricas nos serviços de saúde:**

- Peso;
- Comprimento (para crianças menores de 2 anos);
- Altura ou estatura (para crianças maiores de 2 anos e adultos)



Descrição sucinta do material 20: álbum de antropometria, traz o passo-a-passo sobre como pesar e medir crianças menores de dois anos de idade e crianças maiores de dois anos de idade, adolescentes e adultos. No capa do álbum seriado, há informações textuais de quem o produziu e/ou distribuiu: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição e Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição / Sudeste / Ensp / Fiocruz. Não há citação do ano de produção ou tiragem do presente material. Contém 25 páginas.

Álbuns Seriadados são importantes instrumentos há muito utilizados em treinamentos e ações de capacitação. São de formato grande, que permitem a visualização por um pequeno grupo, e é montado sobre um cavalete. Na frente da folha (que fica virada para a audiência), estão as informações que se pretende trabalhar na ação. No verso da folha (que fica virado para o profissional que conduz a ação), estão

algumas informações que servem de apoio a esse profissional para o trabalho a ser realizado.

Os dois álbuns seriados avaliados são da série de normas e manuais técnicos para capacitação profissional.

Segundo o Avaliador 1:

*“Possuem excelente qualidade gráfica e são de fácil compreensão, podendo ser usado por toda a equipe de saúde - tanto por profissionais de nível superior quanto por agentes comunitários - em suas práticas diárias nas questões relacionadas com a alimentação e nutrição”.*

Ainda segundo a opinião desse Avaliador:

*“Os materiais equilibram bem as ilustrações com o texto dissertativo. Especialmente as fotos do álbum seriado de antropometria são bastante esclarecedoras e detalhistas”.*

Já na opinião do Avaliador 2, as ilustrações contidas no álbum ‘Dez Passos’ apesar de bastante chamativas, poderiam ser mais esclarecedoras, menos estilizadas. Opinião essa compartilhada pelo Avaliador 3:

*“O uso de ilustrações com traços estilizados pode trazer dúvidas e dificultar a compreensão das mensagens-chave. Usar ilustrações mais próximas ao real (traço menos estilizado), evitando interpretações equivocadas ou tirando o foco de atenção das mensagens-chave”.*

Para esse Avaliador, o material de Antropometria deve, ainda, focar mais nas ilustrações, deixando as informações no verso do álbum para registro dos profissionais que conduzem a ação. Além disso, e segundo a opinião desse profissional, deve-se buscar um layout mais atrativo e menos poluído para esse material.

Nos dois casos, o texto apresenta-se conciso, sem exceder nem faltar qualquer informação importante. As mensagens-chave são apresentadas por cores e tamanhos diferentes do resto do texto, recurso que as deixam mais destacadas. Materiais de menor

tiragem que os demais, pois apresentam um custo de produção maior em virtude do tipo de papel utilizado.

Ao final da avaliação do material, os três profissionais apresentaram uma série de recomendações para a superação dos problemas identificados. As principais foram:

1. Se o objetivo for fazer um material que se destine a toda a população, considerar: a) fazer um material conciso, não muito extenso, onde se dê o destaque a questões-chave que toda e qualquer pessoa pode adotar para uma alimentação mais saudável; b) inserir ilustrações que ajudem a compreensão e tornem a leitura do material mais atrativo; c) trabalhar em uma linguagem que atenda, efetivamente, a toda a população a que se destina; e d) considerar a confecção de um anexo, em outra mídia (vídeo ou gráficos) voltado aos indivíduos que não dispõem de habilidade de leitura e escrita.

2. Investir em ilustrações que tornem o material mais atrativo e ajudem a fixar / trabalhar o conteúdo junto aos grupos para os quais esse material se destina.

3. Rever ou minimizar o caráter normativo presente em todos os materiais. Trabalhar as recomendações muito mais como estímulos que normas a serem cumpridas. Deixar o caráter normativo restrito apenas às mensagens-chave.

4. Com relação aos Manuais Técnicos, considerar: a) fazer um material mais conciso, onde se dê o destaque a questões-chave relacionadas ao tratamento e o diagnóstico dos problemas em questão pela atenção básica (principalmente no “Caderno da Atenção Básica - Obesidade”, que deve ser um material para a atenção básica e não um material de apoio para estudantes de nutrição, como se configura na prática); b) inserir ilustrações que ajudem a compreensão e tornem a leitura do material mais atrativo; c) trabalhar em uma linguagem que atenda, efetivamente, ao grupo a que se destina; e d) atualizar os dados trabalhados, considerando inclusive tendências internacionais que sirvam de base para o Brasil (lembrando sempre de minimizar o peso dessa parte do material frente ao que realmente importa aos profissionais da atenção básica).

5. Dar destaque às questões-chave (informações-chave) do material, que na maioria desses materiais fica dispersa, principalmente nos guias e manuais. É necessário um reforço dessas questões por, pelo menos, 3 vezes ao longo do material.

É essencial, ainda, que a distribuição atinja todas as unidades de saúde de todos os municípios de nosso extenso país. No tópico seguinte - entrevistas realizadas com os formuladores das estratégias de informação de alimentação e nutrição produzidas pela

PNAN -, discorreremos sobre alguns entraves encontrados nessa importante etapa, a distribuição.

Por fim, cabe aqui ressaltar a necessidade de uma assessoria adequada por parte de profissionais atuantes no campo da comunicação no processo de elaboração de materiais educativos de alimentação e nutrição. Esses profissionais seriam de inestimável ajuda ao definirem, junto com a equipe de saúde responsável em lidar com as questões alimentares e nutricionais da população, qual melhor formato e estrutura a serem utilizados num material educativo. Precisamos assumir que nem sempre, o profissional de saúde, incluindo o nutricionista, detém as capacidades técnicas necessárias para produzir um material impresso que seja ao mesmo tempo informativo e atrativo, ou seja, que contenha informações corretas do ponto de vista conceitual e que chame a atenção do leitor. E nem mesmo um material informativo bem produzido e amplamente distribuído, garante uma completa utilização de seu potencial educativo e, conseqüentemente, uma intervenção efetiva. Schall e colaboradores<sup>92</sup> defendem um maior investimento na formação de recursos humanos, juntamente com a produção e avaliação de materiais educativos, a fim de aumentar o potencial educacional do material.

## **III.2 – O PROCESSO DE PRODUÇÃO DE MATERIAIS SOBRE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM FORMULADORES DAS ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO**

No intuito de conhecer o melhor o contexto de produção de materiais informativos e educativos, no âmbito da PNAN, a segunda etapa do trabalho de campo foi construída a partir da realização de entrevistas semi-estruturadas junto aos profissionais que atuaram, no Ministério da Saúde, na concepção e realização desses materiais. De acordo com os critérios para a inclusão desses informantes-chave, anteriormente apresentados, foram selecionadas seis profissionais, todas do sexo feminino.

### **III.2.1 – Objetivos dos materiais informativos em alimentação e nutrição**

A análise documental (portarias, normas operacionais, leis etc.) realizada e a avaliação dos materiais por especialistas evidenciaram a existência de três objetivos principais, relacionados à produção dos materiais informativos e educativos na área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde: a) servir de instrumento norteador de estratégias do processo de promoção da alimentação saudável para os profissionais da atenção básica à saúde; b) operacionalizar algum programa formulado pela PNAN (como o Programa de Suplementação de Ferro, entre outros) e c) dar visibilidade e aumentar a articulação política da temática da alimentação e nutrição no país, consolidando-a como uma constante pauta de discussão dentro do próprio SUS e também por parte da população brasileira. Também foi possível confirmar esses achados nas vozes das entrevistadas:

*“O objetivo dos materiais pela Pnan: primeiro, você agregar ou consolidar as informações científicas que você tenha em relação ao tema alimentação e nutrição. Transcrever – não sei se esse é o termo adequado – mas, na verdade, transcrever esse conhecimento para embasar a abordagem dos problemas no âmbito da saúde. Sistematizar a determinação, quer dizer, mostrar claramente que a determinação dos problemas nutricionais passam por uma rede de causalidade, de determinação que extrapolam muitas vezes o setor saúde, mas que não deixa de fora a responsabilização do setor saúde. E, eu acho que o fundamental e o principal, é que qualificando*



*atenção nutricional prestada, você garante um direito à saúde da população, né, que é: a prestação de serviço de saúde, que é um direito da população, seja qualificada na abordagem integral através do componente nutricional”* (Entrevista 2).

*“Além de atualizar as questões conceituais e técnicas, né, referente à área de alimentação e nutrição, outros [materiais], têm o objetivo de operacionalizar algumas ações que são: primeiro orientadas pela Política e, segundo que são ações de algum programa que a gente formula aqui. Então, por exemplo, os manuais dos programas, eles basicamente organizam o processo de implantação. Então vamos supor, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, ele vai te dizer... esse material te diz desde o processo que chega um suplemento no nível municipal, como é que um coordenador precisa organizar o processo de distribuição, fazer a busca ativa das família, acompanhar a suplementação, monitorar o programa em nível local, fazer algum tipo de avaliação quando é necessário”* (Entrevista 3)

*“Além de ter todo esse papel de subsidiar, de trabalhar a perspectiva de educação e saúde, ele acaba sendo uma forma de mobilizar. (...) Ter um contra movimento que em alguma medida faça com que a nutrição volte a ter uma expressão em termos de gestão, em termos políticos maiores também”* (Entrevista 1).

A produção dos materiais informativos com esses objetivos é relativamente nova, tendo surgido junto com a publicação da própria Política, em 1999. Anteriormente à Política, quando ainda existia o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), os materiais eram destinados mais para a operacionalização dos diversos programas existentes, como os de carências nutricionais, por exemplo, do que propriamente como subsídios para a abordagem da atenção nutricional na rede de saúde<sup>93</sup>. Na voz de uma das entrevistada, já participante da equipe técnica de alimentação e nutrição do governo desde os anos do INAN:



*“[antes da PNAN] Então, existia materiais, que eu me lembre, que eram materiais de caráter mais operacional: como gerir o programa, de como controlar o estoque. Enfim, na minha área que eu to falando - a área de secretaria de programas básicos -, do que propriamente materiais que subsidiassem a abordagem da atenção nutricional na rede de saúde”* (Entrevista 2).

Três entrevistadas – afirmaram que a elaboração da própria política, no final dos anos de 1990, representou uma luta para preservar o espaço político da área técnica de alimentação e nutrição, espaço este que diminuiria com a eminente extinção do INAN. Interessante apontar que duas delas participaram ativamente desse movimento para a construção da política, iniciado no ano de 1997 e finalizado no ano de 1999, data de sua publicação.

*“Fecha o Inan e a equipe técnica, bem reduzida já, passa a ser uma área técnica do Ministério da Saúde. Politicamente [a elaboração da PNAN e dos materiais] era um esforço de dizer ‘Bom, a gente tendo uma política, a gente consegue efetivamente garantir um determinado espaço’”* (Entrevista 1).

*“Na verdade, eu falo que a Pnan tenta incluir a questão da nutrição na atenção à saúde, né. Porque até então sempre foi um tanto quanto marginalizada, até mesmo no sistema de saúde. Então eu acho que esse avanço que se dá em implementar, em fortalecer, em fomentar os materiais na área de alimentação e nutrição (...) é uma forma de você solidificar a nutrição, né, o conhecimento nutricional, enquanto aspecto inerente à atenção à saúde”* (Entrevista 2).

*“Primeira coisa, vou ter que lembrar o contexto da extinção do ex-INAN. Ele foi extinto em 97, abriu-se uma lacuna, né, uma certa orfandade de uma área de diálogo sobre*

*a política, não só pelo diálogo, mas também de uma área de uma certa referência. (...) E aí, o grupo da nutrição que ficou muito preocupado com a extinção do ex-INAN e o que seria colocado como uma referência de política ou mesmo estratégica. E naquela época, a secretaria executiva do ministério dizia: ‘Não, vamos ter então uma política de alimentação e nutrição e dela a gente vai derivar ações que podem ser feitas em função do que a gente vai ta conquistando de ganhos políticos, estratégicos’. Conclusão, a gente começa a discutir isso e a primeira questão era: como um setor da saúde faz uma política nacional”* (Entrevista 6)

Com a publicação da PNAN, há a preocupação em atender as diretrizes que tratam da promoção de hábitos alimentares saudáveis e da necessidade de qualificação dos profissionais envolvidos na atenção básica de saúde no que tange o cuidado nutricional <sup>13</sup>, ou seja, há uma clara orientação para a produção de materiais impressos em nível nacional para suportar as ações em níveis estaduais, municipais ou locais. Materiais esses que sejam produzidos por profissionais brasileiros, para o Brasil:

*“Fontes pra gerar algumas informações sobre isso que o país não tinha. (...) [antes da Pnan] a gente copiava, a gente traduzia. Pega pirâmide norte-americana e traduz, pega um programa da OMS e traduz. Então, assim, uma tendência de buscar material seu era muito pouco”* (Entrevista 6).

As informações sobre alimentação e nutrição, além de representar um norteamento das ações executadas pela rede básica de saúde, também devem possibilitar o auto-cuidado da população <sup>13,94,95</sup>. Desta forma, a informação é considerada um dos passos necessários para que a população possa ter poder decisório ao ler, por exemplo, um rótulo de um alimento e, assim, optar pelo mais saudável.

Outro passo seria dado através de leis regulamentadoras que restrinjam a veiculação de propagandas de alimentos ricos em açúcar, gordura e sódio, protegendo a população do bombardeio a que são submetidas maciçamente pelas indústrias alimentícias <sup>13</sup>.

É importante frisar que para todas as entrevistadas, os materiais não são vistos como uma ação educativa em si, como se por si só eles tivessem grandes poderes de modificar maus hábitos e atitudes alimentares. Nos relatos que veremos a seguir, os materiais informativos utilizados pela PNAN são encarados como um instrumento, um meio para se conseguir promover educação, visando a consolidação de hábitos alimentares mais saudáveis na população brasileira.

*“Eu vejo que o grande, o principal objetivo da Política é efetivamente avançar numa perspectiva de promoção da alimentação saudável. Isso é vislumbrar uma perspectiva positiva mesmo, de não partir do negativo e trabalhar em cima do que seria bom, o ideal pra população em geral. Nesse contexto, a vertente, né, a linha de educação e saúde é muito forte. Ela precisa ter um arsenal bem robusto em termos de informação. O que eu também acho que não dá conta. Exclusivamente produzir informação não é o que vai garantir que a gente consiga avançar propriamente. Mas ele vai consubstanciar as estratégias desse processo, né, que não podem ser esquecidas de forma alguma. Então eu acho que a importância é nesse sentido assim. De ter claramente definido algumas linhas de trabalho, o que se quer, o que se espera, para então em termos de métodos casar essas possibilidades e aí avançar na perspectiva de educação e saúde. Não ficar restrito a informação”* (Entrevista 1).

*“Ele [o material] é sempre um meio. Um meio que a gente tenta repassar a informação. Por exemplo, a parte aqui da promoção da alimentação saudável, é uma parte muito - pra gente -, muito nova do ponto de vista da organização. Por quê? Porque como ela não é um processo cartesiano de você encaminhar um medicamento pra um município, pro município conseguir operar em nível local. A promoção trabalha muito com informação, com o empoderamento das pessoas. Então o material vai pra população com esse sentido, pra que as pessoas tentem, pra que as pessoas consigam*

*alguma informação pra que elas possam mudar uma cultura, mudar um hábito, entendeu? É nesse sentido. Como um meio”*

(Entrevista 3)

### **III.2.2 – Planejamento e Elaboração do Material**

Um ponto destacado em duas entrevistas foi a dificuldade gerada pela falta de definições claras dentro do MS para a produção de materiais informativos. Foram citados ‘atropelos políticos’, ou seja, momentos em que uma demanda por um tema específico, importante politicamente na agenda do governo, era privilegiada em detrimento de uma outra temática, anteriormente elencada com base em critérios técnicos e/ou embasadas por literatura científica internacional.

*“O Ministério da Saúde não tem uma política clara de produção de material. É muito circunscrita às áreas, as coordenações e a própria agenda política que, muitas vezes, atropela todo um processo rigoroso, né. Então compatibilizar isso é esquizofrênico. [quando chega uma demanda política prioritária] Acabou todo o trabalho técnico, acabou. Isso é um viés complicado, mas ele é uma realidade”* (Entrevista 1).

Também foi destacado que, na conformação atual, a CGPAN e seus colaboradores (coordenações regionais, universidades, profissionais da academia e do serviço), têm uma autonomia de decisão sobre os assuntos a serem publicados nos materiais. São os profissionais que definem quais temas serão abordados ou não. Na maioria das vezes, os elementos usados para priorização dos temas abordados respeitam os critérios epidemiológicos nacionais e internacionais, que definem aqueles de maior impacto na saúde pública:

*“Temas que são mais universais como, por exemplo, doenças crônicas (...) São temas que já estão eleitos, independente de qualquer movimento específico”*  
(Entrevista 1).

*“[um dos critérios usados] pra priorizar as publicações, os temas das publicações, é o critério*

*epidemiológico. Quer dizer, são [priorizados] aqueles problemas que, efetivamente, tem um impacto em termos de saúde pública”* (Entrevista 2).

Questões nutricionais locais também são discutidas, anualmente, em um encontro nacional onde participam os Centros Colaboradores, os Centros de Referência e as Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição. Esse espaço, segundo uma informante, representa *“uma responsabilização de olhares compartilhados, em termos do Brasil e das suas diferenças regionais”* (Entrevista 2).

Uma das questões discutidas foi lógica de priorização de determinados grupos populacionais específicos, ainda comum no Ministério da Saúde, que foi questionada por duas entrevistadas. Vejamos o que uma delas diz:

*“(...) não dá mais pra se trabalhar na lógica tradicionalista, principalmente na nossa área, de que um público prioritário é o materno-infantil. (...) dentro da concepção do curso da vida e frente aos dados epidemiológicos - que são inegáveis - não dá mais pra você centralizar uma atenção específica num grupo e deixando os demais. O que você pode fazer é dar uma prioridade em termos de algumas ações de visibilidade para esse grupo, mas sem jamais esquecer os demais, pela concepção própria da questão da nutrição no curso da vida”* (Entrevista 2).

Do ponto de vista da educação e da comunicação em saúde, é justificável a escolha de determinados grupos populacionais específicos, considerando que não há comunicação sem haver significação do que é comunicado – e que grupos específicos têm formas distintas de significar os conteúdos de uma comunicação <sup>33</sup>. Ou, nas palavras de Castiel <sup>96</sup>: *“É essencial considerar o contexto sociocultural onde acontecem as relações entre a produção de conhecimentos em saúde, as formas e processos de veiculação e a correspondente apropriação por distintos grupos humanos. É importante considerar a necessidade de lidar-se com as dessemelhanças das respectivas linguagens”*. (p.162)

Mas o que as informantes traziam, no momento das entrevistas, era a lógica de priorizar alguns grupos num âmbito de uma política nacional. Nesse momento, os recursos disponíveis (limitados) para a produção desse material eram destacados também, reforçando o ponto de vista das entrevistadas sobre a questão. O desafio que aqui se coloca é a possibilidade da construção de materiais inclusivos, de alcance nacional, que respeitem a lógica da comunicação em saúde (especificidade) ao mesmo tempo em que atendam seu papel enquanto ferramenta para a promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no âmbito de uma política nacional.

Duas entrevistadas descreveram, durante suas entrevistas, o percurso desde a definição do assunto a ser desenvolvido até a distribuição do material já editorado, considerado por elas ‘um processo longo, demorado e rigoroso’. Na visão de uma delas, um dos agravantes que contribuem para dificultar o processo de elaboração de um material informativo é a falta de profissionais experientes nas questões técnicas de comunicação, como por exemplo, definição de *layout* mais atrativo, quais são as cores corretas a serem usadas, qual o formato mais bem compreendido pelo público destinatário.

*“Aqui no Ministério eu sinto falta, existe uma falta de uma política de... não seria de publicidade, mas uma política de organização desses processos. Porque assim, na minha concepção, a assessoria de comunicação do Ministério é muito fraca. Muito, muito, muito fraca. Então assim, tem coisas que a gente discute aqui que não seriam competência... é mais percepção nossa do que a ASCON que poderia fazer, entendeu? Na verdade, eu poderia dizer que é tudo definição da área técnica [de alimentação e nutrição]”* (Entrevista 3).

A preocupação dessa entrevistada mostra-se oportuna, pois ao admitir que adentra num campo desconhecido – a diagramação de um material informativo -, admite também que, muitas vezes, a área técnica de alimentação e nutrição faz as escolhas que considera mais acertadas, mesmo não estando baseada em conhecimento sistematizado, isto é, não tendo o suporte, dentro da equipe, de alguém do campo da comunicação.

Para conhecermos quem são os atores que participam do processo de formulação de materiais informativos e educacionais sobre alimentação e nutrição, tomemos como exemplo o processo de construção do Guia Alimentar para a População Brasileira.

O Guia Alimentar para a População Brasileira é, sem dúvida, o material mais abrangente construído no âmbito da PNAN. É composto por nove diretrizes, as quais se desdobram em 15 objetivos principais que abrangem: a) o estímulo ao consumo de alimentos saudáveis; b) o estímulo às práticas saudáveis de alimentação no âmbito da família; c) o cuidado no consumo de alimentos gordurosos e com altos teores de sal e açúcar; e d) o estímulo às práticas regulares de exercício físico associado ao consumo de alimentos saudáveis.

Esse material foi construído pela equipe técnica da CGPAN, em colaboração com um grupo assessor ligado à universidade. Uma vez estando com sua primeira versão pronta, passou por consulta pública, ficando disponível *on line* na página eletrônica da CGPAN para receber contribuições de quem desejasse participar do processo de elaboração.

Outros grupos e profissionais individualmente – nutricionistas ou não – também participaram desse processo, contribuindo com suas observações para a consolidação de uma versão final do material mais abrangente e inclusiva. Os atores que mais frequentemente participam desse processo são: a) grupos de pesquisa sobre alimentação e nutrição de universidades pública brasileiras; b) centros de referência em alimentação e nutrição; c) profissionais de saúde; d) setores organizados da indústria de alimentos; e e) menos freqüente, indivíduos sem vinculação com nenhum desses grupos. Ironicamente, no caso do ‘Guia’, a indústria açucareira foi quem mais mandou sugestões, tendo, segundo palavras de uma entrevistada:

***“O Guia Alimentar da População Brasileira, ele passou por um processo de consulta pública, acho que se não me engano, dois meses de consulta pública pra considerações que foram a coisa mais incrível que eu já vi na minha vida. Porque a indústria açucareira, por exemplo, mandou um outro guia, reescreveu completamente o guia alimentar”***  
(Entrevista 2).

Este exemplo mostra, de forma breve, o modelo mais adotado na construção de materiais informativos e educacionais sobre alimentação e nutrição no Ministério da Saúde. O conhecimento desse processo é importante para compreendermos o produto final e sua utilização como ferramenta para a promoção de hábitos saudáveis de alimentação e nutrição.

Embora não existam diretrizes ou indicações, nos documentos de referência da PNAN, sobre os grupos aos quais os materiais educativos e informativos produzidos se destinam, todos os entrevistados foram unânimes em responder que o grupo prioritário é constituído pelos profissionais de saúde da atenção básica – médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde etc. considerados os ‘grandes impulsionadores’ das ações propostas.

*“O grande público [dos materiais impressos de alimentação e nutrição] são os profissionais de saúde. Não tem dúvida nenhuma. O Ministério [da Saúde] trabalha para instrumentalizar, até na lógica do próprio Sus, tecnicamente os profissionais de saúde. Aí incluindo todos, o elenco todo, do agente comunitário até o médico”* (Entrevista 1).

*“O nosso principal sujeito de ação desses materiais são efetivamente os profissionais de saúde. Mais especificamente ainda aqueles da atenção básica de saúde”* (Entrevista 2).

*“Profissional sempre é prioritário, porque na verdade eles é que são os grandes, assim, se não são ainda deveriam ser, os grandes impulsionadores em nível local. E os gestores talvez, eu poderia dizer assim”* (Entrevista 3).

*“O foco é esse profissional que trabalha lá e qualificar esse profissional para que ele consiga atender a população de forma adequada”* (Entrevista 4).

*“Esses materiais muitos são informativos para os profissionais. Quer dizer vão ajudar a instrumentalizar o profissional”* (Entrevista 5).

O Guia Alimentar Para a População Brasileira, anteriormente apresentado, é o único material que não é destinado somente aos profissionais da saúde, mas também para as famílias, as indústrias, diversos setores do governo e organizações não governamentais.



Uma concordância geral entre as entrevistas foi de que há uma ‘demanda reprimida’, representada por profissionais dos demais níveis do SUS e da população como um todo que desejam entrar em contato com o material e que, não o fazem, por questões de tiragem insuficiente do material. Para as entrevistadas, apesar de reconhecerem o profissional de saúde como o principal público destinatário dessas publicações, concordam que o assunto ‘alimentação e nutrição’ atinge também os profissionais de todas os níveis de complexidade do sistema de saúde, além de todas as famílias brasileiras. No entanto, a questão orçamentária é determinante. Sobre isso, apresentamos as falas abaixo:

*“Até que por uma limitação orçamentária, eu acho que isso pesa. Porque uma coisa é você atender 25 mil equipes de saúde ou 40 mil unidades de saúde no país. Outra coisa é você atender 186 milhões de pessoas que seriam o público potencial dessas publicações, né”* (Entrevista 2).

*“A gente tem, sempre tem uma limitação de quantitativo, o Brasil é muito grande, não dá conta. O ideal era mandar pra todos os profissionais de saúde, mas num dá conta. (...) Por exemplo, o Guia da População Brasileira eu queria mandar pra todos os nutricionistas que existem cadastrados, como um instrumento mesmo de trabalho, de formulação de política. Não é a contento, o material é caro, a gente não tem recurso pra isso. Assim, em termos de quantidade, né”* (Entrevista 3).

Quando perguntados sobre a adequação do material aos grupos a que se destinam, todos os informantes afirmaram que alguns conteúdos são ‘densos’ e ‘complexos em demasia’ para grande parte desses profissionais da saúde - nível superior e nível técnico – sendo mais adequado ao nutricionista. A solução apontada, mas nem sempre cumprida, foi a realização de capacitações dos profissionais para uso mais adequado do material:

*“Porque uma coisa é você pegar o ‘Manual de atenção à criança com desnutrição grave’ e é o que a gente trabalhou, que vai em nível hospitalar, em nível de atenção de*

*média complexidade. Você distribuir aleatoriamente para os cinco mil, sete mil hospitais que você tem no país vinculados ao SUS. Outra coisa é você vincular a distribuição desse material à um processo de capacitação, porque ali tem uma diferenciação de comportamento, de abordagem de trabalho de toda a equipe profissional em termos da atenção à criança com desnutrição. Então a orientação é dada nesse sentido”* (Entrevista 2).

Sobre a questão, Albuquerque e Stotz <sup>97</sup> apontam a escassez de atividades de capacitação em educação para profissionais da atenção básica. Para os autores, e corroborando com a impressão das entrevistadas, a carência de ações de capacitação em educação no âmbito da atenção básica acaba por reduzir as ações educativas desses profissionais a um nível utilitarista, no sentido de garantir mobilização dos indivíduos para as campanhas.

Além do mais, é importante lembrar que o preparo do profissional de saúde para as ações de educação deve estar aliado à adequação do material de apoio à realidade dos grupos a que ele se destina <sup>96</sup>. A inadequação da linguagem para alguns dos grupos aos quais os materiais se destinam, principalmente, os agentes comunitários de saúde, é um importante desafio apontado por todas as entrevistadas, ilustrado na fala a seguir:

*“A gente tem muita dificuldade com linguagem. Por exemplo, o material que é pros agentes. A gente não tem condição de escrever material pros agentes. Porque a nossa linguagem não penetra no agente, é uma linguagem mais complexa, muito técnica, muito chata. Então a gente precisa de um profissional, de uma pessoa que traduza isso. E não existe essa pessoa. Na verdade, não existe. (...) Não existe o profissional que faça isso”* (Entrevista 3).

Para essa entrevistada, tal problema seria minimizado se houvesse uma fase anterior a publicação propriamente dita do material (pré-teste), onde suas mensagens pudessem ser apresentadas a um grupo para serem avaliadas quanto sua forma, seu conteúdo, sua linguagem e só então, depois de pré-testados deveriam ser enfim, impressos e distribuídos.

Na opinião da entrevistada 5, a dificuldade em elaborar materiais é ainda maior no caso daqueles destinados à população em geral:

*“Agora quando eles [os especialistas] se metem a fazer coisas pra população, acho que eles acabam errando. (...) Eles produzem o material, pegam o material e mandam. Entendeu? Não atende às vezes uma realidade do Rio de Janeiro, uma realidade do Sul. Porque tem diferença, né?”* (Entrevista 5).

### **III.2.3 – Distribuição do material da PNAN no país**

A distribuição dos materiais acontece de forma descentralizada, junto a uma rede de colaboradores regionais – 27 coordenações estaduais, centros colaboradores regionais, centros de referência, universidades, associações e sociedades científicas, entidades representativas (conselhos de nutrição, medicina, enfermagem). Outro canal usado para divulgação dos materiais são os encontros, seminários e congressos nos quais a equipe da CGPAN participa. Por fim, todo o material elaborado encontra-se disponível no sítio da CGPAN na Internet (<http://nutricao.saude.gov.br/>).

A análise das entrevistas mostrou que a etapa de distribuição do material é um dos grandes problemas observados em todo o processo. Por muitas vezes, o material distribuído não consegue chegar à unidade de saúde e, assim, instrumentalizar as ações dos profissionais de saúde no que tange as questões alimentares e nutricionais da população usuária do SUS. Os motivos elencados foram vários, sendo os mais recorrentes: a) erros do sistema de postagem; b) tiragem insuficiente, que não atende a demanda e, por fim, c) a falta de compromisso do profissional que recebe o material e o toma para si, não disponibilizando para sua rede de parceiros.

Para um dos entrevistados, essa dificuldade com a distribuição dos materiais se explica pela dificuldade de comunicação e de gestão do nível federal com os estados e municípios. Afirma que o Ministério encontra-se distante da ‘vida cotidiana dos municípios’. Deficiências essas que poderiam ser resolvidas com maiores investimentos na área:

*“As dificuldades de distribuição, uma questão central nisso, é em que medida a temática de alimentação e nutrição e o conteúdo é prioridade em termos de política dentro do próprio Ministério da Saúde. Porque na época do ‘Bolsa*

*Alimentação’, por exemplo, foi exemplar a capacidade de comunicação com os municípios e de material e de repasse, por quê? Porque ele tinha o potencial orçamentário maior, uma agenda política mais consistente. Então, isso é um agravante, com certeza”* (Entrevista 1).

Outras questões relevantes foram identificadas no processo de distribuição do material. Uma delas diz respeito à complexidade da operação, considerando a dimensão territorial do país. A ausência de critérios para a seleção de determinados municípios ou estados como prioritários para o recebimento de determinados materiais também foi mencionada.

Esta entrevistada resume os nós críticos da distribuição dos materiais informativos:

*“A gente tem muito problema [de distribuição] em nível local porque as pessoas acham que os materiais são individuais. Então como tem muita rotatividade profissional, as pessoas levam os materiais. Isso a gente tem muita reclamação dos estados, municípios. Tem essa questão. Às vezes a gente manda o material pro estado, pro estado dividir, distribuir nos municípios e aí alguns estados dão conta, outros não dão conta. Por exemplo, semana passada eu tava no estado X e eu vi um monte de Guia lá parado. ‘Ai, vou fingir que eu num to vendo isso, porque dá dó no coração’. Porque os profissionais precisam do instrumento pra trabalhar e aí a gente sempre impulsiona, incentiva e tal, mas fica um pouco preso nessa lógica do estado de dar conta, né. (...) Correio é um nó crítico. Por exemplo, os álbuns seriados que a gente mandou, em muitos locais chegaram e em outros não chegaram. Correio é um nó crítico. Quantitativo que não é suficiente, é um problema, capacidade de gestão do estado de encaminhar pros municípios. E eu acho que o fato das pessoas não... das pessoas levarem os materiais. Esses são os grandes problemas”* (Entrevista 3).

Outra questão apontada diz respeito à carência de mecanismos de comunicação entre as equipes das unidades de saúde, razão citada como uns dos determinantes para o não recebimento do material e/ou do não entendimento quanto ao seu objetivo – de instrumentalizar determinada ação de saúde.

Quanto a esse último item, cabe destacar que, segundo as diretrizes da PNAN, os materiais educativos ali elaborados têm, como principal objetivo, servir de guia / modelo para os profissionais de saúde dos diversos estados e municípios brasileiros construir seus próprios materiais, adequando as orientações às realidades locais.

*“Mas que também serve de norteador pra elaboração de materiais a nível local. São materiais que servem de modelo, vamos dizer assim, para que o próprio profissional, o próprio gestor. O próprio profissional que ta lá na ponta, que ta lá na atividade, na assistência ele possa também ta criando materiais com base naquilo”* (Entrevista 5).

Essa é uma premissa dos materiais produzidos nacionalmente pela PNAN que não está sendo cumprida de forma satisfatória em todo o país, havendo apenas algumas exceções, em estado, em coordenações / centros de referência mais bem estruturados.

*“Porque na verdade, a idéia era que o material, ele originasse muitos e muitos outros materiais. A gente sabe, alguns estados, Tocantins, o Rio Grande do Sul fazem cartilhas, fazem os seus próprios materiais a partir daquele material, né. Por exemplo, os estados do sul, estão fazendo o Guia Alimentar para a população do Sul, existem grupos já trabalhando dentro de uma realidade do sul do país, o que é muito interessante. Tem muitas coisas acontecendo nesse aspecto. Eu acho que isso é que é o start, assim, né, o conteúdo de nutrição para que os profissionais que estão na ponta possam falar, falar e serem entendidos sobre o que falam”* (Entrevista 4).

Segundo três entrevistadas, tal iniciativa não acontece em todo o território nacional, muito em parte pela dificuldade de articulação entre o nível central (Ministério

da Saúde) e os diversos estados e municípios. Segundo a entrevistada 5, há necessidade de uma maior autonomia por parte dos parceiros estaduais e municipais, no que se refere ao planejamento e produção de seus próprios materiais, sempre tentando buscar respostas para questões locais.

*“Não, a PNAN, ela tinha clareza, como ta escrito, que tinha que ter materiais. Tinha clareza que o governo federal tinha que dar um pontapé, como é o Guia Alimentar Brasileiro. O que se esperaria, é que do Guia Brasileiro se pensasse como é um Guia Estadual, um Guia Municipal, até uma Guia de bairro. Agora o que acontece na política pública brasileira? Tem um pouco de uma preguiça intelectual, que se eu tenho um Guia, eu tenho uma Bíblia, ninguém busca fazer nada por sua conta, isso é conhecido. Por outro lado, há uma visão meio cartorial que diz o seguinte: ‘é o governo federal que faz, é lei, eu tenho que fazer igual. Então eu não vou fazer nada diferente, eu já tenho, pra que que eu vou fazer?’” (Entrevista 6).*

Ela continua sua explicação, afirmando ser esta uma condição primordial para os materiais informativos funcionarem localmente. Apesar de reconhecer a função da CGPAN em produzir materiais informativos com prioridades nacionais, coloca a responsabilidade também nos estados, nos municípios ou nas localidades, que precisam e devem construir seus próprios materiais informativos em alimentação e nutrição, pensando especificamente em suas características e necessidades.

*“Quando eu falo em alimentação, existem característica culturais, características que não podem, assim, ser massificadas. Eu não posso dizer assim pra todo mundo: ‘comam pamonha’. Posso? Não. Ou ‘comam vatapá’. Eu não posso falar isso. Porque o meu fenômeno alimentação, não me dá essa segurança. Por isso que esses materiais informativos, eles têm que ter um eixo nacional pra dizer o que eu vou priorizar, isso é papel do governo federal ou mesmo do nível*

*nacional. Mas agora, eu não posso dar conta de explicar as características de estados e municípios”* (Entrevista 6)

Aqui, retornamos a um questionamento já ressaltado: mesmo supondo que todas as regionais de nutrição do país tivessem a iniciativa de produzir seus próprios materiais impressos, nos perguntamos se tal empreitada seria possível sem ajuda de profissionais detentores de habilidades técnicas em comunicação.

### **III.2.4 – Avaliação de materiais educativos**

Segundo Araújo <sup>98</sup>, o processo completo de produção de um material educativo deve contemplar o ciclo de produção social dos sentidos: produção, circulação e apropriação. A primeira etapa engloba todo o planejamento e o processo de construção do material a quem se destina, quem são os atores que vão ajudar nessa formulação etc. O segundo momento corresponde a, uma vez o material pronto, como fazer para este ser conhecido e trabalhado junto aos diferentes grupos a que se destinam. E por fim, mas não menos importante, faz-se a necessidade de conhecer as formas através das quais os indivíduos, de posse do material, se apropriam das informações ali presentes e dão sentido às mesmas, configurando assim a ação educativa do material. Nesta última etapa, a avaliação do material é um quesito fundamental para o entendimento desse processo de construção social de sentidos e, em última instância, da efetividade de material enquanto ferramenta de um processo educativo.

A avaliação de materiais informativos é destacada por diversos autores <sup>33,92,98,99,100</sup> como uma etapa fundamental de seu processo de construção, enquanto ferramentas de ações educativas. No campo na alimentação e nutrição, entretanto, essa ainda não é uma prática bem fundamentada, inclusive no que diz respeito aos materiais produzidos pelo Ministério da Saúde no âmbito da PNAN.

Kubota e colaboradores <sup>63</sup> foram pioneiros em avaliar impressos informativos (volantes) que abordavam a alimentação de crianças durante o primeiro ano de vida e que eram utilizados no programa de Assistência à Criança da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Através dos resultados obtidos, os autores atingiram seus objetivos iniciais de fornecer subsídios para a reformulação do material informativo avaliado, contribuindo com elementos para melhorar a comunicação entre os usuários do serviço de saúde e os profissionais de saúde.

Dois outros estudos <sup>101,102</sup>, realizados na região sul do país, também avaliaram o alcance das estratégias propostas em materiais produzidos pelo MS com o objetivo de

promover a alimentação saudável. O primeiro foi realizado com mães e crianças recém-nascidas, de baixa renda, para avaliar o impacto da implementação das diretrizes nutricionais propostas pelo material informativo ‘Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos’, tendo mostrado resultados animadores. O grupo submetido a intervenções periódicas parece ter sido influenciado positivamente quanto ao aumento na duração da amamentação exclusiva, a maior frequência de aleitamento materno aos 12 meses de idade e a diminuição da ocorrência de morbidades como diarreias, problemas respiratórios e cáries dentárias <sup>101</sup>.

O segundo <sup>102</sup> é um estudo transversal de base populacional que se propôs a avaliar a frequência com que adultos maiores de 20 anos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul aderiram às orientações dietéticas elencadas nos Dez Passos para uma Alimentação Saudável propostas pelo MS. Os resultados encontrados mostraram que apenas uma ínfima parte (1,1%) da população estudada seguia todos os passos recomendados. A recomendação do passo quatro – referente a diminuir a quantidade de sal ingerido – foi considerada a que apresentou maior adesão pela população, ao contrário do passo dez – referente à prática regular de atividade física -, indicada como sendo a orientação menos frequentemente seguida.

Durante as entrevistas do presente estudo, a avaliação de materiais foi considerada parte essencial no processo de elaboração desses instrumentos por todas as entrevistadas. Essas, no entanto, complementavam sempre que, em seu cotidiano de trabalho, tal etapa não era planejada, seja por falta de tempo disponível para tal ação como de recursos humanos disponíveis – além de recursos financeiros, entre outros. Assim, a avaliação dos materiais ali produzidos fica restrita a impressões – pouco precisas e não sistematizadas – de profissionais que tiveram acesso a esse material:

*“[a avaliação] não é incorporada como uma etapa, pelo menos tradicionalmente, né. É, dentro dos materiais que eu pude acompanhar no Ministério da Saúde, essa preocupação, ela aparece em alguma medida, pelo pessoal que desenvolve. Eu acho que, no máximo que se avança na perspectiva de avaliação é um pouco isso, é um pouco isso assim, é tentar incorporar o olhar de um grupo de pessoas da comunidade ou enfim, de usuários que possam legitimar minimamente aquele material como uma coisa mais ou menos útil. Mas*



*infelizmente, a cultura de avaliação não é uma coisa efetivamente desenvolvida no Ministério” (Entrevista 1).*

*“A gente [área técnica/gestores] sempre escuta dos estados que os materiais são importantes, é muito interessante, que são trabalhados, são sempre muito elogiados. Mas a gente não tem um feedback: ‘olha, vocês deviam ter colocado isso, essa linguagem...’. Não tem, não posso dizer. Eu sei que é importante, porque a gente tem mais certeza de quando um material é testado” (Entrevista 3).*

*“Eu não conheço o processo de avaliação desses materiais. Nunca ouvi falar. Nunca ouvi falar. Me parece que o único material que eu sei que já teve uma avaliação, se eu não me engano, foi daquele ‘Como está a sua alimentação?’. Aquele acho que passou por um processo de avaliação” (Entrevista 5).*

Uma das entrevistadas apontou, ainda, o descompasso entre o tempo político e o rigor técnico-científico como uma possível causa para a não realização da avaliação dos materiais. Apesar do reconhecimento dessa etapa como sendo de fundamental importância para o sucesso do processo como um todo, por muitas vezes o tempo e o orçamento que se tem disponíveis são insuficientes para executar uma avaliação nos moldes exigidos pela academia.

*“Porque, normalmente, como a gente demora muito na produção, na elaboração, a gente sempre tá com os prazos muito apertados. Então assim, por exemplo, o Caderno de Obesidade, quando a gente escreveu ele, ficou um material muito bom, mas ele é um material que... Dentro da concepção dele, a gente programou um pré-teste pros profissionais lá do Rio, mas a gente não teve tempo de fazer. Não tivemos, a realidade é essa. Não tivemos. Quando é um material pequeno, (...) dá tempo. A gente vai em um ou dois municípios e faz alguma... nada que seja representativo, claro, mas em*

*realidades diferentes, faz alguns grupos focais, e a gente verifica qual é a percepção daquele material e modifica e tal. Esse manual [Manual dos agentes comunitários] (...) ele foi de uma certa forma, pré-testado. Mas nem todos. Nem todos a gente dá conta de fazer isso não”* (Entrevista 3).

Segundo o Guia Metodológico de Comunicação Social em Nutrição <sup>56</sup>, a avaliação é uma etapa indispensável para assegurar e reestruturar qualquer atividade que pressupõe um caráter comunicativo e deve ser planejada juntamente com as etapas de formulação e implementação de uma intervenção: *“Avaliar significa efetuar uma análise crítica, objetiva e sistemática das realizações e resultados de um projeto ou de uma atividade, em relação aos objetivos propostos, às estratégias utilizadas e aos recursos alocados”* (p.9). Os conhecimentos, atitudes e práticas da população a quem se destinam às ações precisam ser medidas antes de qualquer intervenção, permitindo, assim, uma comparação posterior a fim de verificar se os objetivos foram alcançados e se as ações propostas foram realizadas conforme o esperado. A avaliação possui um caráter participativo, onde sujeitos como os promotores da intervenção, os comunicadores, os organismos patrocinadores e a própria população precisam estar envolvidos <sup>56</sup>.

Percebemos, em nossas entrevistas com os formuladores, uma legítima preocupação em embasar as informações veiculadas nos materiais em dados científicos e em experiências práticas dos participantes da rede de alimentação e nutrição, isto é, os materiais foram produzidos de uma forma cuidadosa, demorada, requerendo recursos muitas vezes escassos. Fica a dúvida: por que não agir com o mesmo rigor quanto à avaliação? Uma entrevistada faz para si a mesma pergunta:

*“Agora, como ela [a produção de materiais] tá ajudando? Que defeitos ele tem? Como ele pode ser re-trabalhado? Isso não é feito, a gente não tem nenhum conhecimento estruturado sobre isso, não que não seja importante”* (Entrevista 2).

É essencial incluir tal etapa no processo de produção de materiais informativos da PNAN para assim, ser possível diagnosticar o seu alcance, se os seus objetivos propostos estão sendo atingidos e mais, até onde vale a pena continuar investindo

recursos financeiros e humanos nesse tipo de mídia informativa. Quando há alguma reavaliação, tal iniciativa parte de profissionais que estão na gestão de políticas públicas ou da própria área técnica que formulou o material e não da população que está utilizando o material.

*“A gente teve uma experiência agora que foi revisão de um passo do Guia da Criança, acho que o quarto passo, que veio uma demanda que foi interna do Ministério, que foi a da Saúde da Criança e que a gente se sensibilizou e acha que tem razão e daí a gente mudou e informou pra rede, fez uma consulta pra rede. Então, assim, não vem [demandas do público destinatário]. Na verdade a gente não tem feedback de estado e município quanto ao material. É isso que eu to te falando, o feedback que a gente tem é que são materiais que são muito importantes, que são bons, né, mas a gente tem várias questões. A gente sabe que o material Guia [da criança] é um material que ta muito infantilizado, o layout, mas são concepções nossas, a gente não tem ninguém que chegue pra gente e diga: ‘olha, esse material não ta legal, ta mal escrito, ‘cês podem melhorar nisso’. A gente não tem, isso é uma concepção nossa” (Entrevista 3).*

Especificamente no caso do Guia Alimentar para a População Brasileira que contém informação para diferentes públicos, uma das entrevistadas lembrou que apesar de ter havido um cuidado na formulação das mensagens destinadas às famílias, para que as mesmas fossem claras e compreensíveis, a possibilidade de não entendimento é, segundo sua opinião, grande. Assim, reconhece a necessidade de reformulação de tais mensagens, mesmo partindo desse reconhecimento de um sentimento de dentro da área técnica e não dos usuários do Guia, mais uma vez mostrando que a fase de avaliação com participação do público para quem se destinam as mensagens não é algo realizado:

*“Entrevistada 4: O Guia já teve uma peculiaridade, já foram feitas mensagens que pudessem ser aproveitadas [para diversos públicos e não somente para profissionais de saúde], né.(...) Então o Guia teve essa preocupação de já incorporar*

*recomendações específicas pra família, já com um linguajar mais apropriado, mas a medida que a gente também vai conhecendo, a gente vê que ainda precisa traduzir, traduzir e re-traduzir aquilo, né”*

*Entrevistador: Agora, esse diagnóstico é de vocês, da área técnica...*

*Entrevistada 4: É nosso.*

*Entrevistador: Vocês ainda não tiveram nenhuma resposta de usuários, de grupo...*

*Entrevistada 4: Não, o que a gente tem sempre são muito elogiosos, a gente recebe muitos elogios com relação ao material. Agora a gente não tem uma avaliação crítica sobre o uso desse material, nenhuma avaliação metodologicamente feita sobre a correta utilização e a incorporação na prática de saúde”.*

Ainda usando o exemplo do Guia Alimentar da População Brasileira, terminamos com uma fala desta mesma entrevistada, onde ela traduz a grandiosa tarefa esperada pelos materiais informativos:

*“Eu acho que a questão da promoção, ela cabe as duas questões, né, a qualificação do profissional e a população. O risco de você trabalhar diretamente com a população é que fica parecendo uma atribuição da população só, por si só, ela resolver o problema de saúde dela. Como se ela fosse... é aquela história assim: ‘ah, você num pode comer alimentos ricos em gordura, refrigerantes’, mas a cada esquina que ela vai ela só encontra aquilo, ela entra na escola e só vai ter aquilo, entendeu? Quer dizer, vai parecer que ela é responsável sozinha, isolada por essa coisa. Então, quer dizer, cabe as duas coisas de você alertar que aquilo está errado, mas que existe uma ação pública que precisa ser feito na produção de um ambiente que seja mais saudável e de um profissional que saiba olhar aquilo e interpretar de forma mais saudável. Então eu acho que a questão da comunicação com a*

*população, sempre é a nossa preocupação e talvez aí até essa dificuldade de fazer esses instrumentos, é naquilo de fazer uma política que não coloque a responsabilidade única, individual ou a culpa da falta de saúde num comportamento que a população possa vir a ter. Eu acho que esse é um ponto que precisa ta casado, entendeu, precisa que o profissional diga, precisa que o profissional saiba, precisa que a população esteja informada e precisa que o ambiente que ela viva tenha condições dela se movimentar ou de reivindicar esse direito de ter mais saúde através de um alimento que tenha uma informação correta, através do profissional que vai dar a informação correta a ela, porque alguma coisa ela sabe, enfim, de várias estratégias. Então eu vejo que tem essa dimensão'*  
(Entrevista 4).

Nessa fala é possível percebermos a preocupação legítima em não culpabilizar somente a população por suas práticas alimentares errôneas, havendo um genuíno interesse em responsabilizar os diversos atores envolvidos nesse complexo contexto que é a alimentação a nutrição. No entanto, espera-se muito de um material informativo, afinal acredita-se que ele irá:

1. instrumentalizar os profissionais de saúde da atenção básica do SUS, capacitando-os quanto a esse assunto tão fundamental para manutenção da saúde e prevenção das doenças que é a promoção de práticas alimentares saudáveis a fim de que possam orientar a população na escolha por alimentares mais saudáveis;
2. empoderar a população usuária desse serviço de saúde através da informação;
3. e, por fim, incluir e responsabilizar toda a sociedade civil - setor industrial e produtivo, outras áreas do governo, organizações não governamentais - na decisão de promover escolhas de estilo de vida mais saudáveis.

Todas essas expectativas, depositadas numa crença da capacidade transformadora dos materiais informativos, necessitam ser avaliadas. E isso só será possível, incluindo tal etapa – a avaliação - no processo de construção dos materiais.

### **III.3 – AVALIAÇÃO DO MATERIAL JUNTO A UM GRUPO DE USUÁRIOS**

A última etapa do trabalho de campo do presente estudo consistiu na realização de três grupos focais junto a Agentes Comunitários de Saúde (AC) e enfermeiras da Estratégia da Saúde da Família (ESF) do município de Mesquita, RJ, município de médio porte localizado na Baixada Fluminense.

O uso de grupos focais para a avaliação de materiais educativos vem sendo indicado, há muito, por vários autores <sup>103,104,105,106</sup>. Esses autores apontam como principais vantagens: a) a possibilidade de interação entre os participantes no momento do grupo, conformando novas categorias de análise; b) a confrontação de idéias, muitas vezes opostas, levando o grupo a consolidar uma tomada de posição frente ao problema em questão; e c) tirar o foco do nível pessoal, facilitando que os participantes tragam suas opiniões como membros de um grupo, minimizando assim o receio de que outros façam juízo de valores. Por estes motivos, optamos por avaliar os materiais junto aos usuários através de técnicas de grupos focais.

#### **III.3.1 – O uso de materiais em ações de educação em saúde**

Para Glanz & Rudd <sup>107</sup> uma das explicações para o grande uso de materiais impressos em práticas de saúde é que mesmo a melhor comunicação oral pode causar esquecimento ou mal entendido, assim, reforça-se por escrito, o que foi comunicado oralmente. Os agentes participantes dos grupos focais corroboraram com tal afirmação, pois, todos, sem exceção defenderam a necessidade de se ter algo escrito para lembrar o que foi dito. Para eles, os materiais impressos sobre alimentação e nutrição representam uma forma de reforçar orientações discutidas tanto nas práticas realizadas nas unidades de saúde quanto nas visitas domiciliares. É uma forma de não deixar a fala cair no esquecimento.

No entanto, foi apontado que a presença do profissional de saúde é essencial para ajudar o usuário a compreender melhor o que está escrito, ou seja, para os participantes, um não funciona sem o outro. Tanto as orientações orais devem ser reforçadas por um texto impresso, quanto este texto impresso não deve ser auto-explicativo, prescindindo de um profissional que atue como facilitador na busca pela compreensão do que está sendo transmitido ou para responder dúvidas que poderão surgir.

Os agentes justificam tal fato pela constatação empírica de que a população atendida por eles, caracterizada por baixa escolaridade, apresenta dificuldade de leitura. Sobre esse aspecto, é importante considerarmos que mesmo um indivíduo alfabetizado

pode ter dificuldades para compreender as mensagens transmitidas por um impresso informativo, no caso de uma pessoa analfabeta ou analfabeta funcional, o processo comunicativo mediado por texto escrito seria mais complicado ainda. A habilidade de leitura pode estar comprometida nas comunicações de saúde em virtude de seu caráter técnico, exigindo, algumas vezes, até o nível universitário para sua compreensão plena.

Ao mesmo tempo em que os agentes consideram os materiais impressos como instrumentos necessários às suas práticas cotidianas, também admitem que a população atendida por eles não compreende muito bem o que lê. Como solução possível para melhorar o processo comunicativo, os participantes da pesquisa sugerem “*entrar um pouco mais no nível da pessoa*” (ACS 15) através da utilização de diferentes formas de material em diferentes momentos diferentes da ação, abordando-se o mesmo tema. É o que discutiremos a seguir.

### **III.3.2 – A adequação de diferentes mídias e formas a diferentes momentos do processo educativo**

O uso de materiais de alimentação e nutrição foi citado pelos participantes dos grupos focais como sendo utilizado em três momentos diferentes: (1) capacitação dos próprios agentes de saúde a fim de aumentar seu conhecimento; (2) atuação dos agentes de saúde junto à população nas visitas domiciliares e (3) atuação dos agentes de saúde junto à população nas salas de espera. Eles acreditam ser possível discutir-se um mesmo tema nesses três momentos, porém são unânimes em defender que os materiais impressos precisam estar adequados a população destinatária no que diz respeito ao tipo de mídia, o conteúdo, a linguagem e ilustrações utilizadas.

Ainda sobre a forma, os participantes acordaram que em se tratando de um conhecimento a ser transmitido para eles, o ideal seria uma cartilha ou apostila onde estivessem abordados os problemas nutricionais mais comumente encontrados na região, privilegiando todos os ciclos da vida, desde a criança que amamenta exclusivamente até a nutrição do idoso e as principais estratégias de enfrentamento. Esse tipo de mídia foi considerado ideal por propiciar um aprendizado e permitir uma pesquisa rápida em um momento de dúvida e de insegurança acerca da questão alimentar e nutricional. Na concepção dos participantes, primeiro eles precisam aprender para depois passar o que aprenderam à comunidade. Vejamos as falas abaixo:

*“Pra ter o conhecimento, pra gente ter certeza do que tá falando. Porque às vezes a gente fica meio inseguro. Primeiro eu tinha que aprender”* (ACS 9).

*“Nutrição tem muita coisa ainda que a gente não aprendeu. Então não tem como a gente passar [para o usuário]”*. (ACS 3)

*“O material impresso é pra ter uma base no que a gente tá falando. O que eu to falando é uma coisa estudada, pesquisada”*. (ACS 20)

Interessante perceber que para os agentes, os materiais impressos de alimentação e nutrição destinados a eles devem atender a difícil tarefa de apresentar um conteúdo conciso e completo ao mesmo tempo, com uma linguagem clara, objetiva e direta. No entanto, afirmam ser fundamental a presença do profissional nutricionista para ‘dar uma explicação’ sobre o assunto abordado. Eles defendem a necessidade de serem constantemente capacitados para um assunto – como a alimentação e sua relação com a saúde - que eles mesmos desconhecem e que está longe de ser senso comum. Reconhecem que mesmo os temas mais difíceis ou o uso de termos técnicos / ícones científicas, quando discutidos em reuniões com os nutricionistas, tornavam-se fáceis de serem compreendidos e assim, a cartilha ou apostila poderiam ficar como um material de apoio, a fim de auxiliar quando o profissional não estiver por perto:

*“Quem faz o material deveria pensar pra quem está fazendo. Porque eu sei e se fizer pra mim, isso aqui tá maravilhosos, porque eu entendo. Se eu to fazendo pra uma cultura que não conhece, então eu tenho que procurar saber qual linguagem que ela conhece. Porque é muito fácil pra quem sabe fazer, ele vai fazer, vai saber e vai ler. Pra quem eu estou fazendo: sabe ler? Sabe entender? Saber conhecer? Essa é a diferença, acho que na hora de construir eu tenho que descobrir qual é o alvo que eu quero atingir. Porque não vai adiantar nada eu criar um gráfico que uma nutricionista formada de terceiro grau vai ser acompanhada por um agente de segundo grau. Antigamente, um agente não tinha nem a*



*quarta série primária. E aí, um material desse foi criado pra aquele agente?”.* (ACS 4)

Vários dos participantes dos três grupos concordaram ser difícil promover mudanças de hábitos alimentares. Para que eles enquanto agentes de saúde, seria necessário prepará-los para tal empreitada, fazendo-se capacitações constantes, onde pudessem não apenas aprender mais como aprender como ‘passar adiante’ o conhecimento para a comunidade de sua micro-área. Nas palavras do ACS 12:

*“Ensinar alguém a se alimentar bem é muito complicado. Por causa dessas coisas mesmo: costumes, hábitos, falta de informação. Complicado ensinar a alguém a se alimentar direito, a se alimentar bem, a aproveitar bem os alimentos. É difícil a linguagem, como passar isso para as pessoas. É complicado”.*

Um dos agentes sugeriu uma secção específica de como transformar as recomendações em práticas possíveis de serem executadas no dia-a-dia pela população atendida. Aliás, a implementação dessas recomendações foi considerada problemática pelos agentes em virtude da carência generalizada da comunidade atendida pela estratégia saúde da família.

A escolha dos meios e dos materiais de apoio precisa levar em conta uma série de critérios, sendo o custo um dos principais determinantes quando o recurso financeiro é escasso. Numa outra situação, em intervenções com recursos financeiros não tão limitantes e onde se deseja efeitos em longo prazo, os meios que prolonguem a duração da mensagem no tempo são priorizados<sup>56</sup>. O acesso pelo público ao material de apoio também não pode ser desconsiderado, afinal, um texto escrito terá seu alcance definido em parte pelo grau de alfabetização da população e sua habilidade com a leitura<sup>88</sup>.

Também é importante analisar o quanto o meio escolhido permite a participação da comunidade. Para o aprendizado em alimentação e nutrição os melhores meios e métodos são aqueles que permitem um contato próximo entre educador e educando, tais como debates, entrevistas, representações teatrais e aplicações práticas de técnicas dietéticas. Nesses casos, o educador poderá prestar informações quando solicitado. Por outro lado, as conferências, os filmes, os folhetos, cartilhas, anúncios de rádio e artigos

partem do princípio de que o leitor entendeu tudo o que foi dito e/ou lido e que, conseqüentemente, aquilo se traduzirá nas suas novas condutas <sup>23</sup>.

De acordo com a FAO <sup>56</sup>, o material impresso quando associado com a comunicação verbal é consideravelmente efetivo para a aquisição de conhecimento<sup>(1)</sup> e fatos relacionados com a educação nutricional. Já para formação de atitudes, apresentaria apenas um efeito moderado. Por seu lado, a televisão seria mais efetiva para promover mudanças de atitudes<sup>(2)</sup> concernentes à alimentação.

Ao se comparar a efetividade de determinados meios de comunicação em atingir diferentes públicos, são considerados como sendo muito efetivos: a televisão quando utilizada para população urbana e o teatro popular quando utilizado para população rural, agentes de saúde<sup>(3)</sup> e escolares. Os folhetos, como meio de comunicação interpessoal, provocam grande interesse apenas nos agentes e nos escolares. E líderes locais são mais sensibilizados pela circulação de boletins informativos, reuniões e programas de rádio.

Na verdade, o que se observa em programas educativos bem sucedidos é a utilização de multimeios, associando-se os meios presentes na comunicação interpessoal com aqueles da comunicação de massa. De qualquer forma, antes de se decidir por qual tipo de meios ou materiais serão utilizados é fundamental testar previamente as mensagens - ensaio prévio ou teste piloto - com algumas pessoas da comunidade onde será efetuada a intervenção, onde técnicas como a de grupos focais ou entrevistas em profundidade poderão ser usadas. Essa importante etapa contribuirá não apenas para definir a seleção dos meios e materiais de apoio que melhor se aplicarão em determinada realidade como também possibilitará a elaboração de um conteúdo mais adequado para as mensagens <sup>56</sup>.

Experiência promissora pode ser exemplificada pela elaboração de um material informativo sobre os problemas e questões relacionadas ao trabalho cotidiano de merendeiras e serventes da rede pública do Estado do Rio de Janeiro <sup>108</sup>. A participação conjunta entre pesquisadores, estudantes de um curso de especialização e trabalhadores aconteceu desde a escolha dos conteúdos abordados, passando pelo meio de comunicação utilizado até a decisão do formato do impresso. Para as autoras, a construção conjunta do mural tornou possível uma ação educativa transformadora da realidade, pois, buscou-se a troca de experiências e informações, onde as experiências cotidianas de vida e de trabalho funcionaram como fonte de conhecimento e os temas abordados foram problematizados <sup>108</sup>.

E apesar de não existir uma fórmula única para uma mensagem sensibilizar o público para o qual ela foi destinada, no entanto, alguns itens devem ser levados em consideração como a linguagem usada nos textos. Primeiro, os formuladores dos materiais deverão considerar o nível de escolaridade do público para quem eles se destinam, preocupando-se em escrever textos claros e compreensíveis. Uma determinada comunidade vai compreender melhor uma mensagem se a linguagem adotada contiver palavras que lhe sejam familiares, de seu uso habitual.

O excesso de informação, com frases com muitos conectivos e parágrafos grandes, é outro fator a ser levado em consideração, uma vez que podem diminuir a atenção despertada pelo material <sup>56</sup>. Públicos com baixo nível de escolaridade têm maior dificuldade de realizar abstrações, de entender ícones comuns à ciência, assim, sugere-se que exemplos concretos de idéias abstratas sejam utilizados, além de adaptar o conteúdo à realidade experimentada pelo leitor. Tal afirmação pode ser corroborada por Peres e colaboradores <sup>89</sup> que, ao investigarem a comunicação relacionada ao uso de agrotóxicos em uma região agrícola do estado do Rio de Janeiro, mostraram as dificuldades encontradas pelos agricultores em compreender a linguagem técnica empregada nos rótulos de agrotóxicos.

Zaltman e colaboradores <sup>109</sup> em um estudo realizado nos anos de 1970, já reforçavam que o nível de educação formal é determinante para a escolha do meio de comunicação utilizado pelo público e para a compreensão das informações veiculadas. Nesse estudo, encontraram uma relação positiva entre escolaridade e exposição a diferentes meios de comunicação, ou seja, quanto mais tempo de estudo formal a população possuía, maiores eram as chances de acesso às informações acerca da saúde através do rádio, da televisão e da leitura de periódicos.

Apesar dos autores defenderem a importância do uso conjunto dessas diversas mídias, tinham dúvidas sobre o alcance desses meios para fins educativos àquelas pessoas que mais necessitariam. Para eles, o rádio seria um bom difusor de mensagens informativas sobre a saúde, especialmente para públicos de baixa escolaridade, podendo ser utilizado para atividades de educação em saúde <sup>109</sup>. No Brasil, nos dias atuais, o rádio poderia ser usado como importante meio de comunicação, já que diversos estudos demonstraram a pouca efetividade de materiais impressos em ações educativas em saúde <sup>59,60</sup>.

Alguns estudos <sup>77,110</sup> defendem o uso do rádio como instrumento midiático de massas em campanhas sanitárias empreendidas por políticas públicas de saúde, sendo particularmente útil para programas de alimentação e nutrição. Rodrigues &

Vasconcelos <sup>110</sup> resgatam registros do uso do rádio por sanitaristas brasileiros já nas primeiras décadas do século XX, com a pretensão de melhorar o hábito alimentar da população do país e, ao mesmo tempo, contribuir com a economia brasileira ao estimular o consumo de um produto produzido em abundância. Citam como exemplo um caso bastante curioso nos idos anos de 1940, onde o médico higienista, Geraldo Horácio de Paula e Souza, pronunciou uma palestra radiofônica na Radio Educadora Paulista, para estimular o consumo de alimentos nacionais, de bom valor nutritivo e acessíveis economicamente, como a laranja. Esse episódio teve tanta repercussão no país e resultou em um enorme consumo da fruta que ficou conhecido como a Campanha da Laranja, tendo recebido apoio até mesmo do Ministério da Agricultura.

Bastante compreensível quando situamos o fato aos acontecimentos mundiais, afinal em 1940 desenvolvia-se a Segunda Guerra Mundial, o que dificultava o escoamento da laranja para o mercado europeu, e apesar da palestra proferida não ter a intenção primeira de encontrar um canal alternativo para o consumo desse alimento, acabou por representar, ao mesmo tempo, uma campanha informativa para melhorar hábitos alimentares e um ato de patriotismo dos brasileiros <sup>110</sup>.

Nos tempos atuais, a CGPAN também lança mão desse tipo de mídia, creditando ao rádio o poder de ser uma tecnologia de comunicação de massas bastante popular e disponível, conseguindo atingir uma grande parcela da população, de diversas faixas etárias, estilo de vida e classes sociais. Assim, o Ministério da Saúde em parceria com a Radio Câmara e a Unicef vem produzindo programas sobre alimentação e nutrição saudável. Tais informações são conhecidas por *spots*, e são disponibilizadas em formato de MP3 para serem reproduzidas em serviços de auto-falantes, rádios comunitárias e instituições que assim o desejarem.

### **III.3.3. Os desafios de utilizar materiais impressos junto à população**

Em relação a melhor forma de apresentação dos impressos destinados a população em geral, os agentes apontaram diferenças que devem ser observadas em três momentos distintos: as visitas domiciliares; as ações de saúde realizadas nas unidades básicas, como as salas de espera e as ações de saúde realizadas em encontros com a comunidade em locais como igreja, escola, creches ou salões de eventos.

O folheto, na opinião dos participantes, é a forma que funciona melhor nas ações de saúde realizadas nas visitas domiciliares, especialmente pela praticidade, pois tem um tamanho – normalmente, uma única folha – que permite que eles “*não carreguem muito papel*” (ACS 3).

Já nas salas de espera, a mídia mais citada como sendo funcional para esse momento é o álbum seriado, material também utilizado em atividades em creches, escola ou localidades das micro-áreas atendidas pela estratégia saúde da família. Para os agentes, o álbum seriado é uma forma de transformar a ‘espera’ por um atendimento em algo produtivo, promovendo uma integração maior com o usuário e as atividades desenvolvidas na unidade. Os cartazes também foram citados como materiais que possivelmente chamam a atenção dos usuários das unidades de saúde.

Sobre o conteúdo dos folhetos, álbuns seriados e cartazes, os agentes sugerem que temas presentes no dia-a-dia da comunidade sejam privilegiados a fim de aumentar o interesse do público. Curiosamente, apesar de haver uma anuência dos participantes sobre a baixa escolaridade e dificuldade de leitura da população atendida por eles, defenderam que os materiais impressos de alimentação e nutrição destinados a esse público devem conter não apenas ilustrações - fotos ou desenhos -, mas também um texto explicativo resumido e direto, onde a linguagem utilizada deverá ser simples, popular, sem, no entanto, constar gírias ou palavras ofensivas. Para os agentes, a informação é ‘absorvida’ mais facilmente pelos usuários se junto à fala estiver presente a demonstração, como fotografias ou desenhos. Sugerem para esse tipo de material a presença de ilustrações que chamem a atenção do público, sem serem agressivas.

Mesmo quando apresentar um pequeno texto escrito, os agentes acreditam que o cartaz pode e deve atingir as pessoas que não saibam ler, precisando para isso *“falar por si”* (ACS 15). Para eles, tanto o texto escrito quanto as ilustrações são importantes em um material. Outro agente complementa:

*“Tem que ter uma coisa visual, não só o escrito. Porque no caso de uma pessoa que não sabe ler, não vai ler”*. (ACS 13)

Um dos agentes contrapôs que até os cartazes com imagens chamativas, podem não interessar os usuários alfabetizados, pois mesmo quem sabe ler pode não ter o hábito de leitura:

*“A população é uma população carente de orientação, de instrução, de educação. Então, muitos nem gostam de ler. (...) para que eles se interessem [pelo assunto abordado no material] e até pra ver as ilustrações, é complicado”*. (ACS 8)

Nesse momento, dão exemplo sobre os cartazes afixados nas unidades que tratam da gripe H1N1, suas formas de contaminação e prevenção, inclusive abordando as datas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para os diversos públicos a serem vacinados. Esses cartazes dos quais os agentes usam como exemplos estão no formato de folha A4, com letra tamanho 12, sem qualquer ilustração, nas cores preto e branco. Eles relatam ter certeza de que a população não leu o cartaz, pois buscam as informações sobre a referida gripe com eles, os agentes. Outro exemplo relatado da ineficácia desse tipo de informativo impresso diz respeito às cartas recebidas pelos beneficiados com o programa Bolsa Alimentação convocando para o acompanhamento. A população vai até a unidade sem ter lido a carta, mesmo aqueles que já realizaram o acompanhamento retornam a unidade e procuram os agentes para saber o que está escrito naquele pedaço de papel.

O contraponto é dado pelos cartazes da hanseníase, material que tem texto escrito e fotos ilustrando as manchas que podem ocorrer na pele do doente. Para os agentes, tais fotos são consideradas elucidativas e não ofensivas. Na percepção deles, depois da campanha da hanseníase, a população ficou mais atenta a quaisquer alterações na pele, tendo mesmo aumentado a procura pelo atendimento dermatológico.

Nas palavras do ACS 7:

*“ele [material da gripe H1N1] só tem escrito, está em preto e branco, que isso também não atrai nada. Já o da hanseníase, com muitas ilustrações das manchas encontradas na doença, além de um pequeno texto explicativo e com cores chamativas. Agora, se tivesse só as fotos da mancha, o usuário não saberia do que se trata”.*

Como vimos anteriormente, materiais impressos a serem utilizados numa prática educativa precisam, necessariamente, ter uma linguagem e formato adequados a capacidade de compreensão e interpretação da população para quem se destinam. Antes de tudo, precisam ser claros. A clareza do texto diz respeito, principalmente, ao uso de longas sentenças, de abstrações e de termos técnicos<sup>88</sup>.

Para Pimenta e colaboradores<sup>99</sup>, ao analisarem vídeos sobre leishmaniose, tecem críticas a lógica prescritiva vigente na produção desse tipo de mídia, onde a receita ‘do que deve e não deve ser feito’ não incorpora os fatores sociais ou culturais relativos à doença, havendo um distanciamento da realidade. Também ponderam que quando os

órgãos oficiais produzem materiais educativos de saúde utilizando informações simplificadas destinadas à população leiga, acaba por banalizá-las e desqualificá-las, pois não consideram o papel de cidadão crítico tanto do personagem quanto do espectador do vídeo. As autoras alertam para o atual desgaste dos modelos hegemônicos utilizados na representação das doenças e do corpo no campo da educação em saúde, defendendo a necessidade de repensarmos novas abordagens estéticas e metodológicas, próximas ao campo da antropologia da saúde e da antropologia visual:

*“Precisamos favorecer um questionamento produtivo e crítico da prática de representar os ‘Outros’ por meio de imagens (...) Tanto do ponto de vista da forma como do conteúdo (do texto e das imagens), a avaliação e o desenvolvimento de materiais educativos devem promover o diálogo entre diversas áreas das ciências humanas e artes, encorajando o espírito crítico – explicitando como certos discursos e representações negativas e acríticas podem apenas reproduzir ideologias, posturas e sistemas hegemônicos discursivos da nossa realidade”* (Pimenta et al 2006:107-8)

#### **III.3.4 – Os desafios de implementar as orientações contidas no material: do prescrito ao real**

As recomendações contidas nos materiais de alimentação e nutrição precisam ser adequadas a fim de se tornarem aplicáveis no dia-a-dia do trabalho na comunidade. No entanto, tal fato não é encarado de maneira negativa. Os participantes concordam que o material nacional deve ser apenas um, afinal, não tem como o gestor nacional pensar em orientações por escrito que atenda a todas as equipes de estratégia da família existentes no Brasil. No entanto, defendem a necessidade de se construir instrumentos que atendam a realidade da micro-área aonde eles trabalham, adaptando aquela informação nacional para a realidade local. Uma forma de se planejar como implementar localmente uma ação recomendada nacionalmente poderiam ser as discussões promovidas nas capacitações ou educação continuada.

Uma das recomendações consideradas difíceis de serem implementadas diz respeito ao uso de água filtrada, afinal, os agentes convivem com uma realidade onde os usuários muitas vezes não têm água disponível em casa. Sobre esse ponto, ACS 4 discursa com muita propriedade: *“Tem algumas [recomendações] que são surreais e*

*outras a gente tenta adequar. (...) Lavar alimentos com água limpa se o pessoal não tem nem água disponível em casa*". Nessas capacitações, uma das soluções encontradas para a falta de acesso a água filtrada foi construir um filtro de garrafa de plástico.

Interessante pontuar que os agentes percebem ser esse problema algo que ultrapassa a responsabilidade e o alcance do material impresso, reconhecendo esse entrave como pertencente ao âmbito de outras instâncias, como por exemplo, o saneamento básico.

Através das falas dos participantes dos grupos focais, podemos perceber que para eles, os materiais impressos não representam um fim para mudança nos hábitos alimentares, mas um meio. Para ACS 2 *“A questão da alimentação é educação e é persistência (...) como toda educação pra qualquer coisa*”. A alimentação foi identificada como uma questão culturalmente arraigada, difícil de ser mudada de uma hora para outra.

Contento e colaboradores<sup>111</sup> apontam uma ampla gama de medidas que tem sido utilizadas para avaliar a eficácia da educação nutricional. Segundo os autores, conhecimento, atitudes e comportamento alimentar são amplamente utilizados como medidas avaliativas das intervenções nutricionais destinadas a crianças pré-escolares, escolares e adultos, sendo menos comum em lactantes.

Métodos que avaliam consumo alimentar, tais como recordatório de 24 horas ou de 3-7 dias, registros de frequência são também usados para avaliar ingestão de determinado nutriente ou grupos de nutrientes como indicadores de adequação nutricional. A escolha do que avaliar vai depender da finalidade, da duração e do poder de intervenção, além do mais, os instrumentos utilizados na avaliação deverão ser validados e serem confiáveis em relação às características da audiência a quem se destina.

Para Sahyoun e colaboradores<sup>25</sup>, as estratégias relacionadas à nutrição cujas ações de intervenção estejam apoiadas apenas em mudanças de comportamento de caráter individual não são efetivas; é necessária uma abordagem mais ampla, que incluam também proposições para a família, o ambiente (social, principalmente) e o trabalho. Segundo esses autores, o limitado sucesso das estratégias utilizadas para mudança de comportamento alimentar de indivíduos pode ser superado com um olhar sobre alguns componentes – individuais e ambientais – os quais se mostram potencialmente determinantes para um resultado positivo das ações propostas: a) no nível individual, intervenções com as seguintes características apresentam maior probabilidade de resultados bem sucedidos: mensagens de recomendações alimentares



em número limitado, simples, possíveis de ser colocadas em prática e direcionadas a necessidades específicas de determinados grupos; contato regular entre participantes e profissionais de saúde; b) no nível coletivo, a existência de apoio social que facilite a tomada de decisão para escolhas de estilos de vida mais saudáveis também se mostra associada a bons resultados em programas de nutrição.

Além do mais, os autores apontam, ainda, para a existência de um processo interativo com a possibilidade de constante revisão dos objetivos e avaliação das metas pelos participantes, fato este fundamental para uma maior efetividade de qualquer programa em longo prazo<sup>25</sup>.

O caminho que os agentes percorrem para transformar o conhecimento em nutrição em práticas alimentares saudáveis é a aproximação com a população. O agente se reconhece naquela população atendida. O saber construído no ambiente do trabalho é transposto para o ambiente em que ele próprio e, também o usuário, habitam.

Quando perguntados como discutem as recomendações dos 10 passos para uma alimentação saudável, relatam que fazem isso de uma forma prática, usando exemplos de sua vida mesmo, onde, por diversos momentos, estão convivendo com os usuários atendidos não apenas como agentes, mas também como vizinhos e amigos. O tema da alimentação saudável é abordado com uma dona de casa ao aceitar um cafezinho e notar a quantidade de açúcar usado ou observar a quantidade de óleo na preparação do almoço:

***“Eu trato meus usuários como se eles fossem alguém da minha família. Muitas vezes eu to na hora do almoço na casa de um usuário. Até almoço lá, café, lanche... dependendo da hora (...). e a gente vai vendo que eles tão fazendo alguma coisa de errado (...), aí eu explico”.*** (ACS 10)

A intimidade permite que o agente intervenha, até mesmo ao invadir o espaço-casa da usuária e mostrar qual seria a medida adequada para o açúcar ou óleo.

As orientações ainda acontecem através de relatos pessoais que colocam os agentes na realidade vivenciada pelos usuários. Uma agente conta quando convenceu uma usuária lactante a amamentar exclusivamente seu bebê ao peito até os seis meses ao relatar suas próprias dificuldades e recompensas enfrentadas ao passar por situação com seu filho. Essa agente disse reconhecer que alimentos formulados eram mais práticos, mas que seu leite havia permitido que seu filho se desenvolvesse muito bem.

Mesmo quando os agentes são confrontados com argumentos difíceis de serem quebrados do tipo ‘mais eu sempre fiz assim’ ou ‘minha avó, minha mãe sempre fez assim’, eles não se abatem e se usam como exemplos, ou seja, concordam que também pensavam assim, mas mudaram de idéia com o que aprenderam no trabalho. Defendem que certas informações, mesmo tendo vindo de alguém muito confiável com um familiar, poderão não ajudar a saúde. Essas estratégias desenvolvidas pelos agentes não estão presentes nos manuais técnicos sobre alimentação e nutrição.

### **III.3.5 – Contextualizando o processo de produção e uso de materiais sobre alimentação e nutrição**

A necessidade da participação da população em ações educativas em nutrição e o conhecimento e respeito ao componente afetivo de suas escolhas alimentares não é assunto recente. Em 1960, no Brasil e 1961, no México foram realizados seminários cujo tema era Educação em Nutrição. Na publicação do relatório final <sup>112</sup> as conclusões que tratam dos princípios, métodos e meios da educação em nutrição apontam recomendações ainda hoje bastante pertinentes como, por exemplo, falam da relevância do educador compreender os problemas da comunidade e de utilizar métodos para educação em nutrição que respeitassem as características das pessoas e do local, considerando o grau de percepção, interesse, valores, motivos e organização social da região. Torna clara a responsabilidade dos educadores em estimular o consumo de alimentos regionais nutritivos e acessíveis economicamente para as famílias, especialmente para as crianças. Em relação aos materiais audiovisuais, há uma recomendação de que sejam produzidos em articulação com todos os participantes da ação educativa – educadores e população -, sendo adaptados a cada realidade e, preferivelmente, produzidos em nível local se os recursos e as condições o permitirem.

Apesar de passados quase 50 anos desde a publicação desse relatório, suas recomendações acerca das ações intervencionistas em alimentação e nutrição no país não são completamente cumpridas. Sem querer desconsiderar todos os avanços do campo da educação nutricional conquistados desde os anos de 1940 - tempos em que as Visitadoras de Alimentação adentravam os lares dos brasileiros, impondo regras sobre o corretismo alimentar -, nos atrevemos a dizer que, ainda nos dias de hoje, as informações contidas em materiais impressos de alimentação e nutrição são, na grande maioria das vezes, definidas pela voz dos especialistas, onde a participação da população se restringe a receber o material distribuído e transformar tais diretivas em comportamentos.

Através das entrevistas dos formuladores dos materiais produzidos pela PNAN pudemos entender todo o processo de construção dos informativos, desde a etapa de definição sobre os temas abordados – aqueles mais prementes para a saúde pública e/ou acordados entre os pares em encontros anuais da área técnica de alimentação e nutrição, estando sempre respaldados por bibliografia nacional e internacional mais atualizada –, até a distribuição do produto finalizado. As informantes foram muito claras ao nos relatar como a elaboração da própria PNAN e, por conseguinte, dos materiais, era algo representativo de uma luta para manter a temática da alimentação e nutrição nas discussões da agenda política do país. Elas nos afirmaram acreditar nos materiais não um fim e, sim, como um meio para a ação educativa, cujo objetivo maior é capacitar os profissionais de saúde da atenção básica a fim de que eles possam informar sobre alimentação saudável a população usuária do SUS.

Com a análise qualitativa de 20 materiais produzidos pela PNAN por parte de três avaliadores – todos os três são profissionais da saúde, portanto, representantes do público destinatário desses materiais –, pudemos apontar uma análise positiva no que tange alguns itens, tais como: correção das informações veiculadas, atualidade da bibliografia pesquisada e da importância dos temas abordados. Ou seja, do ponto de vista técnico da ciência da nutrição, os materiais são cuidadosamente elaborados.

No entanto, no que diz respeito a linguagem e o tipo de formato utilizado nos materiais, houve discordâncias – particularmente dos dois avaliadores que não são nutricionistas - sobre a adequação aos grupos destinatários das mensagens. Esses dois avaliadores tiveram dificuldades em compreender alguns termos presentes no texto que apontaram como “*jargões da nutrição*” (avaliador 3), “*termos técnicos da nutrição*” (avaliador 2).

Aqui, claramente, podemos confrontar os dados obtidos pelas entrevistas e pelas análises dos materiais pelos especialistas: os materiais são produzidos pela equipe técnica de alimentação e nutrição, na sua maioria, nutricionistas, assim, é fácil entender o motivo do avaliador nutricionista não ter encontrado dificuldades com os termos utilizados nos materiais ao contrário dos outros dois profissionais de saúde / avaliadores dos materiais. Duas formuladoras dos materiais (entrevista 1 e 2) já apontavam que alguns materiais possuem conteúdo ‘denso’.

Provavelmente, se a etapa de avaliação – especialmente a fase de pré-teste dos materiais aos grupos para quem se destina - fosse realizada, tal dificuldade poderia ser minimizada ao tentar-se adequar o conteúdo, a linguagem, o tamanho do material, o número de páginas e a qualidade das ilustrações, por exemplo.

Tal situação pode ainda ser agravada quando os materiais são destinados para profissionais da saúde sem formação acadêmica. Não pretendemos com essa afirmação dar a entender que é necessário possuir curso superior para compreender e usar os materiais informativos, muito pelo contrário. Acreditamos que os profissionais da atenção básica sem formação superior, como é o caso dos agentes de saúde, são parcerias fundamentais nas ações de promoção a saúde. Afinal, esses profissionais estão em contato freqüente e direto com a população usuária do SUS. No entanto, com a realização dos grupos focais com as equipes de agentes de saúde, percebemos que algumas mensagens não foram compreendidas. O lado positivo é que quando os pesquisadores explicavam o que aquela mensagem queria dizer, usando exemplos comuns ao dia-a-dia dos agentes, eles compreendiam a informação. Aqui, ousamos afirmar: não é a mensagem que estava errada ou o grupo destinatário dela que não tinha capacidade para compreendê-la, mas a mensagem que não estava clara, que não estava próxima do público a quem se destinava. Como muito bem disse um dos agentes participantes (ACS 8): *“primeiro a gente aprende, depois passa [para o usuário]”*.

Percebemos pelas falas das formuladoras das estratégias de informação da PNAN que as dificuldades estão presentes em todo o momento da produção a publicação dos materiais informativos: desde restrições orçamentárias, prazos apertados, falta de pessoal especializado em questões específicas do campo da comunicação até mesmo a ocorrência de fatalidades causadas pelo clima (por duas vezes a CGPAN perdeu milhares de exemplares de materiais por conta de duas chuvas que inundaram o depósito onde eles estavam guardados, prontos para serem distribuídos). Sem desconsiderar o esforço da equipe técnica em alimentação e nutrição, é necessário avançar na questão da avaliação. Mesmo porque, se há um trabalho tão minucioso por parte dos especialistas na elaboração dos materiais, tal cuidado deveria ser estendido ao se planejar e executar a etapa de avaliação destes materiais, com a participação do público a quem se destina, a fim de definir o seu alcance e reavaliar se tal investimento – recursos humanos e financeiros – estão sendo bem aplicados.

Por fim, finalizamos com um contundente relato de uma das entrevistadas, que resume muito bem a complexidade das ações necessárias para a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, onde o material funciona como um dispositivo auxiliar para tomada de decisões, desde que compreendamos sua mensagem:

*“Desde o começo das discussões das recomendações da promoção da alimentação saudável e da atividade física, essa*

*é a questão básica. Não adianta o Ministério fazer uma campanha: 'faça atividade física', se o cara não consegue andar no parque à noite que é mal iluminado, vai levar um tiro, vai ser assaltado, enfim, faça atividade aonde, entendeu? Quer dizer, qual é o espaço, qual é a segurança, qual é a intersetorialidade? Você precisa de um conjunto de ações pra que você realmente seja capaz, todas as pessoas terem acesso, não só aqueles que pagam uma academia, terem cesso a uma prática regular e saudável de atividade física. A mesma coisa é com o alimento, quer dizer: 'não coma isso, você não tome refrigerante', quando o custo de um refrigerante, de um pastel é um real e o custo de uma fruta sai dois ou três, se ele não vai ter a mesma satisfação. Quer dizer, são várias questões que precisam ser incorporadas nessas mensagens”*  
(Entrevista 4).

Mesmo que a produção do material respeite todas as etapas e seja feita de forma participativa – com inclusão do público a quem se destina – ele é uma pequena peça no grande processo de promoção de práticas alimentares saudáveis. Como material informativo, sua função é limitada a **transmitir a informação**. Para que tal informação se transforme em mudança – e não estamos falando de mudança de comportamentos, mas sim, mudanças ocasionadas pela conscientização e problematização de questões reais e concretas - um processo educativo mais amplo é imprescindível. Nele, a informação contida no material ganha significado à medida que é apropriada e trabalhada, de forma dialógica, entre os sujeitos envolvidos com a ação de construção de sentidos.

Como muito bem identificou a entrevistada, antes de apregoarmos a prática de atividade física, devemos dialogar com o sujeito: há a possibilidade de pagar por uma academia? Se não, é possível realizar atividade física perto de casa? Se não (por questões de falta de segurança, por exemplo) há algo sendo feito pelo poder público no que diz respeito à construção de espaços para a prática de esportes no bairro? Se não, como a população pode se organizar e reivindicar a construção de locais para prática de esportes, centros de convivência social?

### III. 4 - OS DESAFIOS RELACIONADOS À UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS INFORMATIVOS E EDUCATIVOS EM AÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL E EM SAÚDE

O questionamento sobre a eficiência garantida das ações educativas em alimentação e nutrição é uma discussão que tem se alongado por vários anos e ainda permanece bastante atual. Em um informe da FAO, da década de 1950 <sup>23</sup> admitia-se ser possível modificar hábitos alimentares através de programas educativos em nutrição. No entanto, o educador precisaria conhecer o real desejo e interesse da população, dando motivos e pretextos para sua participação nas atividades propostas.

Tal estratégia poderia ser utilizada em benefício de seus próprios fins, demonstrando a população que a mudança de hábitos alimentares é uma maneira de se conseguir o que deseja. E apesar dessas mudanças nas práticas alimentares não serem imediatas, elas são facilitadas quando a população observa uma relação favorável entre o esforço exigido e a vantagem obtida. Outros facilitadores para o sucesso das atividades seriam o envolvimento de um membro da comunidade na equipe de educadores e a participação maciça de jovens - menos agarrados às tradições – e tomar as decisões sobre o que fazer de forma coletiva, depois das questões terem sido amplamente discutidas tem mais chance de serem aplicadas <sup>23</sup>.

Corroborando com o pensamento presente nesse documento, Buss <sup>22</sup> aponta que a comunicação em saúde deve ser entendida para além de seu significado midiático *latu sensu*, mas sim como um fenômeno produtor de sentido social. É considerada um agente de mobilização social que, além de democratizar a informação, permite que a população defina sua própria conduta, individual ou coletivamente, adotando ou fortalecendo escolhas de bem-estar baseadas em valores culturais:

*“A informação, a educação e a comunicação interpessoal, assim como a comunicação de massas, através de diversas mídias, têm sido reconhecidas como ferramentas importantes que fazem parte da promoção da saúde de indivíduos e da comunidade. De fato, uma vez que a participação ativa e permanente da população é central no conceito e na prática da promoção da saúde, torna-se imprescindível a provisão de informações para o exercício da cidadania, assim como iniciativas do poder público nos campos da educação e da comunicação em saúde” (p. 180).*

A contribuição eficaz de impressos em favorecer escolhas alimentares mais saudáveis aos indivíduos tem sido questionada por alguns autores <sup>107,113,114</sup>. De qualquer forma, alguns pressupostos teórico-metodológicos devem ser respeitados durante o processo de elaboração de materiais informativos em alimentação e nutrição a fim de melhorar sua legibilidade, isto é, a facilidade de leitura e de compreensão da audiência para quem se destina.

#### **III.4.1 – A comunicação é específica**

Segundo Araújo <sup>98</sup>, num processo comunicativo, estratégias distintas de comunicação devem ser planejadas para grupos sociais distintos. O desrespeito a tal premissa, muito certamente, será responsável por iniciativas equivocadas e mal-sucedidas, representando em desperdício de recursos e esforços. Para a autora ***“Os materiais produzidos para um público genérico apresentam um dispositivo de enunciação que ignora os contextos essenciais”*** (idem: 59).

A autora atribui a ‘contexto essencial’ aquilo que diz respeito à referência das pessoas no mundo, como o espaço, a época, o grupo social a que pertencem, com uma história familiar e profissional e possível experiência em relação ao assunto abordado.

Segundo Cheryl Achterberg <sup>113</sup>, em estudo sobre a aceitação de informações produzidas por um programa governamental de alimentação e nutrição nos EUA, a população tem dificuldade para interpretar as orientações dietéticas formuladas por autoridades norte americanas. As mensagens contidas em materiais informativos - manuais, boletins e guias alimentares – para promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis através de estilo de vida saudável não conseguem atingir seus objetivos, ou seja, não são efetivas em melhorar os conhecimentos em alimentação e nutrição, muito menos em mudar hábitos alimentares. Em suas palavras: ***“faça seu dever de casa antes que os manuais ou folhetos informativos sejam escritos”*** (Achterberg, 1994:1810S).

Para tanto, a autora, elenca princípios gerais que devem ser respeitados para planejar, desenvolver e avaliar materiais de educação nutricional:

1. Necessidade de conhecer a audiência para quem se destinam os materiais. Fatores como etnia, idade, nível socioeconômico, habilidade de leitura, estilo de vida devem ser previamente conhecidos.
2. Necessidade de realizar avaliações do tipo pré-testes nos materiais, antes de solicitar impressão em larga escala. O uso de métodos qualitativos - como, por exemplo, grupos focais formados por membros do público para quem se destinam os materiais - poderão

ajudar os especialistas a selecionar ilustrações, conteúdos, palavras e formatos adequados.

3. Necessidade de conhecer as realidades. Os resultados aprendidos com uma determinada audiência não podem ser generalizados para outra.

Com essas medidas, aumentam as chances de acerto na escolha do formato, conteúdo, linguagem e o tipo de mídia a ser utilizado nos materiais informativos. No entanto, há necessidade de pesquisa a cada nova intervenção, afinal, para resultados duradouros em educação nutricional não basta simplesmente adequar o material a audiência a que se destina, definindo qual ilustração ou conceitos corretos a usar. A realidade precisa ser constantemente (re)conhecida para se (re)avaliar até quão longe determinada estratégia consegue chegar <sup>113</sup>.

Araújo <sup>98</sup> complementa as recomendações de Achterberg, trazendo outros elementos que contribuem para a consolidação da idéia de comunicação como ação específica. Para a autora, existem uma série de elementos presentes em materiais que devem ser trabalhados de forma cuidadosa, facilitando assim a adequação desses materiais às audiências a que se destinam e, por sua vez, aumentando seu alcance enquanto instrumento de um processo educativo (Tabelas 3 e 4)

**Tabela 3** – Elementos gráficos que favorecem e desfavorecem à compreensão de mensagens em materiais (Adaptado de Araújo, 2007)

---

Elementos que favorecem o processo comunicativo:	- desenhos com a utilização de elementos conhecidos. Para o ilustrador, detalhes significarão estilo, para os receptores, informação. Ex. o volume do úbere da vaca significa se ela foi ordenhada ou não.
Elementos que desfavorecem o processo comunicativo:	- desenhos caricatos como a charge, figuração de objetos e animais com traços e comportamentos humanos. “Eles quebram a regra primeira de conexão com a realidade conhecida e, ao invés de acentuar o caráter lúdico, como se imagina, deslegitimam o conteúdo veiculado” (pág. 60) - desenhos estilizados podem gerar incomunicação, pois tendem a ser interpretados aleatoriamente pelo código mais parecido. - desenhos do corpo humano representados em corte.

---



**Tabela 4** – Elementos textuais que favorecem e desfavorecem à compreensão de mensagens em materiais (Adaptado de Araújo, 2007)

---

Elementos que favorecem o processo comunicativo:	<ul style="list-style-type: none"><li>- conteúdos que abordem o ‘concreto, visível, palpável’ ou aquilo que tenha sido experimentado na vida são melhores compreendidos</li><li>- Textos enxutos, sem muita enrolação</li><li>- frases curtas dispostas em uma linha favorecem a leitura</li><li>- diagramação que permita a separação visual entre o título e bloco do texto e blocos texto-imagem</li><li>- permitir uma relação coloquial, afinal, fala-se com pessoas e não sobre elas.</li></ul>
Elementos que desfavorecem o processo comunicativo:	<ul style="list-style-type: none"><li>- conteúdos abstratos. Gráficos requerem uma alta dose de abstrações.</li><li>- textos com muita informação, onde todo o espaço disponível no material é preenchido, pode levar ao desinteresse</li><li>- palavras partidas no final de linha, siglas, abreviaturas, inclusive para medidas, uso de caixa alta no texto corrido</li><li>- pontos tendem a ser ignorados: interrogação, aspas, travessão, parênteses, barras, sinais matemáticos (+, =), bem como setas condutoras de leitura que passam a idéia de seqüencialidade ou causa e efeito</li><li>- Quadros esquemáticos e tabelas</li></ul>

---

#### **III.4.2 – As ações educativas e seus instrumentos devem ser avaliados**

Investigações como a de Luz et al <sup>79</sup>, Souza et al <sup>108</sup>, Kelly-Santos et al <sup>115</sup>, Kelly-Santos et al <sup>116</sup>, Kelly-Santos et al <sup>117</sup> alertam para a necessidade de se incluir os estudos de recepção como uma etapa a ser realizada durante uma intervenção educativa ainda são incipientes. No caso particular de materiais informativos de alimentação e nutrição elaborados no Brasil, apesar de autores <sup>117,118,119,120</sup> admitirem a necessidade de adequação das mensagens destinadas ao público, encontramos apenas um estudo de recepção já realizado <sup>63</sup>.

De forma mais freqüente, encontramos as avaliações de impacto dos programas de alimentação e nutrição <sup>101,102,122,123,124</sup>, ou seja, avaliação da eficácia das ações executadas que normalmente podem ser mensuradas pelo aumento do conhecimento acerca do assunto ou até mesmo se foram responsáveis por mudanças de comportamento alimentar, promovendo escolhas mais saudáveis. Podemos dar como exemplo o Programa Nacional de Suplementação de Ferro onde uma das ações previstas é distribuição do sulfato ferroso.

Mesmo se levarmos em conta que a população recebeu o suplemento, podemos nos perguntar se o mesmo foi utilizado. E se não foi utilizado, qual o motivo? O que desejamos discutir é que mais do que simplesmente avaliar o alcance de um

determinado programa de alimentação e nutrição é necessário nos indagarmos os possíveis porquês de seu sucesso ou insucesso.

Avaliações de impacto são importantes, afinal, grandes quantidades de recursos – financeiros, humanos, etc – são gastos, mas investigarmos fatores que provoquem a tomada de decisão através de conscientização ou da problematização de questões de saúde dialogicamente discutidas entre educadores e educandos são essenciais para avançarmos no objetivo de promover saúde através do estímulo a uma vida com escolhas mais saudáveis. Sabemos o quanto é importante fornecer suplemento de ferro para populações vulneráveis a anemia ferropriva, no entanto, seria de um valor inestimável compreendermos os motivos que levam com as pessoas a não escolher alimentos ricos em ferro.

Autores como Rozemberg et al <sup>59</sup>, Souza et al <sup>108</sup>, Kelly-Santos e Rozemberg <sup>115</sup>, Oliveira et al <sup>125</sup> defendem a inclusão do pólo receptor no processo de produção de materiais educativos, como forma de possibilitar uma maior participação dos usuários do sistema de saúde às propostas definidas pelos programas, havendo uma convergência de interesses entre o demandado pela população e o oferecido pelo governo:

*“Desta forma, a saúde será pensada e discutida em seu processo e não apenas recebida como produto – por meio da leitura (ou não!) de materiais educativos”* (Kelly-Santos e Rozemberg, 2005:937).

Monteiro et al <sup>126</sup> ao analisarem o desenvolvimento e uso de materiais impressos sobre DST/HIV/AIDS afirmam que apesar de serem comumente percebidos como elementos facilitadores da prática educativa em saúde, tais recursos são encarados sob o ponto de vista instrumental, além de, nem sempre, estar claro o referencial teórico-metodológico utilizado nesse processo.

A análise de materiais educativos pelas audiências a que se destinam propicia um lugar privilegiado de negociação de sentidos, um *“um espaço de apreensão dos modos de viver de diferentes grupos sociais”* (Kelly-Santos e Rozemberg, 2006:984). Para as práticas educativas, as autoras sugerem a utilização de impressos para além de seu caráter instrumental, isto é, defendem o seu uso como mediação para as questões que problematizem o binômio saúde-doença, respeitando o lugar de interlocução dos sujeitos.

### **Notas ao capítulo:**

(1) Segundo a FAO (1999), conhecimentos é um conceito que remete a um conjunto de experiências e capacidades intelectuais do indivíduo.

(2) Segundo a FAO (1999), atitudes são um conjunto de crenças afetivas, de motivações, de perspectivas e de conhecimentos relacionados com um grupo de referência que predispõem um indivíduo a reagir positiva ou negativamente a estas referências.

(3) No texto da publicação da FAO (1999), os agentes de saúde são referidos como agentes de desenvolvimento.

(4) Informação retirada do site da CGPAN. Acesso em 26/06/09. Disponível *on line* em [http://nutricao.saude.gov.br/spots\\_micronutrientes.php](http://nutricao.saude.gov.br/spots_micronutrientes.php)

# Capítulo IV

#### **IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando o aqui exposto, e após a análise dos dados levantados ao longo do presente estudo, é possível compreender a importância da utilização de materiais informativos e educativos no âmbito de ações de educação nutricional e em saúde, tendo claro o papel coadjuvante desses instrumentos. A lição aprendida ao longo do presente trabalho nos possibilita tecer algumas considerações, à guisa de conclusão, sobre alguns aspectos negativos e positivos relacionados à produção de materiais informativos e educativos sobre alimentação e nutrição no país.

Como vimos, o presente estudo teve como principal objetivo analisar como as estratégias de informação e educação sobre alimentação e nutrição eram elaboradas e implementadas no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Para tanto, partiu da análise dos materiais informativos e educacionais produzidos por esse Ministério, buscando compreender o papel e a importância desses instrumentos nas estratégias de informação e educação sobre alimentação e nutrição no país.

Para melhor contextualizarmos essa análise, buscamos conhecer o processo de elaboração, aplicação, acompanhamento e avaliação das estratégias educativas e informativas sobre alimentação e nutrição pelo Ministério da Saúde, através de entrevistas com os profissionais responsáveis por essas ações. Por fim, tentamos visualizar a adequação destas estratégias às audiências a que se destinam, através da avaliação de um dos materiais produzidos junto a um dos grupos populacionais específicos aos quais estes materiais se destinam.

A análise dos dados levantados, e aqui discutidos, mostra que apesar do cuidado que os profissionais responsáveis pela condução da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no país têm na elaboração de materiais informativos e educacionais, esses esforços não se traduzem na efetividade de tais instrumentos como componentes de um processo educativo mais amplo, visando a promoção de hábitos mais saudáveis de alimentação e nutrição no país. Alguns fatores atuam como determinantes para tal, dentre os quais destacamos: a) a inadequação dos materiais às audiências a que se destinam; b) o limitado caráter participativo adotado no processo de elaboração desses materiais; c) a ausência de uma rotina sistemática de avaliação (da recepção de informações e do impacto dessas sobre a saúde dos indivíduos) desses materiais; e d) a desarticulação dos materiais a ações educativas mais completas, destinadas a grupos populacionais específicos no país.

Como vimos, a comunicação é uma ação específica. Ela só existe quando os diferentes atores envolvidos encontram elementos comuns de significação, a partir do conteúdo que se configura como objeto dessa ação comunicativa. Por este motivo, os materiais informativos e educativos, entendidos como instrumentos envolvidos em um processo mais amplo de comunicação (ou mesmo de educação), precisam ser adequados a cada um dos grupos populacionais específicos a que se destinam. Esse é um desafio importante, principalmente considerando a missão e os recursos do Ministério da Saúde e a heterogeneidade de nosso país. Mas, como visto, superável, através de iniciativas não muito complexas, tais como:

a) A incorporação de alguns componentes operacionais no material que permitam aos usuários se apropriarem das informações ali presentes e as adequarem à sua realidade (geográfica, política, climática, social, econômica etc.). Sobram, nesses materiais, normas e condutas a serem seguidas uniformemente por quaisquer usuários, na mesma proporção em que faltam recomendações e guias para o desenvolvimento de atividades que possam traduzir o objeto do material para a realidade em que ele será utilizado / apropriado;

b) A minimização do tom normativo desses materiais deve ser estimulada, restringindo-se às mensagens-chave, as quais devem ser reforçadas e repetidas ao longo do material, de forma a facilitar sua apropriação pelo usuário;

c) O bom uso de figuras ilustrativas, como estratégia para a fixação dos conteúdos do material;

d) Evitar ao máximo o uso de linguagem técnica e jargões, facilitando a compreensão das mensagens do material em diferentes contextos (por indivíduos de um mesmo grupo – como os ACS – mas com diferentes bagagens culturais, por exemplo).

Alguns conceitos, como as orientações dietéticas, podem até ser mais ou menos universais, mas a forma de implementá-los não é. Como vimos ao longo do presente estudo, adaptar um material educativo para um público não significa mudar tamanho da impressão ou algumas palavras apenas. Significa trabalhar para desenvolver um mecanismo de comunicação adequado, com conteúdos, ilustrações, motivações para cada audiência.

Um segundo aspecto diz respeito à garantia de espaços participativos no processo de elaboração de materiais informativos e educativos. Como vimos, diversas experiências bem-sucedidas apontam para a importância do componente participativo na construção de materiais, seja nos chamados pré-testes (onde as mensagens-chave são testadas anteriormente à elaboração do material), seja na elaboração de atividades e

dinâmicas. As consultas públicas – disponibilizar versões quase acabadas de matérias na Internet para que indivíduos contribuam com críticas e sugestões – acabam se configurando como experiências limitadas em termos de participação, por não contar com o olhar de parte dos atores aos quais o material se destina, assim como por não permitir mudanças muito radicais, em razão do estágio avançado de produção em que esses materiais são disponibilizados.

Esse aspecto nos leva a um terceiro ponto, que se refere à carência de uma rotina sistemática de avaliação de materiais e outros instrumentos utilizados na educação e na informação em saúde. Além dos pré-testes, dois outros pontos carecem de uma cuidadosa atenção, quando consideramos a avaliação de materiais e de estratégias de informação e educação. Um deles é a avaliação da recepção de informações, etapa essa que pode ser articulada com os pré-testes e que, como visto, contribui para o aperfeiçoamento do material e a abrangência do seu alcance.

O outro ponto seria a avaliação do impacto de tais materiais sobre a melhoria das condições de saúde das quais tratam em seus conteúdos. Mais complexo que o anterior, esse ponto demandaria o cuidado, ainda no processo de elaboração dos materiais, na identificação de indicadores de impacto, capazes de revelar mudanças (de atitudes, práticas, comportamentos etc.) direta ou indiretamente relacionadas à ação educativa, onde estão incluídos os materiais impressos.

Por fim, cabe destacar a desarticulação desses materiais informativos e educativos a ações educativas mais completas, destinadas a grupos populacionais específicos no país. Como visto, os materiais educativos e informativos atingem seu máximo alcance quando os usuários se apropriam e dão sentido às mensagens ali presentes. Sem esse processo – complexo, que envolve múltiplas dimensões como a cultural, a social, a econômica etc. – as mensagens ali presentes, mesmo estando corretas e atuais, dificilmente permitem mudanças alicerçadas na conscientização e reflexão sobre comportamentos e atitudes alimentares saudáveis.

Uma das maneiras de se conseguir superar esse problema é associar o material a uma ação educativa – seja um programa de educação permanente dos profissionais de saúde para os quais esse material se destina, seja o estímulo, através de manuais operacionais, a ações e dinâmicas junto a grupos específicos de usuários do SUS.

Os melhores meios e métodos para o aprendizado em alimentação e nutrição são aqueles que estimulam a iniciativa de todos os atores envolvidos com o problema, tais como debates, entrevistas, representações teatrais, aplicações práticas etc. Nesses exemplos, há um contato próximo entre cada ator, levando ao compartilhamento das

informações, num processo dialógico e menos assimétrico o possível, que venha a criar espaços de significação comum.

Por outro lado, as palestras, os folhetos, as cartilhas, os anúncios de rádio e outros congêneres partem do princípio de que as audiências compreendem perfeitamente as mensagens transmitidas e, conseqüentemente, tal iniciativa se traduzirá nas suas novas condutas. Os materiais por si só não mudam comportamentos alimentares; porém, associados a outras estratégias de intervenção nutricional, funcionam como importantes ferramentas para a melhoria das condições de alimentação e nutrição junto a grupos populacionais específicos. Afinal, e concluindo com Araújo <sup>98</sup>, ***“materiais educativos são a ponta de um iceberg, do imenso iceberg dos processos de comunicação que caracterizam a implantação das políticas públicas. Exatamente por isto são um excelente modo de acesso à prática comunicativa das instituições. Nossos materiais refletem a natureza e qualidade da nossa prática comunicativa”***. (p. 69)

Por fim, acreditamos que o primeiro passo visando a efetividade do material aqui avaliado e discutido, é que ele seja completamente entendido, que ele seja compreendido dentro de um espaço de significação comum entre o conhecimento da população usuária desses materiais e o conhecimento técnico referente à alimentação e à nutrição. Afinal, informar qual alimento é saudável, mostra ser tarefa mais fácil de executar do que colocar tal conhecimento em prática nos nossos hábitos alimentares cotidianos. Um exemplo que podemos citar é sobre a informação de que legumes, verduras e frutas fazem bem à saúde. Mesmo as pessoas compreendendo tal mensagem, porque esses alimentos estão cada vez menos presentes nos nossos pratos? É necessário caminharmos além da informação de que comer legumes, verduras e frutas faz bem à saúde. Como nos ensinou Paulo Freire, para transformarmos ‘informação’ em ‘educação’ através de um processo comunicativo dialógico, devemos nos dedicar a uma prática que problematiza, criticamente, uma situação concreta, objetiva e real para, em seguida, atuar sobre ela, também de uma forma crítica.

A superação dos problemas aqui apresentados, relacionados ao processo de elaboração e utilização de materiais informativos e educativos sobre alimentação e nutrição no país, é um desafio para nós, profissionais de saúde, desafio esse que precisa ser enfrentado com seriedade, na busca por ações de educação nutricional e em saúde mais eficientes. Precisamos, como profissionais de saúde, quebrar com a lógica dominante da educação como transferência de informações. Esta mudança parte, inicialmente, ao aceitarmos comportamentos e crenças distintos dos nossos próprios, através do entendimento de padrões sócio-culturais relacionados ao hábito de se



alimentar. Somente através dessa aceitação será possível rompermos com a lógica normativa da educação nutricional. Acreditamos que a principal transformação a ser feita está em nós, profissionais, e não nos indivíduos.

## V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Roma, 1948. Disponível em [http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php) (acesso em 04/01/2008)
2. Ministério da Saúde (MS) 8a Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília, 1986.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.
4. Brasil. Lei n. 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado, 1990.
5. L'Abbate, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil – I: Período de 1940 a 1964. Rev. Nutrição 1988; 1(2): 87-138.
6. Vasconcelos, FAG. Origem e conformação do campo da nutrição em saúde pública em Pernambuco: uma análise histórico-estrutural. Rev. Nutrição 2001; 14(supl.):13-20.
7. Vasconcelos, FAG. Fome, eugenia e constituição do campo da nutrição em Pernambuco: uma análise de Gilberto Freyre, Josué de Castro e Nelson Chaves. Hist. cienc. saude-Manguinhos 2001; 8(2):315-339.
8. Batista Filho, M & Risin, A. A transição Nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. Saúde Pública 2003; 19(supl.1):181-191.
9. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Saúde nas Américas: 2007. Publicação científica e técnica no. 622. Roma, 2007. pp 413.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Boletim Carências Nutricionais. Distúrbios por Deficiência de Iodo – DDI. Brasília, Ministério da Saúde, 2008 Disponível em

[HTTP://nutricao.saude.gov.br/documentos/boletim\\_carencias\\_nutricionais.pdf](http://nutricao.saude.gov.br/documentos/boletim_carencias_nutricionais.pdf) (acesso em 12/05/2009)

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Técnico e Operacional do Pró-Iodo: Programa Nacional para Prevenção e controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo. Brasília, Ministério da Saúde, 2008. 20 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível *on line* [HTTP://nutricao.saude.gov.br/documentos/boletim\\_carencias\\_nutricionais.pdf](http://nutricao.saude.gov.br/documentos/boletim_carencias_nutricionais.pdf) (acesso em 12/05/2009)

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e de estado nutricional no Brasil, Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Relatório Final.

13. Ministério da Saúde (MS) Política Nacional de Alimentação e Nutrição - Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Brasília, 1999.

14. Houaiss, A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva; 2001.

15. Araújo IS & Cardoso J. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

16. Martino LC. De qual comunicação estamos falando? In: Hohlfelt A, Martino LC, França VV (org) Teorias da Comunicação: conceitos, escolas e tendências. 9ª edição. Petrópolis: Vozes, 2010, pp 11-26.

17. Freire P. Pedagogia do Oprimido: saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1996.

18. Freire P. Educação e Mudança. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1997.

19. Ministério da Saúde. Informação, educação, comunicação. Uma estratégia para o SUS. Documento elaborado pela coordenação de informação, educação e comunicação – IEC. Brasília, Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde. 1996. 24 p.

20. Ministério da Saúde (MS) 12a Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília: 2003.
21. Candau VM. Cidadania e pluralidade cultural: questões emergentes. In Candau VM organizadora. Sociedade, educação e cultura(s). Questões propostas. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2002. pp 31-51.
22. Buss, P. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública 1999; 15(Suppl. 2):177-185.
23. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Comité Mixto FAO / OMS de expertos en nutrición [se reunió en Ginebra del 26 de octubre al 2 de noviembre de 1954]: cuarto informe. Série de informes técnicos n° 97 [base de dados]. Genebra. 1955.
24. Busdiecker BS, Castillo CD Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. Rev Chil Pediatr 2000; 71(1):5-11.
25. Shayoun NR, Pratt AC, Anderson A. Evaluation of Nutrition Education Interventions for Older Adults: A Proposed Framework. J Am Diet Assoc 2004; 104:58-69.
26. Canesqui AM. Antropologia e Alimentação. Rev Saúde Pública 1988; 22(3):207-16, 1988.
27. Food and Agriculture and Organization of the United Nations (FAO). Learning better nutrition: a second study of approaches and techniques. Nutritional studies: n. 20. 264 p. Roma, 1967.
28. Figueroa, I.V. et al. Uma experiencia de educación popular em salud nutricional em dos comunidades del Estado de Jalisco, México. Cadernos de Saúde Pública 2000; 16(3):823-829.

29. França VV. O objeto da comunicação / a comunicação como objeto. In. Hohlfelt A, Martino LC, França VV (org) Teorias da Comunicação: conceitos, escolas e tendências. 9ª edição. Petrópolis: Vozes, 2010, pp 39-60.
30. Polistchuk, I. & Trinta, A.R. Teorias da Comunicação: o pensamento e a prática da comunicação social. São Paulo: Ed. Campus; 2003.
31. Ferreira GM. As origens recentes: os meios de comunicação pelo viés do paradigma da sociedade de massa. In. Hohlfelt A, Martino LC, França VV (org) Teorias da Comunicação: conceitos, escolas e tendências. 9ª edição. Petrópolis: Vozes, 2010. pp 99-116.
32. Araújo CA. A pesquisa norte-americana. In. Hohlfelt A, Martino LC, França VV (org) Teorias da Comunicação: conceitos, escolas e tendências. 9ª edição. Petrópolis: Vozes, 2010. pp 119-130.
33. Pitta AMR. Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para o debate. In: Pitta AMR organizadora. Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1995. p. 239-266.
34. Cyrino AP, Cyrino LG. Integrando Comunicação, Saúde e Educação: experiência do UNI-Botucatu. Interface — Comunicação, Saúde, Educação 1997; 1(1):157-168.
35. Rozemberg, B. Comunicação e participação em saúde. IN. Campos GWS et al (org) Tratado de Saúde Coletiva. pp. 741-766. São Paulo:Rio de Janeiro, Ed. Hucitec:Fiocruz, 2006.
36. Berger C. A pesquisa em comunicação na América Latina. In. Hohlfelt A, Martino LC, França VV (org) Teorias da Comunicação: conceitos, escolas e tendências. 9ª edição. Petrópolis: Vozes, 2010. pp 241-277.
37. Freire P. Extensão ou comunicação. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
38. Mohr A, Schall V. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. Cad. Saúde Pública 1992; 8(2):199-203.

39. Vasconcelos EM. Educação Popular: instrumento de gestão participativa nos serviços de saúde. In Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília, 2007. pp 18-30.
40. Schall V, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. Caderno de Saúde Pública 1999; 15(supp.2)S4:S6.
41. Radis – Reunião, Análise e Difusão sobre Saúde. Educação Popular em Saúde. Histórico: hoje somos uma tribo com identidade própria. 21, 2001.
42. Calazans LF, Castro LFM, Silva HRS. Questões e contradições da educação rural no Brasil. In: Whertein J & Bordenave JD organizadores. Educação rural no terceiro mundo. Experiências e novas alternativas. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981. pp 161-198.
43. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir das experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Rio de Janeiro, 2001. pp 121-126.
44. Vasconcelos EM. O Paulo da Educação Popular . In Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília, 2007. pp 31.
45. Stotz EN. Enfoques sobre educação popular em saúde. In Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília, 2007. pp 46-57.
46. Motta DG & Boog MCF. Educação Nutricional. São Paulo: IBRASA, 1987.
47. Lima ES. Mal de fome e não de raça. Gênese, constituição e ação política da educação alimentar. Brasil – 1934-1946. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

48. Boog, MCF Educação nutricional: passado, presente, futuro. Rev. Nutrição, 1997; 10(1): 5-19.
49. Santos LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. Rev. Nutrição 2005; 18(5):681-692.
50. Lima ES. Gênese e constituição da educação alimentar: a instauração da norma. História, Ciências, Saúde – Manguinhos 1998; 1:57-83.
51. Associação Brasileira de Nutrição. Histórico do nutricionista do Brasil. 1939-1989. Coletânea de depoimentos e documentos. São Paulo: Editora Atheneu, 1991.
52. Rodrigues J. Alimentação Popular em São Paulo (1920 a 1950) - políticas, discursos técnicos e práticas sociais. Anais do Museu Paulista 2007; 15(2): 221-255.
53. L'Abbate S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil – II: A partir dos anos setentas. Revista de Nutrição 1989; 2(1): 7-54.
54. Vasconcelos FAG Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. Rev. Nutrição 2005; 18(4):439-457.
55. Schmitz BAS, Von Der Heyde MED, Cintra IP, Franceschini SC, Taddei JAC, Sigulem DM. Políticas e programas governamentais de alimentação e nutrição no Brasil e sua involução. Cadernos de Nutrição 1997; 13: 39-54.
56. Food and Agriculture and Organization of the United Nations (FAO). Guia Metodológico de Comunicação Social em Nutrição. Roma, 1999. Disponível em <http://www.fao.org/DOCREP/003/T0807P/T0807P00.htm#TOC> (Acesso em 8/9/2005).
57. Boog, MCF et al. Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes: “comer o fruto ou o produto?”. Rev. Nutrição 2003; 16(3): 281-293.
58. Cervato AM et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. Rev. Nutrição 2005; 18(1):41-52.

59. Rozemberg B, Silva APP & Vasconcellos-Silva PR. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6):1685-1694.
60. Vasconcellos-Silva PR, Uribe Rivera FJ & Rozemberg B. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental sobre impressos hospitalares. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(4):531-542.
61. Cesarino C et al. Abordagem educativa sobre restrição salina ao paciente hipertenso. *Arq Ciênc Saúde* 2004; 11(4):234-7.
62. Mello ED, Luft VC & Meyer F. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? *J. Pediatr.* 2004; 80(6):468-474.
63. Kubota N., Oshiro JH, Balduino MA & Faria Z. Avaliação de material educativo. Adequação de quatro volantes sobre alimentação da criança de 0 a 12 meses de idade. *Rev. Saúde Pública* 1980; 14:101-122.
64. Domper A, Zacarias IH, Olivares SC e Ertrampf ED. Evaluación de un programa de información en nutrición al consumidor. *Rev. Chil. Nutrição* 2003; 30(1):43-51.
65. Teixeira A. Ciência e Educação. *Boletim Informativo CAPES*. Rio de Janeiro, n.50, 1957.
66. Canesqui AM. Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação. In: antropologia e Nutrição: um diálogo possível. In. Canesqui AM & Garcia RWD organizadoras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 23-48.
67. Canesqui AM. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. *Rev. Nutrição* 2007; 20(2):203-216.



68. Maciel ME. Identidade cultural e alimentação. In: antropologia e Nutrição: um diálogo possível. In. Canesqui AM & Garcia RWD organizadoras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 49-56.
69. Ramalho RA & Saunders C. The nutrition education role in the combat against micronutrient deficiencies. Rev. Nutrição 2000; 13(1):11-16.
70. Garcia RWD. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. Rev. Nutrição 1992; 5(1):70-80.
71. Freitas MCS Educação Nutricional: aspectos sócio-culturais. Rev. Nutrição 1997; 10(1):45-49.
72. Boog MCF. Educação nutricional e serviços públicos de saúde. Cad. Saúde Pública 1999a; 15(Sup.2): 139-147.
73. Boog MCF Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. Rev. Nutrição 1999b; 12(3): 261-272.
74. Péres DS et al. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. Rev Saúde Pública 2006; 40(2):310-7.
75. Amorim STSP, Moreira H & Carraro TE. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. Rev. Nutrição 2001; 14(2):111-118.
76. Campos SH & Boog MCF. Cuidado nutricional na visão de enfermeiras docentes. Rev. Nutrição 2006, 19(2):145-155.
77. Cabrera-Pivaral CE, Mayari CLN, Trueba JMA, Perez GJG, Lopez MG, Figueroa IV et al. Evaluación de dos estrategias de educación nutricional vía radio en Guadalajara, México. Cad. Saúde Pública 2002; 18(5):1289-1294.
78. Valente FS. Em busca de uma educação nutricional crítica. IN Valente, FS organizador. Fome e desnutrição. Determinantes Sociais. São Paulo: Cortez; 1989. p. 66-94.

79. Luz ZMP, Pimenta DN, Rebello A, Schall VT. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. *Cad. Saúde Pública* 2003, 19(2):561-569.
80. Pinto MJ. *Comunicação e discurso*. São Paulo: Hacker Editores; 1999.
81. Minayo, MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1996.
82. Peres F. *É veneno ou é remédio? Os desafios da comunicação rural sobre agrotóxicos*. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 1999.
83. Peres F. *Onde mora o perigo? O processo de construção de uma metodologia de diagnóstico rápido da percepção de risco no trabalho rural*. [Tese de Doutorado]. Campinas: Unicamp; 2003.
84. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.
85. Gomes I. *Recepção e Mediações: crítica à filiação crítica dos estudos de recepção*. In: Fausto-Neto A & Pinto MJ organizadores. *O Indivíduo e as Mídias*. Rio de Janeiro: Diadorim Editora Ltda. p. 208-215.
86. IBGE. *Cidades@: Mesquita*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> (acesso em 15/05/2010).
87. Organização Mundial da Saúde *Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde: 57ª Assembléia Mundial de Saúde: WHA 57.17 8ª sessão plenária de 22 de maio de 2004 (versão em português não oficial realizada pela CGPAN)*. [S.I.], 2004
88. Nash J. *Learning materials: their use and evaluation*. *Lepr Rev* 1999; 70:254-60.

89. Peres F, Rozemberg B, Alves SR, Moreira JC, Oliveira-Silva JJ. Comunicação relacionada ao uso de agrotóxicos em região agrícola do Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública* 2002; 35(6):564-570.
90. Luz ZMP, Schall V, Rebello A. Evaluation of a pamphlet on visceral leishmaniasis as a tool for providing disease information to healthcare professionals and laypersons. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(2):606-621.
91. Barros DC, Silva JP, Felipe GC, Zaborowski EL. *Sisvan: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais na atenção à saúde: a antropometria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
92. Schall V, Monteiro S, Rebello SM, Torres, M. Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: an entertaining educational tool for HIV/Aids prevention. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(Sup. 2):107-119.
93. Vasconcelos FAG. Combate à fome no Brasil: análise histórica de Vargas a Lula. *Rev. Nutrição* 2005; 18(4):439-457.
94. Arruda BKG, Arruda IKG. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil* 2007; 7(3):319-326.
95. Pinheiro ARO & Gentil PC. *A Iniciativa de Incentivo ao consumo de Frutas, Verduras e Legumes (f, l & v) no Brasil – documento base*. Brasília, Ministério da Saúde / Secretaria de atenção à saúde / Departamento de atenção Básica / Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. 2004. Disponível em [www.saude.gov.br/nutricao](http://www.saude.gov.br/nutricao) (acesso em 13/02/2007)
96. Castiel LD. Insegurança, ética e comunicação em saúde pública. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(2): 161-167.
97. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface (Botucatu)* 2004; 8(15): 259-274.

98. Araújo IS. Materiais educativos e produção de sentidos na intervenção social. In: Monteiro S & Vargas E organizadoras. Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p 49-69.
99. Pimenta DN, Leandro ANS, Schall V. Experiência de desenvolvimento e avaliação de materiais educativos sobre saúde: abordagens sócio-históricas e contribuições da antropologia visual. In: Monteiro S & Vargas E organizadoras. Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p 87-112.
100. Siqueira VH. Tecnologia Educacional na Área da Saúde: a produção de vídeos educativos no Nutes/UFRJ. In: Monteiro S & Vargas E organizadoras. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p 71-86.
101. Vitolo MR, Bortolini GA, Feldens CA, Drachler MR. Impacto da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. Cad. Saúde Pública 2005; 21(5):1448-1457.
102. Vinholes DB, Assunção MCF, Neutzling MB. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos dez Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública 2009; 25(4):791-799.
103. Krueger, R. A. Focus group: a practical guide for applied research. Newbury Park, Sage Publications, 1988.
104. Kitzinger J. The methodology of focus groups: the importance of the interaction between research participants. Sociology of health and illness 1994; 16(1): 103-121.
105. Marshall C & Rossman G. Recording, managing and analyzing data. In: Marshall C & Rossman G. Designing qualitative research. Thousand Oaks: Sage 1995. p.109-119.

106. Chambers R. Participatory Workshops: a Sourcebook of 21 Sets of Ideas and Activities. London: Earthscan; 2002.
107. Glanz K, Rudd J. Readability and Content Analysis of Print Cholesterol Education Materials. Patient Education and Counseling 1990; (16):109-118
108. Souza KR, Rozemberg B, Kelly-Santos A, Yasuda N, Sarapin N. O desenvolvimento compartilhado de impressos como estratégia de educação em saúde junto a trabalhadores de escolas da rede pública do Estado do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública 2003; 19(2):495-504.
109. Zaltman G; Allwood Paredes J, Carrillo, G. Alimentación infantil, educación e información pública en Costa Rica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1973, 74(3):242-249. Disponível em <http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v74n3p242.pdf> (acesso em 08/02/2009)
110. Rodrigues J, Vasconcelos MPC. A guerra e as laranjas: uma palestra radiofônica sobre o valor alimentício das frutas nacionais (1940). História, Ciências, Saúde – Manguinhos 2007; 14(4):1401 -1414.
111. Contento IR, Randell JS, Basch CE. Review and Analysis of Evaluation Measures Used in Nutrition Education Intervention Research. Journal of Nutrition Education and Behavior 2002; 34(1): 2-25.
112. Organización Panamericana de la Salud. Seminarios sobre la educación en nutrición. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1962; 52(4):332-41.
113. Achterberg CL. Qualitative Research: What Do We Know About Teaching Good Nutritional Habits? The Journal of Nutrition 1994; 124:1808S-1812S.
114. Ciliska D et al. Difusión and dissemination of evidence-based dietary strategies for the prevention of cancer. Current Oncology 2005; 13(4):130-140.

115. Kelly-Santos A, Rozemberg, B. Comunicação por impressos na saúde do trabalhador: a perspectiva das instâncias públicas. *Rev. Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10:929-38.
116. Kelly-Santos A, Rozemberg, B. Estudo de recepção de impressos por trabalhadores da construção civil: um debate das relações entre saúde e trabalho. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22:(5)975-985.
117. Kelly-Santos A, Simone Monteiro, Rozemberg B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(4):857-867.
118. Barbosa RMS, Salles-Costa R, Soares EA. Guias alimentares para crianças: aspectos históricos e evolução. *Rev. Nutrição* 2006; 19(2):255-263.
119. Lanzillotti HS, Couto SRM, Afonso FM. Pirâmides alimentares: uma leitura semiótica. *Rev. Nutrição* 2005; 18(6):785-792.
120. Barbosa RMS, Colares LGT, Soares EA. Percepção de responsáveis e recreadores sobre diferentes representações gráficas de guia alimentar para crianças de dois a três anos. *Rev Paul Pediatr.* 2008; 26(4):350-6.
121. Toral N, Conti MA, Slater B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(11):2386-2394.
122. Araújo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos “dez passos para o sucesso do aleitamento materno” nos Hospitais Amigos da Criança no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil* 2003; 3(4):411-419.
123. Santos SMC, Santos LMP. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002. 1 – Abordagem metodológica. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(5):1029-1040.

124. Santos IS. Avaliação do impacto de programas nutricionais Rev. Nutrição 2009; 22(1):141-150.
125. Oliveira VLB, Landim FLP, Collares PM, Mesquita RB, Santo ZMSA. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2007; 16(2): 287-93.
126. Monteiro S, Vargas E, Cruz M. Desenvolvimento e uso de tecnologias educacionais no contexto da AIDS e da saúde reprodutiva: reflexões e perspectiva. In. Monteiro S & Vargas E (org). Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, pp 27-47.

# Anexos



## ANEXO 1 – SUMÁRIO DA PNAN

### **Portaria n.º 710, de 10 de junho de 1999.**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e  
Considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à alimentação e nutrição;

Considerando a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema; e

Considerando a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1.º Aprovar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Art. 2.º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Serra

*Ministro da Saúde*

SUMÁRIO	Pág.
APRESENTAÇÃO.....	7
PORTARIA.....	9
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. PROPÓSITO.....	17
3. DIRETRIZES.....	19
3.1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos.....	19
3.2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto.....	19
3.3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional.....	20
3.4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.....	22
3.5. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição.....	23
3.6. Promoção de linhas de investigação.....	26
3.7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.....	27
4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS.....	29
4.1. Articulação intra e intersetorial.....	29
4.2. Responsabilidades do Gestor Federal – Ministério da Saúde.....	33
4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual – Secretaria Estadual de Saúde.....	34
4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal – Secretaria Municipal de Saúde ou organismos correspondentes.....	36
5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO.....	39
6. TERMINOLOGIA.....	41
7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	47

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/Consea/static/documentos/Outros/PNAN.pdf> [Acesso 1/4/2010]

## ANEXO 2 – TCLE ENTREVISTAS

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PRODUZIDAS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, A PARTIR DE 1999.” Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar desta pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Este estudo tem como principal objetivo analisar as estratégias de informação e educação sobre alimentação e nutrição elaboradas no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a partir de 1999, data de sua publicação.

Sua participação nesta etapa da pesquisa consistirá em participar de uma entrevista, que dura aproximadamente 45 minutos – 1 hora. Não haverá nenhuma compensação financeira / pagamento pelo fornecimento destas informações. O benefício relacionado com a sua participação é a contribuição para a melhor compreensão do processo de elaboração de materiais informativos e educacionais sobre alimentação e nutrição no país..

Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa restringem-se à sua identificação como informante. Para evitar esta situação, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você será identificado, apenas, pela sua idade, sexo e profissão. O seu depoimento será usado para que melhor possamos entender a realidade do seu trabalho. As transcrições desse grupo focal serão reproduzidas apenas em publicações científicas, respeitando-se o sigilo do seu nome. Todo o material gravado ficará sob a guarda do pesquisador principal. As fitas cassetes com o registro das falas, assim como suas transcrições, serão destruídas após quatro (4) anos do término do projeto.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação:

Karla M.R.P. Costa  
William Waissmann  
CESTEH / ENSP / Fiocruz  
R. Leopoldo Bulhões 1480 – sala 29  
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ  
Tel. (21) 2598-2825 / 8635-9699

Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp  
R. Leopoldo Bulhões 1480 – sala 314  
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ  
Tel. (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

Identificação:

Nome:

---

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### ANEXO 3 – TCLE GRUPOS FOCALIS

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PRODUZIDAS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, A PARTIR DE 1999.” Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar desta pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Este estudo tem como principal objetivo analisar as estratégias de informação e educação sobre alimentação e nutrição elaboradas no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a partir de 1999, data de sua publicação.

Sua participação nesta etapa da pesquisa consistirá em participar de um grupo focal, que dura aproximadamente 45 minutos – 1 hora. Não haverá nenhuma compensação financeira / pagamento pelo fornecimento destas informações. O benefício relacionado com a sua participação é a contribuição para a melhor compreensão do processo de elaboração de materiais informativos e educacionais sobre alimentação e nutrição no país.

Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa restringem-se à sua identificação como informante. Para evitar esta situação, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você será identificado, apenas, pela sua idade, sexo e profissão. O seu depoimento será usado para que melhor possamos entender a realidade do seu trabalho. As transcrições desse grupo focal serão reproduzidas apenas em publicações científicas, respeitando-se o sigilo do seu nome. Todo o material gravado ficará sob a guarda do pesquisador principal. As fitas cassetes com o registro das falas, assim como suas transcrições, serão destruídas após quatro (4) anos do término do projeto.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação:

Karla M.R.P. Costa  
William Waissmann  
CESTEH / ENSP / Fiocruz  
R. Leopoldo Bulhões 1480 – sala 29  
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ  
Tel. (21) 2598-2825 / 8635-9699

Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp  
R. Leopoldo Bulhões 1480 – sala 314  
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ  
Tel. (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa

Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## LEGENDA DO MATERIAL

**Material 1: Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos (manual técnico)**

**Material 2: Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos (cartilha)**

**Material 3: Os Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (folder)**

**Material 4: Guia Alimentar para a População Brasileira (manual técnico)**

**Material 5: Cadernos de Atenção Básica – Obesidade (manual técnico)**

**Material 6: Vitamina A – Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (folder)**

**Material 7: Vitamina A – Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (cartaz)**

**Material 8: Vitamina A – Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (cartazete)**

**Material 9: Vitamina A – Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (manual operacional)**

**Material 10: Saúde de Ferro – Programa Nacional de Suplementação de Ferro (calendário)**

**Material 11: Saúde de Ferro – Programa Nacional de Suplementação de Ferro (cartaz)**

**Material 12: Saúde de Ferro – Programa Nacional de Suplementação de Ferro (cartazete)**

**Material 13: Saúde de Ferro – Programa Nacional de Suplementação de Ferro (lâmina)**

**Material 14: Saúde de Ferro – Programa Nacional de Suplementação de Ferro (manual operacional)**

**Material 15: SISVAN – Medindo crianças menores de dois anos (cartaz)**

**Material 16: SISVAN – Pesando crianças menores de dois anos (cartaz)**

**Material 17: SISVAN – Medindo crianças maiores de dois anos (cartaz)**

**Material 18: SISVAN – Pesando crianças maiores de dois anos (cartaz)**

**Material 19: Os Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (álbum seriado)**

**Material 20: SISVAN – Antropometria: como pesar e medir (álbum seriado)**

## LEGENDA DOS PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>Parâmetros</b>			
1. Forma/mídia	a. população a que se destina	Adequada	Inadequada		
	b. conteúdo	Adequada	Inadequada		
	c. linguagem	Adequada	Inadequada		
2. Estrutura/formato	a. tamanho do material	Adequado	Inadequado		
	b. tamanho do texto	Adequado	Excessivo	Insuficiente	
	c. qualidade do papel	Alta	Baixa		
	d. qualidade das ilustrações	Alta	Baixa		
	e. citação de autores / colaboradores	Sim	Não		
	f. definição de público a que se destina	Sim	Não		
3. Conteúdo	a. correção das informações	Adequadas	Inadequadas <sup>1</sup>		
	b. informações adequadas a população a que se destina	Adequadas	Inadequadas		
	c. definições conceituais	Adequadas	Excessivas	Insuficientes	
	d. atualidade das referências	Atuais	Defasadas		
	e. ausência de informações importantes	Sim	Não		
	f. ênfase nas informações essenciais	Sim	Não		
4. Linguagem	a. compreensível pela população	Sim	Não <sup>2</sup>		
	b. conceitos claros e objetivos	Sim	Não <sup>3</sup>		
	c. informações enviesadas ou prejudiciais	Sim	Não <sup>4</sup>		
5. Ilustrações	a. ilustrações esclarecedoras	Sim	Não		
	b. layout atrativo	Sim	Não		
	c. qualidade das ilustrações	Alta	Baixa		
	d. pertinência das ilustrações	Adequadas	Inadequadas		
	e. quantidade de ilustrações	Adequadas	Excessivas	Insuficientes	

<sup>1</sup> APONTAR INADEQUAÇÃO / POSSÍVEIS ERROS

<sup>2</sup> APONTAR POSSÍVEIS PROBLEMAS

<sup>3</sup> APONTAR POSSÍVEIS FALHAS

<sup>4</sup> INDICAR ONDE APARECEM

## TABELA DE AVALIAÇÃO 1/4

Categoria	Sub-categoria	Material 1	Material 2	Material 3	Material 4	Material 5
1. Forma/mídia	a. população a que se destina					
	b. conteúdo					
	c. linguagem					
2. Estrutura/formato	a. tamanho do material					
	b. tamanho do texto					
	c. qualidade do papel					
	d. qualidade das ilustrações					
	e. citação de autores / colaboradores					
	f. definição de público a que se destina					
3. Conteúdo	a. correção das informações					
	b. informações adequadas a população a que se destina					
	c. definições conceituais					
	d. atualidade das referências					
	e. ausência de informações importantes					
	f. ênfase nas informações essenciais					
4. Linguagem	a. compreensível pela população					
	b. conceitos claros e objetivos					
	c. informações enviesadas ou prejudiciais					
5. Ilustrações	a. ilustrações esclarecedoras					
	b. layout atrativo					
	c. qualidade das ilustrações					
	d. pertinência das ilustrações					
	e. quantidade de ilustrações					

Aspectos gerais pós-leitura (identificando o material):

Sugestões para melhoria / comentários finais (identificando o material):

TABELA DE AVALIAÇÃO 2/4

Categoria	Sub-categoria	Material 6	Material 7	Material 8	Material 9	Material 10
1. Forma/mídia	a. população a que se destina					
	b. conteúdo					
	c. linguagem					
2. Estrutura/formato	a. tamanho do material					
	b. tamanho do texto					
	c. qualidade do papel					
	d. qualidade das ilustrações					
	e. citação de autores / colaboradores					
	f. definição de público a que se destina					
3. Conteúdo	a. correção das informações					
	b. informações adequadas a população a que se destina					
	c. definições conceituais					
	d. atualidade das referências					
	e. ausência de informações importantes					
	f. ênfase nas informações essenciais					
4. Linguagem	a. compreensível pela população					
	b. conceitos claros e objetivos					
	c. informações enviesadas ou prejudiciais					
5. Ilustrações	a. ilustrações esclarecedoras					
	b. layout atrativo					
	c. qualidade das ilustrações					
	d. pertinência das ilustrações					
	e. quantidade de ilustrações					

Aspectos gerais pós-leitura (identificando o material):

Sugestões para melhoria / comentários finais (identificando o material):

TABELA DE AVALIAÇÃO 3/4

Categoria	Sub-categoria	Material 11	Material 12	Material 13	Material 14	Material 15
1. Forma/mídia	a. população a que se destina					
	b. conteúdo					
	c. linguagem					
2. Estrutura/formato	a. tamanho do material					
	b. tamanho do texto					
	c. qualidade do papel					
	d. qualidade das ilustrações					
	e. citação de autores / colaboradores					
	f. definição de público a que se destina					
3. Conteúdo	a. correção das informações					
	b. informações adequadas a população a que se destina					
	c. definições conceituais					
	d. atualidade das referências					
	e. ausência de informações importantes					
	f. ênfase nas informações essenciais					
4. Linguagem	a. compreensível pela população					
	b. conceitos claros e objetivos					
	c. informações enviesadas ou prejudiciais					
5. Ilustrações	a. ilustrações esclarecedoras					
	b. layout atrativo					
	c. qualidade das ilustrações					
	d. pertinência das ilustrações					
	e. quantidade de ilustrações					

Aspectos gerais pós-leitura (identificando o material):

Sugestões para melhoria / comentários finais (identificando o material):



TABELA DE AVALIAÇÃO 4/4

Categoria	Sub-categoria	Material 16	Material 17	Material 18	Material 19	Material 20
1. Forma/mídia	a. população a que se destina					
	b. conteúdo					
	c. linguagem					
2. Estrutura/formato	a. tamanho do material					
	b. tamanho do texto					
	c. qualidade do papel					
	d. qualidade das ilustrações					
	e. citação de autores / colaboradores					
	f. definição de público a que se destina					
3. Conteúdo	a. correção das informações					
	b. informações adequadas a população a que se destina					
	c. definições conceituais					
	d. atualidade das referências					
	e. ausência de informações importantes					
	f. ênfase nas informações essenciais					
4. Linguagem	a. compreensível pela população					
	b. conceitos claros e objetivos					
	c. informações enviesadas ou prejudiciais					
5. Ilustrações	a. ilustrações esclarecedoras					
	b. layout atrativo					
	c. qualidade das ilustrações					
	d. pertinência das ilustrações					
	e. quantidade de ilustrações					

Aspectos gerais pós-leitura (identificando o material):

Sugestões para melhoria / comentários finais (identificando o material):

## ANEXO 5 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

- 1) Qual é a importância dos materiais produzidos no âmbito da PNAN?
- 2) Qual o principal objetivo em se produzir materiais sobre alimentação e nutrição? (explorar dois pontos: a educação como estratégia ou não de promoção de práticas alimentares e o papel dessas estratégias no rol de prioridades do MS no campo da alimentação e nutrição).
- 3) Como se dá o processo de formulação/elaboração do material? Como se produz o material? Sempre foi produzido dessa forma? Se não, como era?
- 4) Quais são os critérios usados na escolha dos temas abordados nos materiais? Quem os escolhe? Dentro dos temas privilegiados, como é definido o conteúdo de cada material? Quem os escolhe?
- 5) Em que estudos/dados se baseiam os materiais elaborados? Quem são os atores desse processo de formulação?
- 6) Quem são os grupos a que esse material se destina? Quem define os grupos a serem atendidos pelo material? Por que o foco principal é no profissional de saúde? Que profissional é esse?
- 7) Como esse material se insere nas diretrizes da PNAN?
- 8) Como se configura o processo de distribuição dos materiais?
- 9) Quem são os responsáveis pela distribuição dos materiais?
- 10) Existe algum diagnóstico do processo de distribuição?
- 11) A distribuição tem o alcance desejado? Se não, qual o motivo?
- 12) Quais são os critérios usados para privilegiar determinados locais na distribuição do material? Quem define esses critérios?
- 13) É realizada uma avaliação do material produzido? Se houver, quem é/são o/os responsável/is por essa etapa? Como é feita a avaliação dos materiais?

**ROTEIRO DE GRUPO FOCAL**

**QUESTÃO-CHAVE (1): ESTRUTURA DO MATERIAL**

1. Vocês trabalham com materiais informativos / educativos sobre alimentação e nutrição? ( )
2. O que vocês acham desses materiais? ( )
3. Que tipo de informações vocês buscam nesses materiais? Conseguem encontrar facilmente? Por que? ( )
4. A forma de apresentação (livro, cartilha, folheto etc.) desses materiais é satisfatória? Se for insatisfatória, qual a melhor maneira de apresentá-los? ( )
5. Vocês conhecem esse material (10 Passos)? Já o utilizaram? Em que ocasião? Que partes desse material vocês utilizam mais? Por que? ( )
6. O tamanho do texto contido no material é adequado / inadequado? Por que? A quantidade de texto é suficiente / excessiva? Por que? ( )

**QUESTÃO-CHAVE (2): CONTEÚDO**

7. Qual o conteúdo abordado nesse material? ( )
8. As informações contidas no material são adequadas? Por que? ( )
9. As informações importantes estão contidas no material? ( )
10. Falta alguma informação importante? ( )
11. O texto é fácil de ser compreendido? Por que? Em caso negativo, o que pode ser feito para melhorar?

**QUESTÃO-CHAVE (3): LINGUAGEM**

12. Na opinião de vocês, a linguagem utilizada é adequada? Por que? ( )
13. São utilizados conceitos claros e objetivos? Solicitar exemplos. ( )
14. São utilizados conceitos que possam provocar confusão? Solicitar exemplos. ( )
15. Uma pessoa que nunca recebeu treinamento para trabalhar com esse material, pode utilizá-lo sem esse treinamento? Por que?

JÁ PASSAMOS DA METADE DO GRUPO. ATÉ AGORA TUDO BEM?  
CONTINUAMOS, ENTÃO

**QUESTÃO-CHAVE (4): ILUSTRAÇÕES / GRÁFICOS / TABELAS**

16. As ilustrações / gráficos / tabelas utilizadas são de fácil compreensão? ( )
17. As ilustrações / gráficos / tabelas traduzem a realidade da população que vocês atendem? Por que? ( )
18. As ilustrações / gráficos / tabelas são suficientes? Por que? São excessivas? Por que? ( )
19. A qualidade das ilustrações / gráficos / tabelas é boa? Por que? ( )

**QUESTÃO-CHAVE (5): IMPLEMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO MATERIAL**

20. As orientações contidas no material são implementadas no dia-a-dia de sua Unidade de Saúde? Se são implementadas, de que forma isso acontece na prática? ( )
21. Quais ações são mais fáceis de serem colocadas em prática? Por que? ( )

22. Quais ações são mais difíceis de serem colocadas em prática? Por que? ( )
23. Quais profissionais de sua Unidade de Saúde participam da implementação dessas ações em alimentação e nutrição? Por que? ( )

JÁ ESTAMOS TERMINANDO...

### **RECEPCÃO DAS INFORMAÇÕES**

24. Dos 10 Passos indicados, quais aqueles que vocês trabalham mais? Por que? ( )
25. Vamos olhar para a página 17 (esquema de melhoria nutricional). Vocês poderiam explicar o que é esse esquema? Vocês já utilizaram alguma vez essa informação? Em que ocasião? Como foi essa experiência? ( )
26. Vamos olhar para as páginas 30 e 31 (pirâmide). Vocês conhecem essa figura? Do que se trata? Já viram em outros materiais? Como vocês utilizam essa figura no seu dia-a-dia? É fácil utilizá-la? Por que? Quais os problemas que vocês encontram quando utilizam esse tipo de figura junto à população que atendem?()
27. Agora vamos olhar para a página 32 (recomendações frutas, leguminosas e carnes). Vocês poderiam explicar o que é essa parte do material? Vocês já utilizaram alguma vez essa informação? Em que ocasião? Como foi essa experiência? É fácil utilizar essas informações? Por que? Quais os problemas que vocês encontram quando utilizam esse tipo de informação junto à população que atendem? ( )
28. Agora, para terminar, vamos à página 37 (cálculo nutricional). Vocês poderiam explicar o que é essa parte do material? Vocês já utilizaram alguma vez essa informação? Em que ocasião? Como foi essa experiência? É fácil utilizar essas informações? Por que? Quais os problemas que vocês encontram quando utilizam esse tipo de informação junto à população que atendem?

MUITO OBRIGADA!