

Os hábitos alimentares culturais e a pobreza como barreiras à promoção da alimentação saudável em centros de saúde de atenção básica no Distrito Federal/ Brasil

Cultural eating habits and poverty as barriers to promoting healthy eating in primary health care centers in the Federal District / Brazil

Denise Oliveira e Silva¹
Erica Ell²
Daniela Sanches Frozi³
Caio Capella⁴

¹Pesquisadora Titular em Saúde Pública da Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz/Programa de Alimentação, Nutrição e Cultura, Brasil.
E-mail: denise.silva@fiocruz.br

²Assessora técnica da Coordenação Geral do Fomento Nacional de Pesquisa/ Departamento de Ciência e Tecnologia/ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Brasil.
E-mail: erica.ell@saude.gov.br

³Daniela Sanches Frozi – Pesquisadora Associada a Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz/Programa de Alimentação, Nutrição e Cultura, Brasil.
E-mail: danielafrozi@gmail.com

⁴Caio Capella Ribeiro Santos – Pesquisador Associado da Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz/Programa de Alimentação, Nutrição e Cultura, Brasil.
E-mail: capella.caio@gmail.com

Correspondência

Denise Oliveira e Silva
Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz - Brasília
Programa de Alimentação, Nutrição e Cultura - PALIN
Avenida L3 Norte. Campus Universitário
Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4.
CEP: 70910-900. Tel: (61) 3315-3082/
9642-2968. E-mail: denise.silva@fiocruz.br

RESUMO

Objetivo: Analisar os resultados quantitativos e qualitativos de pesquisas realizadas entre 2008 a 2015 sobre barreiras e obstáculos referidas por profissionais de saúde sobre a promoção a alimentação saudável no Distrito Federal.

Metodologia: Utilização de dados de abordagens de pesquisas multimétodos baseados no desenho de estudos KAP - Knowledge, Attitudes and Practices e etnografia em serviços de saúde de amostra probabilística de profissionais de saúde analisados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov(Lilliefors). Os dados qualitativos foram oriundos da abordagem etnográfica analisados segundo a propostas da Hermenêutica Dialética.

Resultados: Os dados quantitativos demonstraram que o valor mais forte do coeficiente de correlação de Sperman foi de 0,66 no relacionamento entre a “baixa instrução dos usuários e os “hábitos culturais dos usuários”. Os núcleos de sentido identificados na abordagem etnográfica foram a pobreza dos usuários e o espírito do lugar onde estão sediados os centros de saúde no DF.

Conclusões: Recomenda-se a necessidade de estimular o investimento na formação e na práxis transdisciplinar dos profissionais de saúde em teorias compreensivas para informar e comunicar de forma humanizada para que eles se consideram co-responsáveis pela articulação de conhecimentos como a expressão integrada de saberes, práticas e relações biológicas, sociais, econômicas e simbólicas-culturais sobre a promoção da alimentação saudável.

Palavras-chaves: promoção alimentação saudável, atenção básica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the quantitative and qualitative results of research carried out between 2008-2015 on barriers and obstacles referred to by health professionals on promoting healthy eating in the Federal District.

Methodology: Datas multimethods researches approaches based on KAP study design - Knowledge, Attitudes and Practices in a random sample of health health professionals services analyzed by the Kolmogorov-Smirnov test (Lilliefors). Qualitative datas were ethnographic approach analyzed according to the proposals of the Dialectic Hermeneutics.

Results: Quantitative data showed that the stronger value of the Spearman correlation coefficient was 0.66 in the relationship between the low education of users and cultural habits of users. The units of meaning identified in the ethnographic approach was the poverty of the users and the spirit of the place where they are based health centers.

Conclusions: It is recommended the need to encourage investment in training and transdisciplinary practice of health professionals in understanding theories to inform and communicate in a humane way for them to feel co-responsible for the articulation as integrated knowledge expression, practices and biological, social, economic and symbolic-cultural relations on promoting healthy eating food.

Keywords: healthy food, basic health attention.

INTRODUÇÃO

O cenário de promoção a alimentação saudável na atenção básica à saúde tem suscitado reflexões sobre a importância dos profissionais de saúde de desenvolver competências, habilidades e peculiaridades ao cotidiano do cuidado e da atenção à saúde, por meio do trabalho em equipe e formação como educadores para a promoção da alimentação adequada e saudável^{1,2, 3,4, 5, 6, 7, 8}.

Podemos considerar que às barreiras enfrentadas por profissionais de saúde nas últimas décadas, mostram a importância de programas e políticas públicas que associam medidas de suporte técnico, de infraestrutura aos serviços de saúde por meio de ações que incorporem também a

capacidade de informar e comunicar aos usuários de forma menos normativa. O uso de abordagens que estimulem o diálogo humanizado que possam moldar as escolhas alimentares pela valorização de aspectos simbólicos e culturais da alimentação são as vias para apoiar esse processo^{10, 11, 12,13,14,15}.

Desta forma, o objetivo deste artigo é analisar os resultados quantitativos e qualitativos obtidos pela pesquisa “Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde da Atenção Básica para a Promoção a Alimentação Saudável no Distrito Federal” desenvolvido pela Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz em curso desde 2010 sobre as barreiras e obstáculos para a promoção da alimentação saudável em centros de saúde atenção básica do Distrito Federal.

MÉTODOS

Trata-se da descrição de resultados de pesquisas quantitativas realizadas entre 2008 a 2010 baseadas em estudo descritivo, transversal, com base no desenho de KAP - *Knowledge, Attitudes and Practices*¹⁶. Os resultados quantitativos são baseados numa amostra probabilística do tipo aleatória simples, considerando um nível de significância de 95% e uma estimativa com uma margem de erro de 3%, o que determinou o número de 1057 profissionais das seguintes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, odontólogos e nutricionistas lotados em 101 centros de saúde do Distrito Federal. A escolha aleatória foi realizada com o apoio do software SPSS 13.0. Foi utilizado um questionário de auto-resposta composto de 30 perguntas com respostas de múltipla escolha e com 9 perguntas abertas, elaborado a partir do instrumento utilizado por Silva¹¹ em sua pesquisa sobre promoção da alimentação saudável, em 2000 em centros de saúde de atenção básica do Distrito Federal. Este instrumento foi enviado aos profissionais de saúde para ser preenchido de livre e espontânea vontade. A adesão a este instrumento foi de 70% pelos profissionais de saúde. Para a construção do banco de dados e a realização das análises estatísticas adotou-se o software SPSS for Windows versão 15.0. Os dados foram submetidos ao teste de Kolmogorov-Smirnov (Lilliefors) o qual apresentou um $p > 0,01$, indicando que as variáveis apresentam uma distribuição significativamente diferente de uma distribuição normal. Com base neste achado, os dados foram analisados por meio de frequências, qui-quadrado e o coeficiente de Spearman para verificar as correlações existentes entre as variáveis, segundo as categorias profissionais, considerando um nível de significância de 0,01.

A pesquisa qualitativa iniciou em 2011 pela realização da observação do cotidiano de ações relacionadas a promoção da alimentação saudável nos centros de saúde. Foram realizados grupos focais e entrevistas em profundidade. Foram observados 50 centros de saúde localizados no Plano Piloto e Cidades Satélites que declaram adesão a pesquisa. Foram realizadas 60 entrevistas em profundidade e 05 grupos focais. Após esta etapa foi realizado a abordagem etnográfica durante 12 meses em cinco centros de saúde sendo 03 em cidades satélites e 02 no Plano Piloto. O material coletado foi exaustivamente lido em busca da eleição de núcleos de sentido que foram analisados segundo a proposta da Hermenêutica Dialética.

Este caminho metodológico preconiza a leitura e ordenação de todo o material coletado para efetuar a interpretação e busca de categorias analíticas por meio da análise crítica-histórica dos contextos e das contradições que unem o objeto da pesquisa e a realidade do processo investigativo¹⁷.

A pesquisa foi financiada pelo Edital CNPq (processo nº402.263/2005-7) e pelo Edital FAP (processo nº193.000.067/2008), por meio do convênio Nº 04.10.0517.00 como parte do projeto de pesquisa de criação do Núcleo de Segurança Alimentar e Nutricional do Centro Oeste (NUSAN-CO pela FINEP, pela Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz como ação do Projeto Cidade Saudável do Programa DF Sem Miséria TC FUNASA/FIOCRUZ - Direb Desenvolvimento Institucional.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, protocolo 241/08, 2008 e os resultados não farão qualquer menção de identificação as unidades e os profissionais de saúde participantes da pesquisa.

RESULTADOS

A amostra dos profissionais de saúde se constitui de 150 homens (24,0%) e 474 mulheres (75,9%). A idade variou entre 23 a 72 anos, sendo a média das mulheres de 42,9 anos ($Dp=9,45$) e a dos homens de 43,5 anos ($Dp= 10,13$). Participaram da pesquisa 38,6% (243) enfermeiros, 237(37,6%) médicos, 84(13,3%) odontólogos e 60(9,5%) nutricionistas. Cerca de 66% dos profissionais relatou ter curso de pós-graduação e 74,5% relatou trabalhar em torno de 40 horas semanais.

O valor mais forte do coeficiente de Spearman foi de 0,66 no relacionamento entre a “baixa instrução dos usuários” e os “hábitos culturais dos usuários”. A barreira “baixa instrução dos usuários” apresentou correlação mais forte também com as “precárias condições de vida dos usuários” ($s_r= 0,62$), com a “resistência a mudanças pelo usuário” ($s_r=0,52$) e com a “falta de interesse dos usuário” ($s_r=0,53$). A “resistência a mudanças pelos usuários” também se apresentou correlacionada com os “hábitos culturais dos pacientes” ($s_r= 0,56$) e com a “falta de interesse dos pacientes” ($s_r= 0,51$). Além destas associações os valores mais fortes do coeficiente estão ainda na associação entre a “falta de interesse dos usuários com os “hábitos culturais

dos usuários” ($s_r = 0,56$). Assim, dentre todas as variáveis a “baixa instrução dos usuários” foi a que concentrou o maior número de associações acima de 0,50 com outras relacionadas aos usuários,

seguida pela resistência a mudanças pelos usuários. (Tabela 1).

Tabela 1

Valores mais significativos de correlação de Spearman encontrados entre as barreiras para promoção da alimentação saudável, segundo os profissionais de saúde, Brasília/Distrito Federal Brasília, 2010

Variáveis mais fortemente correlacionadas	Coefficiente de Spearman	Valor de p
“Baixa instrução dos pacientes” com:		
- precárias condições de vida dos pacientes	0,62	<0,001
- resistência a mudanças pelo paciente	0,52	<0,001
- hábitos culturais dos pacientes	0,66	<0,001
- Falta de interesse dos pacientes	0,53	<0,001
“Resistência a mudanças pelo paciente” com:		
- Hábitos culturais dos pacientes	0,56	<0,001
- Falta de interesse dos pacientes	0,51	<0,001
“Falta de interesse dos pacientes” com “Hábitos Culturais dos pacientes”	0,56	<0,001
“Falta interesse profissionais para orientar” com “Desorganização do serviço”	0,53	<0,001
“Ausência de treinamento e reciclagem profissional” com “Falta de material didático”	0,57	<0,001

Fonte: Pesquisa Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde sobre Promoção a Alimentação Saudável, na Atenção Básica do Distrito, Federal, Brasil, 2010-2015

Ao analisar a correlação entre as barreiras para a promoção da alimentação, segundo categorias profissionais, verifica-se que a “baixa instrução dos usuários” correlacionada com os “hábitos culturais dos usuários” e com as “precárias condições de vida dos usuários” se destacaram em todas as categorias profissionais, sendo que houve um relacionamento mais significativo entre a “baixa instrução dos usuários” e os “hábitos culturais dos usuários” para a categoria dos nutricionistas ($s_r = 0,72$), seguido pelos enfermeiros e odontólogos

com $s_r = 0,69$ para ambas destas categorias (Tabela 2). Tanto para enfermeiros ($s_r = 0,62$) como para odontólogos ($s_r = 0,59$) e nutricionistas ($s_r = 0,49$) a correlação entre “hábitos culturais dos usuários” e “resistência a mudanças pelos usuários” se destacou. Assim também, a “falta de interesse dos pacientes” com a “resistência a mudanças pelos usuários” correlacionaram-se mais fortemente nestas categorias profissionais, apresentando respectivamente $s_r = 0,52$, $s_r = 0,53$ e $s_r = 0,64$ (Tabela 2).

Tabela 2

Valores mais significativos de correlação de Spearman encontrados entre as barreiras para promoção da alimentação saudável, segundo as categorias profissionais, Brasília/Distrito Federal – 2010.

Categorias profissionais	Variáveis mais fortemente correlacionadas	Coefficiente de Spearman	Valor de p
Enfermeiros	“Baixa Instrução dos pacientes” com:		
	- Precárias condições de vida dos pacientes	0,62	<0,001
	- Resistência à mudanças pelos pacientes	0,53	<0,001
	- Hábitos culturais dos pacientes	0,69	<0,001
	- Falta de interesse dos pacientes	0,58	<0,001
	“Hábitos Culturais dos Pacientes” com:		
	- Resistência a mudanças pelos pacientes	0,62	<0,001
	- Falta de interesse dos pacientes	0,58	<0,001
	“Falta interesse pacientes” com “Resistência a mudanças pelos pacientes”	0,52	<0,001
“Falta de interesse dos profissionais para orientar” com “Desorganização dos serviços”	0,51	<0,001	
Odontólogos	“Baixa instrução dos pacientes” com:		
	- Falta de interesse dos pacientes	0,62	<0,001
	- Resistência à mudanças pelos pacientes	0,52	<0,001
	- Precárias condições de vida dos pacientes	0,55	<0,001
	- Hábitos culturais dos pacientes	0,69	<0,001
	“Hábitos Culturais dos Pacientes” com:		
	- Resistência à mudanças pelos pacientes	0,59	<0,001
	- Falta de interesse dos pacientes	0,60	<0,001
	- Influência de estímulo de consumo de alimentos inadequados pela mídia	0,56	<0,001
“Falta de interesse dos pacientes” com “Resistência a mudanças pelos pacientes”	0,53	<0,001	
“Falta de material didático” com “Ausência de treinamento e reciclagem”	0,67	<0,001	
Médicos	“Baixa Instrução dos pacientes” com:		
	- Precárias condições de vida dos pacientes	0,60	<0,001
	- Resistência à mudanças pelos pacientes	0,49	<0,001
	- Hábitos culturais dos pacientes	0,57	<0,001
	- “Falta de material didático” com “Ausência de treinamento e reciclagem”	0,58	<0,001
“Falta de interesse dos profissionais para orientar” com “Desorganização dos serviços”	0,59	<0,001	
Nutricionistas	“Baixa instrução dos pacientes” com;		
	- Precárias condições de vida dos pacientes	0,64	<0,001
	- Hábitos culturais dos pacientes	0,72	<0,001
	- Falta de interesse dos pacientes	0,53	<0,001
	“Hábitos culturais dos pacientes” com:		
	- Falta de interesse dos pacientes	0,59	<0,001
	- Precárias condições dos pacientes	0,59	<0,001
	- Resistência à mudanças pelos pacientes	0,49	<0,001
	“Falta de interesse dos pacientes” com “Resistência à mudanças pelos pacientes”	0,64	<0,001
“Falta de integração interprofissional” com “Ausência de treinamentos e reciclagem”	0,52	<0,001	
“Falta de recursos humanos” com “Grande número de pacientes”	0,57	<0,001	

Fonte: Pesquisa Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde sobre Promoção a Alimentação Saudável, na Atenção Básica do Distrito, Federal, Brasil, 2010-2015

Os resultados quantitativos foram fundamentais para orientar a abordagem etnográfica e tem possibilitado a compreensão de outros fatores e criar olhares subjetivos sobre a promoção da alimentação saudável nos centros de saúde do DF. Os núcleos de sentido expressaram a existência de um “espírito do lugar” que revela a historicidade simbólica do território e a “pobreza financeira dos usuários” como os fatores de compreensão sobre os aspectos relacionados as barreiras e obstáculos a promoção da alimentação saudável.

O espírito do lugar de onde estão os centros de saúde

O lugar onde estão sediados os centros de saúde no DF na opinião dos profissionais de saúde se revela como significado de compreensão dos obstáculos e barreiras para a PAS.

“ (...) para irmos a todos os centros de saúde, temos que obedecer a organização geográfica da cidade; (...) não podemos ir de um local a outro como numa cidade normal (...). Cada lugar tem seu próprio espírito, com diferenças de horários de ônibus; de pessoas; de tudo! Em Brasília o Plano Piloto é muito diferente das Cidades Satélites e obriga que a gente faça uma escolha de cada vez, não dá para misturar (...) eu vejo e sinto as diferenças de acesso a estas localidades todos os dias; (...) eu acho que os centros de saúde devem refletir isto quando fazem a promoção a alimentação saudável (...). (Diário de campo) ”.

“ a geografia de localização dos centros de saúde é vista por nós de forma diferenciada, não é para separar os bons dos ruins, mas para entender e respeitar o espírito da cidade” (...) a forma de abordagem dos usuários no Plano não é a mesma das Satélites; (...) existem diferenças entre as Asas Sul e Norte do Plano como também entre as Cidades Satélites para as ações de promoção a alimentação saudável (...). (Gestor de Nível Central)

“ (...) Todo mundo sabe que no DF algumas ações para serem realizadas precisam ser experimentadas segundo o lugar (...) tem coisa que não pega no Plano e pega nas Satélites; (...) Dentro do Plano também tem diferenças entre o que pega na Asa Sul e o que pega na Asa Norte; (...) depende do lugar que ajuda mas que também atrapalha (...) para dar certo, é importante ir para um lugar que aceita fazer

acontecer a promoção a alimentação saudável para incentivar os centros de saúde a aderirem (...); eu não sei o que acontece, mas sabemos que tem lugar que toda a ação proposta é encarada com dificuldade; (...) quando falo do lugar eu estou falando que quando há a união entre os centros de saúde e a população a coisa vai, quando não existe a coisa não avança (...). (Profissional de saúde do sexo feminino, de uma UBS)

O reconhecimento que existe o lugar onde estão os centros de saúde revelam as barreiras e obstáculos a promoção a alimentação saudável foi à primeira categoria analítica da abordagem etnográfica. O processo interpretativo trouxe o Distrito Federal como expressão simbólica de espaço/sociedade de interação entre lugar e identidade pela utilização do constructo “*genius loci*”. Este termo latino modernamente adotado por meio de uma abordagem fenomenológica pela Arquitetura na compreensão da interação lugar e identidade reúne as dimensões culturais, hábitos e linguagem e refere que há o “espírito do lugar”¹⁸. A adoção deste termo nos permitiu compreender como os profissionais de saúde que atuam nos centros de saúde realizam suas ações pela incorporação das nuances históricas relacionadas a trajetória da política de atenção à saúde no DF.

A cidade de Brasília foi construída para abrigar os servidores públicos, pela ação de três forças de interesse: o setor público, o capital imobiliário e a mão de obra assalariada. Estas forças determinaram a ocupação do espaço e polarizaram o jogo político e social, caracterizado pela forte atração de migrantes e imigrantes. Como consequência o DF é um espaço heterogêneo representado pela utopia e hegemonia arquitetônica de Brasília, marcadamente pela centralidade do Plano Piloto sobre as outras localidades e a realidade vivida de seus cidadãos como DF. Segundo Göttems et al¹⁹ em 1982, é o surgimento do que é a capacidade instalada atual composta de 101 centros de saúde denominados de Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no Plano Piloto e nas cidades satélites. O contexto político como revela a autora em seu estudo sobre a trajetória da política de atenção à saúde no DF entre 1960 a 2007, demonstra grandes investimentos na organização e na mudança do modelo de atenção básica a saúde sob *os influxos do paradigma hospitalocêntrico e biologicista*. Esta característica também observada por Pires et al²⁰, avança mais com contribuições sobre a visão da população usuária destes servi-

ços de apresentar mais confiança nos hospitais e não acreditarem na capacidade resolutiva das UBS, porque ainda predomina a centralidade na doença no médico e no hospital.

Ao reconhecer este processo político como momento não separável dos sujeitos (profissionais de saúde e usuários) do ambiente (centros de saúde e cidade). Merlau-Ponty nos revela que o “*espaço não é o ambiente (real ou lógico) em que as coisas se dispõem, mais o meio pelo qual a posição das coisas se torna possível*”²¹. Portanto, compreender as conexões que se estabelecem nestes espaços entre sujeitos e o ambiente nos apresenta como caminho interpretativo pontos de ancoragem dos resultados quantitativos relacionados à baixa instrução, hábitos e cultura dos usuários como fatores de barreiras e obstáculos a promoção da alimentação saudável.

A história de construção dos centros de saúde está ancorada no reconhecimento da importância da atenção primária em saúde e faz parte da geografia urbanística apontada por Nunes²², de *supremacia simbólica a partir do estilo de vida de sua área planejada (Brasília) que, favorecida sobretudo por seu modelo urbanístico, foi responsável por interações sociais, mesmo quando se confrontou com uma certa rigidez nas relações intergrupais*. Estas estruturas que compõem o nível de atenção primária a saúde tem sua identidade histórica de construção das Asas Sul e Norte como expressão da agenda da política de saúde, *acessória ao atendimento hospitalar objetivando desafogá-lo* (Göttems et al)¹⁹. Este processo interagiu com a identidade e o espaço dos centros de saúde pela realidade vivida de ocupação da cidade, no Plano Piloto e nas cidades satélites. Portanto, a idéia de uma centralidade, assumida para o Plano Piloto revela-se como constructo primordial do *genius loci* que se refletirá nos centros de saúde de todo o DF. Mas, dentro da centralidade também são observadas nuances de diferenciação a medida que o denominado Plano Piloto, foi construído inicialmente pela Asa Sul e depois a Asa Norte, sendo a primeira habitada pelos primeiros migrantes que chegaram a capital, o que pode contribuir para a compreensão que foi nesta localidade a instalação das primeiras estruturas de saúde nesta região. Todavia são também descritos a instalação de outras experiências com a criação de Unidade Integrada de Saúde em Sobradinho e Planaltina cidades satélites do DF. A questão de possíveis diferenciações que dariam espíritos diferentes aos lugares onde estão os centros de saúde, sobretudo

pela marcada presença de maioria de usuários de origem nordestina.

(...). Embora os centros de saúde sejam construções relativamente parecidas, o que acontece lá dentro é diferente (...). Eu vejo que as vezes um mesmo profissional de saúde pode atuar em um centro no Plano e num da cidade satélite. (...), mas o que conversamos é que os tratamentos com os usuários são completamente diferentes (...)
(Profissional de Saúde do sexo feminino de uma UBS)

(...) eu não quero julgar ninguém mas é nítido que levar propostas para alguns centros de saúde de determinadas regionais de saúde do DF é desafiador; (...) precisamos enfrentar as resistências e motivar aqueles que querem desenvolver novas abordagens e caminhos (...); temos premiado os profissionais engajados com propostas inovadoras com financiamento de cursos e participação em congressos (...)
(Gestor no Nível Central)

(...) eu já trabalho a muitos anos em centros de saúde, já passei por três ou quatro, todos no Plano Piloto (...) existem diferenças entre eles, no Plano Piloto a demanda que vai aos centros de saúde é menor do que os centros das satélites, (...) existem no Plano centros que atendem população das quadras, para algumas vacinas, pré-natal, e muitos idosos mais sempre é menor quando comparada as satélites (...) nas satélites a demanda é grande e não há jeito de atender todo o mundo porque vem gente das cidades próximas de Goiás (...)
(Profissional de Saúde do sexo masculino de uma UBS)

A interação do espaço e sociedade é revelada pelas identidades dos profissionais de saúde como da população usuária com o lugar.

(..) é uma prática corriqueira as pessoas das satélites mentirem seus endereços, dar o endereço de sua patroa para ter acesso aos centros de saúde como as escolas para seus filhos no Plano porque elas dizem que os profissionais atendem melhor e conseguem marcar consulta mais rápido (...)
(Profissional de Saúde do sexo masculino de uma UBS)

(...) tem grupos e grupos(...) eu me recuso a fazer grupo somente pela estatística; (...) eu sei que é difícil convencer meus colegas das ideias da promoção a saúde e mais difícil ainda, a população; mas temos que fazer; (...) somos poucos mais a população nos reconhece e nossos usuários acompanhados não necessitam ir até o hospital, para eles isso é uma vitória”.
“(Profissional de Saúde do sexo feminino de uma UBS)”

A Estratégia Saúde da Família que foi implantada no DF a partir da década de 90 e tem equipes distribuídas em todo o DF com grande concentração nas cidades satélites tem contribuído para a mudança da atenção à saúde. Segundo, Arce & Sousa²³, podem ser evidenciados inúmeros avanços como a incorporação da integralidade como tática fundamental e a valorização da intersubjetividade do processo de saúde-doença e cuidado. Todavia, os autores identificam que a práxis precisa ser desenvolvida sob a égide de visão multicausal do contexto social dos usuários e das ações intersectoriais a serem realizadas no âmbito do território.

Mas as dificuldades do local geográfico onde estão os centros de saúde revelam identidades culturais das quais a pobreza é elemento de grande significado. Por um lado, a ideia que a pobreza associada aos hábitos culturais alimentares são barreiras a PAS é revelada, como nos depoimentos abaixo:

(...) nos centros de saúde localizados nas cidades satélites, temos que reconhecer que atendemos a população nordestina (...) eles vem com fortes hábitos culturais que a gente não consegue mudar (...) eu não sei conversar com eles (...).”
(Profissional de saúde do sexo masculino de uma UBS)

não adianta falar de saúde aqui; as pessoas que trabalham aqui e a população entendem a saúde como doença; (...) todos os pacientes são pobres, eles nem pensam em alimentação (...) eu acho muito bonito o discurso da promoção a saúde e da alimentação saudável, mas a população quer que o Dr. resolva sua doença; (...) comida mesmo eles não tem e nem podem comprar (...) os trabalhos de grupo são feitos aqui para cumprir a estatística; (...) o profissional cumpre a determinação pegando no laço as pessoas que vem para vacinar seus filhos ou até para fazer

curativo para preencher a estatística; e a população aceita tudo isto, porque se não aceitar passar pelo grupo ela não consegue conversar com o médico sobre sua queixa; (...) será que a população quer promoção a saúde?
(Profissional de Saúde do sexo feminino de uma UBS) ”

Barreiras e obstáculos relacionados a pobreza e os hábitos alimentares culturais dos usuários

A pobreza, a baixa instrução e as precárias condições de vida de usuários do SUS, são as questões apontadas como barreira a PAS em estudos e pesquisas. Este aspecto apontado por Boog¹³ e Silva¹¹ podem nos ajudar a refletir sobre como os profissionais de saúde encaram seu procedimento terapêutico nutricional. O modelo apregoado pela mídia está baseado nos ditames da sociedade de mercado da terapêutica biomédica, baseado na aquisição de fármacos (controle de apetite) e serviços de estética corporal de alto custo financeiro. Os cuidados de estética corporal outro braço basilar da terapêutica nutricional relacionada ao excesso de peso e obesidade, implica em dedicação de tempo para atividade física e cirurgias plásticas.

As recomendações oficiais da PAS contidas em manuais e guias alimentares pelo país, tem avançado para recomendações que afirmem repertórios biológicos e culturais. A mídia vem contribuindo para a constituição de nova interpretação cultural da PAS (linguagem êmica) que relaciona esta prática a comer legumes, verduras, frutas e carnes de animais magras. Estas interpretações tem gerado conflitos na informação e comunicação entre profissionais de saúde e usuários. Os profissionais saúde revelam que a população pobre não pode atender este repertório terapêutico porque estes alimentos são caros. E reagem apenas priorizando os usuários que tem doenças associadas a problemas nutricionais.

Atuar sobre a doença, é a expressão mais frequente associada ao repertório terapêutico da PAS observada nos resultados destas pesquisas porque se alinha de forma factível com os fármacos existentes nos serviços de atenção básica, que são os medicamentos gratuitos de controle a hipertensão arterial e a diabetes. Assim, o cotidiano vivido e experienciado pelos profissionais é lidar com o que eles consideram como a realidade da pobreza o que determinaria o desinteresse pelos usuários pela terapêutica alimentar e o conseqüentemente abandono da atenção a saúde. Dentre

as questões que se colocam como fator de reflexão é que a pobreza demandaria alternativas de cuidado das quais seriam necessários mais tempo de atendimento e o cotidiano dos centros de saúde está inflacionado pelo excessivo número de usuários com queixas de morbidade principalmente nos centros de saúde das cidades satélites.

(...) eu sou um “comedor de fila” por ai você entende como eu vejo a promoção a alimentação saudável(...) não adianta, a gente chega aqui e o que tem na fila é doença(...)
(Profissional de Saúde do sexo masculino de uma UBS) ”

A abertura para a mudança de abordagem terapêutica é um campo que merece ser investigado, pois aponta fatores subjetivos e conjunturais onde a formação de base medicalizante concorre como fator de importância para a compreensão destes resultados. Vários estudiosos e pesquisadores têm apontado a ausência e/ou baixa presença de disciplinas do campo das ciências humanas e comportamentais no currículo de profissionais de saúde como fator relevante para as abordagens na atenção à saúde. Esta situação decorrente tanto da ausência de conteúdos disciplinares, como também da falta de articulação entre os conhecimentos biológicos, com às questões políticas, sócio-econômicas e culturais tem contribuído para a formulação e execução de medidas coletivas e individuais de atenção e cuidado à saúde^{24, 25,26,27,28}.

Os profissionais de saúde são formados para compreender o corpo doente, ou seja para investigar se existem agentes patogênicos de origem infecciosa (vírus, bactérias, etc.) ou falha no sistema orgânico humano (genético, traumas, etc). Em geral a visão é e descaracterizar o corpo biológico como expressão social, política e econômica. Esta ideologia fragmentária e hegemônica se desenvolve no campo saúde pela visão do corpo-máquina como engrenagens que precisam ser consertadas, trocadas ou eliminadas.

Ganguilhem²⁹ lembra que a medicina existe em primeiro lugar porque os homens se sentem doentes e que não será um método objetivo que qualificará como patológico um determinado fenômeno biológico, máxima relação como indivíduo doente, por meio da clínica, que justifica a qualificação de patológico. Este autor considera ainda que “*a intenção do patologista não faz com que seu objeto sejam a matéria desprovida de subjetividade*”. A medicina é uma atividade que

tem raízes e encontra seu sentido no esforço espontâneo do indivíduo para dominar o meio e organizá-lo segundo seus valores de ser vivo, não tendo encontrado, antes, toda a lucidez crítica que a tornaria infalível²⁹.

No entanto, a desconexão com a realidade econômica e social do país é assumida na compreensão dos problemas alimentares e nutricionais. O desconhecimento sobre o sistema alimentar que orienta o mundo: o modelo agroindustrial é algo relevante de ser destacado pois gera efeitos deletérios desde a desigualdade no valor do produto; pauperização dos agricultores (baixo preço dos produtos agrícolas); desigualdade de performance técnica (os países do norte mais capazes comparados aos do sul); problemas ambientais; o deslocamento do papel de comensal para o de consumidor de alimentos, insegurança e medo da sociedade em consumir alimentos com agrotóxicos e modificados geneticamente e sua possível associação com a morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas; contribuir para a pandemia da obesidade³⁰.

Os profissionais de saúde como qualquer cidadão deste planeta são sujeitos e objetos desse modelo. Como sujeitos vivem os dramas de lidar com suas escolhas alimentares. Vivem os dilemas impostos por esse modelo em sua vida. Como objetos, o seu papel é reproduzir os ditames do consumo da alimentação massificada com formulações tanto para fins gerais da alimentação como também dietéticos. Por exemplo, o incremento da nutrição funcional é a nuance deste modelo. Os profissionais de saúde fazem parte do processo como objetos de informação e comunicação para assumir em seu discurso a medicalização da alimentação humana. Neste sentido, o desconhecimento desta ideologia e marcadamente sua reprodução da ideologia neoliberal de profusão de alimentos traz para os profissionais de saúde o paradoxo de ser sujeito e objeto desta novidade que está sendo experienciada por todos nós seres humanos que habitamos o Planeta Terra neste início de milênio.

Podemos considerar a profusão de alimentos, principal resultado do modelo agroindustrial, é praticada de forma desigual tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo. Para oferecer a profusão de alimentos, esse modelo utiliza-se de estratégias de destruição de sistemas alimentares tradicionais e interfere nos patrimônios culturais alimentares e devastar o planeta. Além disso, tem sido muito criticado por seu papel de oferecer

maior disponibilidade de alimentos pelo custo alto uso de aditivos químicos na produção agrícola e no incremento de alimentos processados. Assim, a questão para a compreensão da barreira dos hábitos culturais dos usuários como barreiras pode se revelar associada a não compreensão deste sistema alimentar, que congrega perfis de consumo de alimentos diferenciados segundo o poder aquisitivo. Neste sentido, a idéia de que os “pobres não sabem comer”, expressão muito utilizada quando o Brasil tinha altos índices de desnutrição e carências nutricionais é reificada também para os problemas nutricionais atuais, notadamente a pandemia de obesidade. De fato, a complexidade desse sistema alimentar é o desafio atual da humanidade, nos remete a ansiedade e as inquietações da sociedade mundial de não saber estabelecer critérios e as escolhas alimentares com as necessidades biológicas corporais e de prazer. Segundo Lambert *et al.*³¹, a sociedade mundial ainda não conseguiu aprender a gerenciar a profusão de alimentos com os requerimentos biológicos-energéticos do corpo: “*ficar magro em longo período de vacas gordas*”.

Essa reflexão não faz parte da formação técnica/acadêmica dos profissionais de saúde e revela-se na práxis de sua atuação de forma conflituosa com a população usuária de origem pobre que ainda assume seus valores culturais de escolha e consumo de alimentos. O que é mais desafiador é constatar que a rica cultura alimentar oriunda das etnias indígenas, africanas e europeia pode ser considerado como um problema.

Assim, os hábitos alimentares quando se colocam como repertórios populares no mosaico informativo e comunicativo da PAS trazem ao profissional de saúde a não valorização de sistemas de produção, consumo e classificação de alimentos culturais, que acabam sendo negligenciados para atender os requerimentos dos significados da indústria de alimentos. A questão é: Os profissionais de saúde estão reproduzindo o repertório do modelo agroindustrial em suas vidas também?

Estamos diante da complexidade de um tema que requer um olhar multicausal, como expressão do *ligare* de algumas dimensões estratégicas do conceito de PAS com a conjuntura da situação alimentar mundial e brasileira para apontar pistas de como informar e comunicar, principalmente nos espaços dos serviços de saúde onde as conseqüências deletérias desse modelo de desenvolvimento econômico se instala.

Podemos considerar que a informação e a comunicação da PAS precisam atuar para além do corpo biológico e assumir que o contexto de profusão de alimentos tem afetado toda a população mundial sendo importante que os profissionais de saúde atuem como sujeitos ativos de forma solidária, porque eles também vivem esta problemática em suas vidas. Para isto, o desafio é reconhecer o descompasso entre as demandas presentes no setor saúde e a proposta de formação profissional que ainda se mostram aquém das demandas dos usuários principalmente aqueles que demandam os serviços públicos de atenção à saúde no Brasil^{6, 7, 8}.

Freitas *et al.*³², apontam a importância do caminho das teorias compreensivas para construir o campo de conhecimento da alimentação humana como a expressão de processo social e de conhecimento integrado por saberes, práticas e relações de poder, do qual “*inclui não apenas o saber técnico, mas a cultura e todas as relações que permeiam o sentido e as práticas alimentares*”.

É importante ressaltar que a adoção de hábitos e práticas alimentares se expressa de forma dinâmica e complexa por ações natas, inatas, apreendidas e executadas de forma constante ou não na vida humana, tanto de forma individual como coletiva. Neste arcabouço de compreensão a cultura se produz ao longo do tempo, e expressa-se por tentativas de erros e acertos frente a experimentação de alimentos por meio da culinária.

Contreras & Arnaiz³³, revelam que hábitos alimentares são um “*conjunto de representações, crenças, conhecimentos e práticas herdadas ou aprendidas que estão associadas à alimentação e são compartilhadas por um determinado grupo social*”. Embora não haja definição temporal desde processo, não é difícil imaginar que precisamos de observação e práticas para constituir nossa experiência de cultura alimentar. A questão que tem nos desafiado é algo novo para a humanidade e se desenvolve com base na destruição de sistemas culturais alimentares e isto interfere nas escolhas, práticas, comportamentos e hábitos alimentares.

Os profissionais de saúde frente a essa problemática precisam se empoderar como sujeitos ativos desta situação que está em curso no mundo. Eles precisam saber atuar com estratégias com o cuidado de não representar novas morais do corpo e da vida e que não fomentem ainda mais o capital que orienta a medicalização do corpo de alimentação humana. Portanto, para informar e

comunicar é fundamental que o profissional de saúde se coloque como sujeito desse processo pela compreensão de sua ação sobre o modelo econômico-político que determina a má alimentação tanto pela carência nutricional como também pelo excesso de peso. Principalmente compreender como agente da PAS que a pandemia da obesidade e a sua relação com o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas são expressões paradigmáticas desse modelo econômico-político.

Dentre estes desafios está a revisão da formação de profissionais de saúde que não fomenta a idéia de “culpabilizar” os indivíduos pela valorização mais das causas biológicas relacionadas as demandas corporais e da doença. Como também assumir um papel de formador de opinião confiável para lidar com o bombardeamento que a sociedade recebe das editorias midiáticas com informações desconstruídas de experimentos científicos ou não sobre alimentos e alimentação, fomentando ainda mais a dimensão biologicista, medicalizante e dos ditames estéticos da situação alimentar e nutricional humana³⁴.

A medicalização da vida é algo bastante valorizado atualmente, e revela o mercado da doença como principal mecanismo de informação, envolto a repertórios terapêuticos que trazem novos valores simbólicos de riscos à saúde.

Numa representação simbólica, podemos considerar que a escolha alimentar humana é uma panela da qual todos os ingredientes oriundos da inteligência/sabedoria científica e popular estão juntos quando preparamos nossa comida diariamente. A questão é como podemos construir no setor saúde as condições necessárias para que esses ingredientes sejam os pilares da informação e da comunicação da PAS?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pensamento e a práxis da transdisciplinaridade para a formação de profissionais de saúde pode ser o caminho para transcender e superar o conhecimento fragmentado informado e comunicado da PAS apontado pelos resultados destas pesquisas. Há diferentes opiniões sobre o que constitui verdadeiramente a transdisciplinaridade. O diálogo deve gerar integração mútua dos conceitos entre as disciplinas, originando novos conhecimentos e favorecendo a unificação

conceitual dos métodos e estruturas em que as potencialidades das disciplinas são exploradas e ampliadas. Na área da saúde coletiva a transdisciplinaridade coloca-se como exigência interna, uma vez que o processo saúde-doença no contexto social envolve concomitantemente as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, expressando as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos^{32, 35, 36, 37}.

Este exercício envolve as ciências humanas e as naturais sendo fundamental aproximar estes saberes e iluminar a prática em saúde, favorecendo a interpretação e compreensão da diversidade cultural alimentar, das representações sociais da dieta, da tradição e do novo na alimentação em distintos grupos sociais. O enfoque predominantemente biológico afastou, progressivamente, as questões sociais das questões vinculadas ao corpo, excluindo a condição humana do organismo. Faz-se necessário integrar visões de mundo em busca do conhecimento, propostas e soluções aos problemas sociais, fortalecendo, com isso, a operacionalização do sistema de saúde e a resolutividade em saúde^{32, 34, 38}.

O desconhecimento destes significados e a não valorização da cultura alimentar pelo modelo agroindustrial que tem a mídia como sua caixa de ressonância de mercado, revelam a importância dialógica do paradigma dominante, baseado na racionalidade científica, na superação da dicotomia entre as ciências naturais e as ciências sociais para restaurar e revalorizar os estudos humanísticos. Este desafio não está somente na academia que forma os profissionais de saúde, mas também no cotidiano que se engaja de

Maneira pró-ativa em diversas iniciativas na área da saúde. A melhoria do modelo de atenção requer mudanças no modelo de gestão, de modo que gestores, trabalhadores da saúde e usuários assumem seus papéis de relevância, potencializando o estabelecimento de práticas humanizadas bem como a eficiência e efetividade do sistema de saúde. Os modelos de gestão centralizados e verticalizados, ainda presentes no setor saúde, são entraves que desapropriam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, impedindo ou dificultando o protagonismo e a autonomia dos sujeitos envolvidos diretamente na execução das políticas e na produção de saúde³⁶.

No campo da alimentação e nutrição uma proposta humanizadora passa tanto pela mudança na gestão

de processos de trabalho como pela sensibilidade para compreender o significado da alimentação pela interpretação dos sujeitos sobre sua dieta, seu corpo em seu mundo. Em termos analíticos a linguagem expressão significativa de interpretação e compreensão da realidade sociocultural dos sujeitos e valoriza as modalidades simbólicas que iluminam a natureza do problema. Ao interpretar a orientação normativa do profissional, a dieta pode ser concebida como uma receita de medicamentos e o receituário dietético como oposição à sua cultura, tradições, hábitos e valores culturais do seu comer^{34, 38}.

O prazer e o gosto de necessidades associam e engendram estilos de vida em si. Dialeticamente podem expressar estigmas por falta e pela relação de privação que mantém com os outros estilos de vida? O gosto em matéria alimentar depende também da idéia que os grupos sociais tem e dos efeitos da alimentação sobre o corpo, ou seja sobre sua força, sua saúde e sua beleza^{39, 40}. Desta forma, estes aspectos devem ser levados em consideração pelos profissionais de saúde. As percepções de como os usuários interpretam a orientação e a dieta prescrita é fundamental. Pois, além da privação do prazer e do comer, a dieta e as mudanças alimentares propostas promovem também rupturas dos hábitos alimentares e interferem na identidade social e nas sensações vividas pelo indivíduo e por outros.

As restrições ou mudanças alimentares devem ser interpretadas como valores e crenças que envolvem a situação biográfica dos sujeitos^{40, 41, 42, 43}. Assim, para realizar as ações de PAS os trabalhadores da saúde não podem ser considerados simplesmente “instrumentos” ou “recursos” (grifo nosso) mas atores

estratégicos que podem agir individual ou coletivamente influenciando a construção de programas e políticas públicas.

Com certeza muitas são as questões ainda não resolvidas que cercam o ato de refletir e de operar o trabalho em saúde. Repensar a gestão e os processos de trabalho e a tarefa de produzir saúde trazem como consequência a importância de fortalecer a construção de uma rede de atenção a saúde humanizada e solidária³⁶.

O ideal da busca por melhores práticas pressupõe mudanças no comportamento individual/coletivo/ organizacional, nos métodos de trabalho, no livre fluxo de informações e na incorporação da reflexão crítica. Considerar o trabalhador de saúde como co-responsável pelo suprimento de necessidades de conhecimento e valorização da sabedoria popular pelo estabelecimento de relações entre os membros das equipes pode fortalecer sua práxis. É necessário que o conhecimento seja o exercício plural de troca e de articulação de conhecimentos para melhorar as práticas de saúde.

A publicação da Guia Alimentar da População Brasileira pelo Ministério da Saúde em 2014⁴¹ traz elementos aproximativos aos aspectos simbólicos-culturais para a orientação da promoção da alimentação saudável e adequada. Esperamos que ela possa contribuir para que a linguagem medicalizante normativa ainda instalada na práxis dos serviços de saúde, avance para se constituir e valorar a dimensão transdisciplinar da sabedoria popular sobre o comer e a alimentação humana.

REFERÊNCIAS

1. Buss, PM; Carvalho, AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008) *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6):2305-2316, 2009.
2. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(7):1674-1681.
3. Cavalcanti, PB, Lucena, CMF. O Uso da Promoção da Saúde e a intersectorialidade: Tentativas Históricas de Integrar as Políticas de Saúde e Educação. *Polemica*, v. 16, n.1, p. 24-41, janeiro, fevereiro e março 2016 - DOI:10.12957/polemica.2016.21332
4. Brasil, Lei de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2006, 16p.
5. Brasil, Política Nacional de Promoção a Saúde, 3ª Edição. Brasília, Ministério da Saúde, 2010, 56p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília, 2012, 80p.
7. Malta, DC *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014;19(11):4301-11.
8. Jaime, PC., *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev. Nutr.*, Campinas, 2011;24(6):809-24.
9. Kushner, RF. Barriers to Providing Nutrition Counseling by physicians: A Survey of Primary Care Practitioners. *Preventive Medicine* 1995; 24:546-552.
10. Boog, MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev. Nutr.* 1999; 12 (3):261-272.
11. Silva, DO. Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde da atenção básica sobre promoção da alimentação saudável no Distrito Federal. Universidade de Brasília, 2002. [Tese de doutorado apresentada no Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília]. p139-152.
12. Oliveira, KS; Silva, DO; Souza, WV. Barreiras percebidas por médicos do Distrito Federal para a promoção da alimentação saudável. *Cad. Saúde Colet.*, 2014, Rio de Janeiro, 22 (3): 260-5.
13. Boog, MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre. 2008;1(1):33-42.
14. Serrão, S. A Promoção da Alimentação Saudável na Atenção Básica à Saúde no Distrito Federal: A importância e a adequação das fontes de informações na perspectiva dos profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, 2011, 113p.
15. Menezes, V.C.R.A. O Conhecimento de Profissionais de Saúde que Atuam na Rede de Atenção Básica do Distrito Federal sobre os Atributos Conceituais de Promoção a Alimentação Saudável Propostas pelo Guia Alimentar da População Brasileira. Dissertação de Mestrado, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011, 151p.
16. WHO/HTM/STB. Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing, knowledge, attitude and practice surveys, 2008.
17. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.
18. Norberg-Schulz, Christian, and Christian Norberg-Schulz. *Genius loci: paesaggio ambiente architettura*. No. 72.01. 1979.
19. Pires, M.R.G. M. et als. Oferta e demanda média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15 Suppl 1:S1009-19.
20. Göttems, L.B.D. et als. Trajetória da política de atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(6):1409-1419, jun, 2009.
21. Merlau-Ponty. Fenomenologia da percepção. 2ª Edição- São Paulo, 1999.
22. Nunes, B.F. Brasília na rede das cidades globais: apontando uma tendência. *Revista Sociedade e Estado*. 2014;29(3).

23. Arce, V.A.R; Sousa, M.F. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Saúde Soc. São Paulo.* 2013;22(1):109-23.
24. Kalusa J, Hakansson N, Brzozowska A, Wolk A. Diet quality and mortality: a population-based prospective study of men. *Eur J Clin Nutr* 2007; 63:451-457.
25. Hiddink GJ, Hautvast JG, Van Woerkum CM, Fieren CJ, Van't Hof MA. Nutrition guidance by primary-care physicians: perceived barriers and low involvement. *Eur J Clin Nutr* 1995; 49:842-851.
26. Visser F, *et al.* Longitudinal changes in GPs' task perceptions, self-efficacy, barriers and practices of nutrition education and treatment of overweight. *Family Practice* 2008;25(supl. 1):105-111.
27. Cardoso JP, Vilela ABA, Souza NR, Vasconcelos CCO, Caricchio GMN. Formação Interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *RBPS* 2007;20(4): 252-258.
28. Vilela, EM, Mendes, IJM. Interdisciplinaridade e saúde: um estudo bibliográfico. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(4):525-531.
29. Canguilhem G. *O Normal e o Patológico.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
30. Fournier, S. Touzard, J.M. La complexité des systèmes alimentaires: un atout pour la sécurité alimentaire? *Vertigo – La Revue électronique en sciences de l'environnement.* Volume 14, Numéro 1, Mai 2014.
31. Lambert, *et al.* As principais evoluções dos comportamentos alimentares: o caso da França. *Rev. Nutr., Campinas.* 2005;18(5):577-91.
32. Freitas MCS, Pena PGL, Fontes GAV, Silva DO, Santos LA, Mello AO, Almeida MD. Uma leitura humanista da nutrição. In: Freitas MCS, Fontes GAV, Oliveira N(Org.) *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura.* Salvador: EDUFBA, 2008. p.207-215.
33. Contreras, JH; Arnaiz, M. *Alimentação, sociedade e cultura.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, 496p.
34. Silva, DO; Freitas, MS, Souza, JR. Significados e representações do conceito de comida na perspectiva da promoção da alimentação saudável. In: *Narrativa sobre o comer no mundo da vida.* Salvador: EDUFBA, 2014, 79-94p.
35. Brinhosa MC. Interdisciplinaridade: possibilidade e equívocos. *Acta Fisiátrica* 1998;5(3): 164-169.
36. Gelbcke F, Matos E., Schmidt IS., Mesquita MPL, Padilha MFC. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(3):515-520.
37. Morin, E. *A cabeça bem feita. Repensar a reforma, reformar o pensamento.* Trad. Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
38. Carvalho, MCV; Luz, MT; Donizete, SP. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1):155-163, 2011.
39. Ferguson, P.P. Réginié, F. Manger- négocier le plaisir et la nécessité. In: *Manger – entre plaisirs et nécessités.* Sociologie et Sociétés. Vol. XLVI, N° 2, Automne, 2014, 5-18.
40. Bourdieu. *P.A distinção: críticas social ao julgamento.* São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007.
41. Brasil, *Guia Alimentar da População Brasileira, 2ª Edição,* Brasília: Ministério da Saúde (http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf).