

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

ANA MARIA CAVALCANTE DE LIMA

**O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES PESSOAIS EM PROMOÇÃO DA
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO CONTEXTO DA COMUNICAÇÃO E DA
EDUCAÇÃO**

BRASÍLIA

2008

ANA MARIA CAVALCANTE DE LIMA

**O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES PESSOAIS EM PROMOÇÃO DA
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO CONTEXTO DA COMUNICAÇÃO E DA
EDUCAÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição.

Orientadora: Prof^ª. Giane Moliari Amaral Serra. Doutora em Saúde Pública.

BRASÍLIA

2008

Ficha catalográfica

L732d Lima, Ana Maria Cavalcante de.
O desenvolvimento de habilidades pessoais em promoção da
alimentação saudável no contexto da comunicação e educação / Ana
Maria Cavalcante de Lima; Orientador: Giane Moliari Amaral Serra –
Brasília, 2008.
55 f. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)—Fundação
Oswaldo Cruz, Direção Regional de Brasília, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, 2008.

1. Educação Continuada. 2. Dieta Saudável. 3. Estilo de Vida
Saudável. I. Serra, Giane Moliari Amaral. II. Título.

CDD: 612.39

Ficha elaborada por Jaqueline Ferreira de Souza CRB 1/3225

Agradecimentos

A orientadora Prof^a Giane Moliari Amaral Serra, pela orientação precisa
e pelo estímulo para o cumprimento da tarefa final.

A Prof^a Patrícia Chaves Gentil, pela inestimável colaboração na abordagem do tema.

As colegas, Dillian Adelaine da Silva, Helen Altoé Duar e Juliana Amorim Ubarana,
pelo companheirismo durante todo o Curso.

Resumo

LIMA, Ana Maria Cavalcante de. O desenvolvimento de habilidades pessoais em promoção da alimentação saudável no contexto da comunicação e educação. **55** f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Políticas de Alimentação e Nutrição) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

A promoção de hábitos saudáveis de alimentação é um dos requisitos da promoção da saúde. Alguns esforços no campo da gestão são reunidos com o objetivo de materializar a prática da promoção da alimentação saudável nos serviços de saúde dos municípios. Este projeto de intervenção tem o propósito de apresentar um conjunto de estratégias de educação e comunicação voltadas para o desenvolvimento de habilidades pessoais em alimentação saudável, que podem ser utilizadas na implementação de programas de promoção da saúde.

Palavras – chave: Comunicação em Saúde, Educação em Saúde, Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação, Promoção da Saúde, Sistema Único de Saúde.

Abstract

LIMA, Ana Maria Cavalcante de. The development of personal abilities in promoting healthy eating in the context of the communication and the education. **55** f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Políticas de Alimentação e Nutrição) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

The promotion of healthy habits of diet is one of the requirements of health promotion. Some efforts in the field of management are meeting in order to materialize the practice of promoting healthy eating in the health services of the cities. This project of intervention has the intention to present a set of strategies for education and communication directed toward the development of personal abilities in healthy diet, that can be used in the implementation of programs of promotion of the health.

Key - words: Communication in Health, Education in Health, Programs and Politics of Nutrition and Feeding, Promotion of the Health, Single Health System.

Lista de figuras

Figura 1 - Mapa do Mercado Simbólico: a multiplicidade de discursos sobre promoção da alimentação saudável -----	21
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Lista de tabelas

Tabela 1 - Mortalidade por diferentes tipos de doença no Brasil, 1979, 1998 e 2003 (BRASIL, 2005) ----- 14

Tabela 2 – Evolução da participação relativa de alimentos no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar nas regiões metropolitanas, Brasília e município de Goiânia, por ano de pesquisa – Brasil, 1974 – 2003 (BRASIL, 2005) ----- 16

Lista de quadros

Quadro 1 – Tendência secular do excesso de peso e da obesidade no Brasil, segundo sexo. Brasil, 1975 – 2003 (BRASIL, 2005, adaptado) -----	15
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Lista de abreviaturas e siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CGPAN – Coordenação – Geral da Política de Alimentação e Nutrição

EMATER – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural

ENDEF – Estudo Nacional da Despesa Familiar

FAO – Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSN – Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição

POF- Pesquisa de Orçamento Familiar

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TV – Televisão

Sumário

1 - Apresentação -----	11
2 - Situação problema -----	12
2.1 - A magnitude dos problemas alimentares e nutricionais no Brasil -----	12
2.2 - A influência do hábito alimentar não saudável na vida do brasileiro -----	18
3 - Objetivos da proposta -----	24
4 - Justificativa técnico-científica -----	25
5 - Referencial teórico -----	27
5.1 – O contexto da promoção à saúde nos dias de hoje -----	27
5.2 – O desenvolvimento de habilidades pessoais <i>versus</i> correção comportamental -----	28
5.3 - O referencial político da Promoção da Alimentação Saudável -----	30
6 – Metodologia -----	34
7 – Aspectos éticos -----	48
8 - Análise de viabilidade de implementação -----	49
9 – Cronograma -----	50
10 – Referências bibliográficas -----	52

1 - Apresentação

O campo da promoção da saúde cresce em sua importância, pois têm sido reunidos grandes esforços na construção de políticas que priorizem a qualidade de vida das pessoas. Exemplos disso é a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde que ratifica o compromisso do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a) e o Pacto em Defesa da Vida (BRASIL, 2006b) que faz parte da agenda de compromissos pela saúde, do Ministério da Saúde e constitui - se num conjunto de prioridades, com destaque para o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase para o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Aliada à promoção de estilos de vida saudáveis, a promoção de práticas alimentares saudáveis se apresenta como uma estratégia de vital importância para o enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais do contexto atual. Além de fazer parte das prioridades do Pacto pela Vida, a Promoção da Alimentação Saudável é um eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Neste sentido, partindo do pressuposto que a alimentação e nutrição é um dos requisitos da promoção da saúde e que para o desenvolvimento de políticas de promoção da alimentação saudável devem ser reunidos esforços no planejamento e gestão das ações, este projeto de intervenção, que faz parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição, tem o propósito de apresentar um conjunto de estratégias de promoção da alimentação saudável voltadas para o desenvolvimento de habilidades pessoais.

2 - Situação problema

2.1 - A magnitude dos problemas alimentares e nutricionais no Brasil

Nas últimas duas ou três gerações, a vida no Brasil transformou-se em muitos aspectos. O Brasil tornou-se rapidamente uma sociedade predominantemente urbana. Os padrões de trabalho e lazer; alimentação e nutrição; e saúde e doença aproximaram-se dos de países desenvolvidos. Em 1950, dos 50 milhões de brasileiros, a maioria vivia na zona rural; já em 2003, de uma população estimada em 176 milhões de pessoas, mais de 82% residiam em áreas urbanas. Essa urbanização muito rápida desestruturou as formas tradicionais de vida e impôs um aumento de demanda na estrutura e nos serviços das cidades (BRASIL, 2005).

Os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional vêm ocorrendo desde a década de 60, em vários países, incluindo o Brasil. Tais processos são decorrentes das modificações no padrão demográfico, no perfil de morbimortalidade e no consumo alimentar e de gasto energético (POPKIN, 1994; MONTEIRO et al., 1995a, 1995b; OLIVEIRA et al., 1996; DREWNOWSKI e POPKIN, 1997; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 1998a, 1998c; MONTEIRO, 2000; MONTEIRO et al., 2000a; SCHRAMM et al., 2004; LAURENTI, 1990; OMRAN, 1971, *apud* BRASIL, 2005).

No processo de transição epidemiológica, ocorreram reduções importantes na mortalidade infantil. Entre 1990 e 2003, a redução foi expressiva (44,1%). Entre crianças menores de 5 anos, a tendência foi a mesma. Nesse grupo etário, as políticas públicas tiveram impacto positivo nas taxas de mortalidade por doença diarreica aguda e infecções respiratórias. Em algumas regiões, a mortalidade proporcional por diarreia diminuiu 59,5% entre os anos de 1990 a 2001, chegando a 70% em algumas regiões (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA, 2004; BRASIL, 2004c, *apud* BRASIL, 2005).

Os avanços obtidos nos indicadores citados, bem como a expansão e cobertura dos serviços de saúde, em especial da atenção básica e do saneamento, a universalização da previdência social, a implementação de programas de assistência alimentar e de transferência direta de renda, sem dúvida alguma, foram importantes para o País, repercutindo favoravelmente nos indicadores de saúde nacionais. Contudo, o Brasil tem o desafio de superação das grandes

desigualdades sociais regionais, de raça/etnia e gênero. No campo da alimentação e nutrição essa desigualdade se manifesta pelo comprometimento do acesso ao alimento e não pela indisponibilidade, pois os alimentos produzidos no País são suficientes para alimentar toda a população (BRASIL, 2005). Uma das conseqüências dessa desigualdade é a presença simultânea da desnutrição e algumas carências específicas e a obesidade, que vem aumentando a cada pesquisa realizada.

A confirmação da dificuldade com o acesso ao alimento está na possibilidade de se levantar estimativas do consumo médio de energia por pessoa no Brasil por meio de pesquisas nacionais.

Segundo os resultados da Pesquisa de Orçamento Familiar - POF (2002-2003), o consumo médio de energia por pessoa foi de 1.800kcal/dia. Para áreas rurais, 2.400kcal/dia e, para áreas urbanas, 1.700kcal/dia. Embora essa pesquisa tenha investigado algumas variáveis sobre o consumo fora do domicílio, elas não permitem avaliar a adequação da disponibilidade de energia *per capita* e, portanto, não se pode afirmar, apenas com os dados disponíveis, que existe deficiência energética no País; sobretudo se levarmos em consideração os dados da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) sobre a disponibilidade interna de alimentos para consumo no País. As informações consideram dados sobre a produção, a exportação e a importação de alimentos e descontam estimativas de desperdício e a quantidade de alimentos destinados à alimentação animal, utilizados como sementes para plantio. Segundo a FAO, a disponibilidade total de alimentos no Brasil tem aumentado, continuamente, nas últimas décadas: em 1961, era de 2.216kcal por pessoa/dia e, em 2002, chegou a 3.010kcal por pessoa/dia (BRASIL, 2005).

Considerando que a necessidade média de consumo energético recomendada para a população brasileira pela própria FAO é de 2.300 kcal/pessoa/dia, observa-se então, que no Brasil, não há problemas de indisponibilidade de alimentos. A quantidade de alimentos é suficiente para atender às necessidades energéticas de toda a população brasileira (BRASIL, 2005).

Essa evidência vem corroborar a tese de que os problemas relacionados à insegurança alimentar e nutricional, que atinge contingentes importantes de nossa população, são devidos à desigualdade de acesso à alimentação adequada. Essa desigualdade se concentra na qualidade dos alimentos, e essa inadequação tanto se manifesta por deficiências de micronutrientes que não

podem ser mensuradas por alterações no peso corporal como implica o desenvolvimento de excesso de peso, obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis associadas.

Uma consequência visível do comprometimento do acesso ao alimento é a transição epidemiológica observada no país, caracterizada principalmente pela alta disponibilidade de alimentos de baixa qualidade nutricional, que contribui com a substituição progressiva de perfis de saúde caracterizados por alta morbidade e mortalidade por doenças infecciosas por perfis de saúde dominados pela presença de doenças crônicas não transmissíveis.

A tabela 1 demonstra que, no período decorrido entre o final dos anos 70 e 2003, as mortes por deficiência nutricional e por doenças infecciosas no Brasil decresceram rapidamente, em relação a todas as mortes. Já as doenças crônicas não transmissíveis e as causas externas tiveram um crescimento importante como causas de morte.

Tabela 1 - Mortalidade por diferentes tipos de doença no Brasil, 1979, 1998 e 2003 (BRASIL, 2005).

Causas de morte	1979 (%)	1998 (%)	2003 (%)
Doenças de deficiência nutricional ¹	3,1	1,2	0,7
Doenças infecciosas ²	17,4	9,1	4,6
Doenças crônicas ³	34,4	42,5	48,3
Causas externas ⁴	9,2	12,7	12,6
Outras causas ⁵	35,9	34,5	33,7
Total¹⁻⁵	100	100	100

1 – Especificamente definidas como tal: a deficiência contribui para a morte por outras causas.

2 – Doenças infecciosas e parasitárias; também infecções perinatais.

3 – Doença cardiovascular, câncer e diabetes.

4 – Incluindo acidentes, homicídios, suicídios.

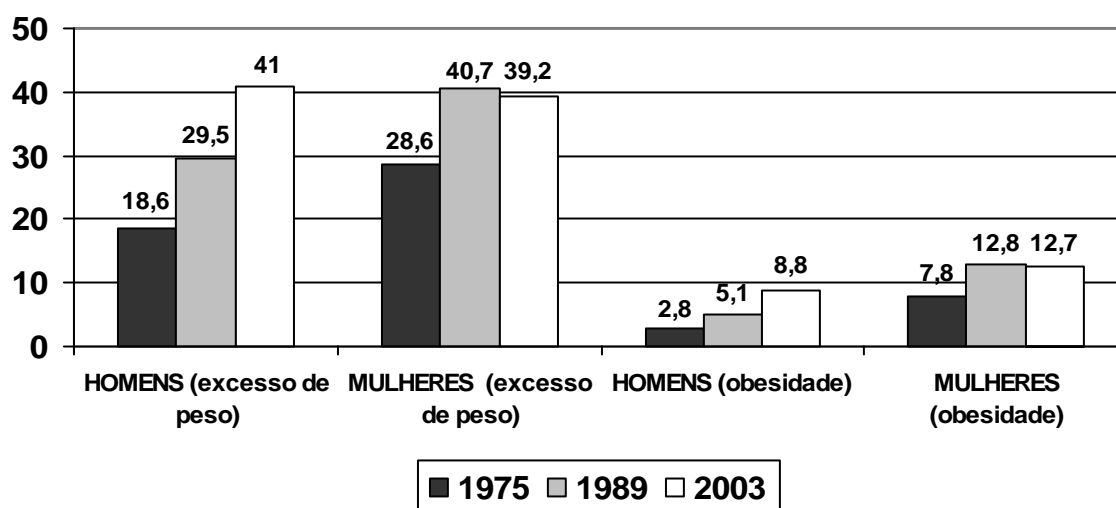
5 – Das quais apenas mais da metade é de causas mal definidas; a maior parte das restantes são doenças dos vários sistemas do corpo que poderiam ser crônicas ou infecciosas.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DASIS. Sistema de informação sobre mortalidade – SIM (adaptada)

No grupo de doenças consideradas crônicas não transmissíveis, o excesso de peso e obesidade apresentam prevalências que vem alcançando grande expressão em todo o Brasil. A

seguir, o quadro evidencia a tendência secular do excesso de peso e da obesidade no Brasil, respectivamente, entre adultos brasileiros, a partir de três inquéritos nacionais: o ENDEF, realizado em 1975, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) em 1989 e a Pesquisa de Orçamento Familiar em 2002 – 2003.

Quadro 1 – Tendência secular do excesso de peso e da obesidade no Brasil, segundo sexo. Brasil, 1975 – 2003 (BRASIL, 2005, adaptado).



Fontes: ENDEF (1977); PNSN (1989); POF (2004)

Os padrões alimentares nacionais também têm sofrido mudanças nos últimos 50 anos.

Nas duas últimas gerações, o sistema brasileiro de abastecimento de alimentos transformou-se, antes predominantemente primário ou composto por produtos minimamente processados e comprados em pequenos comércios varejistas e atualmente produtos pré-preparados e embalados, comprados em grandes redes de supermercados (BRASIL, 2005). Em geral, o consumo de alimentos de origem vegetal, incluindo cereais, raízes, tubérculos e leguminosas, frutas, legumes e verduras, tende a decrescer e a produção e o consumo de alimentos de origem animal, incluindo a carne e os laticínios fontes de proteína animal e de gordura, tende a aumentar. Mais recentemente, houve crescimento da produção e do consumo de

óleos vegetais e margarina, açúcar e, em geral, dos alimentos com alta densidade energética processados com gorduras hidrogenadas, açúcar e sal e produtos refinados (MONTEIRO, 2000).

Tradicionalmente, para a maior parte da população brasileira, a alimentação habitual era composta basicamente por alimentos dos grupos dos cereais (arroz, milho e trigo), leguminosas (feijões), tubérculos (batatas) e raízes (principalmente mandioca), alguma carne ou pequena quantidade de outros alimentos de origem animal. Atualmente, pesquisas nacionais disponíveis no Brasil, permitem avaliar, indiretamente, a tendência do consumo alimentar por meio da estimativa de despesas efetuadas com a aquisição de alimentos para consumo no domicílio e os preços praticados no mercado.

A seguir, a tabela 2 mostra a participação de grupos de alimentos no total de energia consumida nos períodos de 1974 a 2003, indicando as tendências no padrão alimentar do Brasil, considerando as informações disponíveis.

Tabela 2 – Evolução da participação relativa de alimentos no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar nas regiões metropolitanas, Brasília e município de Goiânia, por ano de pesquisa – Brasil, 1974 – 2003 (BRASIL, 2005).

Grupos de alimentos	Evolução da participação relativa, por ano de pesquisa (%)			
	1974	1988	1996	2003
Cereais e derivados	37,3	34,7	35,0	35,3
Feijão	8,1	5,6	5,7	5,7
Raízes e tubérculos	4,8	4,1	3,6	3,3
Carnes	8,9	9,6	10,5	13,1
Ovos	1,1	1,3	0,9	0,2
Leite e derivados	5,9	7,9	8,2	8,1
Frutas	2,2	2,7	2,6	2,3
Verduras e legumes	1,1	1,1	1,0	0,9
Gordura animal (banha, toucinho e manteiga)	3,0	0,9	0,8	1,1
Óleos e gorduras vegetais	8,9	11,4	10,2	10,1
Açúcar e refrigerantes	13,8	13,4	13,9	12,4
Oleaginosas	0,10	0,15	0,13	0,21
Condimentos	0,31	0,58	0,57	0,91
Refeições prontas	1,26	1,59	1,5	2,29
Bebidas alcoólicas	0,30	0,51	0,63	0,62
Total de calorias (Kcal/dia <i>per capita</i>)	1.700	1.895	1.695	1.502

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Índices de preços. Estudo Nacional de Despesa Familiar 1974 – 1975 e Pesquisa de Orçamentos Familiares 1961 – 1963; 1986 – 1988; 1995 – 1996 e 2002 – 2003 (adaptada).

A análise das informações das pesquisas permite exprimir algumas considerações (BRASIL, 2005). Comparando-se os períodos estudados, se observa uma redução de 5% no consumo de cereais e derivados. Considerando os alimentos que compõem esse grupo alimentar, destaca-se o contínuo decréscimo no consumo de arroz (23%) e pão francês (13%), sabidamente dois alimentos tradicionais da alimentação do brasileiro. Inversamente, houve um aumento expressivo e preocupante no consumo de biscoitos (400%), em função de dois fatores: os biscoitos, mesmo os salgados e sem recheio, são ricos em gorduras trans e alguns tipos em sal ou açúcar, condições estas de risco para a saúde; por outro lado, pode estar havendo uma indesejável substituição de alimentos mais saudáveis, como o arroz e o pão, por biscoitos, já que o consumo de macarrão e farinha de trigo praticamente permaneceu o mesmo no período estudado.

Uma tendência não desejada revelada pelas pesquisas, foi a queda no consumo de feijão (31%) e tubérculos, raízes e derivados (32%). Dentre os alimentos que compõem este último grupo, a batata teve queda de 41% e a mandioca de 5%.

Com relação à participação de frutas, legumes e verduras na dieta manteve-se relativamente estável durante o período compreendido pelas quatro pesquisas, correspondendo a 3% - 4% da energia total da alimentação, estando, porém, muito aquém da recomendação (aproximadamente 12%). Isso significa que o Brasil precisa aumentar a quantidade de frutas, legumes e verduras consumidos em três a quatro vezes para alcançar a meta recomendada para uma alimentação saudável.

Outra tendência observada é o crescimento de 16% na participação das gorduras vegetais na dieta. Tanto o óleo de soja como a margarina apresentaram crescimento. Se por um lado a substituição de gorduras animais por vegetais é mais saudável, é importante estabelecer estratégias que mantenham o consumo de gorduras vegetais dentro das faixas de consumo recomendadas e diminuir o consumo de gorduras hidrogenadas (trans), das quais alguns tipos de margarinas e as gorduras vegetais hidrogenadas são representantes.

O grupo dos açúcares e refrigerantes reduziu a participação em 10% no período. Contudo, considerados esses dois itens separadamente, observam-se tendências distintas: enquanto os

açúcares reduziram em 23%, houve um considerável aumento na participação dos refrigerantes (400%). Essas tendências adquirem maior relevância quando se considera que não incluem o consumo de açúcares e refrigerantes fora dos domicílios.

Uma importante participação das refeições prontas e misturas industrializadas vem sendo observada na dieta dos brasileiros. Esse tipo de alimento aumentou em 82% a contribuição energética no período, sendo um indicador importante de mudança no comportamento alimentar da população. Os alimentos processados em geral possuem teores elevados de gorduras, açúcares e sal, cujo consumo deve ser restringido. Essa mesma pesquisa acrescenta outra informação importante, mostra que o percentual de despesas com alimentação fora do domicílio é de 25,7% entre a população residente em áreas urbanas e, nas zonas rurais, de 13,1%. Os gastos com alimentação fora do domicílio, segundo a classe de rendimento mensal da família, variaram entre 11,8% (rendimentos de até R\$400,00) e 37% entre famílias com rendimentos de R\$4.000,00 ou mais (IBGE, 2004^a, *apud* BRASIL, 2005). Com poucas exceções, é provável que essas refeições sejam lanches rápidos ou *fast-foods* que também possuem altos teores desses nutrientes, sugerindo consumo ainda mais elevado.

2.2 - A influência do hábito alimentar não saudável na vida do brasileiro

À medida que os estudos epidemiológicos passaram a demonstrar associação entre a dieta e algumas doenças não transmissíveis, a formação de hábitos alimentares não saudáveis foi reconhecida como um importante determinante do crescimento desses agravos na sociedade e, aliado a este problema, cada vez mais a sociedade vem se preocupando em realizar mudanças nos padrões alimentares.

Dentro de uma perspectiva mais ampla, os hábitos alimentares são adquiridos em função de aspectos culturais, antropológicos, socioeconômicos e psicológicos, que envolvem o ambiente das pessoas. A escolha dos alimentos é uma parte de um sistema comportamental complexo (ASSIS, 1999).

O comportamento alimentar do adulto começa a ser determinado pela sua interação na fase da criança com o alimento, pelo seu desenvolvimento anatomofisiológico e por fatores

emocionais, psicológicos, socioeconômicos e culturais. Entretanto, a influência mais marcante na formação dos hábitos alimentares é o produto da interação da criança com a própria mãe ou a pessoa mais ligada à sua alimentação. Os lactentes ingerem os alimentos que lhes são oferecidos e do modo como são preparados (VIEIRA, 2004). Desta forma, a família é o primeiro campo de aprendizado social da criança; é o ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares que têm grande influência na alimentação, nas preferências alimentares do indivíduo, contribuindo assim, para a formação de um padrão de comportamento alimentar adequado ou não (VIEIRA, 2004).

Outras influências são determinantes no comportamento alimentar do adulto, como o preço do alimento, o valor do prestígio do alimento, religião, geografia, pares e influências sociais, preparação e estocagem do alimento, habilidades no preparo de alimentos, disponibilidade de tempo e conveniência, bem como as preferências e intolerâncias pessoais. Além desses, os fatores afetivos, envolvendo atitudes, crenças e valores (Holli & Calabrese, 1991, *apud* ASSIS, 1999), as qualidades sensoriais (sabor, cheiro, textura e aparência) que também são considerados fortes determinantes do comportamento alimentar (Mattes & Kare, 1994, *apud* ASSIS, 1999) e os aspectos fisiológicos, neurofisiológicos e o papel dos neurotransmissores cerebrais envolvidos nos mecanismos de regulação da ingestão de macronutrientes e sua influência sobre a escolha dos alimentos e tipos de refeição (Anderson, 1994, *apud* ASSIS, 1999).

Além dos anseios alimentares que essas influências envolvem, Jomori (2008), desperta para a susceptibilidade do indivíduo à influência social para adaptar seus gostos e, conseqüentemente as suas escolhas alimentares. Segundo Bourdieu (*apud* Jomori, 2008), há também o gosto de necessidade, caracterizado dentre outras coisas pelo gosto de luxo, que se aproxima da necessidade pela seleção alimentar mais refinada e pela ascensão social, buscando afastar-se da camada social de origem. Essas características podem ser conferidas pelo fato de as pessoas optarem por alimentos que lhes dêem *status* social. Configuram ainda como determinantes sócio-culturais do comportamento alimentar a questão do convívio do indivíduo (família, amigos, relações de trabalho), dos grupos a que gostaria de pertencer e de ser aceito (*status* social, identificação com o grupo) ou do grupo ao qual o indivíduo não deseja estar associado (distinção).

Jomori (2008) sugere ainda que o determinante sócio-cultural caminhe junto aos

determinantes antropológicos e psicológicos, referindo-se à liberdade de escolha alimentar do indivíduo em paralelo às representações do que ele prefere consumir.

No mesmo sentido de Jomori (2008), Marinho (2007) chama também a atenção do determinante social do comportamento alimentar, a influência que crianças e adolescentes sofrem pelas imagens de jovens modelos de moda extremamente magras e por relatos de que o indivíduo que atingir esse ideal de beleza passa a ter sucesso nos relacionamentos sociais, e de que o indivíduo gordo é socialmente inaceitável. Ele chama a atenção que as pessoas que mudaram seus hábitos alimentares o fizeram em função da perda de peso, como principal motivo, evidenciando o valor que é dado à estética, sendo superior, inclusive, à preocupação com a saúde. Entretanto, aspectos mais relacionados à saúde, também têm gerado mudanças alimentares.

Serra (2001), avança na discussão da determinação sócio-cultural dos hábitos e práticas alimentares e seus significados e aponta a importância da mídia na estruturação da sociedade contemporânea, especificamente quanto à construção e desconstrução de hábitos e práticas alimentares.

Segundo Serra (2001), a mídia assume funções de difusora de sentidos, apoiando e expandindo demandas e necessidades típicas de uma sociedade de consumo, onde quase tudo o que se é veiculado, no campo da alimentação e nutrição, é feito com a finalidade de formar mercados. Ressalta-se o fato de que neste campo, a publicidade toma força e adota estratégias envolventes para convencer o cidadão das suas verdades; por exemplo, quando se apropria de um discurso de especialista para legitimar a informação que está sendo veiculada, influenciando, desta forma, o público em relação as suas escolhas alimentares e ao seu comportamento. A autora avança em sua pesquisa e aponta, inclusive, significativos desencontros entre as modalidades discursivas da mídia e as da ciência da nutrição, como a padronização de dietas, a veiculação de dietas descomprometidas com o equilíbrio entre os nutrientes, o estímulo ao uso indiscriminado de produtos dietéticos e medicamentos inibidores de apetite, e o encorajamento a uma excessiva prática desportiva.

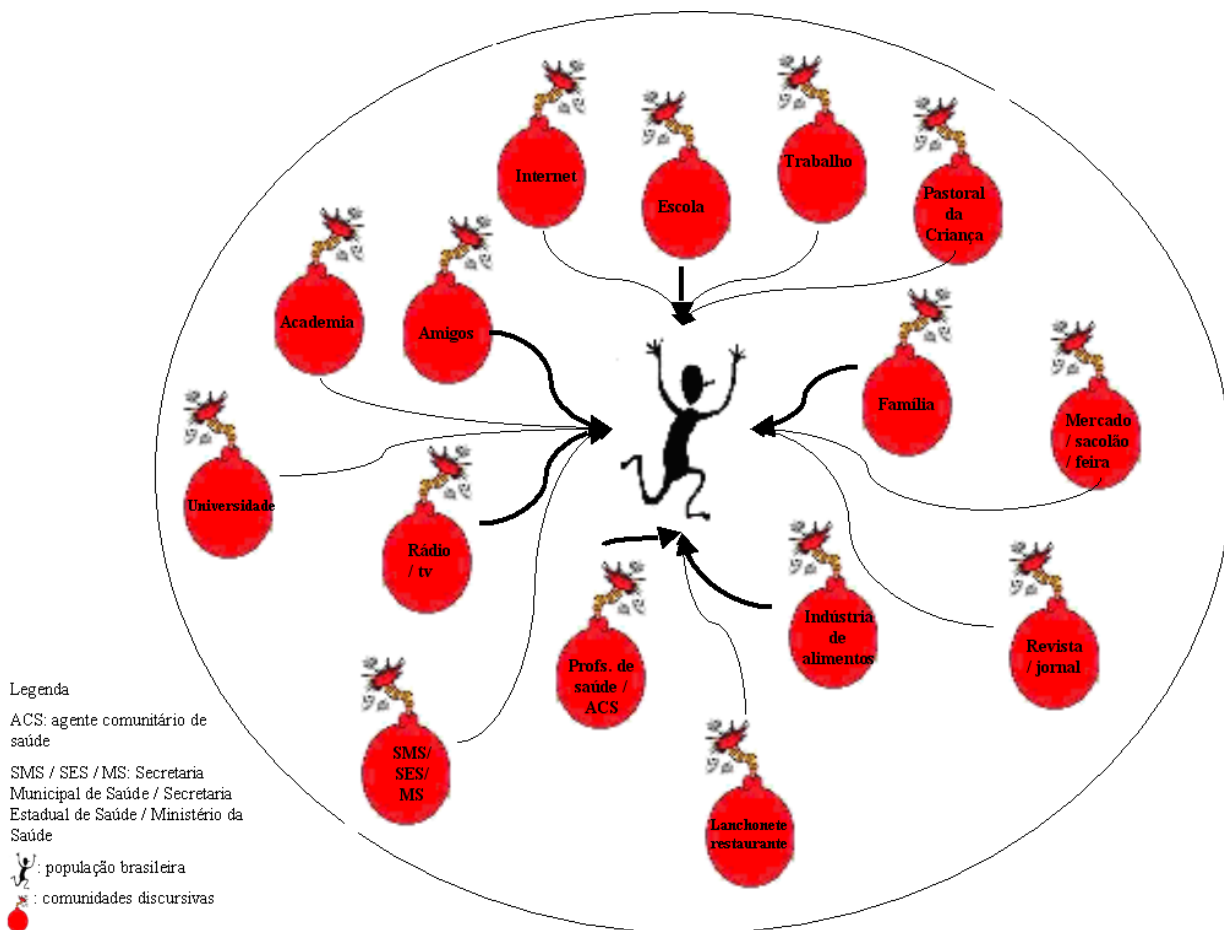
Ainda com relação à influência da mídia na escolha alimentar do indivíduo, Almeida (2002) analisando a quantidade e a qualidade de produtos alimentícios veiculados por três redes principais de canal aberto da televisão brasileira mostra que além da importância que as redes de TV e os fabricantes dão para a veiculação de produtos alimentícios, os comerciais de alimentos

estão distribuídos por todos os períodos do dia. Esses achados são preocupantes se confrontados com aqueles que mostram que os indivíduos e, principalmente, as crianças despendem cada vez mais tempo diante da TV. Há demonstrações de que os comerciais de TV influenciam o comportamento alimentar infantil e que o hábito de assistir à TV está diretamente relacionado a pedidos, compras e consumo de alimentos anunciados na TV. O problema, entretanto, denunciado por Almeida (2002) é que a maioria dos alimentos veiculados possui elevados índices de gorduras, óleos, açúcares e sal, o que não está de acordo com as recomendações de uma dieta saudável e balanceada.

De forma resumida, toda a discussão feita em torno da comunicação e a produção de sentidos envolve as relações de poder, isto é, “poder de fazer as pessoas olharem o mundo e agirem sobre ele através de uma determinada ótica” (ARAÚJO, 2007). Os diversos discursos à cerca de um tema ou a multiplicidade de vozes sobre um mesmo assunto, correspondem, segundo Araújo (2007) a interesses e posições diferentes na estrutura social, o que faz com que a linguagem seja uma arena de embates sociais, na qual são propostas, negociadas e ratificadas ou recusadas as relações de poder, assim, quanto mais se sabe sobre a origem dos modos de ver, mais se pode avaliar se queremos ou não ver daquele modo e aí reside a potencial capacidade de transformar a realidade.

Com a temática da alimentação e nutrição se observa o mesmo fenômeno, em todos os espaços são discutidos em algum momento questões relacionadas a este tema. Com o intuito de comprovar a multiplicidade de discursos sobre promoção da alimentação saudável, utilizou-se o modelo representado pela teoria de Mercado Simbólico (ARAÚJO, 2003), onde é possível determinar espaços habitados por múltiplas vozes que concorrem entre si. O Mapa a seguir foi construído por um grupo de alunas do Curso de Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição oferecido pela Fundação Oswaldo Cruz, em Brasília, na disciplina de Comunicação em Saúde.

Figura 1 – Mapa do Mercado Simbólico: a multiplicidade de discursos sobre promoção da alimentação saudável.



Fonte: Curso de Gestão da Políticas de Alimentação e Nutrição. Fiocruz, 2008.

No mapa representado, é possível traçar um diagnóstico da multiplicidade de vozes que fazem circular informações sobre a promoção da alimentação saudável e como as comunidades discursivas “bombardeiam” a população com discursos diversos, cada qual com sua verdade. É claro que esta metodologia requer a aplicação num território concreto, onde os próprios indivíduos podem visualizar essa relação e perceber as relações de poder que permeiam as práticas comunicativas e sociais sobre esta temática. Esse exercício fortalece o indivíduo para o exercício do seu poder cidadão porque confere visibilidade aos discursos concorrentes e estimula a autonomia do indivíduo em fazer escolhas mais saudáveis.

Por tudo o que foi descrito, fica transparente a necessidade iminente de se planejar em saúde pública ações no campo da promoção da alimentação saudável com vistas a desenvolver

mecanismos que apóiem os gestores a implementar uma política de promoção da alimentação saudável nos territórios. Um fato que vem reforçar essa necessidade é o recente diagnóstico feito pela Coordenação – Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde, realizado com a finalidade de avaliar as potencialidades dos municípios e subsidiar futuras ações de promoção da alimentação saudável na rede básica de saúde, que identificou que 89% dos municípios que responderam à pesquisa realizam alguma atividade educativa de alimentação e nutrição, sendo que 94,5% das ações desenvolvidas foram direcionadas às gestantes. Um fato relevante é destacado, pois como a pesquisa não era obrigatória, pode ser que apenas os municípios que desenvolvem ações de promoção da alimentação saudável tenham respondido à mesma e, desta forma, enviado o resultado; e, os esforços das intervenções neste campo estão sendo direcionados apenas a um público.

Desta forma, experiências relacionadas ao desenvolvimento de ações de promoção da alimentação saudável no território devem ser estimuladas para fortalecer a prática dos gestores neste contexto e contribuir com a implementação de atividades voltadas para o desenvolvimento de habilidades pessoais, que ressaltem ações integradas no campo da comunicação e da educação, com o intuito de motivar as pessoas na realização de escolhas saudáveis (ASSIS, 1999; MARINHO, 2007).

Em virtude da problemática apresentada e da sua rede de causalidades, propõe-se um projeto que apresente um conjunto sistemático de estratégias de comunicação e de educação que contribuam com o desenvolvimento de habilidades pessoais em alimentação saudável.

3 - Objetivos da proposta

Objetivo Geral: Construir um referencial prático para o desenvolvimento de ações de Promoção da Alimentação Saudável, voltadas para o desenvolvimento de habilidades pessoais.

Objetivos específicos:

- Identificar os conhecimentos e as práticas de educação e comunicação em promoção da alimentação saudável.
- Elaborar um referencial de ação para práticas de comunicação e educação alimentar e nutricional em nível local.

4 - Justificativa técnico-científica

A eliminação da fome, da má nutrição e dos agravos relacionados ao excesso de peso, foi considerada meta essencial para a melhoria da qualidade de vida das coletividades.

É incontestável os avanços no padrão alimentar e nutricional da população brasileira, quando observamos dados da redução das doenças infecto-contagiosas e da desnutrição, principalmente em crianças. Mas esta melhora não afasta a preocupação com a segurança alimentar e nutricional da população, pois também é levada em consideração a outra face da insegurança alimentar, que a cada ano aumenta em nosso País, que são as doenças crônicas não transmissíveis, como o sobrepeso, a obesidade e as doenças crônicas não – transmissíveis. O fato é que esse grupo de doenças vem a cada dia acometendo mais brasileiros.

A resposta a esses problemas vem sendo tomada pelos setores de governo com a publicação de protocolos de atenção, disponibilização de medicamentos gratuitos pelo SUS e regulação de procedimentos de média e alta complexidade, como a regulação de cirurgias bariátricas. O fato é que apenas ações de cunho assistencial não são suficientes para promover a atenção integral da população; outros campos do conhecimento devem ser reforçados para compor um conjunto de políticas não mais assistenciais, mas de cunho preventivo e de promoção da saúde.

Este projeto de intervenção pretende apresentar algumas estratégias no campo da promoção da saúde para o desenvolvimento de habilidades pessoais em promoção da alimentação saudável.

Para isso, o plano será composto por ações que vão partir da identificação dos problemas da população de um dado território (piloto) e deverá apresentar soluções articulando os campos da educação e da comunicação como base para a descrição das ações propostas.

Os efeitos previstos da intervenção na população será o fortalecimento da participação popular, a mobilização da sociedade para discussão das questões relacionadas à alimentação e nutrição e o compartilhamento da responsabilidade na identificação das estratégias voltadas para o desenvolvimento de habilidades pessoais e reforço à autonomia individual, com foco na promoção da alimentação saudável.

Espera-se que a intervenção proposta seja capaz de inovar a prática da promoção da

alimentação saudável no setor saúde, criando espaço para o planejamento e a gestão de ações de educação alimentar e nutricional, que segundo Boog (1999), é a medida de alcance coletivo com o fim primordial de proporcionar os conhecimentos necessários e a motivação coletiva para formar atitudes e hábitos de uma alimentação sadia, completa, adequada e variada.

5 - Referencial teórico

5.1 – O contexto da promoção à saúde nos dias de hoje

Apesar do hábito alimentar não ser somente determinado pela escolha individual, pois outros determinantes como os sócio-ambientais, os econômicos, entre outros também influenciarem a escolha de uma alimentação mais saudável e adequada, aquela, sem sombra de dúvidas ajuda a compor a referência para uma alimentação mais saudável ou não.

As condições iníquas as quais a população está exposta, geram diferenças de condições de vida que interferem na escolha livre por comportamentos de risco por falta de opção da população e uma certa falta de controle dos indivíduos sobre a situação em que se encontram.

A promoção da saúde, desta forma, propõe uma atuação que reverta situações de iniquidade, para que a equidade seja alcançada, de forma que sejam criadas oportunidades para a justiça social, em que diferenças biológicas e de livre escolha sejam respeitadas, ao mesmo tempo em que sejam asseguradas condições mínimas para uma sobrevivência digna. (BUSS, 2000).

Um dos documentos que trouxe a discussão da promoção da saúde enquanto um conjunto de valores de qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros foi a Carta de Ottawa (WHO, 1986). Este documento reúne uma combinação de estratégias, como ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais e trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos. (BUSS, 2003).

Outro documento que também expõe sobre a responsabilização compartilhada da construção de modos de vida saudáveis, no contexto da promoção da alimentação saudável é o Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2005). Este aponta para o compartilhamento da responsabilidade pela construção de modos de vida saudáveis entre a sociedade, o setor produtivo privado e público e, insere o fomento à autonomia decisória dos indivíduos e grupos,

por meio do acesso à informação e formação para a adoção de práticas alimentares saudáveis, respeitando a identidade cultural e alimentar das populações, como pressuposto da promoção da alimentação saudável.

5.2 – O desenvolvimento de habilidades pessoais *versus* correção comportamental

A estratégia voltada para o desenvolvimento de habilidades pessoais, busca superar a perspectiva da correção de comportamentos individuais, isto é, à mudança dos "estilos de vida" prejudiciais à saúde. Nesta nova perspectiva, as estratégias de Promoção da Saúde apóiam-se na democratização das informações e num trabalho conjunto de toda a sociedade para que os problemas sejam superados. Essas estratégias envolvem, dentre outras, a participação da população não só na elaboração de políticas públicas favoráveis como nos processos de decisão. Essa participação fundamenta-se no exercício da cidadania tendo, como elemento essencial, o empoderamento da população: um processo de capacitação que habilite a população a exercer o controle de seu destino, promovendo a melhoria das suas condições de vida e saúde (WALLERSTEIN, 1992 *apud* CARVALHO, 2004).

A perspectiva de empoderamento da população ou *empowerment* pode ser definida como o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas; ou como mudanças em direção a uma maior igualdade nas relações sociais de poder (por exemplo, nas relações com quem detém recursos, legitimidade, autoridade e/ou influência). Esta mudança estrutural seria não só uma preocupação prioritária como também consequência natural de programas efetivos de promoção da saúde (LAVERACK e LABONTE, 2000 *apud* BECKER, 2004).

Empowerment, segundo Vasconcelos (2004), significa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais. De maneira prática, permite que a população aprenda a priorizar e analisar os problemas e recursos de suas comunidades ou organizações, elaborando projetos de intervenção

que solucionem ou contribuam para resolver estes problemas. Para que esse processo ocorra é importante o desenvolvimento de espaços participativos que promovam o desenvolvimento (de preferência de grupos) da capacidade dos indivíduos de controlar situações, a partir da conscientização dos determinantes dos problemas ou da formação do pensamento crítico (LABONTE, 1994 *apud* BYDLOWSKI et al. 2004). O empoderamento da população e o processo de construção compartilhada procuram fortalecer as habilidades pessoais para a descoberta e desenvolvimento de alternativas, através das quais o participante poderá contribuir para o enfrentamento de um problema coletivo, a partir de uma intervenção individual ou de pequenos grupos.

Programas que trabalham na perspectiva do *empowerment* comunitário são considerados pela literatura como utilizando uma abordagem *bottom-up* - de baixo para cima - em contraposição a programas verticais, *top-down* - de cima para baixo -, que são propostos a partir de uma perspectiva institucional, focalizados em questões ligadas à prevenção de doenças e a mudanças de comportamento, e na qual o *empowerment* é visto apenas como instrumental (LAVERACK e LABONTE, 2000 *apud* BECKER, 2004). Os programas *bottom-up* são iniciados a partir da visão e da percepção da comunidade, e consideram um aumento na sua capacidade e poder como importantes resultados para a melhoria da saúde. Esta polaridade tende a se extinguir na medida em que cada vez mais surgem evidências da importância do *empowerment* comunitário e individual (e de suas dimensões, tais como auto-estima, auto-eficácia, legitimidade política, coesão social, pertencimento e redes de apoio) para a promoção da saúde (WALLERSTEIN, 1992 *apud* CARVALHO, 2004; WILKINSON e MARMOT, 2003 *apud* BECKER, 2004).

A idéia de autonomia trás também, necessariamente, os elementos da educação em saúde e da comunicação enquanto instrumentos de trabalho imprescindíveis para o alcance da transformação social.

As práticas de educação e de comunicação em saúde de caráter normativo, prescritivo e informacional não são capazes de conferir ao indivíduo a opção de escolha e por este motivo não resultam em ações de fato. Diferentemente dessa abordagem, quando se amplia a perspectiva de observar e discutir a realidade vivida, por meio de um processo participativo e permanente, mediado pelo meio e cultura em que vive o indivíduo e sua comunidade, e se discute sobre a

origem dos modos de ver, mais se pode avaliar se queremos ou não ver daquele jeito e aí reside a potencial capacidade de transformar a realidade. Desta forma, a educação e a comunicação dão lugar a práticas que fortalecem as populações, no sentido de torná-las aptas a tomar decisões relativas à sua saúde de forma consciente.

A discussão em cima da realidade vivida pelo indivíduo, a busca pelo diálogo e pela valorização do direito à informação enquanto condição importante para o exercício da cidadania necessita, então, de ação permanente, em virtude das inúmeras informações a que somos influenciados e pela própria lógica de consumo da sociedade.

5.3 – O referencial político da Promoção da Alimentação Saudável

No campo da alimentação e nutrição, a resposta aos problemas da formação do hábito alimentar não saudável vem sendo tomada pelos setores de governo e organismos internacionais com a publicação de políticas, diretrizes e estratégias nacionais e internacionais sobre esta temática.

No contexto mundial, a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, por exemplo, construída pela Organização Mundial da Saúde, se constitui num conjunto de medidas sobre alimentação saudável, atividade física e saúde com vistas a promover e proteger a saúde orientando a criação de um segmento favorável para a adoção de ações sustentáveis em nível individual, comunitário, nacional e mundial, que, em conjunto, dão lugar à redução da morbidade e da mortalidade associadas a uma alimentação pouco saudável e a falta de atividade física. Desta forma, seria possível desenhar e realizar intervenções eficazes para possibilitar que as pessoas vivam mais e levem uma vida mais saudável, reduzindo as desigualdades e promovendo o desenvolvimento (OMS, 2004).

O desafio apresentado pela Organização Mundial da Saúde é que a alimentação pouco saudável e a falta de atividade física são as principais causas das doenças não transmissíveis e contribuem substancialmente para a carga mundial de morbidade, mortalidade e incapacidade (OMS, 2004).

No Brasil, a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a

proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2003). Neste setor, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) homologada em 1999, compõe o conjunto das políticas de governo voltadas para a concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas.

A PNAN tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 2003).

Para o alcance do propósito desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição, são definidas como diretrizes (BRASIL, 2003), o estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; a garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; o monitoramento da situação alimentar e nutricional; a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; a promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

De acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a promoção de práticas alimentares saudáveis se inicia com o incentivo ao aleitamento materno e está inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis, como um componente importante da promoção da saúde. Nesse sentido, a política reforça a estratégia da socialização do conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como acerca da prevenção dos problemas nutricionais, desde a desnutrição – incluindo as carências específicas – até a obesidade.

Ainda com foco no estabelecimento de estratégias de educação e comunicação, para o reforço ao desenvolvimento de habilidades pessoais, direta ou indiretamente, a política enfatiza a necessidade de fundamentar toda ação no direito humano à alimentação, além de reunir esforços na inserção desse tema quando da elaboração de materiais educativos, pois a informação é condição indispensável à construção da cidadania; o planejamento de ações voltadas para o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, bem como de padrões alimentares mais variados, desde

os primeiros anos de vida até a idade adulta e a velhice. Além disso, trata da adoção de medidas voltadas ao disciplinamento da publicidade de produtos alimentícios infantis, sobretudo em parceria com as entidades representativas da área de propaganda, com as empresas de comunicação, com entidades da sociedade civil e do setor produtivo, como importantes aspectos a serem trabalhados intersetorialmente; o fomento à iniciativas que possibilitem o acompanhamento e o monitoramento de práticas de *marketing* sob os critérios e interesses de uma vida efetivamente saudável; a elaboração de materiais informativos e instrucionais destinados, especialmente, a apoiar a capacitação de profissionais da rede básica de saúde em orientação alimentar.

Outra política, já comentada sinteticamente neste documento, que reforça o esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde, com ênfase no compromisso com a qualidade de vida da população e o cuidado com a saúde é a política de promoção da saúde. Aprovada em 2006, a política de promoção da saúde tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006a). Nesse sentido, a estratégia de promoção da saúde brasileira, além de ampliar o conceito de saúde para além do processo de adoecimento da população, fortalece formas mais amplas de se intervir em saúde e avança na garantia e no estímulo ao protagonismo dos cidadãos em sua implementação, reforçando os preceitos de participação social e exercício da cidadania, expressos na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1988). Este esforço se expressa na terceira diretriz da política que trás o fortalecimento da participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário.

Uma das formas, previstas expressamente na política, de se estabelecer o exercício da cidadania é o fomento à autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades no cuidado integral à saúde. Partindo para o campo da alimentação e nutrição, a política coloca a alimentação saudável como uma das ações específicas prioritizadas da promoção à saúde no país.

Assim, reconhece-se nos referenciais nacionais e internacionais diversas alternativas de ação para a alimentação saudável, com foco no desenvolvimento de habilidades pessoais que assumem a alimentação e nutrição como um fator importante para o alcance da promoção da saúde.

O desafio que se impõe é transformar essas premissas em ações práticas, considerando a complexidade do ambiente social e cultural em que as ações de alimentação e nutrição acontecem.

Para isso, as questões a serem consideradas terão como base o trabalho de reconhecimento da participação popular como condição imprescindível para a transformação nas condições adversas de alimentação e nutrição e/ou nos seus determinantes e constituirão como ponto de partida para o reconhecimento da autonomia individual e coletiva como elementos impulsionadores de novas alternativas e, portanto transformadores da dinâmica social e da sociedade (ZIONE, 2007).

A partir da construção compartilhada de conhecimentos se buscará articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários e o enfrentamento das principais questões relacionadas à alimentação e nutrição e seus determinantes. Para isto, são necessárias ações sustentáveis como programas educativos, comunicação social, entre outros. No ideário da promoção da saúde, o processo educativo participativo apresenta-se como recurso importante para sustentabilidade das ações de educação para a saúde, orientadas, tanto individualmente quanto de forma coletiva, nos grupos sociais e organizações (BUSS, 2000).

6 - Metodologia

A seguir serão descritas todas as estratégias que formam o referencial prático para o desenvolvimento de ações de promoção da alimentação saudável, voltadas para o desenvolvimento de habilidades pessoais. Acrescenta-se que as estratégias de promoção da alimentação saudável neste enfoque constituem-se inovações na gestão pública e, foram construídas num contexto de aplicabilidade prática em formato de município piloto, em unidades básicas de saúde onde sejam realizadas atividades de grupos com portadores de patologias crônicas não transmissíveis como sobrepeso e obesidade. Após implementação e avaliação do projeto, o mesmo poderá ser implementado em outros municípios ou outros espaços.

Será utilizada como metodologia, a estruturação de uma matriz que conterà os elementos principais da estratégia de ação.

Objetivo específico 1: Identificar os conhecimentos e as práticas de educação e comunicação em promoção da alimentação saudável

Ação 1	Objetivo da ação	Estratégias	Instrumentos
Elaborar um questionário para os profissionais de saúde.	Identificar os saberes técnicos dos profissionais de saúde sobre promoção da alimentação saudável.	Aplicar um questionário fechado individual para identificação dos saberes dos profissionais de saúde sobre promoção da alimentação saudável.	Questionário fechado individualizado.
Duração / periodicidade	Atores envolvidos	Metas	Recursos
1 mês.	Todos os profissionais de saúde da atenção básica (médicos, enfermeiros e nutricionistas) do município piloto.	Conhecer os saberes técnicos dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica do SUS sobre promoção da alimentação saudável.	Humanos – pesquisadora e profissionais de saúde Materiais – questionários impressos.

Ação 2	Objetivo da ação	Estratégias	Instrumentos
Fazer um diagnóstico do que existe implementado nas unidades básicas de saúde sobre	Identificar as ações e/ou atividades de promoção da alimentação saudável que são	- Realizar visita em todas as unidades básicas de saúde para observar a prática dos serviços e	Roteiro de entrevista

promoção da alimentação saudável.	implementadas nas unidades básicas de saúde do município piloto.	identificar a implementação de ações de promoção da alimentação saudável. - Aplicar técnicas de entrevista com os profissionais de saúde das unidades básicas para identificação das ações de promoção da alimentação saudável que são implementadas no serviço.	
Duração / periodicidade	Atores envolvidos	Metas	Recursos
1 mês.	Profissionais de saúde da atenção básica do município.	Identificar todas as ações de promoção da alimentação saudável implementadas no município piloto.	Humanos – pesquisadora e profissionais de saúde. Materiais – roteiro de entrevista.

Ação 3	Objetivo da ação	Estratégias	Instrumentos
Fazer grupos focais com os usuários das unidades de saúde da atenção básica que fazem	Identificar os saberes populares sobre promoção da alimentação saudável.	- Realização do diagnóstico comunitário participativo do fluxo de informações e da rede	- Aplicação da técnica pedagógica de problematização. - Roteiro do grupo focal

parte dos grupos de apoio ao tratamento de sobrepeso e obesidade.		de sentidos sobre práticas alimentares, com a construção do mapa do modelo do mercado simbólico da comunicação nos grupos de apoio ao tratamento de sobrepeso e obesidade do município.	
Duração / periodicidade	Atores envolvidos	Metas	Recursos
3 meses	Usuários que fazem parte de 30% dos grupos de apoio ao tratamento de sobrepeso e obesidade das unidades básicas de saúde e profissionais de saúde da atenção básica.	Realização de grupos focais em pelo menos 30% dos grupos de apoio ao tratamento de sobrepeso e obesidade do município.	Humanos – pesquisadora, profissionais de saúde facilitadores. Materiais – espaço físico, equipamento audiovisual, flipchart, gravador de som digital, canetas piloto, cartolinas coloridas, lápis, giz de cera, revistas.

Ação 4	Objetivo da ação	Estratégias	Instrumentos
Elaborar um relatório com o consolidado dos conhecimentos e práticas sobre promoção da	Reunir todas as informações levantadas sobre promoção da alimentação saudável no	Consolidar os questionários aplicados com os profissionais de saúde, as observações das	Leitura e consolidação das informações.

alimentação saudável identificados no município piloto.	município para identificar os conhecimentos e práticas de educação e comunicação da promoção da alimentação saudável no município.	ações sobre promoção da alimentação saudável realizadas no município e as discussões realizadas nos grupos focais com a população.	
Duração / periodicidade	Atores envolvidos	Metas	Recursos
2 meses	Pesquisadora	Elaborar um relatório consolidado com todas as informações disponíveis.	Pesquisadora

Objetivo específico 2: Elaborar um referencial de ação para práticas de comunicação e educação alimentar e nutricional em nível local.

Ação 1	Objetivo da ação	Estratégias	Instrumentos
Elaborar em conjunto com a população um material de divulgação das frutas, legumes e verduras típicos da região.	Construir um material que favoreça o resgate do consumo de frutas legumes e verduras regionais da população.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar visitas a hortas caseiras, mercados e feiras para identificação das frutas, legumes e verduras típicas da região ao qual o município pertence. - Realizar oficinas de 	Roteiro de atividades em grupo; roteiro para elaboração do material de divulgação.

		degustação de frutas, legumes e verduras típicos da região ao qual o município pertence.	
Duração / periodicidade	Atores envolvidos	Metas	Recursos
3 meses.	População e profissionais de saúde.	Construir um material para divulgação das frutas, legumes e verduras típicos da região a qual pertence o município.	Humanos – pesquisadora, profissionais de saúde e população. Materiais – transporte, máquina fotográfica, computador, impressora colorida à laser, cartolina, lápis de cor, cola, giz de cera.

Ação 2	Objetivo da ação	Estratégias	Instrumentos
Capacitação de profissionais de saúde da atenção básica.	Capacitar os profissionais de saúde da atenção básica com foco nas diretrizes teóricas de uma alimentação saudável, com base nos guias alimentares da população brasileira e da criança e elaborar um guia de apoio à atuação do profissional de saúde	- Formar grupos de discussão com os profissionais de saúde sobre promoção da alimentação saudável, com vistas a capacitá-los, com base nas diretrizes nacionais estabelecidas nos guias alimentares da população brasileira e da criança.	Roteiro para técnica pedagógica da problematização.

	nesta temática.		
Duração / periodicidade	Atores envolvidos	Metas	Recursos
3 meses	Profissionais de saúde da atenção básica do município.	Capacitar todos os profissionais de saúde da atenção básica do município e elaborar um guia de apoio com as principais informações sobre o tema.	Humanos – pesquisadora, profissionais de saúde, profissional <i>design</i> gráfico e ilustrador. Materiais – Guias alimentares da população brasileira e da criança; <i>flipchart</i> , canetas piloto. Para elaboração do guia: contrato de serviços com gráfica local para impressão do guia em formato A4, colorido, em quantidade suficiente para 1 material por profissional de saúde.

Ação 3	Objetivo da ação	Estratégias	Instrumentos
Montar grupos focais com a população.	Apresentar as diretrizes de uma alimentação saudável; Identificar os principais problemas enfrentados pela	- Formar grupos de discussão com a população.	- Aplicação da técnica pedagógica de problematização.

	população na escolha de hábitos alimentares não saudáveis; Discutir soluções para cada problema identificado.		
Duração / periodicidade	Atores envolvidos	Metas	Recursos
3 meses	População do município piloto e profissionais de saúde da atenção básica.	Realização de grupos focais com todas as associações de moradores, trabalhadores, entre outros presentes no município; com os grupos existentes nas unidades básicas de saúde; com grupos de escolares do município (representativo das escolas de ensino fundamental do município).	Humanos – pesquisadora, profissionais de saúde e população. Materiais – espaço físico, equipamento audiovisual, <i>flipchart</i> , canetas esferográficas, cartolinas coloridas, lápis, giz de cera, revistas.

Ação 4	Objetivo da ação	Estratégias	Instrumentos
Elaborar materiais de apoio sobre promoção da alimentação saudável	Divulgar as diretrizes de uma alimentação saudável.	Aproveitar os momentos de discussão em grupo com a população para criar materiais	- Aplicação da técnica pedagógica de problematização.

		de apoio à divulgação das diretrizes de uma alimentação saudável. Possíveis materiais: folder, cartaz, guias de bolso entre outros.	
Duração / periodicidade	Atores envolvidos	Metas	Recursos
3 meses	População, profissionais de saúde.	Elaborar uma série de materiais de divulgação das diretrizes de uma alimentação saudável.	Humanos – pesquisadora, profissionais de saúde e população. Materiais – espaço físico, equipamento audiovisual, flipchart, canetas esferográficas, cartolinas coloridas, lápis, giz de cera, revistas; câmeras digitais de vídeo para filmar as discussões nos grupos focais.

Ação 5	Objetivo da ação	Estratégias	Instrumentos
Incentivar a construção de hortas comunitárias.	Mobilizar a população para o consumo de frutas, legumes e verduras.	Fomentar parceria com os órgãos da EMATER no município para a elaboração de cartilhas sobre a construção de	Parceria com a EMATER

		<p>hortas comunitárias e apoiar a construção de algumas hortas, em espaços dentro das unidades de saúde, no sentido de mobilizar a população para tal ação;</p> <p>Estabelecer em conjunto com a população atendida nas unidades de saúde os critérios de distribuição dos alimentos produzidos nas hortas.</p>	
Duração / periodicidade	Atores envolvidos	Metas	Recursos
6 meses	População, profissionais de saúde, EMATER.	Elaborar cartilhas sobre a construção de hortas comunitárias e apoiar a construção de 3 hortas.	<p>Humanos – pesquisadora, profissionais de saúde, população e técnicos da EMATER. Contratação de cuidadores das hortas comunitárias.</p> <p>Materiais – cartilhas, terra, adubo, sementes, mudas alimentos.</p>

Ação 6	Objetivo da ação	Estratégias	Instrumentos
Incentivar o desenvolvimento de oficinas de culinária.	Incentivar a troca de receitas saudáveis entre as pessoas, testar receitas saudáveis de baixo custo e de preparo rápido e resgatar o consumo de preparações regionais saudáveis.	Formar grupos de oficinas de culinária.	Roteiro de oficina.
Duração / periodicidade	Atores envolvidos	Metas	Recursos
6 meses	População, profissionais de saúde.	Realizar oficinas de culinária e elaborar um caderno de receitas saudáveis da comunidade.	Humanos – pesquisadora, profissionais de saúde e população. Materiais – cozinha equipada.

Ação 7	Objetivo da ação	Estratégias	Instrumentos
Desenvolver parceria com o ambiente escolar para o desenvolvimento de atividades de promoção da alimentação saudável.	- Organizar atividades que favoreçam o acesso à alimentação saudável nas escolas públicas e privadas, por ex. montagem de hortas escolares; Apoiar a elaboração e distribuição de material sobre alimentação saudável;	Realizar palestras sobre o tema junto à comunidade escolar, estabelecer um cronograma de atividades em conjunto.	Portaria 1010 de 8/05/2006.

	Sensibilização e mobilização da comunidade escolar para a temática.		
Duração / periodicidade	Atores envolvidos	Metas	Recursos
6 meses	Toda a comunidade escolar (alunos, professores, pais, merendeiras, entre outros).	Elaborar um protocolo de atividades sobre promoção da alimentação saudável a serem desenvolvidas no ambiente escolar.	Humanos – pesquisadora, profissionais de saúde e comunidade escolar. Materiais – espaço físico, equipamento audiovisual, flipchart, canetas esferográficas, cartolinas coloridas, lápis, giz de cera, revistas.

Ação 8	Objetivo da ação	Estratégias	Instrumentos
Elaborar um referencial de ação para práticas de comunicação e educação alimentar e nutricional.	Consolidar toda a metodologia e resultados das ações sobre promoção da alimentação saudável realizadas no município, para divulgá-las e documentar as diferentes estratégias utilizadas.	Organizar as metodologias e resultados das ações sobre promoção da alimentação saudável implementadas no município.	Projeto de intervenção.
Duração / periodicidade	Atores envolvidos	Metas	Recursos

1 ano	Pesquisadora	Elaborar um referencial com todas as ações sobre promoção da alimentação saudável realizadas no município.	Humanos – pesquisadora, profissionais de saúde e comunidade escolar. Materiais – espaço físico, equipamento audiovisual, flipchart, canetas esferográficas, cartolinas coloridas, lápis, giz de cera, revistas.
-------	--------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A intervenção proposta contém uma série de ações de abordagens complementares, que incluem atividades de educação e comunicação. É relevante reforçar que as estratégias voltadas para o desenvolvimento de habilidades pessoais devam ser implementadas a partir das reflexões dos públicos a serem atendidos na ação. Este fato se faz pertinente para que se possibilite o envolvimento de cada um no processo de construção participativa e para que se possa contribuir com a construção da autonomia do indivíduo, tornando-o capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si e de sua família.

7 – Aspectos éticos

Para a implementação desse projeto de intervenção, serão observados e adotados os padrões éticos constantes na Resolução CNS nº 196/96 que dita as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, além do referido projeto ser encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município ao qual será implantado para aprovação do referido comitê.

Sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Por ser um projeto baseado em entrevistas, realização de grupos focais de discussão, aplicação de questionários e construção de materiais coletivamente com o público, será apresentado a todos os que participarem dessas atividades, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, juntamente com a explicação completa e pormenorizada sobre natureza e objetivos do projeto. Além disto, o termo explicitará a anuência da participação voluntária do sujeito.

A pesquisadora se compromete, também, em garantir sigilo e anonimato de informações pessoais colhidas.

8 - Análise de viabilidade de implementação

Todo o projeto de pesquisa será realizado num prazo de um ano. O cronograma expressa a compatibilização das ações propostas com o tempo previsto para a realização do projeto como um todo e permite à pesquisadora o acompanhamento contínuo do mesmo e a disponibilidade de tempo ainda existente para execução das ações.

A escolha do município piloto será feita em conjunto com as Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição e terá como pré-requisito as seguintes condições: o município deverá ter recebido recursos do Ministério da Saúde para implementação de ações de alimentação e nutrição e, aval por escrito do gestor da área de alimentação e nutrição e da secretaria municipal de saúde com relação ao custeio dos materiais permanentes, de consumo, transporte, locomoção e estadia de profissionais (caso necessário), além dos custos com a produção, impressão e distribuição dos materiais produtos do projeto.

A condição mais relevante que possa interferir na viabilidade do projeto é o grau de mobilização da população. Como todo o processo se faz de forma participativa, é imprescindível que o diálogo com a comunidade seja o principal foco do projeto.

O que importa registrar neste momento é que uma análise preliminar indicativa dos aspectos físicos e financeiros da proposta não irá inviabilizar o projeto, pois é possível a identificação de um município piloto que atenda aos critérios estabelecidos e, portanto, que compartilhe a responsabilidade operacional e de decisão sobre o projeto.

9 - Cronograma

Ação	Mês1	Mês2	Mês3	Mês4	Mês5	Mês6	Mês7	Mês8	Mês9	Mês10	Mês11	Mês12
Apreciação do Projeto pelo Comitê de Ética	X	X	X									
Elaborar um questionário para os profissionais de saúde.				X								
Fazer um diagnóstico do que existe implementado nas unidades básicas de saúde sobre promoção da alimentação saudável.				X								
Montar grupos focais com a população.				X	X	X						
Elaborar um relatório com o consolidado dos conhecimentos e práticas sobre promoção da alimentação saudável identificados no município piloto.						X	X					
Elaborar em conjunto com a população um material de divulgação das frutas, legumes e verduras típicos da região.				X	X	X						
Capacitação de profissionais de saúde da atenção básica.					X	X	X					

Montar grupos focais com a população.						X	X	X				
Elaborar materiais de apoio sobre promoção da alimentação saudável.						X	X	X				
Incentivar a construção de hortas comunitárias.							X	X	X	X	X	X
Incentivar o desenvolvimento de oficinas de culinária.							X	X	X	X	X	X
Desenvolver parceria com o ambiente escolar para o desenvolvimento de atividades de promoção da alimentação saudável.							X	X	X	X	X	X
Elaborar um referencial de ação para práticas de comunicação e educação alimentar e nutricional.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

10 - Referências bibliográficas

ALMEIDA, S de S et al. **Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira**. Rev Saúde Pública 2002;36(3):353-5.

ARAÚJO, I. S. **Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para Políticas Públicas**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.165-77, set.2003-fev.2004.

ARAÚJO, I. S.; JMC. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 152 p. (Coleção Temas em Saúde).

ASSIS, Maria Alice Altenburg de and Nahas, Markus Vinícius **Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar** . Rev. Nutr., Abr 1999, vol.12, no.1, p.33-41.

BOOG, Maria Cristina Faber. **Educação nutricional em serviços públicos de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2):139-147, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei Orgânica do SUS. Lei° 8.080 de 19 de setembro de 1.990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição** – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 236 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p.15-38.

JOMORI, Manuela Mika, Proença, Rossana Pacheco da Costa and Calvo, Maria Cristina Marino **Determinantes de escolha alimentar**. *Rev. Nutr.*, Fev 2008, vol.21, no.1, p.63-73.

LABONTE, R. **Health promotion and empowerment: reflections on professional practice**. *Health Education Quarterly*, v. 21, n.2, p. 253-68, 1994 *apud* BYDLOWSKI, C. R. et al. *Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!* *Saúde e Sociedade* v.13, n.1, p.14-24, jan-abr 2004.

LAVERACK, G & LABONTE, R. **A planning framework for community empowerment goals within health promotion**. *Health Policy Plan* 15(3):255-262, 2000 *apud* BECKER, D. et al. *Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):655-667, 2004.

MARINHO, Maria Cristina Sebba, Hamann, Edgar Merchán and Lima, Ana Carolina da Cunha Floresta **Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil.** *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Set 2007, vol.7, no.3, p.251-261.

MONTEIRO, Carlos Augusto, Mondini Lenise, Costa Renata BL. **Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996).** *Rev. Saúde.* 2000 Jun; 34(3): 251-258.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.** Maio, 2004. Disponível em <http://www.saude.gov.br/nutricao> (acessado em 01/02/2008).

SERRA, Giane Moliari Amaral . **Saúde e nutrição na adolescência: o discurso sobre dietas na Revista Capricho.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 136 p.

VASCONCELOS, E. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias.** Ed. Paulus, Rio de Janeiro, 2004.

VIEIRA, Graciete O. et al. **Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas.** *J. Pediatr. (Rio J.)*, 2004, vol.80, no.5, p.411-416.

WALLERSTEIN N. **Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs.** *Am J Health Promot* 1992; 6:197-205. apud CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WILKINSON R & MARMOT M. **Social determinants of health: the solid facts**. 2nd edition. World Health Organization, Copenhagen, 2003. *apud* BECKER, D. et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):655-667, 2004.

ZIONE, Fabiola, Westphal Márcia Faria. **O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social**. *Saude soc.* , São Paulo, v. 16, n. 3, 2007.