Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Práticas de grupo na educação nutricional na
atenção primária: uma comparação entre São Paulo
e Bogotá**

Kellem Regina Rosendo Vincha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Nutrição em Saúde Pública. Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Cervato-Mancuso.

SÃO PAULO

2013

Práticas de grupo na educação nutricional na atenção primária: uma comparação entre São Paulo e Bogotá

Kellem Regina Rosendo Vincha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Nutrição em Saúde Pública. Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Cervato-Mancuso.

SÃO PAULO

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos ou científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

*Dedico este trabalho aos trabalhadores e usuários
do serviço público de saúde, especialmente
para aqueles que tenho o privilégio
de conviver e aprender.*

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Maria Cervato-Mancuso pelo acolhimento e confiança, especialmente pelos ensinamentos e pela paciência de esperar pelo tempo do outro.

À Alexandra, colega colombiana, pela constante união no desenvolvimento do trabalho e no desejo de contribuir na qualidade dos serviços públicos de saúde.

Aos professores da banca pelas contribuições, disposição e por compartilharem suas visões acerca da relação educador-educando.

Aos entrevistados que disponibilizaram o seu tempo e a sua confiança para dividir parte de seus saberes e experiências profissionais.

Aos meus queridos pais, Wilson e Tânia, e amados irmãos, Mano e Thais, pelo amor, incentivo e, sobretudo pela compreensão dos meus momentos de ausência. Amo vocês!

Ao Francisco Cesar Dalmo, meu noivo, companheiro, amigo, mineirinho, pelo carinho e apoio nos momentos de felicidade, conquista, angústia e cansaço. Sempre ao meu lado.

Às colegas nutricionistas Viviane, Larissa, Lúcia e futuras nutricionistas Gabi e Fernandinha, pelas colaborações que foram essenciais para a realização e conclusão da pesquisa.

Aos meus queridos colegas da residência da Universidade Federal de São Carlos, por me ajudarem a me encontrar como pessoa e profissional.

Aos companheiros e ex-companheiros de caminhada da equipe NASF de São Miguel Paulista (Vanessa, Cris, Mari, Lara, Roberta, Grazi, Maria, Dani, Bruno,

Joelson, Marcelo, Denis, Rodnei), por bancarem minhas ausências no trabalho em dias de orientação e de aulas, pelas diversas reuniões, discussões e ações compartilhadas que me fizeram e me fazem crescer profissionalmente e, claro, por nossos momentos no Grupo Gerenciamento de Estresse.

À coordenadora NASF, gerentes e trabalhadores das UBSs Dr. Thércio Ventura, Pedro José Nunes e Jardim Lapenna. À organização social de saúde Casa de Saúde Santa Marcelina. Agradeço pela confiança e pela oportunidade de realizar o mestrado em conjunto com o trabalho no NASF.

Aos participantes dos grupos que tenho a alegria de acompanhar... Grupo Girassol, Grupo Vida e Saúde, Grupo Equilíbrio, Grupo Saúde da Mulher, entre outros, que me possibilitam realizar reflexões entre a teoria e a prática, além do grande aprendizado de vida. Com vocês, aprendi e aprendo a cada dia.

À CNPq e Fapesp pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Obrigada a todos!

RESUMO

Vincha, K.R.R. Práticas de Grupo na Educação Nutricional na Atenção Primária: uma comparação entre São Paulo e Bogotá. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-graduação Nutrição em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2013.

Introdução: Brasil e Colômbia têm investido na Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do fortalecimento das ações educativas. Aponta-se a Educação Nutricional (EN) como uma estratégia de ação baseada em um processo de aprendizagem constante e dinâmico, que contribui para a formação de indivíduos autônomos, sendo os grupos uma ferramenta de trabalho. Entretanto, devido à falta de respaldo metodológico, verificou-se a importância de conhecer e analisar os grupos de EN, entre as duas maiores cidades destes países. Além disso, pretende-se explorar possíveis estratégias para a prática. **Objetivo:** Analisar as práticas e as teorias educativas utilizadas nos grupos de alimentação e nutrição, na Atenção Primária à Saúde, em São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia). **Métodos:** Estudo descritivo comparativo com abordagem qualitativa, realizado com nutricionistas da APS, constituído por cinco momentos: identificação dos nutricionistas, aplicação do questionário *online*, entrevista semiestruturada, elaboração da comparação e reflexão sobre possíveis estratégias. Aplicou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo para a análise das percepções sobre a EN. Para a comparação, segmentaram-se os dados por cidade e a contextualizou-se os achados na ótica da EN, grupo e APS. **Resultados:** Verificou-se semelhança no perfil dos entrevistados, entre São Paulo e Bogotá, porém com diferença na formação e na autonomia de trabalho. Obtiveram-se 17 Ideias Centrais da EN, classificadas em seis eixos temáticos. Observou-se que os eixos associam-se com as características grupais, que por sua vez, possuem diferenças relacionadas aos programas. Constatou-se que teoria e prática da EN estão em transição da abordagem tradicional para outra mais humanista. Entretanto, em uma velocidade lenta comparada às políticas e necessidades de saúde. Por meio da reflexão sobre estratégias para os grupos de EN, recomenda-se como metodologia de trabalho, especialmente para São Paulo, a articulação dos conceitos de Grupo Operativo, Problemática e Planejamento, dado que enfocam o aprendizado, a transformação e a autonomia. **Considerações:** Identificou-se que São Paulo e Bogotá, possuem uma herança conceitual das ações educativas, associada a sequelas políticas, como ausência de teoria e metodologias educacionais na construção da APS. Apresenta-se uma necessidade de investimento político e de gestão na formação dos profissionais de saúde que estão “educando” a população.

Descritores: Educação Nutricional; Atenção Primária à Saúde; Processos Grupais.

ABSTRACT

Vincha, K.R.R. Group Practices in Nutrition Education in Primary Care: a comparison between Sao Paulo and Bogotá. [Dissertation]. Programa de Pós-graduação Nutrição em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Publica, Universidade de São Paulo, 2013.

Introduction: Brazil and Colombia have invested in the Primary Health Care (PHC) through the strengthening of educational activities. Points to Nutrition Education (NE) as an action strategy which based on a constant and dynamic learning process, which contributes to the formation of autonomous individuals, groups being a working tool. However, due to lack of methodological support, it is of importance to know and to analyze the groups of NE, between the two major cities of these countries. Furthermore, intend to explore possible strategies for practice. **Objective:** To analyze the practices and theories educational used in groups of food and nutrition, in Primary Health Care, in São Paulo (Brazil) and Bogota (Colombia). **Methods:** Descriptive and comparative study with qualitative approach performed with PHC nutritionists. Comprising five stages: identification of nutritionists, application of the online questionnaire, semi structured interview, development of the comparison and reflection about possible strategies. The technique applied was of the *Discourse of the Collective Subjective*, so to analyze the perceptions about NE. For comparison, the data was segmented by city and the findings contextualized in the optical of the NE, the group and PHC. **Results:** There was similarity in the profile of the respondents, between Sao Paulo and Bogotá, although with distinction in training and working autonomy. We obtained 17 Main Ideas of NE, classified into six themes. It was observed that the themes are associated with the group characteristics, which in turn, have differences related to the programs. It was found that the NE theory and practice are in transition from the traditional approach to a more humanistic. However, at a slow speed compared to policies and health needs. Through reflection about strategies for groups of NE, it is recommended as a work methodology, especially for São Paulo, the articulation of the concepts of Operative Group, Questioning and Planning, as focus on learning, the transformation and the autonomy. **Considerations:** We identified that Sao Paulo and Bogotá have a conceptual heritage of the educational activities, associated the policies fallout as the lack of educational theory and methodology in the construction of the PHC. Thus, presents a need for political investment and management in the training of health professionals who are "educating" the population.

Descriptive: Nutrition Education, Primary Health Care, Process Group.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SÃO PAULO E BOGOTÁ	13
1.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O NUTRICIONISTA	19
1.3 FORMAÇÕES DE GRUPOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	26
2. OBJETIVOS.....	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3. MANUSCRITOS	28
3.1. MANUSCRITO 1: DIMENSÃO TEÓRICA E PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM NUTRIÇÃO EM DOIS CONTEXTOS DA AMÉRICA LATINA, SÃO PAULO E BOGOTÁ.....	28
3.1.1 Introdução	29
3.1.2 Metodologia	31
3.1.3 Resultados e Discussão	34
3.1.4 Considerações	47
3.2. MANUSCRITO 2: EDUCAÇÃO NUTRICIONAL EM GRUPO: COMO FAZER?	49
3.2.1 Introdução	50
3.2.2 Estratégias para a Educação Nutricional em Grupo	52
3.2.3 Articulando o Grupo Operativo e a Problemática na Educação Nutricional na Atenção Básica.....	55
3.2.4 Planejamento dos Grupos de Educação Nutricional.....	58
3.2.5 Considerações	61
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
5. REFERÊNCIAS.....	65
ANEXOS	74
Anexo 1. Identificação das ações educativas online	74
Anexo 2. Entrevista - Identificação das ações educativas	76
Anexo 3. Parecer de consentimento da Secretaria Distrital da Saúde de Bogotá.....	77
Anexo 4. Parecer do Comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.....	78
Anexo 5. Carta de aprovação do comitê de ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	80
Anexo 6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
CURRÍCULO LATTES	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil de saúde da população do Brasil e da Colômbia, 2013.	23
Quadro 2 – Fluxograma percorrido para o mapeamento da localização dos nutricionistas que atuam na Atenção Primária à Saúde em São Paulo e Bogotá, 2012.	32
Quadro 3 – Características dos entrevistados, sexo, idade, tempo de formação, formação e tempo no cargo atual, de São Paulo e Bogotá, 2012.	35
Quadro 4 – Classificação das Ideias Centrais por eixos temáticos, segundo a percepção dos entrevistados sobre a educação nutricional, em São Paulo e Bogotá, 2012.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ES	Educação em Saúde
EPCVS	<i>Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
EN	Educação Nutricional
EPS	Educação Popular em Saúde
ES	Educação em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DSC - S	Discurso do Sujeito Coletivo dos entrevistados de São Paulo
DSC - B	Discurso do Sujeito Coletivo dos entrevistados de Bogotá
GO	Grupo Operativo
IC	Ideias Centrais
MS	Ministério da Saúde
MPS	Medicina Preventiva Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PIC	<i>Plan de Intervenciones Colectivas</i>
POS	<i>Plan Obligatorio de Salud</i>
PS	Promoção da Saúde
SDS	<i>Secretaría Distrital de Salud</i>
SGSSS	Sistema General de Seguridade Social de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

Primeiramente, apresento algumas considerações sobre o ponto de partida da elaboração deste trabalho. Minha inquietação em relação à Educação Nutricional em grupo iniciou quando ingressei na Residência em Saúde da Família e Comunidade, pois na prática, grupo educativo, foi-me apresentado como uma ferramenta que deveria ser rotineira em minhas atividades. Então, deparei-me com uma questão: mas como fazer? Dado que em minha formação isto foi pouco explorado. Na prática, aos poucos, fui descobrindo as riquezas da ação. Contudo, mesmo percorrendo o serviço público de saúde, hoje atuando em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o sentimento da falta de um respaldo de como coordenar grupos educativos me preocupava, motivo pelo qual me engajou a iniciar o desenvolvimento desta pesquisa.

Além disso, foi considerado que dentro dos estudos de Educação Nutricional, poucos têm explorado as ações coletivas, uma vez que, as políticas públicas de saúde têm apontado como uma importante ferramenta de intervenção no processo saúde-doença das populações. Deste modo, verificou-se a necessidade de um aprofundamento da ação, visando aprimorá-la e contribuir para a qualidade do sistema de saúde. Ainda, o estudo realizou a análise da mesma prática, em dois espaços diferentes: Brasil e Colômbia, com a intenção de buscar o reconhecimento entre suas diferenças e suas semelhanças. O presente trabalho, assim, teve por objetivo analisar as práticas e as teorias educativas utilizadas nos grupos de alimentação e nutrição, na Atenção Primária à Saúde, em São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia).

O estudo encontra-se estruturado em quatro seções. A primeira inclui a introdução que contextualiza o objetivo da pesquisa e apresentam-se as bases teóricas utilizadas para o desenvolvimento da investigação: Atenção Primária à Saúde em São Paulo e Bogotá, Educação em Saúde e Nutricional e Grupos nos serviços de saúde.

A segunda descreve a metodologia utilizada no estudo, à caracterização do cenário, o delineamento da coleta e da análise dos dados. Além dos resultados e da discussão, que estão apresentados no manuscrito “Dimensão teórica e prática da

Educação em Nutrição em dois contextos da América Latina: São Paulo e Bogotá”, submetido à publicação.

Na terceira seção apresenta-se, na forma de manuscrito, principalmente para o cenário de São Paulo, uma proposta metodológica para os grupos que trabalham a alimentação e a nutrição com o intuito de fomentar o referencial teórico da prática.

A última seção expõe as considerações finais sobre o conjunto da obra.

As referências citadas foram agrupadas, incluindo as dos manuscritos, e estão colocados no final da obra. Na sequência encontram-se os anexos e a primeira página do Currículo Lattes da autora desta dissertação e de sua orientadora.

1. INTRODUÇÃO

Diversos países têm investido no setor da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do fortalecimento de ações educativas em saúde, principalmente daquelas realizadas coletivamente, com o intuito de melhorias na qualidade de vida das populações e do aumento da resolutividade dos serviços de saúde. Nesse sentido, há consenso que condiz os benefícios de um sistema que promova indivíduos autônomos para os cuidados com a saúde, incluindo as escolhas alimentares. De tal modo, ações de Educação em Saúde e Nutricional, especialmente dentro da APS, vêm ganhando visibilidade e ampliando sua prática. Porém, devido à dificuldade da quebra do paradigma de condutas normativas observadas nos serviços de saúde, além da falta de respaldo metodológico para a prática, principalmente no que se refere a grupo, decidiu-se analisar as ações educativas em grupo, que trabalham a alimentação e nutrição, coordenadas por nutricionistas da APS em duas cidades: São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia).

Os espaços foram escolhidos pela compreensão de que estes passam por um momento de fortalecimento dos cuidados primários e por conterem na contextualização de seus sistemas semelhanças nas concepções. Desta forma, para melhor compreensão dos cenários e para encontrar subsídios que justifiquem suas proposições realizou-se um resgate histórico, apresentado na sequência, referente à: APS dos dois países, práticas de Educação em Saúde e Nutricional e ações coletivas.

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SÃO PAULO E BOGOTÁ

O sistema de saúde foi dividido em níveis a partir do Relatório de Dawson, realizado pela Grã-Bretanha, em 1920, que procurou, de um lado, contrapor-se ao

modelo flexneriano americano de cunho curativo e, de outro, constituir-se em uma referência para a organização do modelo de atenção, que começava a preocupar as autoridades do país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção e à baixa resolutividade. A divisão propiciou o início da APS, que se pautou nas concepções da Medicina Preventiva: atenção mais próxima do ambiente dos indivíduos, com o intuito de prevenir e controlar o adoecimento; distinção entre os diferentes momentos da atenção, em que a APS se localizaria preferencialmente na fase inicial e incentivo da formação médico generalista (FAUSTO e MATTA, 2007).

Posteriormente, a APS adicionou em suas concepções a Medicina Social, que incluiu a Educação em Saúde (ES) como elemento fundamental para a organização dos serviços de saúde e das práticas, tanto nas dimensões do conhecimento quanto nas técnicas e no conteúdo ideológico (CAMPOS e ELIAS, 2008).

As concepções, da Medicina Preventiva Social (MPS), foram fundamentais para a construção das características de sistemas de saúde de vários países, principalmente dos países em desenvolvimento, como os latino-americanos. O resultado de distintas experiências em curso levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a organizar a Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, implicando no avanço das concepções e da expansão dos cuidados primários à saúde (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998; GIL, 2006). Entretanto, segundo GIL (2006) a APS carrega consigo sequelas do debate travado da época, decorrentes de uma implementação em um contexto em que a expansão da cobertura acompanhou as propostas de contenção do financiamento. Assim tiveram seus pressupostos estruturantes de um novo modelo (universal, equânime, inclusivo, integral) obscurecidos pelo ideário neoliberal racionalizador (baixo custo, pacote básico, excludente).

Partindo das concepções e do histórico, o presente estudo utiliza-se da definição de APS dos autores MACINKO et al. (2003, p.832):

“Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo a todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade) (...). Fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns

ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção (...). Organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde”.

As cidades de São Paulo e Bogotá são consideradas centros econômicos da América Latina. A primeira representa 11,8% do Produto Interno Bruto do país, enquanto Bogotá cerca de um quarto da Colômbia (IBGE, 2010a; BOGOTÁ, 2010). Geograficamente, São Paulo possui uma extensão de 1.530 quilômetros quadrados de área subdivida em cinco coordenadorias de saúde e trinta subprefeituras; enquanto que, Bogotá possui 1.776 quilômetros de extensão, subdividido em vinte localidades, que por sua vez, são subdivididas em Unidades de Planejamento (BOGOTÁ, 2012a; SÃO PAULO, 2013).

Em relação ao perfil populacional, São Paulo e Bogotá, são semelhantes, dado que as duas cidades passaram e passam pela transição epidemiológica, ou seja, redução da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida. Assim, ambas possuem a peculiaridade do aumento das taxas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), acompanhadas pela redução das enfermidades infecciosas, o que exige diversas ações de prevenção e tratamento de doenças e Promoção da Saúde (PS). Ainda, como semelhança encontra-se a desigualdade social, influenciadora das condições de saúde e de vida dos habitantes e, geradora de desafios para os serviços e políticas públicas de saúde (DI CESARE, 2011).

Em relação à APS, Brasil e Colômbia estruturaram-se por meio de reformas sanitárias, as quais foram realizadas de acordo com as características econômicas, sociais e políticas, de cada época e país.

Pode-se dizer que a reforma sanitária do Brasil resultou na formação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde¹, que tem como princípios e diretrizes -

¹ A Lei Orgânica é composta pela Lei 8080/90 e Lei 8142/90, que possuem as diretrizes e os princípios que devem ser respeitados pela União, Estados e municípios na elaboração de suas próprias normas operacionais (BRASIL, 2012a).

universalidade, descentralização, equidade e controle social (RONZANI e STRALEN, 2003).

No curso do processo de descentralização, alguns municípios construíram propostas alternativas em termos de organização, favorecendo a ampliação da discussão sobre o modelo assistencial e intensificando a valorização da APS na agenda reformista da época. Em consequência o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família, em 1994, como uma estratégia para assegurar a transformação no paradigma da assistência – convergindo aos apontamentos idealizados nos princípios e diretrizes do SUS e nas concepções da APS (SCOREL et al., 2007). Em 2006, a terminologia foi substituída por Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da Política Nacional de Atenção Básica que também aponta que os termos APS e Atenção Básica, são considerados equivalentes (BRASIL, 2012a).

A saúde da família preconiza uma equipe de caráter multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) localizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), que atua com a definição de território de abrangência e com foco nas ações promotoras da saúde. A equipe tem as atribuições de conhecer as famílias e as relações do território, e assim, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade; elaborar um programa de ação para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença; desenvolver atividades educativas e intersetoriais e; prestar assistência integral às famílias (SCOREL et al., 2007).

A locação da ESF foi inicialmente acelerada nos municípios de pequeno porte, enquanto que nos grandes centros urbanos, como em São Paulo, ela foi mais vagarosa, pois se deparou com questões complexas relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão no acesso aos serviços, aos agravos de saúde característicos das grandes cidades e a uma oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída (SCOREL et al., 2007).

Em São Paulo (SP), ela teve início em 1995, por ação conjunta entre o MS, a Secretaria de Estado da Saúde e duas Organizações Sociais de Saúde (OSS). Porém, a administração se defrontou com uma situação singular: o município não se integrava a qualquer modalidade de gestão, o que resultou na adesão à ESF, em 2001. Atualmente, São Paulo possui 1.215 equipes saúde da família, representado

como o município de maior número de equipes, com uma cobertura de 42,9% (BOUSQUAT et al., 2006; SÃO PAULO, 2013).

Todavia, a ESF vive em seu maior desafio paradoxal, pois ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. Exemplo é a prática profissional, que não consegue atender adequadamente as novas necessidades de prestação de cuidados (integralidade, PS, visão ampliada, formação de vínculos, abordagem familiar) sendo que muitas vezes, apenas reproduz os antigos modelos (GIL, 2006). Apesar das fragilidades, observa-se que uma das potencialidades é seu foco na PS na tentativa de reversão da lógica, sendo que a ES constitui-se um conjunto de saberes e práticas para tal (ALVES, 2005).

Com o intuito de fortalecer a ESF, em 2008, o MS, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), que contam com a presença de vários profissionais de diferentes áreas de conhecimento que possuem a função de promover uma relação dialógica entre profissionais e usuários e criar possibilidades de ações que garantam a integralidade da saúde, sem necessariamente possuir uma relação direta e cotidiana com o usuário, mas por meio do apoio às equipes de ESF (BRASIL, 2009).

Para a Colômbia, pode-se dizer que o país realizou uma das reformas sanitárias mais drásticas do continente, nos anos de 1980, que resultou na criação do *Sistema General de Seguridad Social de Salud* (SGSSS), gerador de profundas mudanças na organização, funcionamento e financiamento dos serviços de saúde. A reforma teve o intuito de buscar uma extensão de cobertura, maior eficiência, melhores resultados de saúde e principalmente maior equidade. Criado em 1993, o sistema compreende um conjunto de instituições, normas e procedimentos, o qual há instrumentos e ferramentas públicas e privadas, descentralização, afiliação obrigatória e um pacote universal de serviços (CÉSPEDDES et al., 2000; HERNÁNDEZ, 2002).

O SGSSS integra os princípios e as diretrizes da eficiência e da solidariedade como também da universalidade, integralidade e controle social. Para garantir o acesso universal, criou-se um plano de proteção da saúde denominado de *Plan Obligatorio de Salud* (POS), que é dividido em regimes: contributivo, subsidiado e vinculado. O primeiro destina-se aos usuários que podem pagar 12% do seu salário, o

subsidiado para aqueles que apresentam dificuldade econômica (subsidiado com 70%), enquanto os indivíduos que por motivos de incapacidade financeira são nomeados como vinculados. Entretanto, a APS é gratuita a todos os indivíduos, administrada pelos municípios e financiada em conjunto com os recursos nacionais (COLÔMBIA, 1993).

Em 2008, o Ministério da Saúde colombiano denominou a APS de *Plan de Intervenciones Colectivas* (PIC). O plano é administrado pelo Estado e efetivado pelas Empresas Sociais do Estado, que fazem parte de uma rede hospitalar, que por sua vez, é responsável pelas ações de PS (COLÔMBIA, 2011).

Estudos realizados após a implementação do SGSSS apontam para um aumento da cobertura em geral, maior acesso aos serviços de saúde pela população e aumento das ações preventivas e promotoras de saúde. No entanto, estes resultados possuem diversas críticas, sendo que principal é a inequidade estrutural nos pacotes dos serviços, que sinalizam barreiras econômicas para o acesso, legado das desigualdades acumuladas pelo sistema anterior (HERNÁNDEZ, 2002; YEPES-LUJÁN, 2010). Em virtude do quadro, foi criada recentemente a Lei 1.438, com o objetivo de fortalecer o SGSSS através de um plano decenal, que tem por finalidade ampliar as ações promotoras de saúde dentro da APS, realizadas por equipes multiprofissionais de saúde (COLÔMBIA, 2011).

Especificamente em Bogotá, o fortalecimento da APS iniciou em 2005 pela criação da *Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud* (EPCVS), que se fundamenta na administração compartilhada entre o setor público e privado, corresponsabilização dos indivíduos e um conceito ampliado de saúde. Possui uma estrutura que combina gestão em saúde pública, vigilância em saúde pública e ações nos cenários da vida cotidiana. Os cenários referem-se aos espaços onde as pessoas moram, se desenvolvem e interagem e, estão divididos em: familiar, escolar, comunitário, trabalho, institucional e instituições prestadoras de saúde (BOGOTÁ 2006; 2008; 2013).

Anterior ao ano de 2012, as equipes multiprofissionais eram divididas e instituídas como responsáveis pelas ações nestes cenários. Contudo, a partir de 2013, os profissionais assumiram uma configuração semelhante à ESF, ou seja, cada equipe é responsável pelo desenvolvimento de ações em todos os cenários de um

determinado território, denominada de equipe *Programa Salud a su Casa* (BOGOTÁ, 2012b). Dessa forma, assim como no Brasil, a APS é pensada na lógica de territorialização buscando as prerrogativas de estar mais próximo da população, como o cuidado longitudinal e a formação de vínculos, e possuindo também o foco nas ações de Promoção da Saúde e de Educação em Saúde.

Nota-se que o fortalecimento da APS nos dois países apresenta uma diferença cronológica, pois enquanto o Brasil preconiza-a desde a criação da ESF, a Colômbia oferece de uma forma mais recente. Porém, ressaltam-se as semelhanças nos arranjos das práticas profissionais e de gestão, uma vez que, como observado, os dois sistemas de saúde trazem consigo o cuidado integral, longitudinal, territorialização, PS e ES como estratégias para uma efetiva reversão de seus antigos modelos de saúde. Desta forma, definiu-se pela análise das duas maiores cidades (São Paulo – Brasil e Bogotá – Colômbia) no que rege as práticas de Educação em Saúde, especificamente de Educação em Nutrição desenvolvida a seguir.

1.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O NUTRICIONISTA

Ações de Educação em Saúde tem sido desenvolvidas no campo da saúde pública enquanto prática da Medicina Preventiva. Entretanto, estas têm sua trajetória histórica vinculada nas perspectivas da biomedicina, ou seja, com caráter generalizante e com foco no corpo e nas doenças, sob a ótica do corpo-máquina. (DANTAS et al., 2010; RENOVATO e BAGNATO, 2010). Desta forma, sempre houve uma tendência de estruturar as ações educativas no contexto de ampliar informações da população sobre os comportamentos de saúde, caracterizando o denominado Modelo Tradicional de Educação em Saúde. Aqui, os indivíduos são considerados como carentes de informação, estabelecendo uma relação entre educador (profissional da saúde) e educando (usuário) essencialmente assimétrica, já

que um detém um saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado (ALVES, 2005; FIGUEIREDO et al., 2010).

O modelo traz consigo a culpabilização da vítima, que permite esconder o mau funcionamento dos serviços públicos, visto que, se o indivíduo adoece a culpa é exclusivamente dele por não ter evitado o agente causal. Assim, tem-se uma negação da determinação social do processo saúde-adoecimento, o que acarreta uma representação sobre a saúde para uma escolha apenas individual (SILVA et al. 2010).

De modo recente a ES, na reflexão de suas práticas, encontra-se referendada na proposta da Promoção da Saúde² definida como um processo de capacitação e de fortalecimento da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, a qual amplia o conceito de saúde-doença-cuidado (DANTAS et al., 2010). A proposta possui o sentido de promover a produção da saúde pelos indivíduos, por meio do estímulo à autonomia que, segundo GADOTTI (2001), associa-se à ideia de liberdade. Ainda, de acordo com o autor, há dois tipos de educação: uma como prática de domesticação e outra como prática da libertação, entretanto coloca que as duas não existem em estado puro, porém seriam modelos horizontais opostos, em direção dos quais a educação tentaria caminhar, mantendo o conflito, a dialética, entre o velho e o novo, entre a reprodução e a transformação.

Compreende-se por autonomia um processo de construção que diz respeito à capacidade de governar a si próprio. Capacidade que requer certo grau de independência e determinação, ou seja, significa a possibilidade do indivíduo escolher entre as alternativas e as informações que lhe são apresentadas de forma esclarecida e livre e que vão estar relacionadas aos processos de vida, de trabalho e de saúde. Assim, o indivíduo autônomo necessita de liberdade para manifestar sua própria vontade, bem como compreender as consequências de suas escolhas (PEKELMAN, 2008).

Apreende-se, que as práticas educativas que têm a finalidade de estimular indivíduos autônomos, não devem se restringir a transferência de informações, pois elas envolvem processos de aprendizagem, que ocorrem no encontro entre pessoas

² A promoção da saúde, 1986, foi definida em uma perspectiva mais abrangente pela Carta de Ottawa (produto da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde), realizada no Canadá, oficializada pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 1996).

com diferentes culturas, realidades sociais e econômicas, com representações diversas sobre a saúde e as formas de ser e estar (FIGUEIREDO et al., 2010; RENOVATO e BAGNATO, 2010).

Um modelo de prática que vai ao encontro da educação libertadora é o Modelo Dialógico, defendido por Paulo Freire, que implica em um diálogo horizontal e constante entre o educando e o educador. Na pedagogia do diálogo, o educador já não é mais o que apenas educa, mas o que enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, portanto, se tornam atores do processo, pois o educando é reconhecido sujeito portador de um saber que, embora distinto do saber científico não é deslegitimado (FREIRE, 2011). Porém, de acordo com GADOTTI (2001), isso não exime o educador de sua função essencial de coordenar e dirigir a aprendizagem do educando.

Paulo Freire destaca a característica problematizadora do diálogo, cuja aprendizagem deve ser idealizada como resposta natural do educando ao desafio de uma situação-problema, entretanto, a qual ele tenha a possibilidade de aceitação e que isso esteja dentro de seus meios, ao preço de uma nova aprendizagem. O autor destaca, ainda, a Educação Popular, que tem como prática pedagógica a partida pelo saber popular anterior, saber este que mesmo fragmentado e pouco elaborado é a matéria prima do processo educativo (GADOTTI, 2001; FIGUEIREDO et al., 2010).

Um aspecto importante a considerar no modelo é o fato de não ocorrer, na maioria das vezes, ação imediata de mudança de comportamento, já que implica em um processo contínuo de reflexão-transformação. Entretanto, como vantagem destaca-se a associação de mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto que é responsável pela construção de novos sentidos e significados (FIGUEIREDO et al., 2010).

Para a utilização dos pressupostos da Educação Dialógica nos serviços de saúde coloca-se um obstáculo epistemológico, porque os autores adotados são do contexto da educação, como disciplina. De tal modo, sua aplicação na saúde depara com uma barreira, já que muitos profissionais podem não ter conhecimento sobre o método e/ou não terem habilidade para aplicá-los. Porém, acredita-se que para ser um educador em saúde não é preciso tornar-se especialista em teorias da educação ou pedagógicas, mas é preciso adquirir a postura de um educador, que pressupõe

abertura, disponibilidade para ouvir o outro, horizontalidade na relação interpessoal e na ação educativa em si (ALVIM e FERREIRA, 2007; FIGUEIREDO et al., 2010).

As práticas educativas em saúde vêm sendo discutidas na literatura desde o início do século passado e, de acordo com PEDROSA (2003), PEKELMAN (2008) e SILVA et al. (2010), apesar do amplo desenvolvimento e de uma reorientação crescente no campo das reflexões teóricas, o mesmo não vem ocorrendo na prática. De acordo com os autores, as ações desenvolvidas atualmente são, na maioria das vezes, prescritivas, individualistas e autoritárias, voltadas, principalmente, para a mudança de hábitos cuja referência é o estilo de vida idealizado de pessoas e famílias que parecem viver em um mundo sem conflitos e sem contradições, apresentando-se como um grande desafio de mudança. FIGUEIREDO et al., (2010), na perspectiva desta superação sugerem uma mistura dos dois modelos: Tradicional e Dialógico, que deve ser realizada de acordo com o contexto em que se está trabalhando, não sendo excludentes.

Nota-se a necessidade de repensar as práticas de ES sob o aspecto da constituição de sujeitos autônomos. Entretanto, esta forma de repensar também se relaciona a uma reflexão das práticas em saúde no contexto da APS, considerando a comunidade como centro da atenção e a construção de novos paradigmas em que o conhecimento popular e a subjetividade dos indivíduos estejam em uma mesma relação com o saber científico (PEKELMAN, 2008). No entanto, para que a relação se concretize, primeiramente as ações educativas precisam ser reconhecidas como tais pelos atores, para que haja uma apropriação e, por sua vez, um aprimoramento (REZENDE, 2011).

A prática ocorre no cotidiano dos serviços de APS. Porém, segundo um estudo desenvolvido por REZENDE (2011) em uma UBS de ESF em Vitória (Brasil), com uma das finalidades de reconhecer os espaços considerados educativos pelos profissionais, destinados aos usuários com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial, identificou que os espaços de grupo, são percebidos com destaque na representação social das ações educativas, principalmente quando são realizados em equipamentos comunitários.

Uma ação apontada na ES e na PS é a Educação Nutricional (EN), especialmente quando realizada em grupo de indivíduos. Tem sido destacada como

estratégia em saúde pública para conter o avanço das DCNT, além de promover a qualidade da saúde. Compreende-se que a EN formula em sua concepção as mesmas referências da ES, uma vez que alimentar-se faz parte da rotina de vida dos indivíduos. No campo, tem por recomendação da Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, que estas ações sejam desenvolvidas especialmente pela APS e que sua abordagem combine informações sensíveis e desenvolvimento de competência para mudar os comportamentos (ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Em relação ao avanço das DCNT, apresentado no Quadro 1, o Brasil, quando comparado à Colômbia, possui maiores taxas de mortalidade por consequências do diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares, como também, maiores taxas de obesidade e sobrepeso, enquanto que na Colômbia as taxas de mortalidade por neoplasia e doença isquêmica do coração são mais elevadas (ENSIN, 2011). Estes dados interferem nas políticas públicas relacionadas à EN, uma vez que o comportamento alimentar das populações é considerado um dos principais fatores do perfil de saúde.

Quadro 1 – Perfil de saúde da população do Brasil e da Colômbia, 2013.

Indicador	Brasil	Colômbia
Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas (100 mil hab) ^a	110,7	120,7
Taxa de mortalidade por diabetes <i>mellitus</i> (100 mil hab) ^a	34,3	24,2
Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração (100 mil hab) ^a	62,0	101,7
Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares (100 mil hab) ^a	61,3	51,2
% Excesso de peso em adultos ^{b,c}	49,0	34,6
% Obesidade em adultos ^{b,c}	14,8	16,5

Fontes: ^a OPS, 2012; ^b IBGE, 2010b; ^c ENSIN, 2011.

A EN, assim como a ES, desenvolveu-se inicialmente na lógica da transmissão de informações com a intenção de combater a ignorância dos indivíduos e assim, eliminar as formas errôneas de se alimentar (SANTOS, 2005a). Atualmente, segundo CONTENTO et al. (1995 Apud CERVATO-MANCUSO et al., 2005) a EN é considerada como qualquer experiência de ensino desenvolvida para facilitar a

adoção voluntária de comportamento alimentar ou outro relacionado à nutrição, com a finalidade de conduzir à situação de saúde e bem-estar.

Para o seu desenvolvimento, tem como requisitos as práticas referenciadas na realidade local, problematizadoras e construtivistas, considerando-se os contrastes e as desigualdades sociais que interferem no direito à alimentação (BRASIL, 2012a). A problematização possibilita que o indivíduo passe de uma situação em que sua conduta alimentar é determinada pelo condicionamento e pelo hábito repetido mecanicamente, para outra, na qual ele, compreendendo seu próprio corpo e aprendendo a ouvi-lo e observá-lo, passa a se tornar sujeito de sua conduta alimentar (CERVATO-MANCUSO et al., 2005).

Nas práticas de EN, a comunicação é considerada um elemento essencial, pois influência de maneira decisiva nos resultados. Compreende-se por comunicação um conjunto de processos mediadores da educação que para ser efetiva deve pautar-se: na escuta ativa, no reconhecimento das diferentes formas de saberes e práticas, na valorização do conhecimento, cultura e patrimônio alimentar, na consideração das necessidades reais dos indivíduos e grupos, na formação de vínculo entre os diferentes atores, na busca de soluções contextualizadas e, nas relações horizontais. Neste conjunto, vários profissionais podem desenvolver ações educativas em alimentação e nutrição. Porém, no contexto de indivíduos ou grupos com alguma doença ou agravo, a atividade é privativa do nutricionista (BRASIL, 2012b).

Contudo, estudos apontam a existência de dificuldades dos profissionais da saúde de coordenar e dirigir ações de EN. Um estudo, realizado no Distrito Federal (Brasil), em 61 centros de saúde, verificou que 83% dos profissionais usam a vivência profissional e 64% a experiência de vida como referências para abordar a alimentação com os usuários, sendo que, segundo as observações dos autores, muitos desistem da ação, por fatores como a ausência de projetos, a ausência de nutricionista e o sentimento de falta de conhecimento científico incorporado à dificuldade da linguagem, ao tentar traduzir a ciência para a população (SILVA, 2011). Sugere-se que tais dificuldades são decorrência da magnitude que a abordagem deve incorporar, pois a alimentação e a nutrição envolvem significados e sentidos pessoais relacionados à comida e ao corpo.

Além disso, ressalta-se um elemento presente nos grandes centros urbanos, como as cidades aqui estudadas: a desigualdade social, que dificulta ainda mais o encontro de uma abordagem adequada às reais necessidades da população para o cuidado, a prevenção de agravos e, especialmente, para a PS. Dessa forma, o nutricionista é o profissional adequado, dado que recebe na sua formação acadêmica um conhecimento específico que lhe permite, a partir de diagnóstico e observação de valores socioculturais, propor as ações condizentes (SANTOS, 2005b; CERVATO-MANCUSO, 2012).

São Paulo e Bogotá possuem configurações diferentes quanto à oferta e demanda de nutricionistas por cidade. A primeira possui 19 cursos de graduação em Nutrição, enquanto Bogotá tem apenas dois. Visualiza-se, assim, que Bogotá é superada por São Paulo em proporção de nutricionista/população^{3,4} (ACOFANUD, 2004; MEC, 2013).

O campo da nutrição tem aumentado sua visibilidade nos últimos anos em vários países, constatando-se pelas políticas públicas de saúde que recomendam as ações de EN, como apresentado acima. Entretanto, suas referências teóricas, metodológicas e operacionais ainda são escassas. Exemplifica-se pelo levantamento de publicações realizado por FRANCO (2006), no qual foram encontrados 125 textos, entre 1954 a 2005. O levantamento mostrou a baixa publicação (23,5%) que citava algum modelo de EN, concluindo-se a necessidade de geração de métodos para prática.

Retomando o papel da APS na dimensão educativa e associando o panorama das atuais práticas alimentares e do perfil populacional, os profissionais de saúde deparam-se com um desafio: encontrar um método e uma abordagem a serem utilizados na EN, uma vez que, com o princípio da atenção integral à saúde, estes atores devem assumir ações educativas de caráter individual e, principalmente, de caráter coletivo, como os grupos educativos (MEDEIROS, 2011).

³ Como indicador considerou-se número de faculdades por habitantes. Foi encontrada a relação: São Paulo: 1 curso/549.171 e Bogotá 1 curso/3.681.891 (IBGE, 2010b; DANE, 2010).

⁴ O Brasil tem por recomendação do Conselho Federal de Nutrição: um profissional para cada 50 mil habitantes. Em São Paulo, verificou-se, em 2010, a proporção de um para 86.827 mil (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

1.3 FORMAÇÕES DE GRUPOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Formações de grupos foram iniciadas com a necessidade de uma organização da sociedade. Todavia, o tema é uma preocupação recente em estudos acadêmicos. Em 1945, foi desenvolvido pelo autor Enrique Pichón-Rivière o denominado Grupo Operativo (GO) por meio dos estudos de fenômenos grupais. O autor traz a ideia de centrar-se no processo de interação do sujeito e na constituição de diferentes papéis que este assume nos grupos dos quais faz parte (ABRAHÃO e FREITAS, 2009).

Segundo PICHÓN-RIVIÈRE (2009), um GO define-se por ser um grupo centrado em uma tarefa concreta comum a todos, tendo por finalidade aprender e pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal. O aprender e pensar são alcançados pelo processo do trabalho do grupo, que é realizado por uma dinâmica que possui na comunicação o elemento essencial.

A metodologia do GO é muito utilizada na área da saúde mental, porém tem-se verificado o seu uso em outros espaços, por exemplo, em um grupo de EN com 26 mulheres portadoras de hipertensão arterial, construído e coordenado por dois nutricionistas e um psicólogo. O grupo teve prazo de início e término, com duração de três meses, organizado em nove sessões, que abordaram os temas: mudanças nas práticas alimentares, comer bem, meu cardápio, meu corpo, atividade física e lazer, autocuidado e hipertensão arterial. Observou-se que para este grupo os princípios do GO foram parcialmente aplicados, uma vez que ele teve um cronograma determinado, restringindo sua autonomia. Contudo, constatou-se como resultado dos encontros um movimento em favor de mudanças, por meio da geração de desconfortos relacionados à auto percepção da alimentação e do corpo das participantes (GALATI, DIEZ-GARCIA e REGO, 2011).

A prática de grupo é um instrumento de cuidado incentivado pelas políticas e programas de saúde das cidades aqui estudadas (São Paulo e Bogotá), sobretudo no campo da APS. Em São Paulo, eles são concretizados pelos profissionais da ESFs e em Bogotá pelas equipes dos PICs (ABRAHÃO e FREITAS, 2009; COLÔMBIA, 2011). Todavia, MERHY (2002) aponta a falta de preparo dos profissionais de saúde

para o desempenho de coordenar um grupo e a falta de estudos sobre o tema. Neste sentido, o autor traz o conceito de tecnologia no trabalho com grupos, que compreende não somente a aplicação de um conjunto de conhecimentos e uso de equipamentos, mas também de vários outros elementos que, inseridos em uma situação de grupo, incluem o acolhimento, diálogo com os participantes, escuta, vínculo, integração e interesse, o que favorece a consecução dos objetivos do grupo: coesão, integração e aprendizagem grupal.

Dado o apontamento, no qual se explorou especialmente os grupos que abordam a alimentação e nutrição como base, fez-se a necessidade de analisar e comparar as ações grupais realizadas pelos nutricionistas da APS, em São Paulo e Bogotá. Destaca-se que esta atividade foi identificada como a principal dos nutricionistas das equipes NASFs (constituindo mais de $\frac{1}{3}$ da carga horária de trabalho), de acordo com uma pesquisa realizada em São Paulo (VIEIRA, 2011). Ressalta-se que atualmente estudos comparativos entre países, como os realizados por DELGADO-GALLEGO et al. (2010) e FREIRE e REPULLO (2011), têm ganhado evidência devido à possibilidade de reflexões e aprimoramento das ações em diversas áreas de conhecimento.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas e as teorias educativas utilizadas nos grupos de alimentação e nutrição, na Atenção Primária à Saúde, em São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as práticas e as teorias utilizadas para a Educação Nutricional em grupos realizados pelos nutricionistas;

Comparar as práticas e as teorias da Educação Nutricional em grupo segundo o país; e

Explorar possíveis estratégias para a prática de Educação Nutricional em grupo.

3. MANUSCRITOS

3.1. MANUSCRITO 1: DIMENSÃO TEÓRICA E PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM NUTRIÇÃO EM DOIS CONTEXTOS DA AMÉRICA LATINA, SÃO PAULO E BOGOTÁ

Dimension of theory and practice of Nutrition Education in two contexts in Latin America, São Paulo and Bogotá

VINCHA, K.R.R.¹; CÁRDENAS, A.P.¹; VIEIRA, V.L.¹; CERVATO-MANCUSO, A.M.¹

¹ Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Resumo

O objetivo deste estudo foi comparar os grupos de Educação Nutricional (EN), na dimensão teórica e prática, na Atenção Primária à Saúde, entre São Paulo e Bogotá.

Identificou-se a percepção da EN e características de grupos referidos por nutricionistas, nas duas cidades, por meio da identificação dos atores, aplicação do questionário e entrevista. Verificou-se semelhança no perfil dos entrevistados, porém com diferenciação na formação e na autonomia de trabalho. Obtiveram-se 17 Ideias Centrais da EN, classificadas em seis eixos temáticos. Observou-se que os eixos associam-se com as características grupais, que por sua vez, possuem diferenças relacionadas aos programas de APS. Verificou-se que teoria e prática da EN estão em transição da abordagem tradicional para outra mais humanista, incorporando o empoderamento e à troca de saberes. Entretanto, em uma velocidade lenta comparada às políticas e necessidades de saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Educação Nutricional e Promoção da Saúde.

Abstract

The aim of this study was to compare Nutrition Education (EN) groups, in the theoretical and practical dimensions of Primary Health Care (PHC), between São Paulo and Bogotá. It was identified the perception of EN and groups characteristics referred to by nutritionists in two cities through determination of the professional profile, questionnaire administration and conducting interview. The profile of respondents was similar; however there was a difference in academic education and work autonomy. Were obtained 17 Central Ideas of EN, classified into six thematic axes. These were related to group characteristics that differed according to PHC programs. It was found that the theory and practice of EN are in transition from the traditional to more humanistic approach, incorporating empowerment and knowledge exchange. Meanwhile, at a slow speed compared with the policies and health needs.

Descriptors: Primary Health Care, Health Education, Nutrition Education and Health Promotion.

3.1.1 Introdução

O perfil saúde de indivíduos ou populações está diretamente relacionado com o ambiente social no qual estão inseridos, com as condições de vida, dentre elas a distribuição de renda, o nível de escolaridade, a moradia, o trabalho, o lazer e o meio ambiente. Nesse sentido, a Promoção da Saúde (PS), representa uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde, para além de ações curativas, que afetam

as populações e seu entorno, na busca de uma construção de propostas viáveis para o alcance de uma saúde integral (CERVERA, PARREIRA e GOULART, 2011).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) (2007) recomenda que ações de PS, definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, sejam focalizadas dentro da Atenção Primária à Saúde (APS). Uma prática reconhecida dentro do campo são os grupos educativos, já que proporcionam discussões pelas quais se consegue ampliar conhecimentos e estimular a autonomia e o autocuidado, de modo que os indivíduos possam superar suas dificuldades e viver mais harmonicamente com sua condição de saúde. Assim, tem-se observado crescente utilização de grupos, especialmente dentro da APS, cada vez mais descritos em trabalhos acadêmicos e incentivados pelas políticas públicas de saúde (NETO e KIND, 2011; FURLAN e CAMPOS, 2010).

Os países da América Latina encontram-se em um momento de fortalecimento da APS, esse sendo incentivado pela OPS (2007), que recomenda que as ações sejam desenvolvidas com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Entretanto, os distintos contextos socioculturais e políticos dessas nações refletem na concepção de programas de saúde com características próprias. Diante deste cenário, esta pesquisa, pretende explorar os grupos educativos, especificamente os que trabalham a alimentação e nutrição, do Brasil e da Colômbia, apresentados na sequência.

O Brasil, contemplado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), possui um cenário da APS reconhecido como privilegiado para se fazer a PS denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), que preconiza uma equipe multiprofissional dentro de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com o intuito de fortalecimento, em 2008, criaram-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), que contam com a presença de profissionais de diferentes áreas de conhecimento que possuem o papel de apoiar e ampliar as ações da ESF (BRASIL, 2009; 2010).

Há distintas experiências municipais em relação à ESF. Em São Paulo, por exemplo, ela foi aderida mais tarde, em 2001, comparada a outras cidades, porém atualmente é a que possui o maior número de equipes. Dentro dos NASFs, encontra-se o nutricionista que, segundo pesquisa realizada nessa cidade, em 2010, verificou-

se predominância dos grupos educativos dentre as ações de PS desse profissional (CERVATO-MANCUSO, et al., 2012).

Na Colômbia, o sistema de saúde, denominado *Sistema General de Seguridad Social en Salud*, é formado por serviços privados e públicos, enquanto que a APS, conhecida como *Plan de Intervenciones Colectivas* (PIC) é gratuita à população (Colômbia, 1993). Especificamente na capital do país, Bogotá, a APS foi fortalecida pela criação da *Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud* (EPCVS), em 2005, cujas ações são realizadas por equipes multiprofissionais, incluindo o nutricionista. Essa estratégia é uma construção da *Secretaría Distrital de Salud* (SDS) da cidade, que busca a preservação e desenvolvimento da autonomia dos indivíduos e das comunidades (BOGOTÁ, 2011; 2012a).

A criação da EPCVS proporcionou avanços na saúde de Bogotá, porém foi em 2011 que a SDS assumiu a APS como estratégia central de reorganização dos serviços de saúde. Desde então, assim como no Brasil, esse nível de saúde é pensado na lógica da territorialização, buscando a prerrogativa dos profissionais estarem mais próximos da população, além de ter o enfoque na PS, e na educação para a saúde. Para isso, são desenvolvidos grupos educativos com base nos problemas identificados na comunidade (BOGOTÁ, 2012b). Assim, esse artigo tem por objetivo analisar as práticas e as teorias educativas utilizadas nos grupos de alimentação e nutrição, na APS, em São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia).

3.1.2 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva à luz da abordagem qualitativa, utilizando o método comparativo. A população de estudo foi composta por nutricionistas de São Paulo e Bogotá que atuam em NASFs e PICs, respectivamente. Diante de participação voluntária, foram selecionados nutricionistas que realizavam grupos

educativos. Optou-se por esse profissional pelo reconhecimento do campo da Educação Nutricional (EN) dentro da PS e da Educação em Saúde.

Para a coleta de dados, foram necessários três momentos: (1) identificação dos nutricionistas nas duas cidades, (2) aplicação do questionário referente à caracterização do profissional e dos grupos educativos e, (3) entrevista semiestruturada⁵ para obtenção das percepções sobre EN.

A pesquisa foi realizada no período de julho a dezembro de 2012, primeiramente em Bogotá e após em São Paulo. Foram identificados 27 nutricionistas de cada cidade, por meio de mapeamento da localização desses segundo informantes-chaves: em São Paulo, pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) e, em Bogotá, pela SDS, segundo a estrutura organizacional dos programas de APS das cidades, apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Fluxograma percorrido para o mapeamento da localização dos nutricionistas que atuam na Atenção Primária à Saúde em São Paulo e Bogotá, 2012.

⁵ Previamente a coleta de dados, para ambos os questionários, *online* e entrevista semiestruturada, realizou-se um teste piloto em português com três nutricionistas que desenvolviam ações de EN em grupo, fora da cidade de São Paulo.

Após, realizou-se a caracterização dos profissionais e dos grupos educativos por meio da aplicação do questionário *online* “Identificação dos Grupos de Educação Nutricional”, por *Google docs* (anexo 1). Dos 54 participantes da pesquisa, 42 responderam o questionário, sendo 18 de São Paulo e 24 de Bogotá. O questionário contemplou informações sobre sexo, idade, tempo de formação, realização de cursos de pós-graduação, tempo no cargo atual e atividades realizadas no cotidiano do trabalho. Para a caracterização dos grupos, foram identificados nome, tipo de grupo (aberto ou fechado), população a qual se destina, número de participantes, local de realização, frequência da ação, coordenadores, temas abordados e materiais e/ou equipamentos utilizados.

Para a obtenção das percepções, realizou-se entrevista por um pesquisador previamente treinado, que se utilizou de questões abertas (anexo 2), aplicadas no local de trabalho dos 54 profissionais e que foram gravadas e transcritas⁶ pelos pesquisadores.

Quanto à análise dos dados, para os grupos, por convenção, selecionou-se o primeiro descrito por cada profissional que continha todas as informações solicitadas. Para os dados numéricos referentes à idade, tempo de formação e tempo no cargo atual, calcularam-se as médias aritméticas, em anos e meses. Para as percepções, adotou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), técnica fundamentada na Teoria das Representações Sociais que consiste em selecionar, de cada depoimento individual, expressões-chave, que são os trechos mais significativos de uma resposta. A estas expressões-chave, correspondem Ideias Centrais (IC) que sintetizam o conteúdo discursivo e, a partir delas, constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, os quais visam expressar o pensamento de uma coletividade por meio de um discurso individual (LEFÈVRE, LEFÈVRE e TEIXEIRA, 2003).

Para a formação dos DSCs, executaram-se as etapas: análise e extração das IC de cada depoimento; conexão das IC equivalentes; formação dos discursos

⁶ Posterior à transcrição, foi realizado a tradução do espanhol para o português. Obteve-se em consideração parte dos procedimentos de validação de escalas em outro idioma, com ênfase no sentido conceitual e na equivalência transcultural. Para tal, formou-se um comitê de pesquisadores da área da saúde, dois de cada país. A tradução envolveu três etapas: tradução direta, tradução inversa e comparação das versões (SÁNCHEZ e ECHEVERRY, 2004).

propriamente ditos e; classificação dos discursos em eixos temáticos. Por conveniência, adotou-se “S” para designar São Paulo e “B” para Bogotá nos discursos encontrados.

As ICs obtidas foram agrupadas e classificadas em eixos temáticos conforme a essência dos DSCs. Os eixos foram, então, nomeados utilizando parte dos discursos dos entrevistados.

Para a comparação, obteve-se a segmentação dos dados por cidade, caracterização dos profissionais e dos grupos educativos, das percepções da EN e comparação e contextualização dos achados na ótica da educação em saúde, da educação popular em saúde, da EN, de grupos educativos e do contexto da APS nas duas cidades. Para a apresentação dos resultados, realizou-se um paralelo das percepções encontradas nas entrevistas com as características dos grupos descritos pelos profissionais.

Esta pesquisa faz parte do estudo “Educação Nutricional na Atenção Primária à Saúde”, consentida pela SDS de Bogotá (anexo 3), aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo (parecer nº 100/12) (anexo 4) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (parecer nº 48307) (anexo 5).

3.1.3 Resultados e Discussão

Características dos entrevistados

Verificou-se que, conforme aponta o Quadro 3, nas duas cidades, a profissão é composta quase que exclusivamente pelo sexo feminino. Esse achado se associa a diversos elementos presentes na história do profissional, já que o direcionamento para a formação de mulheres no campo da nutrição vem sendo fortalecido desde a gênese dos primeiros cursos de formação (CAMOSSA, TELAROLLI-JUNIOR e

MACHADO, 2012). Outras semelhanças observadas foram idade, tempo de formação e tempo no cargo atual.

Quadro 3 – Características dos entrevistados, sexo, idade, tempo de formação, formação e tempo no cargo atual, de São Paulo e Bogotá, 2012.

Cidade/Características	São Paulo	Bogotá
Sexo feminino (%)	100,0	91,7
Idade (anos)	31,8	34,8
Tempo de formação (anos)	8,5	9,0
Pós-graduação (%)	100,0	25,0
Tempo no cargo (meses)	28,3	40,2

Entretanto, uma diferença a destacar, ainda com relação ao Quadro 3, é a formação profissional: enquanto todos os entrevistados de São Paulo possuem pelo menos um curso de pós-graduação, em Bogotá, apenas 25,0%. Sugere-se que essa diferença seja consequência do mercado de trabalho para a profissão, dado que, em São Paulo, segundo o Ministério da Educação, há 19 cursos de graduação em Nutrição para uma população de 10.434.252 pessoas (IBGE, 2010c; BRASIL, 2013), enquanto que, em Bogotá, há dois cursos para uma população de 7.363.782 (ACOFANUD, 2004; DANE, 2013). Dessa forma, devido ao número de cursos ofertados em São Paulo e, consequentemente, o número de profissionais formados por ano, esses possuem muitas vezes a necessidade de se especializar para se destacar no mercado de trabalho.

Observou-se também que, entre os 18 participantes de São Paulo, somente quatro optaram por se especializar na área de atuação atual, enquanto a maioria buscou por cursos da área da nutrição clínica, como “Nutrição Funcional”, “Terapia Nutricional, Obesidade e Emagrecimento”, entre outros. Em Bogotá, a maioria dos seis que realizam cursos foi dentro da área de atuação e apenas dois em outras áreas - Clínica Pediátrica e Ciência e Tecnologia dos Alimentos.

Em relação às atividades desenvolvidas, foram encontradas semelhanças, dado que as mais citadas, em ambas as cidades, foram grupos educativos, visitas domiciliares e reuniões. Destaca-se que a primeira foi à atividade mais citada nos

dois contextos. Indica-se que essa ação tem sido efetuada devido às vantagens verificadas em estudos em comparação ao cuidado individual: favorece a comunicação dos profissionais com os indivíduos, o reconhecimento do saber e o compartilhamento das experiências, propicia o encontro dos semelhantes no sentido da constituição de redes sociais e do estímulo à autonomia (FURLAN e CAMPOS, 2010; NETO e KIND, 2011).

Características dos Grupos Educativos e da Percepção da Educação Nutricional

Foram identificadas 17 ICs distintas, classificadas em seis eixos temáticos (Quadro4).

Quadro 4 – Classificação das Ideias Centrais por eixos temáticos, segundo a percepção dos entrevistados sobre a Educação Nutricional, em São Paulo e Bogotá, 2012.

Eixo Temático	São Paulo	Bogotá
<i>Passar o meu conhecimento</i>	IC-S1 – É a transmissão de conhecimentos para a população (n=7)	IC-B1 - Fornecer conhecimentos à população (n=10)
<i>São padrões de alimentação sadia</i>	IC-S2 – É gerar mudanças na alimentação da pessoa (n= 8) IC-S8 – É conscientizar as pessoas sobre alimentação saudável (n=3)	IC-B2 - Processo que promove a mudança de hábitos alimentares (n=11)
<i>Um espaço do hábito alimentar</i>	IC-S3 – É educar de acordo com a realidade da pessoa (n=8)	IC-B6 - Proporcionar mudanças considerando a multicausalidade da alimentação (n=2)
<i>Processo de troca</i>	IC-S7 – É a troca de saberes entre o educador e o educando (n=4)	IC-B3 - Construção coletiva do conhecimento (n=2)
<i>Ter autonomia na escolha</i>	IC-S4 – É um processo a longo prazo e contínuo (n=6) IC-S6 – É dar autonomia para o indivíduo (n=3) IC-S10 – É gerar multiplicadores sobre alimentação saudável (n=1)	-
<i>Como? Quando?</i>	IC-S5 – É uma ferramenta para a prevenção de doenças (n= 8) IC-S9 – É educar com recursos lúdicos (n=2)	IC-B4 - Técnicas utilizadas para trabalhar com a população (n=2) IC-B5 – Uma motivação em sentimento (n=1) IC-B7 - Trabalhar de forma prática com a comunidade (n=1)

Passar o meu conhecimento

Os entrevistados das duas cidades assinalaram a importância do conhecimento, especialmente o científico, na EN, conforme evidenciado no discurso:

Acho que a educação nutricional é a gente passar pra essa população que é um pouco mais né? É precária de algum tipo de conhecimento, passar como se alimentar melhor, passar o meu conhecimento né, a minha experiência né [...] (DSC-S1).

Essa abordagem centra-se em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe. A lógica é a de transmissão de conhecimentos com a expectativa de que o outro mude seu comportamento em função do que lhe foi ensinado (CERVERA, PARREIRA e GOULART, 2011). Tal formato vem sendo questionado, pois estudos mostram que o comportamento humano em saúde é influenciado por uma variedade de fatores - fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, não se limitando ao conhecimento. Além disso, experiências concluíram que essa abordagem é eficiente em aumentar conhecimentos, mas, com raras exceções, é ineficaz na mudança de práticas relacionadas à saúde (MEYER, et al., 2006; BARKER e SWIFT, 2009).

Compreende-se que, historicamente, as práticas pautadas no conhecimento científico eram incentivadas pelos serviços de saúde sob a hipótese de que os problemas de saúde resultam-se da precária situação educacional da população. Dessa forma, foi encontrada nessa pesquisa uma herança histórica na concepção da EN dos entrevistados. Autores apontam que um dos desafios desse rompimento é o educador permitir a relativização de seu conhecimento e aceitar trocas com os participantes, na tentativa de abdicar de um poder fictício (GAZZINELLI et al., 2005).

Além da valorização do conhecimento científico, a demanda que o profissional necessita atender em função da sua disponibilidade de tempo pode interferir no formato de grupo e no seu tamanho. Os grupos descritos pelos entrevistados mostraram semelhança nesse aspecto. Em São Paulo, foram apontados grupos de 7 a 55 participantes e, em Bogotá, de 5 a 55. Tal característica pode influenciar no processo educativo, já que, grupos maiores tendem a transmissão de

conhecimento, pois as trocas emocionais entre os membros ficam mais superficiais (AFONSO, 2006). Tem-se por recomendação que o tamanho considere que o número de participantes permita que todos se manifestem e se sintam assistidos, dessa forma o número não pode exceder o limite que ponha em risco a comunicação visual e auditiva (DIAS et al., 2009).

São padrões de alimentação sadia

Foi verificado que os entrevistados de ambas as localidades reconhecem que a EN é uma prática que tem como essência a mudança de comportamento dos indivíduos, como mostra o DSC:

Para o meu conceito, o primeiro paradigma que desvirtuei nos meus grupos comunitários foi que nós não ensinamos nutrição, porque nutrição é uma ciência que tem de aprender os médicos, as enfermeiras e as nutricionistas, o que nós ensinamos são padrões de alimentação sadia [...] Seria o processo pelo qual eu inicio mudanças no comportamento alimentar, por mais mínimas que elas sejam (DSC-B2).

Observou-se que essa percepção vai ao encontro da abordagem comportamentalista, que entende o homem como um produto do meio que vivência, constantemente, em todas as etapas da vida, três eventos: estímulo, resposta e reforço (MACENA, 2002). Ainda nesse eixo, São Paulo diferenciou-se pela percepção da EN como uma conscientização dos indivíduos, como apontado:

Então o que quê a gente tem que conscientizar? Numa reeducação alimentar de que é necessário todos os nutrientes reunidos numa mesma refeição, a importância de você ter uma alimentação saudável, os benefícios que você vai ter e aí você cita os benefícios e os malefícios, com isso você consegue conscientizar muita gente [...] (DSC-S8).

O comportamentalismo e a conscientização também estão vinculados ao histórico da educação em saúde, que se respaldou nas recomendações de condutas certas e erradas de saúde, novamente dominado pelo poder científico. Nesse modelo, responsabiliza-se unicamente os indivíduos pela saúde, já que o profissional expõe as

condutas, oferecendo a opção destes seguirem ou não (GAZZINELLI, et al., 2005; RENOVATO e BAGNATO, 2010).

Nesse eixo há sempre um agente externo causador da doença que deve ser combatido como um inimigo, como o açúcar, o diabetes, o sal, a hipertensão arterial, as gorduras, entre outros. Porém, este não está relacionado a outros fatores do processo saúde-adoecimento, como a sociedade, as desigualdades sociais e de saúde, dificultando assim, uma mudança efetiva de comportamento (GAZZINELLI, et al., 2005; LOPES e TOCANTIS, 2012).

Como observado no presente estudo, práticas educacionais em saúde empregadas em momentos históricos não desapareceram absolutamente. Não se implica em desconsiderá-las, pois, podem ser efetivas para prover informações básicas sobre diversos tópicos para a população. Mas, trata-se de discutir se elas são suficientemente inclusivas para dar conta dos desafios colocados à EN nas sociedades contemporâneas ou se podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade vivenciada por pessoas que não se incluem em suas descrições (MEYER, et al., 2006).

Um dos desafios atuais é o aumento da prevalência doenças crônicas não transmissíveis nas sociedades. Nesse sentido, foi observado que os grupos descritos em São Paulo relacionam-se com tais doenças, especialmente a obesidade, apontados pelos nomes dos grupos – “perder para ganhar”, “emagrecendo com saúde”, “pesos e medidas”, “apertando o cinto”, “medida certa”, “diabetes”, entre outros. Já em Bogotá, verificaram-se nomes mais amplos, como *“tú vales”* e *“muévete comunidad”*. Entretanto, esses são nomes dos programas da SDS. Assim, se diferenciam dos grupos de São Paulo que são nomeados pelos profissionais de saúde e/ou pelos participantes, além de possuírem o foco na PS (BOGOTÁ, 2011).

As características dos grupos, incluindo o nome e a população, podem influenciar no tipo de abordagem utilizada para a educação. Assim, sugere-se que eixo temático aqui discutido ocorra com maior frequência em grupos de população homogênea, como os achados em São Paulo. Conforme ZAMBENEDETTI (2012), o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável e que produz uma homogeneização e igualdade, tendendo a desconsideração das singularidades pessoais. Quanto à população para a qual os

grupos se destinam, encontrou-se semelhança, dado que nas duas cidades as mais citadas foram adultos e/ou idosos.

Um espaço de negociação do hábito alimentar

O presente eixo temático ressalta a importância de se considerar as experiências e conhecimentos dos participantes na ação. Nessa direção houve semelhança nos DSC das duas cidades, como apresentado:

Eu acho que o ouvir, né, não só eu trazer pra eles, porque aí também fica impondo essa alimentação saudável, mas deixar que eles tragam também o que pra eles é alimentação saudável e a partir disso a gente trabalhar (DSC-S3).

Acredita-se que a EN é:

Não chegar e dizer “não coma isso”, isso não funciona e está comprovado [...] é um espaço de negociação dos hábitos alimentares, de um indivíduo, de uma população, mas de acordo com seu contexto, a sua parte cultural, a sua parte econômica, bem, toda essa série de situações que de alguma maneira estabelecem o padrão alimentar das pessoas e como se pode entrar a modificar ou a reestruturar sua alimentação de acordo com o que se viveu (DSC-B6).

Os discursos acima direcionam para a abordagem humanista da educação que tem o conceito de que o homem é arquiteto de si mesmo. A base do conhecimento repousa na experiência individual subjetiva e se concretiza a partir da interpretação pessoal e das relações com pessoas autorrealizáveis, flexíveis e adaptáveis criativamente (MACENA, 2002).

Assinala-se, a importância de não apenas identificar as experiências e conhecimentos, mas, por meio de uma escuta qualificada, reconhecê-los e envolvê-los no processo educativo. Indica-se que a escuta pode ser ampliada na presença de mais de um coordenador da ação, já que profissionais diferentes possuem olhares diferentes do cuidado. Em relação à coordenação dos grupos analisados, houve semelhança entre as cidades, pois ambos possuem coordenação exclusiva do entrevistado ou compartilhada com outros profissionais. Em São Paulo, os

profissionais mais citados foram: educador físico, psicólogo, fisioterapeuta e auxiliar de enfermagem. Já em Bogotá, surgem o assistente social, o psicólogo, o fisioterapeuta e o agente educativo.

Ações compartilhadas permitem a ampliação do cuidado, porém RIBEIRO, PIRES e BLANK (2004) recomendam atenção, pois a ação deve ocorrer de modo integrado, o que significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base no conhecimento acerca do trabalho do outro e do reconhecimento recíproco de autoridades e saberes e da autonomia técnica.

Outro item importante a ser analisado na perspectiva de uma prática educativa humanista é o espaço da sua realização. Sugere-se que a prática, que tem por intuito considerar as experiências e conhecimentos, pode ser favorecida quando ocorre no local onde os indivíduos vivem e se relacionam, devido à aproximação da realidade em questão. Quanto ao local dos grupos analisados, foi encontrada diferença entre as cidades. São Paulo destacou as UBSs, enquanto Bogotá os equipamentos sociais, como *salão comunal* (espaço de encontro da comunidade), igrejas e escolas. Sugere-se que esse fato seja consequência da diferença entre a configuração de trabalho dos entrevistados. Os NASFs possuem por diretriz estarem junto das equipes ESFs que, por sua vez, localizam-se nas UBSs. Entretanto, têm por recomendação o uso de equipamentos sociais do território (BRASIL, 2009). Já em Bogotá, os profissionais dos PICs estão vinculados à rede hospitalar, que é responsável por gerenciar as ações de saúde pública. Porém são favorecidos por atuarem nos cenários da vida cotidiana da população, classificados em - familiar, escolar, comunitário, trabalho e institucional (BOGOTÁ, 2013).

Processo de troca

Foi verificada semelhança na percepção dos entrevistados brasileiros e colombianos, pois se verificou a valorização da EN como uma educação mais inclusiva, como mostra o DSC:

Eu entendo que é um processo de troca né, do conhecimento teórico do profissional de nutrição com o conhecimento de vida né do usuário, do paciente em que tá no grupo. Acho

que só acontece a educação nutricional se ambos têm abertura pra tal [...] (DSC-S7).

Essa abordagem assemelha-se ao modelo de cognição social, que se respalda na construção coletiva de uma nova aprendizagem com base nos conhecimentos, atitudes e crenças dos participantes e esses, por sua vez, são influenciados pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares (GAZZINELLI et al., 2005; BARKER e SWIFT, 2009).

Sugere-se que a construção coletiva está relacionada diretamente aos temas abordados nos encontros, já que eles podem ser construídos entre profissionais e participantes ou não. Nesse aspecto, os grupos analisados de São Paulo apresentaram temas como: pirâmide alimentar, porções de alimentos, fracionamento da dieta, leitura de rótulos, dietas da moda, oficina culinária e espaço para temas sugeridos pelos participantes. Em Bogotá, foram identificados: alimentação saudável, conceitos básicos de alimentação e nutrição, higiene e manipulação dos alimentos, consumo de frutas e verduras, alimentação por idade e ajustada para a família, rótulos de alimentos, trem da alimentação, segurança alimentar e nutricional, soberania alimentar e direito à alimentação.

Sugere-se que a variedade de temas entre os países seja decorrência da diferença das propostas que os profissionais possuem de trabalho, pois os pertencentes dos NASFs são orientados a realizar ações que promovam a alimentação saudável, havendo uma abertura na escolha dos temas, seja pelos profissionais e/ou participantes, corroborando com o estudo (BRASIL, 2009). Dessa forma, chama-se atenção para os temas descritos - fitoterapia, alimentos termogênicos, pecados da alimentação, chás e sucos terapêuticos.

Pressupõe-se que as características dos grupos de São Paulo, incluindo os temas, são influenciadas pela experiência e formação do profissional. Todavia, retomando a informação de que a maioria é especialista na área da nutrição clínica, sugere-se a necessidade do cuidado para que no desenvolvimento da ação não prevaleça o conhecimento científico, limitando o processo de troca. Segundo CAMPOS (1997) citado por RIBEIRO, PIRES e BLANK (2004), a especialização excessiva cria, autoriza e legitimiza a fragmentação do cuidado. Ainda, segundo o

autor o mecanismo da autonomia do profissional pode aumentar a produtividade do trabalho, mas não dá conta de articular trabalho e compromissos sólidos com a produção da saúde.

Já em Bogotá, foi observado que os temas citados pertencem aos guias dos programas, principalmente do *"tú vales"* e do *"muévete comunidad"*. Ambos os programas utilizam a metodologia de ações baseada na comunidade, usando-se da informação, comunicação, educação e social como abordagem, apresentado pela SDS como uma nova proposta dentro da América Latina (LUCUMÍ et al., 2006). O primeiro tem por intenção incentivar o consumo de frutas e verduras, a prática de atividade física e redução do tabagismo, enquanto o segundo tem o foco na prática da atividade física (BOGOTÁ, 2011). Aponta-se, assim, que os membros dos grupos de Bogotá possuem menor autonomia nas escolhas dos temas comparados aos de São Paulo.

Ter autonomia na escolha

Com relação à postura dos participantes no grupo, São Paulo diferenciou-se por apresentar a percepção da EN como estímulo à autonomia, exibido pelo DSC:

Pra mim educação nutricional é você capacitar ou passar essa educação pra pessoa ao ponto dela ter a ferramenta, de ser autônoma, dela ter autonomia na escolha, então, eh, você dar todas as ferramentas possíveis para ela conseguir fazer as escolhas adequadas (DSC-S6).

A definição de autonomia é próxima do empoderamento, pois se refere à capacidade dos indivíduos e grupos poderem decidir sobre as questões que lhe dizem respeito nas múltiplas esferas, como saúde, política, economia, social e cultural, mobilizando-o para perceber-se como parte integrante desse conjunto. Além disso, trata-se de um processo pelo qual se aufere poder, liberdade e consciência crítica. Essa abordagem vai em direção à Educação Popular em Saúde (EPS), conceituada como uma filosofia e metodologia de educação que visa à aprendizagem a partir dos conhecimentos dos indivíduos, problematizando-os com suas realidades, no sentido da transformação social (ANDERSON e FUNNELL, 2010; WIGGINS, 2011).

A SDS de Bogotá recomenda que os profissionais estimulem a autonomia da comunidade, com a articulação do saber científico e popular, para a construção de uma melhor qualidade de vida. Essa recomendação faz parte dos programas (BOGOTÁ, 2012c), entretanto essa referência não foi encontrada nos discursos analisados da cidade. Esse achado vai ao encontro de um estudo feito com 34 nutricionistas, de Medellín, que teve o intuito de explorar a percepção desses sobre o papel do saber popular na alimentação e verificou-se que os profissionais reconhecem a sua importância, todavia com o sentido de explorá-los para removê-los da população, dado que não é um saber científico (MONTROYA, 2007).

Em São Paulo, a referência do estímulo à autonomia foi averiguada nos discursos dos entrevistados, bem como nas políticas públicas de saúde do país, as quais recomendam, além da autonomia, o empoderamento e o saber popular como metodologia de trabalho para todos os profissionais da área. Recentemente, devido o reconhecimento da EPS, foi aprovada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, com o intuito de fortalecer o protagonismo popular no cuidado e na gestão do SUS (BRASIL, 2009; 2012).

A EPS oportuniza a construção/desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais, sendo uma delas o desenvolvimento da postura de multiplicador de novos conhecimentos na comunidade (LOPES e TOCANTINS, 2012). Nessa perspectiva, São Paulo novamente diferenciou-se pelo discurso:

É de uma certa forma eles seriam multiplicadores também, então conseguir atuar não só no grupo, mas em casa, em eventos (DSC-S10).

Apesar dessa percepção não ter sido apontada no discurso dos entrevistados de Bogotá, os programas “*tú vales*” e “*muévete comunidad*” possuem na metodologia o fornecimento de materiais educativos para os participantes, como cartilhas, financiados pela SDS, com o objetivo que esses sejam multiplicadores na comunidade (BOGOTÁ, 2011).

Uma revisão realizada por WIGGINS (2011) apontou que a EPS visa às melhorias – promoção da saúde, mudança de comportamento, conhecimento em saúde, transformações de saúde e segurança alimentar. Além disso, apresenta como

vantagem a construção coletiva do conhecimento, proporcionando aos indivíduos uma visão crítica-reflexiva da sua realidade, corresponsabilizando-o e capacitando-o para a tomada de decisões. Todavia, é um método longo, já que implica em um processo contínuo de reflexão-transformação (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE, 2010). Nesse ponto de vista foi verificado em São Paulo o DSC:

Acho que a educação nutricional é uma coisa que vai entrando na cabeça e que tem o exercício de mudar os hábitos alimentares durante toda a vida, então é um período um pouquinho longitudinal dizendo né, alguns de um efeito mais rápidos e outros nem tanto. E também você vê que você dá um passo... dois pra frente e um pra trás, por isso que eu falo que não é fácil e não rápido, não é rápido (DSC-S3).

Por ser um método longo e contínuo, uma consideração fundamental nos grupos é a duração e frequência de seus encontros, se permitem ou não o tempo hábil para esse alcance. Em São Paulo, os grupos analisados possuem encontros quinzenais e mensais, com duração de meia hora a duas horas e de seis encontros a indeterminados encontros, sendo a maioria classificado como grupo aberto. Já os grupos de Bogotá se diferenciam por apresentarem encontros semanais a mensais, com duração de uma a quatro horas, com um a dez encontros por grupo e todos classificados como fechado.

Constata-se que essa diferença é novamente consequência dos programas das localidades. Em Bogotá, a SDS orienta a efetivação do grupo em quatro momentos: articulação do programa com o grupo interessado, reconhecimento das necessidades, realização da ação com o número de encontros pré-estabelecido e avaliação (BOGOTÁ, 2011). Enquanto isso, em São Paulo, não há determinação para a prática, cabendo novamente ao profissional decidir tais características. Ambos os achados são questionáveis na proposta do presente eixo temático, dado que em Bogotá são poucos encontros para um processo educativo e, em São Paulo os grupos abertos, podem dificultar a aproximação entre os membros e consequentemente a construção da educação.

Como? Quando?

Os entrevistados de São Paulo e Bogotá colocaram a importância de como fazer a EN, diferenciando-se dos eixos já citados, que apontam a abordagem teórica da educação. Nessa direção, em Bogotá a EN diferenciou-se por ser reconhecida como uma estratégia pedagógica, evidenciada pelo DSC: *Para mim são as estratégias pedagógicas para ensinar alimentação e nutrição saudável para a comunidade* (DSC-B4). A EN também surgiu como uma ferramenta para disparar mudanças nos hábitos alimentares dos indivíduos, como apresenta - [...] *Essa é a parte da educação alimentar que tem um componente de gerar interesse, mas também uma motivação em sentimento* (DSC-B5). Ainda na cidade, a prática da EN foi enfatizada como essência do processo educativo: *é educar a comunidade, em quê? Como? Quando? Da alimentação, mas não de uma forma teórica, mas sim bem prática* (DSC-B7).

Enquanto isso, São Paulo diferenciou-se pela percepção da EN como uma estratégia de prevenção de doenças, conforme o DSC:

Ah eu acho que é o que significa estar em uma UBS né que seria a prevenção de tudo mesmo [...] porque fazer nutrição não é só a gente é fazer parte ajudar curar doenças, o tratamento dietoterápico depois de uma patologia já instalada [...] é uma grande ferramenta que a gente tem pra agir na prevenção das doenças (DSC-S5).

Retoma-se aqui um dos princípios da APS - promoção da saúde. Conforme apresentado por CHIESA et al. (2011) há uma dificuldade da operacionalização de ações promotoras nos serviços de saúde, referindo que um dos motivos é a falta de compreensão dos profissionais em relação ao conceito, reduzindo-o muitas vezes à prevenção de doenças, como encontrado nessa pesquisa.

No campo da EN, várias estratégias práticas podem ser utilizadas para a ação. SANTOS (2012), em estudo sobre o fazer educação alimentar e nutricional, observou que a maioria das publicações utiliza estratégias que visam possibilitar a ampliação da participação dos membros, particularmente através das falas sobre sua própria experiência com a alimentação. Nesse sentido, São Paulo novamente se diferenciou pela preocupação com o uso de materiais educativos:

[...] e tem as dificuldades que a gente acaba enfrentando, né, que não depende tanto da gente, mas eu acho que a gente consegue fazer a diferença sim, mesmo você não tendo aquele material do sonho, né, aquela pirâmide alimentar que você queria (DSC-S9).

Apesar dos discursos diferenciarem-se no conteúdo, foi observado que as percepções dos entrevistados das duas localidades estão centradas na forma de se fazer a EN, que podem estar relacionadas à utilização de recursos materiais e/ou equipamentos. Nos grupos descritos, verificou-se que, em São Paulo, os mais citados foram vídeos, pirâmide alimentar, fotos ou figuras de alimentos, folhetos, embalagem de alimentos e apresentação em *power point*. Já em Bogotá, cartazes, trem da alimentação, vídeos, apresentação em *power point*, alimentos *in natura*, fotos e figuras de alimentos e cartilhas educativas dos programas. Ressalta-se a similaridade no uso de representações gráficas de recomendações de consumo alimentar, pirâmide alimentar e trem da alimentação e a diferenciação de Bogotá pelo fornecimento de materiais educativos pela SDS, apontando um apoio institucional de recursos para o desenvolvimento dos grupos.

A utilização dessas estratégias pode favorecer a ação, como verificado em experiências, com o uso de vídeos (RAMSAY, et al., 2012) e folhetos (MCCLINCHYET, et al., 2011). Entretanto, assinala-se o cuidado para que a ação não se limite a elas, distanciando-se da magnitude da EN.

3.1.4 Considerações

Foi possível verificar semelhanças e diferenças entre São Paulo e Bogotá em relação às características dos entrevistados, dos grupos e da percepção sobre a EN. Considera-se que os eixos temáticos aqui apresentados são permeáveis, porém

acredita-se que há preponderância de uma abordagem em relação à outra na ação educativa.

Destaca-se a diferença na autonomia de trabalho dos entrevistados, sendo essa uma possível consequência das políticas públicas de saúde das cidades. Em São Paulo, as políticas permitem maior flexibilidade na escolha das características dos grupos e das abordagens, assim, como influenciadores das escolhas colocam-se a experiência e o conhecimento do profissional, que podem estar próxima da perspectiva da PS, como a EPS encontrada, ou não, como outras abordagens também verificadas. Enquanto isso, em Bogotá, apesar das políticas apontarem para um cuidado ampliado, os programas restringem a autonomia profissional, impossibilitando a articulação das necessidades sentidas e manifestadas no processo educativo do grupo.

Nessa pesquisa, explorou-se a EN em grupo, devido os potenciais da prática para o cuidado. Entre os achados semelhantes entre os países, sobressai-se a percepção da EN respaldada em abordagens históricas, dificultando, muitas vezes, o alcance dos princípios da PS. Entende-se que essas foram úteis no início da educação em saúde, entretanto, na complexa configuração atual da saúde, há a necessidade de considerar os múltiplos determinantes e condicionantes das escolhas, incluindo as alimentares. Assim, dado que o não reconhecimento do saber popular pode gerar um distanciamento entre os participantes e profissionais, fazendo com que uns não compreendam o modo como os outros operam, interroga-se: os grupos educativos realizados em ambas as cidades estão aproximando ou distanciando os indivíduos dos serviços de saúde?

Observou-se ampla variedade dos grupos estudados em relação às características, de ambas as localidades. Compreende-se que algumas podem favorecer o processo grupal, como a realização de encontros nos territórios, o número de participantes que comporte a comunicação entre eles, à coordenação compartilhada, os grupos fechados - com números de encontros que possibilitem um processo educativo e o uso de materiais educativos como disparadores para as novas aprendizagens. Além das características, recomenda-se explorar o objetivo do grupo e o papel dos atores envolvidos, pois a formulação e o planejamento destes itens podem direcionar o tipo de abordagem que será utilizada. O papel do educador aqui

sugerido é de coordenar e dirigir a aprendizagem dos participantes e, esses por sua vez de serem agentes da ação educativa.

As práticas e as percepções dos profissionais encontram-se em um momento de transição de uma abordagem tradicional (focada no conhecimento científico) para outra mais humanista, incorporando os aspectos próximos ao empoderamento e à troca de saberes. Entretanto, considera-se urgente a qualificação dos recursos humanos de ambas as cidades para atender tanto as demandas atuais das políticas de saúde e quanto às necessidades sociais de saúde.

3.2. MANUSCRITO 2: EDUCAÇÃO NUTRICIONAL EM GRUPO: COMO FAZER?

Nutrition Education in Group: how to make?

VINCHA, K.R.R.¹; CÁRDENAS, A.P.¹; CERVATO-MANCUSO, A.M.¹

¹ Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Resumo

A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e, dentro de suas ações tem-se evidenciado os atendimentos em grupos. Uma das possibilidades para o enfrentamento do processo saúde-doença-cuidado são os grupos de Educação Nutricional (EN). O presente artigo explora os conceitos do Grupo Operativo, da Problemática e do Planejamento como possíveis metodologias de serem utilizadas para essa prática dentro da Atenção Básica (AB). Tem-se encontrado resultados positivos com o uso dessa articulação em outros espaços de educação. Assim, recomenda-se para os grupos de EN como uma possibilidade de favorecer o aprendizado, a transformação e a autonomia dos indivíduos nas questões relacionadas à alimentação e nutrição, dado que ambas enfocam tais aspectos. Desse modo, tem-se a intenção de qualificar a prática profissional e o alcance dos objetivos da AB. Ressalta-se que essa atenção contempla pontos favoráveis para os grupos; territorialização, equipe multiprofissional e tecnológicas de trabalho.

Descritores: Educação Nutricional, Atenção Básica e Processos Grupais.

Abstract

Family Health is a strategy of reoriented health care model that includes actions in group consultations. One of the possibilities for addressing the health-disease-care process is Nutritional Education (NE) in group. This article explores the concepts of the operative group, problematization and planning as possible methodologies to be used for this practice in Primary Care (PC). It has found positive results of that articulation of methodologies in other areas of education. Thus, it is suggested to NE in group as a possibility to promote learning, transformation and autonomy of person in matters related to food and nutrition, as both focus on such aspects. Thereby, it has been the intention of qualifying professional practice and achieving the objectives of PHC. It is emphasized that this attention include favorable points for groups; territorialization, multidisciplinary team and working technology.

Descriptors: Nutrition Education, Primary Care and Process Group.

3.2.1 Introdução

As ações de alimentação e nutrição relativas à saúde vêm ganhando terreno no complexo cenário epidemiológico dos anos 2000 (MEDEIROS, 2011). Nesse sentido, há uma crescente importância dada à Educação Nutricional (EN) nos documentos que elaboram as políticas públicas de saúde no Brasil, destacando a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) e a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012a).

SANTOS (2012) discute que as ações e políticas específicas para o campo parecem estar em curso para uma estruturação em torno da EN enquanto uma ação governamental, com vistas à promoção da alimentação saudável. Busca-se que essas tenham um caráter intersetorial e integral entre as instâncias governamentais no que diz respeito às discussões e produções. Com isso, destaca-se a produção de materiais educativos, tais como guias, cartilhas e pirâmides alimentares, evidenciando à crescente preocupação com as bases teórico-metodológicas que regem essas ações.

Entretanto, os estudos reconhecem que há uma ênfase maior na informação, admitindo que a EN é mais do que informação; e que seu papel não está ainda claramente definido, havendo a existência de uma lacuna entre o discurso e a prática,

essa com um enfoque predominantemente biológico (SANTOS, 2012). Em 2004, a EN foi conceituada como:

Um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando o acesso econômico e social a uma alimentação [...] adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social (BOOG, 2004, pg18).

Atualmente a EN tem seu discurso em torno da educação transformadora e dialógica, assumindo uma perspectiva problematizadora, com vistas a ultrapassar uma visão puramente instrumental e instrucional. Destaca ainda a importância do estímulo à autonomia dos indivíduos e o reconhecimento dos saberes popular e da biodiversidade local (SANTOS, 2012).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), um cenário reconhecido como privilegiado para se fazer a EN é a Atenção Básica (AB), especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), devido ser o contato preferencial e mais próximo dos usuários com o sistema, facilitando o estímulo à autonomia desses nas questões relacionadas à alimentação e nutrição.

Essa atenção é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe cuja se utiliza de tecnologias complexas como a educação em saúde para manejar as demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância de um território definido (BRASIL, 2012c).

A educação em saúde, incluindo a nutricional, dentro da AB, tem como prática incentivada à formação de grupos populacionais, especialmente daqueles de maior risco de comportamento alimentar e/ou ambiental. Esse incentivo é devido a suas vantagens verificadas em relação ao atendimento individual: favorece a comunicação dos profissionais com os usuários, o reconhecimento do saber e o compartilhamento das experiências, bem como propicia o encontro de semelhantes

no sentido da constituição de redes sociais e da autonomia (FURLAN e CAMPOS, 2010).

Com o intuito de fortalecer a AB, em 2008, foi criado pelo Ministério da Saúde os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), que contam com a presença de vários profissionais de diferentes áreas de conhecimento que possuem o papel de apoiar e ampliar as ações da ESF. Os núcleos reforçam o apoio matricial, a clínica ampliada e o suporte terapêutico como as principais tecnológicas de organização e desenvolvimento do trabalho da AB (BRASIL, 2009).

Entre os profissionais se encontra o nutricionista que tem como uma das possibilidades junto às equipes o desenvolvimento de ações que fortaleçam o papel da saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional no território, principalmente em relação à vigilância alimentar e nutricional e à promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2009). Sendo que para essa abordagem tem-se apontado a prática educativa em grupo como uma ferramenta. Diante do exposto, o presente ensaio busca explorar possíveis estratégias para a prática de EN em grupo.

3.2.2 Estratégias para a Educação Nutricional em Grupo

Estudos que trazem a EN em grupo priorizam publicações sob a forma de relatos de experiências e/ou avaliação de intervenções nutricionais educativas, a partir de dados mensuráveis (inquéritos de consumo, análise de parâmetros antropométricos, bioquímicos e/ou clínicos), e/ou através de uma abordagem metodológica qualitativa (entrevistas e/ou questionários), sendo que poucos refletem sobre as bases teórico-metodológicas (SANTOS, 2012). Assim, a partir dos conceitos do Grupo Operativo, da Problematização e do Planejamento de grupos dentro das ações educativas, especialmente das relacionadas às questões de alimentação e nutrição, evidencia-se um alicerce teórico-metodológico para ser utilizado no

momento da implementação e no transcorrer de planejamento das práticas educativas em grupo na AB.

A formação de grupos é um processo inerente ao longo da vida, seja em família, na escola ou na comunidade como uma necessidade de uma organização da sociedade. Dessa forma desde o nascimento há uma exigência de uma disposição para a sociabilidade. Entretanto, nem sempre esse processo é percebido e reconhecido com clareza (ABRAHÃO e FREITAS, 2009; CARDOSO e DALL'AGNOL, 2011).

O tema grupo é uma preocupação recente em estudos, iniciados nos anos 20 do século passado, principalmente no campo da psicologia com foco nos comportamentos individuais. Após, em 1945 foi desenvolvido por Enrique Pichón-Rivière o denominado grupo operativo por meio dos estudos de fenômenos grupais. O autor trás a ideia de centrar-se no processo de interação do sujeito e não mais no grupo ou nas pessoas individualmente. Ou seja, passa-se a outro campo da prática com grupos, centrado na influência do ser humano e na constituição de diferentes papéis que este assume nos grupos dos quais faz parte (ABRAHÃO e FREITAS, 2009).

Segundo o autor, define-se um grupo operativo como um conjunto de indivíduos, ligados no tempo e espaço, articulados por sua mútua representação interna, que se propõem explícita ou implicitamente a uma tarefa comum a todos, que tem por finalidade aprender a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal (AFONSO, VIEIRA-SILVA e ABADE, 2009; PICHÓN-RIVIÈRE, 2009). Segundo PICHÓN-RIVIÈRE (2009), a elaboração dessa tarefa comum possibilita uma abordagem mais flexível da realidade, uma conduta adaptativa criadora, com capacidade de planejamento e projeto pessoal para possíveis mudanças necessárias na vida dos membros.

A tarefa do grupo divide-se em duas: a externa que é aquela delimitada pelos objetivos conscientes, e a tarefa interna que é a elaboração das relações no e do grupo para que este consiga realizar o seu trabalho (PICHÓN-RIVIÈRE, 2009). Para ambas, o estabelecimento do vínculo entre os membros é essencial. Considera-se que vínculos são formados em decorrência da rede, ou das várias redes, de papéis que se cruzam em um grupo, da qual cada um trás seus valores, crenças, medos, afinidades

e desejos (CARDOSO e DALL'AGNOL, 2011). Dessa forma, fazer EN em grupo e reconhecer que cada membro trás sua experiência e conhecimento de alimentação torna-se algo complexo, visto que a abordagem é ampla e com vários significados e sentidos pessoais.

A proposta do grupo operativo como abordagem do trabalho em saúde é considerar essas várias redes e fazer a educação a partir de um referencial comum a todos. Nesse sentido, favorecer a discussão das representações do hábito alimentar do grupo, uma vez que essas expressam o realismo das acepções sobre o comer e as necessidades do corpo, bem como as concepções do grupo sobre a comida, podem revelar a posição que esse ocupa na sociedade pelo acesso e escolhas de seus alimentos (FREITAS, et al., 2011).

É importante refletir que o aprender em grupo significa preocupar-se, não somente com o produto da aprendizagem, mas também com o processo que possibilita a mudança dos indivíduos para a vida. Deste modo, o trabalho em grupo operativo tem a intenção de levar a pessoa a aprender a pensar, ou melhor, reaprender a pensar (CARDOSO e DALL'AGNOL, 2011). Além disso, está relacionado à busca de uma visão mais reflexiva da vida cotidiana que contém vários componentes e entre eles a alimentação. Assim, o comer como uma ação natural do ser humano ao ser problematizada por esse possibilita uma nova situação histórica e, conseqüentemente, uma possibilidade de mudança.

De acordo com PICHÓN-RIVIÈRE (2009), o aprender a pensar é alcançado pelo trabalho do grupo que é realizado por uma dinâmica que possui na comunicação o elemento essencial, pois segundo o autor, pode-se dizer que um elemento depende do outro. Dessa forma, explora-se o conceito do Modelo Dialógico defendido por Paulo Freire, que implica um diálogo horizontal e constante entre o educando e o educador. O modelo contribui para o desenvolvimento da pedagogia contemporânea, desmitificando a superioridade moral de alguns homens sobre outros ou porque ocupam funções superiores ou porque são mais competentes. Desse modo, ambos se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos, pois nesse modelo o educando é reconhecido como sujeito portador de um saber, que embora distinto do saber técnico-científico não é deslegitimado (GADOTTI, 2001; FREIRE, 2011).

Portanto, os educandos são agentes/coprodutores do processo, já que possuem uma dupla dimensão: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação (FIGUEIREDO et al., 2010). Contudo, de acordo com GADOTTI (2001) isso não exime o educador de sua função essencial de coordenar e dirigir a aprendizagem do educando. De tal modo, o processo de comunicação exige do educador um processo de planejamento da prática muito mais inclusiva e transformadora.

Estudiosos da abordagem de Freire destacam a característica problematizadora do diálogo, cuja aprendizagem deve ser idealizada como resposta natural dos educandos ao desafio de uma situação-problema, neste caso a alimentação cotidiana do grupo. Entretanto os participantes do grupo precisam ter a possibilidade de aceitação desta situação e que isso esteja dentro de seus meios, ao preço de uma nova aprendizagem (GADOTTI, 2001; FIGUEIREDO et al., 2010).

3.2.3 Articulando o Grupo Operativo e a Problematização na Educação Nutricional na Atenção Básica

A prática de grupo dentro da AB é uma ação que possibilita as equipes ampliarem suas visões nas relações e nos modos de viver dos indivíduos, pois se implica em estar no território e nas relações que nele existem. Dessa forma, esse nível de saúde apresenta um arranjo favorável para o alcance dos objetivos, estímulo à autonomia e da transformação (FURLAN e CAMPOS, 2010). Sendo que a utilização dos pressupostos pichonianos com o uso da problematização é evidenciada, no presente ensaio, como uma metodologia de desenvolvimento, para exemplificar apresenta-se algumas experiências:

WUO et al., (2010), vivenciaram essa articulação com um grupo de crianças com diabetes tipo 1, que tinha por objetivo o fortalecimento da identidade e o

desenvolvimento da autonomia. Os encontros eram realizados uma vez por semana, com duração de uma hora e meia. Durante o desenvolvimento foi discutido sobre a alimentação, com o uso de dinâmicas e oficina culinária como facilitadores do processo da problematização. Segundo os coordenadores, foi observado que a metodologia favoreceu o estabelecimento de vínculo e a troca de experiências entre o grupo, resultando, um maior engajamento no tratamento por meio do fortalecimento da identidade e da autonomia.

Outra vivência foi de AFONSO, VIEIRA-SILVA e ABADE (2009), com grupos de oficinas de letramento para adolescentes e adultos. Esses tinham em média doze participantes, com encontros semanais de duas horas de duração. Os grupos tinham por diretriz: equilibrar a tarefa externa (aprendizagem) com a tarefa interna (relação entre os membros e destes com a aprendizagem). Sendo os encontros organizados em três momentos: o da preparação, com reafirmação de vínculos e de acolhimento, que ocorria em uma roda de conversa ou com técnicas de dinamização. No segundo, era problematizado o conteúdo escolhido pelo grupo e, como disparador utilizavam-se materiais como jogos, jornais, desenhos, músicas, etc. E por último, o educador auxiliava o grupo a sistematizar a aprendizagem. No decorrer dos encontros foi verificado avanço no conhecimento dos membros, ainda que com diferenças individuais.

Considerando que a EN que estimula a autonomia do grupo perpassa por momentos de trocas de experiências e conhecimentos sobre a alimentação, valorização dos saberes e problematização dos comportamentos alimentares, a articulação dessas metodologias pode favorecer esses momentos e, conseqüentemente o alcance de uma nova aprendizagem e da transformação. Esse processo inicia-se pela formação de vínculos entre os membros, pois de acordo com AFONSO, VIEIRA-SILVA e ABADE (2009), a aprendizagem também é incentivada através da troca de experiências e das identificações no grupo.

No campo da saúde, vários métodos práticos podem ser utilizados como facilitadores da problematização. Dentre eles algumas experiências exitosas colocam o uso de oficinas, como as oficinas culinárias (DIEZ-GARCIA e CASTRO, 2011), dinâmicas de grupo (RODRIGUES e BOOG, 2006), utilização de vídeos (BOOG, et

al. 2003) e cultivo de hortas (TRIGO e SILVA, 2011). Dessa forma, caberá ao profissional ponderar os facilitadores conforme a identificação do grupo.

Segundo BLEGER (2001), citado por AFONSO, VIEIRA-SILVA e ABADÉ (2009), na pedagogia de Freire e na teoria do grupo operativo, há ênfase na reciprocidade e complementaridade do aprender e do ensinar. Entretanto, um aspecto fundamental dessa articulação é que o desejo de aprender de cada um está relacionado ao grupo, como um todo, e ao desejo de ensinar do coordenador. Portanto, esse tem grande valor, pois sua palavra e sua forma de interagir são capazes de acender (ou apagar) a chama do desejo do grupo. Dado que, a aprendizagem não é só transmitir conhecimentos, é também incentivar a curiosidade e a criatividade, e como cada membro se porta dentro do grupo conforme suas experiências em grupos sociais compete ao coordenador ter a sensibilidade de reconhecer e conduzir as dificuldades e as facilidades.

Dessa forma, o coordenador deve possuir técnicas, já que ele tem o papel de favorecer o vínculo entre os participantes e o vínculo da relação que os mesmos possuem com a tarefa grupal (PICHÓN-RIVIÈRE, 2009). HOGA (2004) relata que o autoconhecimento do profissional é essencial, pois ao conhecer-se, o profissional toma ciência das próprias limitações, fragilidades e também descobre e permite melhor usufruto de suas potencialidades, e a mesma lógica permeará suas ações face ao grupo. O acreditar em grupo, o senso de ética, o respeito às diferenças, a identificação, a empatia e o manejo para a sistematização são habilidades fundamentais para um coordenador de grupo, de acordo com ZIMERMAN (1997), citado por OMETTO (2006).

Um dos coordenadores dentro da AB é o nutricionista das equipes NASFs, que possuem dessa atividade a sua principal ação de trabalho, representando de 20 a 45% da carga horária de trabalho (BRASIL, 2009). Assim, competem aos nutricionistas a preparação e a reflexão sobre essas técnicas.

De acordo com a Política de Humanização da Saúde da Atenção Básica um grupo deve ser desenvolvido, de preferência, por mais de um profissional, pois quando compartilhado facilita a manutenção do mesmo. Além disso, favorece a tecnologia da clínica ampliada que busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde e estende a abordagem das

necessidades sentidas e manifestadas pelo grupo. Entretanto recomenda-se um profissional de referência fixo para a condução, organização, formação de vínculo e seguimento (FURLAN e CAMPOS, 2010).

Segundo ZIMERMAN (1997), citado por OMETTO (2006), a essência dos fenômenos grupais é a mesma em qualquer tipo de grupo e o que determina as diferenças entre os distintos grupos é a finalidade para o qual eles foram criados. Dessa forma, além de se considerar as bases teórico-metodológicas e as técnicas que serão utilizadas é essencial refletir sobre seu planejamento.

3.2.4 Planejamento dos Grupos de Educação Nutricional

O planejamento é um instrumento que tem por objetivo produzir mudanças em relação à determinada situação ou objetivo, sendo que ele deve procurar algumas respostas: O que fazer? Porque fazer? A quem fazer? Como fazer? Entre outras. O planejamento não possui fórmulas prontas para serem aplicadas, mas sugerem-se algumas etapas, conceituadas por CERVATO-MANCUSO (2011):

A primeira consiste na análise dos problemas alimentares e nutricionais. Destaca-se que um dos princípios da ESF é a territorialização que permite realizar essa análise com mais concretude, seja com meio de ferramentas utilizadas na AB, como o Sistema de Informação da Atenção Básica e/ou o Sistema de Informação de Segurança Alimentar e Nutricional, ou por meio de levantamento do perfil territorial. Sendo que esse pode ser qualificado pelo apoio matricial, que através do suporte técnico-pedagógico, o nutricionista pode produzir uma ação de apoio educativo com e para as equipes ESFs, no sentido de ampliar o reconhecimento das demandas e necessidades alimentares e nutricionais do território (BRASIL, 2009).

Acredita-se que para esta análise três passos sejam definidos: a determinação dos problemas nutricionais, a definição dos fatores causais e o diagnóstico educativo.

Coloca-se a importância da necessidade de estudar cuidadosamente o perfil da população e dos fatores que influem seus hábitos (CERVATO-MANCUSO, 2011).

A segunda etapa é a formulação da ação e seu objetivo. A elaboração dos objetivos do grupo é fundamental para o processo de aprendizagem e como guia para sua execução. Ainda, de acordo com a autora há o objetivo geral, que pode ser como o alcance do bem-estar do grupo. Esse objetivo é a diretriz que deve nortear todo o processo, possuindo uma proposta mais direcional e instrucional e permitindo que se tenha uma visão da meta final do grupo como um todo.

Para que haja transformação no comportamento alimentar do grupo, é necessário que ele deseje isso e que fique claro quais as ações que caracterizam esse comportamento. Os objetivos específicos são determinados com essa finalidade. Eles são passos para alcançar o objetivo geral, ou seja, para que o objetivo geral seja contemplado, os específicos, que podem ter caráter de serem pensados nos encontros do grupo, são fundamentais de serem operacionalizados no seguimento de uma intencionalidade (CERVATO-MANCUSO, 2011).

Todo grupo, ao formular seus objetivos, se propõe a uma mudança, mas também apresenta um grau menor ou maior de resistência a essa mudança, diante da qual se evidenciam os medos de perder o que já se tem e o medo do desconhecido. Tal resistência provoca entraves psíquicos e afetivos à aprendizagem e à comunicação no grupo, denominado por Pichon-Rivière de entraves de obstáculos epistemofílicos (SOARES, et al. 2007). Desse modo, ressalta-se a importância das habilidades do coordenador no reconhecimento e na condução desses possíveis obstáculos.

Os objetivos dependem do campo operativo do grupo: percepção, integração e linguagem. Sendo que esses não seguem uma lógica linear e cumulativa. Pelo contrário, todo grupo apresenta ambivalências, regressão, dispersão diante da constante demanda de sustentar seu processo e refletir sobre ele. Isso significa que eles têm de estar continuamente se reorganizando e se recriando conforme o movimento (SOARES, et al. 2007).

Além de formular os objetivos e reformulá-los quando necessário é fundamental no planejamento de um grupo e/ou encontro determinar as mensagens que serão trabalhadas, neste caso, mensagens de alimentação e nutrição (CERVATO-

MANCUSO, 2011). Para essa determinação, além do nutricionista estar atento aos movimentos do grupo, ele também tem que possuir conhecimentos no seu campo. Nesse sentido retomando o crescente aumento das produções de materiais educativos de alimentação e nutrição por instâncias como o Ministério da Saúde cabe ao profissional o desafio de usá-los adaptando-os a sua realidade local de atuação, uma vez que essas são produções centralizadas. Além disso, utilizá-los como referências, mas tomando o cuidado de não padronizá-los como modelos de estilos de vida saudáveis, colocando-os como uma única recomendação, limitando dessa forma ao grupo a opção de escolher segui-la ou não.

Um último ponto no planejamento é o momento da avaliação do processo grupal. Nesse direcionamento, é o processo de transformação dos fatores ligados à alimentação cuja apresenta aspectos subjetivos e com alto grau de complexidade. A alternativa proposta uma vez que não há marcadores ou parâmetros mensuráveis objetivos, é o uso de escalas de avaliação que podem transformar um dado subjetivo em uma variável quantificável. Entretanto, um ponto importante refere-se às condições desses instrumentos, pois a maioria foi desenvolvida em outros países, com populações e realidades específicas (KOTAIT, BARILLARI e CONTI, 2010).

No caso das escalas que avaliam o comportamento alimentar é consenso na literatura à presença de seis fatores - resposta a saciedade, seletividade, velocidade na alimentação, interesse geral pela alimentação, estado emocional e resposta a alimentação (KOTAIT, BARILLARI e CONTI, 2010). As mais utilizadas e que são validadas em português são: Teste de Atitudes Alimentares (KOTAIT, BARILLARI e CONTI, 2010); Escala de Compulsão Alimentar Periódica (FREITAS, et al., 2001); Teste de Atitude Alimentar Infantil (BARILLARI, et al., 2011); entre outras.

Um cuidado na avaliação é que essa deve ser analisada pela produção grupal e não pela intenção de um objetivo, uma vez esse possui redirecionamentos. O mesmo vale para a autonomia, que deve ser refletida quanto à autonomia do grupo e, não nas escolhas individuais. A proposta aqui é fortalecer a capacidade de intervenção coletiva, através do vínculo, da identidade e dos desejos do grupo (CARDOSO e DALL'AGNOL, 2011).

Ainda na avaliação, se uma das finalidades de se fazer grupos de EN é fortalecer a vigilância alimentar e nutricional e promover a alimentação saudável,

essa também deve ter a finalidade de mensurar seu impacto território. Dessa forma, a avaliação do processo através de escalas também pode permitir uma avaliação de impacto em longo prazo nos indicadores de saúde, daqueles utilizados para a análise dos problemas alimentares e nutricionais e do perfil da população (KOTAIT, BARILLARI e CONTI, 2010).

Ressalta-se que para a sistematização do planejamento dos grupos pode ser utilizado a tecnologia do projeto terapêutico que pode ser construído para um coletivo. Essa tecnologia é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado da discussão das equipes, incluindo a clínica ampliada e o apoio matricial, para desenvolver e organizar ações, que interfiram efetivamente na qualidade de saúde da população. O projeto pode ser construído pelas mesmas etapas discutidas e tem por prerrogativa a sua reavaliação, que permite uma análise tanto do processo saúde-doença-cuidado territorial quanto do trabalho das equipes, na direção de construir reflexões sobre as práticas em paralelo com as políticas públicas de saúde que as norteiam (BRASIL, 2009).

Como sugestão coloca-se a realização de mais estudos na área, com diferentes grupos e discussões de diferentes metodologias para a prática com o objetivo de fortalecer o processo de aprimoramento profissional e na produção de conhecimento no campo.

3.2.5 Considerações

Com a criação dos NASFs, as práticas grupais na ESF tornaram-se uma alternativa para a atenção à saúde das pessoas tanto pelo incentivo dos gestores locais de saúde quanto pelos programas de atenção. Sendo que os grupos de EN têm sido apontados como uma ferramenta para reduzir o complexo cenário epidemiológico do país e, para promover a saúde da população.

Essas políticas trazem o discurso da importância de uma educação transformadora, problematizada e que estimule a autonomia dos indivíduos. Entretanto, há um hiato entre esse e a prática, pois fazer a educação consiste em implicar diversos conhecimentos e habilidades do profissional, bem como do processo de trabalho.

Nesse ensaio sugere-se o uso dos conceitos do grupo operativo com a problematização para se fazer a prática de EN em grupo. A articulação dessas metodologias está sendo utilizada em diferentes campos grupais, podendo, assim, ser uma estratégia para qualificar a prática. Também se explora a importância do planejamento dos grupos, como a elaboração do diagnóstico territorial, estabelecimento de objetivos e das mensagens e, da avaliação do processo e do seu impacto no território.

Como habilidades compete o manejo para favorecer o vínculo entre o grupo e entre esse com a tarefa; a percepção para a elaboração das questões problemas; da sistematização dos conhecimentos do grupo e; a habilidade do reconhecimento das dificuldades e facilidades da movimentação grupal.

Ressalta-se que uma das potencialidades da AB é o trabalho em equipe multiprofissional que pode ampliar e qualificar essas habilidades, por meio do uso de suas tecnologias, principalmente quando os grupos são realizados de forma compartilhada. Destaca-se o compartilhamento com profissionais da área de saúde mental, dado que esses possuem na formação a condução de grupos, como os psicoterapêuticos.

Realça-se que as metodologias propostas são passíveis de articulação, pois ambas enfatizam o aprendizado e a transformação. Essa proposta tem por intenção qualificar a prática de grupos de EN para que esses atinjam seus objetivos e da AB, fortalecendo, assim, o papel do setor da saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve o objetivo de analisar as práticas e as teorias educativas utilizadas nos grupos de alimentação e nutrição, na APS, em São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia). Além de explorar possíveis estratégias para a prática. A realização de um estudo comparativo, de diferentes espaços, forneceu subsídios para provocar discussões relacionadas ao processo educativo em grupo. Pois, foi possível levantar elementos semelhantes e diferentes que podem oportunizar a qualificação da ação, da habilidade profissional, e consequentemente dos sistemas de saúde, dado que se amplia o leque de opções metodológicas.

Com o estudo foi possível constatar semelhanças e diferenças entre São Paulo e Bogotá em relação às características dos entrevistados, dos grupos educativos e da percepção sobre a EN. Destaca-se a diferença na autonomia de trabalho dos entrevistados, sendo esta uma possível consequência das diferenças políticas públicas de saúde das cidades. Em São Paulo, as políticas permitem maior flexibilidade na escolha das características dos grupos e das abordagens, enquanto em Bogotá, apesar das políticas direcionarem para um cuidado ampliado, os programas restringem a autonomia profissional, bem como a expressão de seus usuários.

Acredita-se que para atuar na Educação em Saúde e Nutricional tem-se a necessidade de certa flexibilidade nas escolhas, para que o próprio grupo construa reflexões acerca de seus hábitos e condutas, já que, a direção é o estímulo da autonomia do coletivo. Porém, recomenda-se um equilíbrio desta flexibilidade, que pode ser oferecida por meio de guias e/ou diretrizes dos serviços de saúde, que respaldem os profissionais na construção e no desenvolvimento dos grupos educativos. Visto que, entre os achados semelhantes, sobressaiu-se a percepção da EN conceituada em abordagens históricas (autoritárias, curativas e individualistas), dificultando, muitas vezes, o alcance dos princípios e das diretrizes da APS.

Entende-se que estas foram úteis no início da Educação em Saúde, entretanto, na configuração contemporânea da saúde e da sociedade, há a necessidade de romper o paradigma das práticas de cuidado. Dado que, é notório o distanciamento entre as

recomendações e as práticas encontradas neste estudo, uma vez que, as políticas públicas de saúde, dos dois países, recomendam ações educativas transformadoras e que estimule a autonomia dos indivíduos, o presente estudo com o intuito de reduzir tal distanciamento, especialmente para São Paulo, tem por recomendação o uso dos conceitos do Grupo Operativo com a Problemática para a prática em grupo. Além do Planejamento dos grupos, por meio da elaboração do diagnóstico territorial, estabelecimento de objetivos e de mensagens, e da avaliação do processo e do seu impacto no território.

No sentido de fortalecimento da prática, encontraram-se nas características grupais, de ambas as cidades, elementos que favorecem a utilização desta articulação metodológica: realização de encontros nos territórios, o número de participantes que comporte a comunicação entre eles, coordenação compartilhada entre diferentes olhares, trabalho em equipe multiprofissional, grupos fechados, e uso de materiais educativos como disparadores da problematização.

Aponta-se a necessidade de melhor conhecimento desta coordenação compartilhada, pois esta tecnologia leve tem aumentado sua visibilidade, todavia questiona-se se os serviços de saúde e os profissionais estão preparados para usufruir de suas potencialidades. Ainda, na lógica de fortalecimento destaca-se, conforme a discussão do segundo manuscrito, a necessidade dos profissionais de saúde refletirem sobre a ação por meio de avaliação do e com os grupos. Desta forma, também se interroga se estes estão sendo avaliados ou se estão apenas reproduzindo o antigo modelo de atenção, ou seja, produção automatizada da ação.

Por conclusão, o estudo verificou que as práticas e as percepções dos nutricionistas, dos dois contextos, encontram-se em um momento de transição de uma abordagem tradicional, com foco no conhecimento científico, para outra mais humanista, incorporando os aspectos próximos à autonomia, empoderamento e à troca de saberes. Deste modo, tem-se uma herança das concepções da Educação em Saúde e Nutricional. Sugere-se que esta seja decorrência de uma sequela na construção da APS, especialmente no que se refere a discussões e formações, dado que os grupos educativos foram implementados como ferramenta de cuidado, porém sem respaldo teórico, metodológico e operacional dos próprios serviços de saúde.

Assim sendo, o presente trabalho identificou a necessidade de um investimento político e de gestão no aprimoramento das habilidades dos profissionais de saúde, responsáveis por tal prática, com o objetivo de atender tanto as demandas atuais das políticas de saúde quanto às necessidades de saúde da população. Ressalta-se a urgência do investimento, já que, no momento muitas ações podem estar distanciando a população dos profissionais e dos serviços, e assim, aumentará ainda mais o desafio da reversão da lógica.

Assinala-se a necessidade de maior aprofundamento dos grupos realizados na APS, com sugestão de estudos observacionais e de acompanhamento do processo educativo, além de pesquisas que explorem a percepção do usuário sobre o processo.

5. REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L.; FREITAS, C.S.F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Revista Enferm. UERJ**, v. 17, n. 3, p. 436-41, jul./set. 2009.

ACOFANUD - Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición y Dietética. **Formación de recurso humano en nutrición y dietética**. Bases para la formulación de políticas. Medellín: Ed. Catédra litográfica, 2004.

AFONSO, M.L.M.; VIEIRA-SILVA, M.; ABADE, F.L. O processo grupal e a educação de jovens e adultos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 14, n. 4, dez. 2009 .

AFONSO, M.L.M (Orgs.). **Oficinas em dinâmicas de grupo**: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2006.

ANDERSON, R.M.; FUNNELL, M.M. Patient empowerment: Myths and misconceptions. **Patient Education and Counseling**, v. 79, n .3, p. 277–282, 2010.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ALVIM, N.A.; FERREIRA, M.A. Perspectiva problematizadora da educação popular em Saúde e a enfermagem. **Texto contexto-enferm.**, v. 16, n. 2, p. 315-319, abr./jun.2007.

ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.** OMS, 2004. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Estrategia_Global_portugues.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2013.

BARILLARI, M.L. et al. Adaptação transcultural preliminar do Children's Eating Attitude Test (Cheat) para o idioma português. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 11, n. 4, p. 437-444, 2011.

BARKER, M.; SWIFT, J.A. Nutrition behaviour change: psychological theory. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 68, n. 2, p. 205–209, 2009.

BOOG, M.C.F. et al. Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes: comer... o fruto ou o produto? **Rev. Nutr.**, v. 16, n. 3, p. 281-293, 2003.

BOOG, M.C.F. Contribuições da Educação Nutricional à Construção da Segurança Alimentar. **Saúde Rev.**, v. 6, n. 13, p.17-23, 2004.

BOGOTÁ. Secretaria Distrital de Planeación. **Diagnóstico Regional Bogotá-Cundinamarca para la Revisión del Pot de Bogotá.** Bogotá: D.C., 2010

_____. Secretaria Distrital de Salud. Ambito Comunitário. **Guia Operativa:** Fortalecimiento de organizaciones desde la integralidad de los programas Tú Vales, Muévete Comunidad. Bogotá: SDS, 2011.

_____. Secretaria Distrital de Salud. Documento preliminar. **Diagnostico distrital de salud 2010.** Bogotá: SDS, 2012a.

_____. Secretaria Distrital de Salud. Direccion de Saúde Pública. **Plan de Intervenciones Colectivas – PIC.** Bogotá: SDS, 2012b.

_____. Secretaria Distrital de Salud. Direccion de Saúde Pública. **Análisis de Situación de Salud y Gestión del Conocimiento.** Plan de Intervenciones Colectivas – PIC. Bogotá: SDS, 2012c.

_____. Secretaria Distrital de Salud. **Plan de intervenciones colectivas. Alcaldía mayor de Bogotá 2008-2012.** Bogotá: SDS, 2008. Disponível em: <http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=Plan_de_Intervenciones_Collectivas>. Acesso em: 2 jun. 2013.

BOUSQUAT, et al. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.9, p.1935-1943, set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília: MS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília: MDS, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: MS, 2012c.

_____. Ministério da Educação. **Instituição de ensino superior e cursos cadastrados: nutrição**. Brasília: MEC, 2013. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 06 abr. 2013.

CAMOSSA, A.C.do A.; TELAROLLI-JUNIOR, R.; MACHADO, M.L.T. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. **Rev. Nutr.**, v. 25, n. 1, p. 89-106, 2012.

CARDOSO, A.S.F.; DALL'AGNOL, C.M. Processo grupal: reflexões e uma equipe de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 16, p. 1412-1418, 2011.

CAMPOS, J.J.B. de; ELIAS, P.E.M. A Saúde Coletiva no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p.149-159, jun. 2008.

CERVATO-MANCUSO, A.M. et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Rev. Nutr.**, v. 18, n. 11, p. 41-52. jan./fev. 2005.

CERVATO-MANCUSO, A.M. Elaboração de Programas de Educação Nutricional. In: DIEZ-GARCIA, R.W.; CERVATO-MANCUSO, A.M. (Orgs.). **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. RJ: Hélio Vannucchi, 2011. p. 187-197.

CERVATO-MANCUSO, A.M. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, dez. 2012.

CÉSPEDES, J.E. et al. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre La Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. **Revista de Salud Pública**, v.2, n.2, p. 145-164, jul. 2000.

CERVERA, D.P.P.; PARREIRA, B.D.M.; GOULART, B.F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. Supl.1, p. 1547-1554, 2011.

CHIESA, A.M. et al. Possibilidades do WHOQOL-bref para a promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. spe2, p. 1743-1747, 2011.

COLÔMBIA. Lei n.º 100, de 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. **Republica de Colômbia - Gobierno Nacional**, Bogotá, D.C., 23 dec. 1993. p. 90.

_____. Ley n.º 1438, de 19 de enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. **Republica de Colômbia - Gobierno Nacional**, Bogotá, D.C., 19 ene. 2011. p.51.

DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística. **Indicadores demográficos y tablas abreviadas 2005 – 2020**. Disponível em: <http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121>. Acesso em: 19 dez. 2012.

DANTAS, M. et al. Subjetividade e diálogo na educação em saúde: práticas de agentes comunitários em equipe de saúde da família. **Revista de APS**, v. 13, n. 4, p. 432-444, out./dez. 2010.

DELGADO-GALLEGO, M.E. et al. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. **Revista de Salud Pública**, v.12, n.4, p.533-545, ago. 2010.

DIAS, V. et al. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

DIEZ-GARCIA, R.W.; CASTRO, I.R.R. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 1, p. 91-98, 2011.

DI CESARE, M. **El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, limites y acciones**. Santiago de Chile: Comisión Económica para América

Latina y el Caribe. Disponível em: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/44309/lcw395.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2013.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, fev./mar. 2007.

ENSIN - **Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010**. Bogotá, D.C., Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2011.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D'A (Org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. v. 4, p. 44-68.

FRANCO, A.C. **Educação nutricional na formação do nutricionista**: bases teóricas e relação teoria-prática. 2006. 188p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES-NETO J.F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à Prática Educativa. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2011.

FREIRE, J. M; REPULLO, J.R. El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2733-2742, jun. 2011.

FREITAS, M.C.S.de. et al. Hábitos Alimentares e os Sentidos do Comer. In: DIEZ-GARCIA, R.W.; CERVATO-MANCUSO A.M. (Orgs.). **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Rio de Janeiro: Hélio Vannucchi, 2011. p.35-42.

FREITAS, S. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, n. 4, p. 215-220, 2001.

FURLAN, P.G.; CAMPOS, G.W.de S. Os grupos na Atenção Básica à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: MS, 2010. p. 105-116.

GADOTTI, M. **Pedagogia da Práxis**. São Paulo: Ed. Cortez, 2001.

GALATI, G.C.; DIEZ-GARCIA, R.W.; REGO, W.H. A Construção de um Programa de Educação Nutricional para Mulheres Hipertensas. In: DIEZ-GARCIA, R.W.;

CERVATO-MANCUSO, A.M. (Orgs.). **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Rio de Janeiro: Hélio Vannucchi, 2011. p. 285-295.

GAZZINELLI, M.F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, Jun. 2006.

HERNÁNDEZ, M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 4, p. 991-1001, Aug. 2002.

HOGA, L.A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. esc. enferm. USP**, v.38, n.1, p.14-20, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Posição ocupada pelos 100 maiores municípios em relação ao PIB 2010a**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2010/default_xls.shtm>. Acesso em: 27 jul. 2013

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescente e adulto no Brasil. Rio de Janeiro, Ministério de desenvolvimento social e combate a fome, 2010b.

_____. **Censo demográfico 2010c**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

KOTAIT, M.S.; BARILLARI, M.L.; CONTI, M.A. Escalas de Avaliação de Comportamento Alimentar. In: CORDÁS, T.A. et al. (Orgs.). **Nutrição em Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 60-75.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C.; TEXEIRA, J. **O discurso do sujeito coletivo**: uma abordagem em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Ed. Educs, 2003.

LOPES, R.; TOCANTINS, F.R. Promoção da saúde e a educação crítica. **Interface**, v. 16, n. 40, p. 235-248, 2012.

LUCUMÍ, D.I. et al. Community intervention to promote consumption of fruits and vegetables, smoke-free homes, and physical activity among home caregivers in Bogotá, Colombia. **Public Health Research, Practice, and Policy**. v. 3, n. 4, p. 1-13, 2006.

MACENA, R.H.M. Tendências Pedagógicas e Educação em Saúde. **Anima**, v. 1, n. 5, p.29-36, 2002.

MACINKO, J. et al. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. **Health Services Research**, v. 38, n. 8, p. 831-65, 2003.

MCCLINCHYET, J. et al. Practitioner and lay perspectives of the service provision of nutrition information leaflets in primary care. **J Hum Nutr Diet**, v. 24, n. 6, p. 552-559, 2011.

MEDEIROS, M.A.T. de. Desafios do Campo da Alimentação e Nutrição na Atenção Básica. In: DIEZ-GARCIA, R.W.; CERVATO-MANCUSO, A.M. (Orgs.). **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Rio de Janeiro: Hélio Vannucchi, 2011. p. 173-180.

MEYER, D.E.E. et al. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MERHY, E.E. **Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo**. - 3ª ed. - São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MONTOYA, L.M.A. Significado del saber popular en alimentación en un grupo de nutricionistas dietistas. **Perspectivas en Nutrición Humana**, v. 9, n. 1, p. 49-60, 2007.

NETO, J.L.F.; KIND, L. **Promoção da Saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2011.

OMETTO, S. **A educação nutricional e sua prática em grupo: um estudo de caso**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, Piracicaba. 2006.

OPS - Organização Pan-Americana de Saúde. **La Atención Primaria en Salud Renovada en el contexto mundial y regional: Un enfoque renovado para transformar la práctica en salud**, 2007. Disponível em: <<http://www.gestarsalud.com/cms/files/aps.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2012.

_____. **Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos**, 2012. Disponível em: <http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf> Acesso em: 15 jun. 2013.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, jun./ago. 1998.

PEKELMAN, R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: A prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. **Revista de APS**, v. 11, n. 3, p. 295-302, jul./set. 2008.

PEDROSA, I.I. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. **Revista Radis**, n. 13, p. 24-5, set. 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2009.

RAMSAY, S.A. et al. Six Characteristics of Nutrition Education Videos That Support Learning and Motivation to Learn. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 44, n. 6, p. 614-617, 2012.

RENOVATO, R.D., BAGNATO, M.H.S. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 554-62, 2010.

REZENDE, A.M. **Ação educativa na atenção básica à saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégia com ênfase na educação nutricional**. 2011. 190 p. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Publica, Universidade de São Paulo. São Paulo.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p.438-446, 2004.

RODRIGUES, E.M.; BOOG, M.C.F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.5, p.923-931, 2006.

RONZANI T.M; STRALEN C.J.V. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista de APS**, v. 6, n. 2, p. 99-107, jul./dez. 2003.

SÁNCHEZ, R.; ECHEVERRY, J. Validación de escalas de medición en salud. **Revista de salud pública**. Bogotá D.C., v.6, n. 3, p. 302-318, 2004.

SANTOS, L. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev. Nutr.**, v. 18, n. 5, p. 681-692, set./out. 2005a.

SANTOS, A.C.A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. **Fam. Saúde Desenv.**, v. 7, n. 3, p. 257-265, set./dez. 2005b.

SANTOS, L.A.S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n. 2, p. 453-62, 2012.

SÃO PAULO. Portal da prefeitura da cidade de São Paulo, 2013. Disponível em: < <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

SILVA, C.M.C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, ago. 2010.

SILVA, D.O. Reflexões Conceituais e de Profissionais de Saúde sobre a Promoção da Alimentação Saudável. In: DIEZ-GARCIA, R.W.; CERVATO-MANCUSO A.M. (Orgs.). **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Rio de Janeiro: Hélio Vannucchi, 2011. p. 164-172.

SOARES, S.M. et al. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde. **Esc. Anna Nery R. Enferma.**, v. 11, n. 1, p. 52-57, 2007.

TRIGO, M.; SILVA, M.E.M.P. Educação Nutricional na Comunidade: Projeto de Hortas como Veículos de Educação Nutricional. . In: DIEZ-GARCIA, R.W.; CERVATO-MANCUSO, A.M. (Orgs.). **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Rio de Janeiro: Hélio Vannucchi, 2011. p. 276-286.

VIEIRA, V.L. **Segurança alimentar e nutricional em crianças no município de São Paulo**: desafios na formação do nutricionista. 2011. 198 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

WIGGINS, N. Popular education for health promotion and community empowerment. **Health Promotion International**, vol. 27, n. 3, p. 356-371, 2011.

WUO, A.S. et al. Viver é conviver: sobre a construção de saberes e experiências entre crianças com diabetes. **Revista Diálogos**, v. 14, n. 1, p. 63- 72, 2010.

YEPES-LUJÁN, F.J. Luces y sombras de la reforma de La salud en Colombia. Ley 100 de 1993. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 9, n. 18, p. 118-123, ene./jun. 2010.

ZAMBENEDETTI, G. Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. **Saúde soc.**, v. 21, n. 4, p. 1075-1086, 2012.

ANEXOS

Anexo 1. Identificação das ações educativas *online*

IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL

Estudo: Educação Nutricional na Atenção Primária à Saúde
Faculdade de Saúde Pública- USP

Pesquisadores:
Ana Maria Cervato Mancuso
Alexandra Piva Cárdenas
Kellen Vincha
*Obrigatório

1. Nutricionistas que realizam a educação nutricional em grupo

Identificação do Nutricionista (Auto-aplicável)

Data do preenchimento: *

Nome completo: *

Data de nascimento: *

Ano no qual concluiu o curso de nutrição: *

Realização de pós-graduação? *

Nome do curso e ano de conclusão

Cidade e região de atuação: *

Nome da Instituição de trabalho: *

Função: *

Há quanto tempo na função atual (anos)? *

Descreva as atividades realizadas cotidianamente em seu trabalho: *

2. Grupos de Educação Nutricional

Preencha o formulário de acordo com os grupos realizados dentro de seu território de atuação que abordam a alimentação e nutrição.
Siga as letras (A,B,C,D,E,F,G,H,I e J) para serem preenchidos conforme a quantidade de grupos realizados em seu território:

A1. NOME DO GRUPO: *

A2. População: *

Crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes ou outros.

Identificação das ações educativas online

A3. Tipo de grupo: *

Grupo fechado (encontro com os mesmos participantes) ou aberto (aberto ao público) e a característica do grupo: grupo educativo, terapêutico, prática corporal, entre outros.

A4. Número de participantes: *

Número de participantes, em média, por encontro do grupo.

A5. Local: *

Local no qual o grupo é realizado (UBS - Unidade Básica de Saúde, igreja, associação, ou outro local).

A6. Frequência, tempo e duração: *

Frequência dos encontros do grupo (diário, semanal, quinzenal, mensal, bimestral, outros); tempo de duração do encontro (quantidade de horas) e duração (número de encontros).

A7. Coordenador: *

Profissional(is) que coordena(m) o grupo (nutricionista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico, agente comunitário de saúde, psicólogo, entre outros).

A8. Temas: *

Temas abordados nos encontros educativos.

A9. Materiais e/ou equipamentos: *

Os que são frequentemente utilizados para a realização do grupo (vídeo, fotos, folhetim, pirâmide alimentar, fantoches, réplica de alimentos, entre outros).

B1. NOME DO GRUPO:

B2. População:

Crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes ou outros.

B3. Tipo de grupo:

Grupo fechado (encontro com os mesmos participantes) ou aberto (aberto ao público) e a característica do grupo: grupo educativo, terapêutico, prática corporal, entre outros.

B4. Número de participantes:

Anexo 2. Entrevista - Identificação das ações educativas

IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS

Educação Nutricional na Atenção Primária à Saúde

Roteiro de perguntas para entrevista semiestruturada

1. Pensando em um grupo, no qual você tem identificação e/ou referência, você poderia me descrever como foi o processo de construção desse grupo? *Planejamento, plano de ação, delineamento de objetivos, avaliação, população alvo, indicadores, instrumentos, entre outros.*
2. Em sua experiência com a realização de grupos, qual (is) técnica(s) educativa(s) ou pedagógica(s) apresenta(m) melhor(e) resultado(s)? Explique o por quê? *Conversas em roda, palestras, dinâmicas, dramatização, demanda dos participantes e/ou profissionais.*
3. Em relação aos temas que são trabalhados nos encontros dos grupos, como eles são escolhidos? *São determinados de acordo com o grupo, profissional ou serviço.*
4. Que referencial técnico de alimentação e nutrição você gosta de utilizar para realizar as atividades educativas dos grupos? *Livros, guias alimentares, protocolos, consensos, revistas e outros.*
5. Na sua experiência em grupos, você já verificou ou verifica algum processo de mudança no conhecimento e/ou comportamento alimentar/nutricional dos participantes?
6. **Para finalizar, o que é ou o que significa a educação nutricional para você?**

Anexo 3. Parecer de consentimiento da Secretaria Distrital da Saúde de Bogotá

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL

Declaro que la investigadora ALEXANDRA PAVA CARDENAS identificada con cédula de ciudadanía 52.817.418 de Bogotá, no posee vínculo laboral o funcional en esta institución y está autorizada para la ejecución del proyecto de investigación denominado: "Educación alimentaria y nutricional en la Atención Primaria en Salud de las ciudades de São Paulo y Bogotá", la Secretaria Distrital de Salud, le da el aval para desarrollar el trabajo que será coordinado con los hospitales de la red pública de las 20 localidades de la ciudad. Adicionalmente la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá le facilitará a la investigadora referida anteriormente, el desarrollo del proyecto hasta la finalización del mismo.

Para que sean producidos todos los efectos legales, técnicos y administrativos de este compromiso firmo el presente documento.

ANA ZULEMA JIMENEZ SOTO
Directora de Salud Pública

BOGOTÁ
BICENTENARIO
1946-2026

BOG
BOGOTÁ
POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD

Gra: 32 No: 12-81 / Tel: 3649090 / www.saludcapital.gov.co

Anexo 4. Parecer do Comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0008/12*

São Paulo, 21 de Junho de 2012
PARECER Nº 100/12 – CEP/SMS

Ilma. Sra.
Ana Maria Cervato Mancuso

Projeto de Pesquisa Título: “Educação Nutricional na Atenção Primária em Saúde nas Cidades de São Paulo e Bogotá”

Pesquisador responsável: Ana Maria Cervato Mancuso

Instituição: Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo

Patrocinador: CNPQ

1 Sumário Geral do Protocolo

Objetivo: Comparar os conteúdos e as práticas pedagógicas trabalhadas em grupos de Educação Nutricional dentro da Atenção Primária em Saúde em São Paulo e Bogotá.

Métodos: Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, usando o método de comparação através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e a observação sistemática.

O estudo será compreendido em quatro momentos:

- (1) mapeamento dos profissionais que executam a EN;
- (2) realização de entrevistas semi-estruturadas;
- (3) observação dos momentos educativos em grupos; e
- (4) elaboração do paralelo dos discursos e do desenvolvimento dos momentos educativos observados por país.

Será realizado um piloto dos instrumentos de coleta de dados com cinco nutricionistas de São Paulo e Bogotá que desenvolvam ações na área de EN, mas em áreas da APS diferentes aos de interesse, com o objetivo de testar a funcionalidade das perguntas com relação às variáveis, considerando a pertinência de se fazer no início das coletas em cada município. Ao mesmo tempo será realizada a aproximação aos espaços nos quais se localizam os responsáveis pela EN em grupo.

A coleta de dados ocorrerá em um período de quatro meses, dentro dos quais se inclui a realização de entrevistas semi-estruturadas e observações sistemáticas por município. Essas informações coletadas e observadas serão digitalizadas.

As entrevistas serão baseadas em questionário com questões foram devidamente especificadas, para a identificação do profissional, sua formação, características dos grupos e ações educativas.

Em relação ao procedimento de observação das ações educativas em grupo, este será guiado por um roteiro previamente elaborado e testado que será preenchido pelo observador no momento e que constará de: identificação e data do encontro, descrição do espaço físico, configuração espacial, papel do nutricionista no grupo, temas abordados, clareza e reforço da mensagem, linguagem, materiais e recursos utilizados e observações gerais do desenvolvimento da interação dos participantes.

2. Considerações

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. Cronograma e orçamento detalhado estão adequados. Os gastos serão custeados em parte pelo CNPq. A proposta para tratamento dos dados está adequada e há pertinência e valor científico no estudo proposto.

A metodologia é adequada aos objetivos, não impõe condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa.

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

Parecer do Comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0008/12*

Não há benefício direto para o participante, porém a pesquisa estará contribuindo para aumentar os conhecimentos referentes à atuação do profissional em saúde em grupos dentro da Atenção Primária em Saúde; a possibilidade de benefícios pode compensar os riscos.

São previstos meios/procedimentos para atenuar/contornar o risco, no sentido de salvaguarda do sujeito de pesquisa. As medidas de proteção aos sujeitos de pesquisa estão adequadas ao grau de vulnerabilidade.

Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa (nutricionistas) estão totalmente garantidos (informação, privacidade, acesso ao pesquisador). Em relação aos participantes dos grupos não foi apresentado TCLE.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) -

Foi apresentado um segundo modelo de TCLE destinado aos participantes dos grupos.

O compromisso com o sigilo das identidades dos participantes foi explicitado. O documento está redigido na forma de convite à participação no estudo, a linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa, no caso, os nutricionistas.

Os procedimentos da pesquisa foram devidamente descritos, no caso da entrevista do nutricionista.

Ficou explícito que, no caso de desconforto em participar da pesquisa ou em responder a algum questionamento introduzido pelos procedimentos, o participante tem o direito de se negar a responder;

Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96, permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação possibilitando uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.

São descritos os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE.

III - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX.2.e)

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Simone Mongelli de Fantini
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

Anexo 5. Carta de aprovação do comitê de ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde	
<u>Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo</u>	
PROJETO DE PESQUISA	
Título: EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	
Área Temática:	
Pesquisador: Ana Maria Cervato-Mancuso	Versão: 2
Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP	CAAE: 00630612.1.0000.5421
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
Número do Parecer: 48307	
Data da Relatoria: 22/06/2012	
Apresentação do Projeto:	
<p>O objetivo da presente pesquisa é verificar se ações educativas sobre Educação Nutricional(EN) desenvolvidas para responderem as políticas de enfrentamento dos problemas do processo saúde-doença, foram implantadas no Brasil e na Colômbia. Propostas interdisciplinares de EN junto à população, os grupos são constante ferramenta de trabalho dentro da Atenção Primária de Saúde. Esta estratégia facilita a construção coletiva de conhecimento e da expressão das necessidades, expectativas e angústias; da reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, bem como da possibilidade da quebra da relação vertical profissional-usuário. Desta forma, pretende-se comparar os conteúdos e as práticas pedagógicas trabalhadas em grupos de Educação Nutricional dentro da Atenção Primária em Saúde em São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia). A metodologia a ser utilizada será qualitativa por meio da técnica do Discursos do Sujeito Coletivo.</p>	
Objetivo da Pesquisa:	
<p>Identificar o processo de determinação dos conteúdos e métodos pedagógicos utilizados na Educação Nutricional em grupos realizados por profissionais de saúde da APS; Caracterizar os conteúdos e as práticas pedagógicas de Educação Nutricional em grupos desenvolvidos na APS; Relacionar os conteúdos e as práticas da Educação Nutricional utilizadas pelos profissionais de saúde segundo a cidade.</p>	
Avaliação dos Riscos e Benefícios:	
<p>Risco mínimo. Pesquisa irá permitir readequar os ações de Educação Nutricional para melhorar as ações junto ao atendimento de população.</p>	
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:	
<p>Atendeu as pendências informando quem fará a pesquisa em Bogotá, que é a propria aluna de pós-graduação. Refez o TCLE e informa sobre o financiamento, o qual recebeu financiamento parcial do CNPq, os demais gastos serão feitos pelo próprio aluno de pós-graduação.</p>	
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:	
<p>Refez TCLE agora está claro e escrito adequadamente.</p>	
Recomendações:	
<p>Não há.</p>	

Carta de aprovação do comitê de ética da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

02 de Julho de 2012

Assinado por:
Claudio Leone

Anexo 6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde em São Paulo e Bogotá.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: A realização da presente pesquisa justifica-se considerando que dentro das pesquisas na área da Educação Nutricional (EN) tem sido pouco detalhada até o momento, uma vez que essa ação faz parte do cotidiano dos nutricionistas e de outros profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS). O objetivo dessa pesquisa é comparar os conteúdos e as práticas pedagógicas trabalhadas em grupos de EN dentro da APS em São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia). Os procedimentos de coleta de dados serão: realização de entrevistas individuais semiestruturadas com os profissionais da saúde e observações sistemáticas de um encontro de um grupo realizado por cada entrevistado. Estes procedimentos serão realizados por entrevistadores treinados utilizando-se de gravador portátil para o registro das entrevistas e para as observações um formulário prévio de observações que será preenchido pelo observador no momento do grupo.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto e risco mínimo para você ao se submeter à entrevista e à observação, sendo que esses se justificam pelos benefícios que a pesquisa poderá trazer na área de EN dentro da APS. Para o participante não terá benefício direto com a sua participação.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados das entrevistas e das observações serão enviados para você e permanecerão confidenciais e sua divulgação será realizada apenas no meio científico. Você tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais que sejam do conhecimento do pesquisador. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O pesquisador compromete-se em utilizar os dados e materiais coletados somente para esta pesquisa, sem identificação dos seus participantes. Uma cópia deste consentimento será arquivada no Curso de Pós-graduação de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Também se existir qualquer despesa adicional, ela será incluída no orçamento da pesquisa. As entrevistas e observações serão realizadas no local do trabalho, em horário e data agendados de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado.

Eu, _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Ficaram claros quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Fui informado(a) que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante do estudo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. O pesquisador certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas ou esclarecimentos poderei chamar as pesquisadoras Alexandra Pava Cárdenas, Kellem Regina Rosendo Vincha e a professora Ana Maria Cervato Mancuso no telefone (11) 3061-7705 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no telefone (11) 3061-7779, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, sito à Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

CURRÍCULO LATTES

Kellem Regina Rosendo Vincha

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/832128111130886>
Última atualização do currículo em 03/05/2013

Mestranda em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal de São Carlos. Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Paraná. Experiência em Educação Alimentar e Nutricional e Educação em Saúde. Atendimento nutricional individualizado/coletivo e visita domiciliar. Atualmente é nutricionista de um Núcleo Apoio Saúde da Família (NASF) em São Paulo. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Kellem Regina Rosendo Vincha
Nome em citações bibliográficas	VINCHA, KRR

Endereço

Endereço Profissional	Casa de Saúde Santa Marcelina, Casa de Saúde Santa Marcelina. Rua Fontoura Xavier, 1037 Itaquera 08295-300 - São Paulo, SP - Brasil URL da Homepage: www.zps.santamarcelina.org
-----------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2011	Mestrado em Nutrição em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Mestrado, Orientador: Ana Maria Cervato Mancuso. Palavras-chave: Educação Nutricional. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição.
2007 - 2009	Especialização em Especialização em Saúde da Família. (Carga Horária: 360h). Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil. Título: MAPP - Método Altabir de Planejamento Popular.. Orientador: Marilda Siriani de Oliveira. Bolsista do(a): Ministério da Saúde.
2007 - 2009	Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família. (Carga Horária: 3524h). Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil. Título: Estratégia nutricional para diabéticos insulino-dependentes no contexto da saúde da família.. Orientador: Elaine Gomes da Silva. Bolsista do(a): Ministério da Saúde.
2002 - 2006	Graduação em Nutrição. Universidade Federal do Paraná, UFPR, Brasil. Título: Caracterização físico-química e teor de fenólicos totais em kiwi e vinagre orgânico. Orientador: Elenice Maruko Murate.

CURRÍCULO LATTES

Ana Maria Cervato-Mancuso

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0558045570548264>

Última atualização do currículo em 06/02/2013

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1983), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1995) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1999) realizando estágio do doutorado na Universidade de Barcelona (Espanha). Atualmente é professor doutor da Universidade de São Paulo. Tem experiência como nutricionista em Nutrição em Saúde Pública e no ensino superior na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: educação nutricional, formação profissional, segurança alimentar e nutricional, idosos, diabetes mellitus e comportamento. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Ana Maria Cervato-Mancuso
Nome em citações bibliográficas	CERVATO, A. M.; CERVATO-MANCUSO, A.M.
Sexo	Feminino

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição. Av dr Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617705 Fax: (11) 30617736 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1995 - 1999	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Intervenção nutricional educativa: promovendo a saúde de adultos e idosos em Universidades Abertas à Terceira Idade, Ano de obtenção: 1999. Orientador: Maria de Fátima Nunes Marucci. Palavras-chave: educação nutricional; promoção da saúde; terceira idade. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
1991 - 1995	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares, Ano de Obtenção: 1995. Orientador: Rosa Nilda Mazzilli. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: epidemiologia; dieta habitual; fatores de risco. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Dietética.
1987 - 1988	Especialização em Saúde Pública. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.
1980 - 1983	Graduação em Nutrição. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.