

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DOCÊNCIA DO ENSINO SUPERIOR

ADRIANA FURTADO BALDEZ MOCELIN
ANA CARLA MOURA FONTENELLE
ÉRICA RIBEIRO BRITO

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL JUNTO À COMUNIDADE:
UMA REVISÃO DA LITERATURA ESPECIALIZADA

São Luís
2009

ADRIANA FURTADO BALDEZ MOCELIN
ANA CARLA MOURA FONTENELLE
ÉRICA RIBEIRO BRITO

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL JUNTO À COMUNIDADE:
UMA REVISÃO DA LITERATURA ESPECIALIZADA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Docência do Ensino Superior do LABORÓ-Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista em Docência do Ensino Superior.

Orientadora: Prof. Dra. Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2009

Mocelin, Adriana Furtado Baldez.

Educação alimentar e nutricional junto à comunidade: uma revisão da literatura especializada. Adriana Furtado Baldez Mocelin; Ana Clara Moura Fontenelle; Érica Ribeiro Brito. - São Luís, 2009.

38f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Docência do Ensino Superior) – Curso de Especialização em Docência do Ensino Superior, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2009.

1. Promoção da saúde. 2. Hábitos alimentares. 3. Educação em saúde. 4. Educação alimentar e nutricional. Título.

CDU 613.2

ADRIANA FURTADO BALDEZ MOCELIN
ANA CARLA MOURA FONTENELLE
ÉRICA RIBEIRO BRITO

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL JUNTO À COMUNIDADE:
UMA REVISÃO DA LITERATURA ESPECIALIZADA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Docência do Ensino Superior do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista em Docência do Ensino Superior.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo/USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo/USP

A Deus, razão da vida.

AGRADECIMENTOS

As nossas famílias, pelo amor e carinho mesmo diante da ausência que toda pesquisa impõe.

A Profa. Dra. Mônica Elinor Alves Gama pela atenção e competente orientação.

A Profa. Msc. Rosemary Ribeiro Lindholm que muito contribui com seu conhecimento para a aprimoração desta pesquisa.

A todos os docentes do curso que forneceram as bases do conhecimento científico sólido e crítico.

Aos nossos companheiros de turma pela amizade e troca de experiências.

O direito humano á alimentação saudável se constrói no cotidiano de todos aqueles interessados na mudança da alimentação no brasil. Entendê-lo é uma boa forma de fortalecer a luta pela sua construção!

Sonia Lucena

RESUMO

Este estudo é uma revisão de literatura das três últimas décadas sobre educação alimentar e nutricional junto à comunidade. A investigação foi baseada nos passos propostos por Castro (2001) e os dados levantados foram organizados em uma tabela contendo tema/destaques, autor e ano. Levou-se em consideração o paradigma da promoção da saúde, os hábitos alimentares como fatores determinantes e condicionantes de qualidade de vida e a educação alimentar e nutricional na comunidade que foram abordados em forma de capítulos. Considerou-se que a promoção da saúde vem ao longo de décadas tentando encontrar um norte de atuação que, no Brasil, desenvolveu-se na linha da educação com o objetivo de promover qualidade de vida mediante a adoção de bons hábitos alimentares que a determinam e condicionam.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Hábitos alimentares. Educação em saúde. Educação alimentar e nutricional.

ABSTRACT

This study is a literature review of the last three decades on food and nutrition education in the community. The research was based on the steps proposed by Castro (2001) and the data collected were organized into a table containing topic / highlights, author and year.

It took into account the paradigm of health promotion, dietary habits and conditions as determinants of quality of life and food and nutrition education in the community that were addressed in the form of chapters

It was considered that the promotion of health has for decades trying to find north of action that, in Brazil, it was developed in line with the objective of education to promote quality of life through the adoption of good eating habits that determine and condition.

Key-words: Health promotion. Food habits. Health education. Food and nutrition education.

LISTA DE SIGLAS

CNA	- Comissão Nacional de Alimentação
CONSEA	- Conselho Nacional de Segurança Alimentar
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNSP/MS	- Divisão Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde
ENDEF	- Estudo Nacional da Despesa Familiar
ESF	- Estratégia Saúde da Família
EUA	- Estados Unidos da América
FAO	- Food and Agriculture Organization
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAN	- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	- Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PND	- Plano Nacional de Desenvolvimento
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSN	- Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PRONAN	- Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PS	- Promoção da Saúde
PSF	- Programa Saúde da Família
SISAN	- Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVO	14
4 METODOLOGIA	14
4.1 Tipo de estudo	14
4.2 Pesquisa bibliográfica	14
4.3 Descritores	15
5 O PARADIGMA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	15
6 OS HÁBITOS ALIMENTARES COMO FATORES DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE QUALIDADE DE VIDA	19
7 EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA COMUNIDADE	22
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICES	37

1 INTRODUÇÃO

Até a década de 70 a saúde no Brasil era feita sob a forma de cuidados médico-hospitalares, onde o tratamento da doença era prioridade para o Governo e todos os programas de atenção à saúde se caracterizavam por suas ações e atividades também marcadamente hospitalocêntricas.

Como marco de um processo que visa mudar a saúde no País, foi criado pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) que garantiu acesso universal e igualitário às ações e serviços do setor, tornando o direito à saúde um bem público para todos os cidadãos independentemente de sua condição social. Entre os princípios do SUS, destacam-se ainda a integralidade da assistência e a distribuição de recursos de forma equitativa, assegurando mais para quem tem menos (GIRADE; DIDONET, 2005).

Regulamentado através das leis orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, o SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, universalidade, integralidade da atenção e o controle social, ao tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

O cumprimento desses princípios depende, sobretudo, de uma atuação articulada de diversas áreas para executar medidas sociais e econômicas que garantam o amplo direito à vida, e não só a assistência à saúde (GIRADE; DIDONET, 2005).

Para isso, o Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF)/Estratégia Saúde da Família (ESF) para regularizar o modelo de saúde – predomínio das ações preventivas e de promoção da saúde em detrimento das ações curativas de média e alta complexidade e hospitalares – e fortalecer o SUS, com vistas a humanização do sistema.

O PSF é a estratégia prioritária para organização da atenção básica, tendo em vista os preceitos do Sistema Único de Saúde e, de acordo com o Capítulo I da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ela se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. A Atenção Básica considera o sujeito em sua

singularidade, na complexidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Dentre estas, destacamos a promoção da saúde ou como prefere Moura e Sousa (2002), produção social da saúde, que se faz por meio da troca de informações e experiências entre as equipes de saúde e a comunidade, através da Educação em Saúde.

Araújo (2004) afirma que as ações de Educação em Saúde encontram-se vinculadas ao exercício da cidadania na busca por melhores condições de vida e a saúde da população principalmente quando perpassam todas as fases do atendimento, promovendo espaços de troca de informação, permitindo identificar as demandas de saúde dos usuários e as escolhas mais adequadas, diminuindo a distância habitual entre profissionais de saúde e população.

O conceito de Educação em Saúde vem ancorado ao de Promoção da Saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer.

O interesse pelo tema reside no fato de observando o quadro da Saúde no Brasil, tendo a Promoção da Saúde como primeiro nível de acesso da comunidade à sua saúde e a de sua comunidade, como ela de fato se realiza e como é feita a educação em saúde no que rege a qualidade nutricional, sendo esta é a responsável direta por grande parte da saúde da população.

2 JUSTIFICATIVA

O conceito de saúde não se limita à ausência de doença ou enfermidade, mas deve ser entendido como um conjunto de elementos que proporcionem o bem-estar físico, mental e social.

A Estratégia Saúde da Família deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais, de maneira a desenvolver responsabilidades sociais, sanitárias e ambientais sobre as diferentes comunidades considerando suas características sócio-culturais, a diversidade de situações e os contextos locais.

Atualmente, a saúde do Brasil é realizada com a prestação de um conjunto de ações e programas de saúde e preconiza um modelo de assistência pautado em ações preventivas e de promoção da saúde. Esta se realiza de forma desorganizada e sem planejamento prévio, de forma descontínua e com objetivos de trabalho indefinidos por profissionais da saúde que não possuem técnicas adequadas de ensino e que ainda priorizam metas de produtividade para as ações individual-curativas, em detrimento das ações de caráter coletivo de prevenção de doenças e promoção de saúde. Este último ancorado à Educação em Saúde Nutricional, objeto desse estudo.

A Educação em Saúde pode ser considerada um campo de conhecimento interdisciplinar, que necessita de diferentes embasamentos das áreas da educação e da saúde. É através dela e de como a desenvolvemos que estimulamos a criticidade de cidadãos e o tornamos responsáveis por si e pela comunidade. Desse modo, qualquer processo educativo deve considerar a participação dos diferentes sujeitos envolvidos e no que se refere a comunidade, os objetivos e técnicas devem ser definidos e planejados para que se possa atingir o nível de participação desejado.

Não se questiona a importância da troca de experiências e informações passadas ao longo dos séculos. Independente do campo no qual ela se faça, sempre constrói novo conhecimento que sempre será aperfeiçoado dentro de um processo educativo. Desse modo, a forma como é feito esse processo é de grande significado para a forma como tais experiências e informações sejam recebidas e utilizadas pela comunidade, que formará suas próprias opiniões e construirá a próxima realidade a qual esperamos superar a atual, que é a maior recebedora de ações e projetos do Ministério da Saúde.

Embora o conceito de saúde tenha incorporado esse conjunto de ações que independem da atuação exclusiva desse setor específico, a promoção da saúde ainda é um direito que está longe de ser cumprido no dia-a-dia dos brasileiros. E diante desse contexto devemos repensar e implementar os conteúdos, projetos e práticas educativas que são desenvolvidas na área da saúde e direcionadas a comunidade para que possamos fortalecer o controle social dentro do processo de assistência e promoção da saúde desenvolvido no Brasil.

3 OBJETIVO

Estudar a educação alimentar e nutricional com vistas à promoção da saúde na comunidade, a partir da literatura especializada.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Revisão de literatura.

4.2 Pesquisa bibliográfica

A formatação desta investigação foi baseada nos passos propostos por Castro (2001).

a) Formulação da pergunta: Como a literatura refere à influência de hábitos alimentares na qualidade de vida da comunidade? Como a promoção da saúde se realiza? Como é feita a educação em saúde nutricional?

b) Localização e seleção dos estudos: foram considerados relevantes os estudos de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicos e afins à área como: livros, monografias, dissertações, teses, artigos científicos e sites de referência.

c) Período de publicação das fontes: as datas de publicações do material bibliográfico selecionado compreenderam o período das três últimas décadas.

d) Coleta de dados: foi norteadada pelos fatos históricos do período pesquisado, levando-se em consideração a promoção da saúde, os hábitos alimentares e o desenvolvimento de programas governamentais, o panorama da educação em saúde e da educação alimentar e nutricional. Os dados foram organizados em uma tabela contendo tema/destaques, autor e ano (Apêndice A).

e) Análise e apresentação dos dados: foram dispostos na forma de capítulos com os títulos o paradigma da promoção da saúde, os hábitos alimentares como fatores determinantes e condicionantes de qualidade de vida, e educação alimentar e nutricional na comunidade.

4.3 Descritores

Para realizar a pesquisa serão utilizados os seguintes descritores: promoção da saúde, SUS, atenção básica, hábitos alimentares, qualidade de vida, alimentação saudável, educação em saúde, educação alimentar e educação nutricional.

5 O PARADIGMA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2006).

A partir da década de 1970 ganham corpo as discussões sobre promoção da saúde na perspectiva de um questionamento do paradigma biomédico dominante, fomentadas pelo chamado Informe Lalonde – *A new perspective on the health of Canadians* –, que questionava os resultados de saúde obtidos com a priorização de esforços e investimentos no componente "assistência médica" em detrimento dos demais componentes do campo da saúde, a saber: a "biologia humana", o "ambiente" e o "estilo de vida", e que movimentou todo o campo da saúde coletiva. Neste mesmo sentido transcorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978 e realizada em Alma-Ata (FERNANDEZ, 2008).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, setembro de 1978, 134 países e 67 organismos internacionais se comprometeram com uma grande meta: garantir saúde para todos até o ano 2000 (BRASIL, 2001). A Declaração da Alma-Ata amplia a visão da atenção à saúde, abordando-a sobre novos paradigmas da intervenção intersetorial; da auto-responsabilidade; da participação da comunidade no planejamento, organização, funcionamento e controle da atenção primária à saúde. Considerando a promoção à saúde como ações indispensáveis para o desenvolvimento econômico e social.

Valorizando, portanto, os níveis locais para melhor responder às necessidades de saúde da comunidade e melhorar sua qualidade de vida. E foram ainda, especificados os componentes fundamentais da atenção primária à saúde: a educação em saúde; o saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; os programas de saúde materno infantil, inclusive imunizações e planejamento familiar; a prevenção de doenças epidêmicas locais; o tratamento adequado de doenças e agravos comuns; o fornecimento de drogas essenciais; a promoção de boa nutrição; e a medicina tradicional (RICHTER, 1997).

Na realidade, o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos 25 anos. Inúmeros eventos internacionais, publicações de caráter conceitual e resultados de pesquisa têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisas para este campo (BUSS, 2000).

Promoção da saúde é um conceito antigo, que vem sendo retomado e discutido nas últimas décadas, principalmente a partir do Informe Lalonde, no início da década de 70 (MOURA; GONÇALVES; CÔRREA, 2002). É importante também lembrar que a idéia de promover saúde antecede o uso explícito do termo (SOUZA; GRUNDY, 2004).

A concepção moderna de promoção da saúde (e a prática conseqüente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos - em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997) - desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (BUSS, 2000).

No ano de 1986 é realizada no Canadá, na cidade de Otawa, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que considera como condições necessárias para a existência de saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2000).

Torna-se necessário descrever as estratégias-chave da promoção da Saúde da Carta de Otawa, que foi o principal marco de referência da promoção da

saúde em todo o mundo (BECKER, 2001). Segundo Sheiham (2001) estas estratégias podem ser assim resumidas:

- 1) Promoção de saúde através de políticas públicas: focalizando a atenção no impacto em saúde das políticas públicas de todos os setores e não somente do setor da saúde.
- 2) Criação de ambiente favorável através da avaliação do impacto em saúde do ambiente e evidenciar oportunidades de mudanças que conduzam à saúde.
- 3) Desenvolvimento de habilidades pessoais: ampliando a disseminação de informações para promover compreensão, e apoiar o desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas que capacitem indivíduos a tomar atitudes de promoção de saúde.
- 4) Fortalecimento de ações comunitárias: apoiando ações comunitárias concretas e eficazes na definição de prioridades, tomada de decisões, planejamento de estratégias e implementá-las para atingir melhor padrão de saúde.
- 5) Reorientação de serviços de saúde: redirecionar o modelo de atenção da responsabilidade de oferecer serviços clínicos e curativos para a meta de ganhos em saúde.

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Jacarta, na Indonésia, em 1997, foi a primeira a se realizar num país em desenvolvimento. Pode-se dizer que, desde o seu subtítulo (novos atores para uma nova era), pretendeu ser uma atualização da discussão sobre uma dos campos de ação definidos em Ottawa: o reforço da ação comunitária. A conferência reconheceu que os métodos em promoção da saúde baseados no emprego de combinações das cinco estratégias de Ottawa são mais eficazes que os centrados em um único campo, e que diversos cenários (cidades, comunidades locais, escolas, lugares de trabalho etc.) oferecem oportunidades práticas para a execução de estratégias integrais (BUSS, 2000).

Reunidos na Cidade do México por ocasião da V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 2000, os ministros da Saúde que assinaram esta declaração reconheceram que:

A promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade; [...] constatam a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade; concluem que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos; constatam as amplas indicações de que as estratégias de promoção da saúde são eficazes. Considerando o exposto, recomendam colocar a promoção da

saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais [...] (BRASIL, 2001).

VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde (Carta de Bangkok) foi realizada na cidade de Bangkok (Tailândia), em agosto de 2005. Reforça as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas, no qual incluem as doenças cardíacas, câncer e diabetes. Levanta a necessidade de nomear e controlar os efeitos da globalização na saúde como o aumento das iniquidades, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente. Procura dar uma nova direção para a Promoção à Saúde, buscando alcançar saúde para todos através de quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática (BUSS, 2000).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 30 de março de 2006, dá diretrizes e aponta estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2009). A publicação dessa Política ratifica compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS (BRASIL, 2006)

A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade (BRASIL, 2008a). As condições de trabalho, de moradia, de alimentação, do meio ambiente e de lazer, dentre outras, determinam nossa maior ou menor saúde (BRASIL, 2008b).

Nesse sentido a Política Nacional de Promoção da Saúde prevê que a organização da atenção e do cuidado deve envolver ações e serviços que operem sobre os determinantes do adoecer e que vão além dos muros das unidades básicas de saúde e do próprio sistema de saúde. O objetivo dessa política é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Tem

como ações específicas: prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, promoção do desenvolvimento sustentável, assim como, da alimentação saudável (BRASIL, 2006).

6 OS HÁBITOS ALIMENTARES COMO FATORES DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE QUALIDADE DE VIDA

Os hábitos alimentares são as formas como os indivíduos ou grupos selecionam, consomem e utilizam os alimentos disponíveis (ARRUDA, 1981). Formados por meio de uma complexa rede de influências genéticas e ambientais, considera-se a mudança do comportamento alimentar um desafio para os profissionais da saúde (FELDENS; VITOLLO, 2008).

A alimentação possui relação direta com a qualidade de vida, uma vez que através dela, é possível adquirir todos os nutrientes necessários a manutenção e bom funcionamento das funções vitais (PINHEIRO, 2004). A alimentação e a nutrição são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2003).

A busca do homem por uma alimentação equilibrada é antiga, porém é recente a preocupação por uma alimentação segura, saudável e integrada ao meio ambiente sustentável. A promoção de hábitos e práticas alimentares saudáveis tem início na infância, com o aleitamento materno. Essa prática faz parte da adoção de estilos de vida saudáveis, sendo um importante componente na promoção da saúde e na qualidade de vida (PHILIPPI, 2004).

Entende-se por qualidade de vida aquilo que é bom e compensador nas áreas social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde. Para que o indivíduo tenha uma boa qualidade de vida, torna-se necessário, portanto, a integração das áreas referidas (PHILIPPI, 2006).

A Alimentação Saudável é entendida como aquilo que se bebe e que se come, proporcionando bem estar, sem causar danos à saúde. Para tanto, é necessário que seja planejada com alimentos de todos os tipos, de procedência

conhecida, de preferência natural, e que sejam preparados de forma a preservar os valores nutritivos, os aspectos sensoriais e seguros, tanto qualitativa quanto quantitativamente. Além disto, serem consumidos em ambientes tranquilos, atenderem as necessidades nutricionais, emocionais e sociais a fim de atingir a promoção de uma qualidade de vida saudável. Mas nem sempre trata-se de uma questão de escolha individual. A pobreza, a exclusão social, a baixa escolaridade, a inexistência de políticas públicas adequadas e a má qualidade das informações disponíveis são fatores determinantes e condicionantes na adoção de práticas alimentares saudáveis. (PHILIPPI et al., 1999).

Com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros e ao mesmo tempo o crescente aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como obesidade, hipertensão, osteoporose, diabetes e câncer, é crescente a preocupação com uma alimentação saudável. Mundialmente, nota-se a inquietação de governos com a relação alimentação-nutrição-saúde, principalmente no estabelecimento de programas e projetos de longo prazo para modificar maus hábitos alimentares (ABIA, 2005).

Há 25 séculos, Hipócrates já fazia referências sobre a influência da alimentação saudável na prevenção e tratamento de doenças. A concepção organizada e escrita sobre a relação entre alimentação e saúde foi descrita pela Civilização Védica há cinco mil anos, sendo esta, nos atuais limites da reconstituição histórica, a precursora dos princípios da alimentação saudável, tanto no mundo oriental, como no ocidental (LUZ, 1996; MAZZINI, 1996).

No Brasil, até os anos 30, os problemas relacionados à alimentação e nutrição estavam diretamente associados ao abastecimento e à oferta de alimentos à população (SANTOS, 2007).

As décadas de 40 e 50 foram marcadas pelas idéias sobre a racionalização da alimentação com base o contexto político social que apontava a fome e a desnutrição como os principais problemas de saúde e nutrição (SILVA et al., 2002). Tanto que o cientista Josué de Castro, referência nacional e internacional sobre o flagelo da fome, ao escrever, em 1946, o livro Geografia da Fome afirmava que a fome não era um problema natural, isto é, não dependia nem era resultado dos fatos da natureza, ao contrário, era fruto de ações dos homens, de suas opções, da condução econômica que davam a seus países (CASTRO, 2008). Esta década foi marcada por vários acontecimentos: criação da Comissão Nacional de

Alimentação (CNA) em 1945; fundação da Associação Mundial de Luta Contra a Fome, com sede em Genebra (Suíça) e sob a presidência de Josué de Castro em 1957; aprovação da *Food and Agriculture Organization* (FAO) para a realização da Campanha Mundial de Combate à Fome em 1959 (VASCONCELOS, 2005).

Na década de 60, teve início uma crise alimentar no país, provocada pela crise no abastecimento decorrente da crescente inflação no período, com destaque para a Merenda Escolar (VASCONCELOS, 2005).

Na década de 70, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), por meio da Lei no 5.829, de 30/11/72. Sob a tutela do INAN, em março de 1973 foi instituído o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I PRONAN). Em fevereiro de 1976 foi instituído o II PRONAN, que deveria ter duração coincidente com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) (1975-1979), mas em função da não aprovação do III PRONAN foi prorrogada sua execução até 1984 (ARRUDA, 1979; L'ABBATE, 1988).

Esta década também foi marcada pela implementação do Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) desenvolvido entre 1974/75. Na década de 80, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) desenvolvida em 1989. Estes inquéritos nutricionais nortearam o surgimento de novas políticas de alimentação, e ambos foram desenvolvidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (MONDINI; MONTEIRO, 1994).

Nas décadas de 80 e 90, a alimentação passou a figurar como princípio imprescindível para a prevenção e promoção da saúde na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 (BRASIL, 1990; BRASIL, 2006). Na Conferência Internacional de Nutrição (OMS/FAO) ocorrida em Roma, em 1992, 159 países estabeleceram um Plano de Ação para a Nutrição, para alcançar metas nutricionais e de segurança alimentar, o que gerou a elaboração de guias alimentares como instrumento para melhorar os padrões de consumo alimentar, levando em consideração os hábitos de cada país. (SANABRIA; MOLINA; FISCHER, 2005). Posteriormente, foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), instituído por Decreto Presidencial, em 26 de abril de 1993 (VALENTE, 1997).

No final dos anos 90, o termo "promoção de práticas alimentares saudáveis" começa a figurar nos documentos oficiais brasileiros (IPEA, 2002). Houve a instituição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), considerada como uma das expressões que oficializam a busca de uma nova

direção das políticas de alimentação e nutrição (ASSIS et al., 2002). A nutrição cujos programas limitavam-se ao combate das deficiências nutricionais do trinômio vitamina A/ferro/iodo passa também a enfatizar a importância dos nutrientes para a promoção da saúde. Desta forma, as recomendações nutricionais além de proporcionar o tratamento de doenças causadas por deficiências de nutrientes passam também a contemplar a prevenção de doenças que decorrem de hábitos alimentares inadequados (BRASIL, 2003).

A década de 2000, a primeira do Século XXI, é marcada pelo lançamento da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, em 2003 (OMS, 2003), e pela criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, instituído pela Lei Nº. 11.346, de 15 de setembro de 2006 (BRASIL, 2006).

A difusão da noção de promoção dos hábitos alimentares saudáveis pode ser observada nas ações políticas e estratégias relacionadas com alimentação e nutrição (SANTOS, 2005). Sua efetividade se dá através da educação nutricional, um bom meio de intervenção nos hábitos alimentares das pessoas (CERVATO, 2005).

7 EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA COMUNIDADE

Educar não significa simplesmente transmitir/adquirir conhecimentos. Existe, no processo educativo, um arcabouço de representações de sociedade e de homem que se quer formar. Através da educação as novas gerações adquirem os valores culturais e reproduzem ou transformam os códigos sociais de cada sociedade. Assim, não há um processo educativo asséptico de ideologias dominantes, sendo necessária a reflexão sobre o próprio sentido e valor da educação na e para a sociedade (SAVIANE, 1985; LUCKESI, 1994;).

A Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva (BRASIL, 2007).

Dessa forma, a educação em saúde passou a ser repensada como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre

as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas. Esse diálogo assume o pressuposto de que todos possuem potencial para serem protagonistas de sua própria história, de que estão motivados para se organizarem e de que possuem expectativas sobre as possibilidades de mudança (MENDONÇA, 1982; FREIRE, 1983).

A prática educativa parte do princípio de respeitar o universo cultural das pessoas e as formas de organização da comunidade, considera que todas as pessoas acumulam experiências, valores, crenças, conhecimentos e são detentoras de um potencial para se organizar e agir (BRASIL, 1989).

A educação em saúde surgiu, em 1909, nos Estados Unidos da América (EUA), como uma estratégia de prevenção das doenças. Os pressupostos que nortearam essa proposta foram os seguintes:

a) os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida; b) os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação; c) a educação deve ser concebida como a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, com instrumentos puramente médicos. Verifica-se, assim, que a educação em saúde se fundamentava na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, estando sua atenção voltada para a transmissão do conhecimento e a domesticação da população, de modo a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes (FLORES, [2008?]).

Essa prática educativa caracterizava-se por manter relações de caráter puramente narrativo, cujo conteúdo, tendia a se petrificar e a tornar-se algo morto (FREIRE, 1987). Essa narração implicava um sujeito, o narrador, e o objeto paciente, o educando. Freire (2001) chama essa educação de bancária, pois se refere aos métodos tradicionais de ensino, centrados na transmissão de informações, em que o educando é um depositário passivo de conhecimentos e não existe uma relação dialógica entre educador e educando, nem entre conteúdo e realidade. Educa-se para arquivar o que se deposita. A consciência bancária “pensa que quanto mais se dá mais se sabe”. Mas a experiência mostra que neste sistema só se formam indivíduos medíocres, por não haver estímulo para criação.

Até o final da década de 1970 e início dos anos 1980, a educação em saúde era utilizada para eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças, desconsiderando-se por completo as culturas das populações ou dos grupos populacionais trabalhados. As ações educativas

restringiam-se às questões de higiene e conscientização sanitária, assumindo, predominantemente, um caráter individualista, autoritário e assistencialista (ALVES, 1993).

Desde o início da década de 1980, esses caminhos vêm sendo repensados pela Divisão Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP/MS), que tem procurado reorientar o enfoque das ações educativas, estimulando o trabalho participativo e intersetorial e estabelecendo estratégias para subsidiar os diferentes grupos sociais na compreensão de suas condições de vida e na reflexão sobre como transformá-las. Assim, tem sido salientada a importância do papel do trabalhador em saúde no desenvolvimento de ações educativas, uma vez que ele é um facilitador do processo de aprendizagem na medida em que percebe os conflitos, interesses e visões de mundo que influenciam os modos de vida dos diferentes grupos populacionais (ALVES, 2004).

Nesse sentido, Mendonça (1982) traça as seguintes estratégias da ação educativa: a participação de todos os profissionais de saúde no processo de capacitação de indivíduos e grupos populacionais, para que possam assumir a responsabilidade sobre seus problemas de saúde; o entendimento de que os sujeitos (técnicos e população) desse processo têm percepções diferentes sobre a realidade social e que essas devem ser o ponto de partida da ação educativa; a participação popular e o fortalecimento do papel do serviço de saúde.

Um dos objetivos da educação é tornar interior às pessoas uma cultura que as antecede. No entanto, essa cultura é colocada no singular, como se existisse apenas uma: a dominante. A educação em saúde tradicionalmente age nesse sentido, reduzindo os indivíduos a seres que devem se adaptar a essa cultura e às regras que ela impõe (BRANDÃO, 2002).

A educação em saúde não deveria ser normativa e centrada na culpabilização do educando e, sim, estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, sem nenhuma forma de coação ou manipulação. Isso significa que as informações sobre saúde e doença devem ser discutidas com os indivíduos e grupos populacionais para, a partir dessa reflexão, ser possível a opção por uma vida mais saudável (MARTINEZ, 2002).

Diversos órgãos internacionais recomendam a utilização de Educação em Saúde como instrumento de transformação das práticas inadequadas de saúde, seja em relação aos indivíduos como também aos próprios profissionais. Reforçando este

aspecto, diversos estudiosos opinam que o grande desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) firma-se na reorientação de novas práticas de saúde (BRASIL, 1994; MONTEIRO, 1995; BOOG, 1997).

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (COSTA; LÓPEZ, 1996).

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, Vasconcelos (1989; 1999) destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. A consideração do autor justifica-se pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. Para Mendes (1996), os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde.

Para Candeias (1997), há, no campo da promoção da saúde, uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida que garantam saúde. Desta forma, práticas educativas adquirem relevância e imperiosidade nas ações de saúde voltadas para este campo de ação. Essas práticas são o objeto das ações da educação em saúde, que tem como referenciais as concepções de saúde e de educação pautadas no desenvolvimento das potencialidades humanas, no potencial de transformação da realidade, sendo integrantes dos direitos fundamentais da pessoa humana.

A dimensão educativa é inerente aos processos de trabalho em saúde, seja ao nível da sua formalização nas práticas pedagógicas reconhecidas por sua delimitação ao espaço da escola ou dos serviços de assistência à saúde, mas também pela saúde e educação constituírem-se como práticas sociais que se articulam na vida de todo ser humano (BRASIL, 1993).

A Educação em Saúde, entendida como processo, visa capacitar os indivíduos a agir conscientemente diante da realidade cotidiana, com aproveitamento de experiências anteriores, formais e informais, tendo sempre em

vista a integração, continuidade, democratização do conhecimento e o progresso no âmbito social. Visa também a autocapacitação dos vários grupos sociais para lidar com problemas fundamentais da vida, tais como nutrição, desenvolvimento biopsicológico, reprodução, tudo isso no contexto de uma sociedade dinâmica (BEZERRA, 1986; VALENTE, 1986; LAVINSKY, 1988; PITTA, 1994; FREITAS, 1997; VASCONCELOS, 1997).

A Educação Nutricional visa a difundir os conhecimentos práticos da ciência da nutrição para os indivíduos, independente da sua condição sócio-econômica, conhecerem o valor nutricional das diversas partes dos alimentos e a técnica de utilizá-los em preparações, a fim de cobrir suas necessidades orgânicas. (TURANO; ALMEIDA, 1999).

À Educação Nutricional compete desenvolver 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 (BOOG, 2004).

Desde a sua origem, a prática educativa em nutrição tem sido pautada por processos verticais e autoritários, centrada em modelos prescritivos e biologicistas, menosprezando o diálogo, a autonomia do educando e os aspectos sócio-culturais que envolvem as práticas alimentares e a realidade (BOOG, 1997; LIMA et al., 2003; SANTOS, 2005; CASTRO et al., 2007).

A história da educação alimentar e nutricional no Brasil e o seu estreito vínculo com as políticas de alimentação e nutrição em vigência têm sido abordados por diferentes autores (VALENTE, 1986; BOOG, 1997; LIMA, 2000).

De 1940 a 1960, a educação alimentar e nutricional esteve vinculada às campanhas de introdução de novos alimentos e às práticas educativas que se tornaram um dos pilares das políticas de alimentação e nutrição do período (BOOG, 1997).

Lima (2000) ressalta que esse momento da educação alimentar e nutricional se fundamentou no mito da ignorância, fator considerado como determinante da fome e da desnutrição na população de baixa renda, o grupo destinatário dessas ações educativas. Assim, o desenvolvimento de instrumentos adequados, que ensinassem o pobre a comer, a fim de corrigir hábitos errôneos

nessas populações foi uma prioridade que caracterizava uma concepção de educação centrada na mudança do comportamento alimentar.

A partir de meados de 1970, o binômio alimentação-educação prevalecente começou a ceder espaço para o binômio alimentação-renda, resultado dos redirecionamentos das políticas de alimentação e nutrição traçadas no país, as quais, a partir de então, se pautavam no reconhecimento da renda como principal obstáculo para se obter uma alimentação saudável (LIMA, 2000).

Como decorrência, intensas críticas foram feitas à educação alimentar e nutricional que vinha sendo desenvolvida, avaliada como meio de ensinar ao pobre a comer alimentos de baixo valor nutricional (BOOG, 2004). Assim, as estratégias de suplementação alimentar passaram a ser o eixo norteador das políticas.

Importante contribuição para a discussão sobre novas perspectivas da educação alimentar e nutricional se consolidou em meados de 1980, com a educação nutricional crítica. Tal concepção identificava haver uma incapacidade da educação alimentar e nutricional em, de forma isolada, promover alterações em práticas alimentares. A educação nutricional crítica baseiava-se nos princípios da pedagogia crítica dos conteúdos, de orientação marxista, considerando que a educação nutricional não é neutra, como também não pode seguir uma metodologia prefixada. Nessa perspectiva, essa vertente da educação nutricional pressupunha assumir o compromisso político de colocar nossa produção técnica e científica a serviço do fortalecimento das classes populares em sua luta contra a exploração que gera a fome e a desnutrição (SANTOS, 2005).

Vale ressaltar que a educação nutricional crítica influenciou os conteúdos da disciplina educação nutricional, integrante dos currículos para formação de nutricionistas, fortalecendo a discussão sobre a determinação social da fome e da desnutrição e a relação desses fenômenos com o modelo de organização capitalista, em detrimento do enfoque biológico e técnico, como também dos métodos e técnicas educativas. Como conseqüência, passa-se a discutir a fome e não apenas a desnutrição, e a educação alimentar passa a contemplar não somente as práticas alimentares, pressupondo, também, a tarefa de esclarecer a população sobre os direitos de cidadania (SANTOS, 2005).

Lima et al. (2003) destacam que tal ênfase se projetou nos Congressos Nacionais de Nutrição de 1987 e de 1989, nos quais o predomínio da discussão política parece ter esvaziado a discussão da educação nutricional que não apareceu

no temários desses congressos. Apenas no congresso realizado em 1996 a temática da educação nutricional retorna ao cenário, dessa feita enfatizando a questão do sujeito, a democratização do saber, a cultura, a ética e a cidadania.

Essa perspectiva resultou em parte das discussões sobre segurança alimentar que integraram o cenário internacional e nacional nos anos 1990, concebendo a alimentação como um direito humano. As concepções de segurança alimentar têm sido muito mais abrangentes do que as ações de combate à fome e à desnutrição, como também têm impactado a formulação das políticas públicas em alimentação e nutrição no país. É nesse contexto que também emerge a concepção da promoção das práticas alimentares saudáveis, na qual a alimentação tem sido colocada como uma das estratégias para a promoção da saúde. Não parece haver dúvidas sobre a importância da educação alimentar e nutricional na promoção de práticas alimentares saudáveis. No entanto, as reflexões sobre suas possibilidades e limites, como também o modo como ela é concebida, ainda são escassas (SANTOS, 2005).

O papel da educação alimentar e nutricional está vinculado à produção de informações que sirvam como subsídios para auxiliar a tomada de decisões dos indivíduos que outrora foram culpabilizados pela sua ignorância, sendo posteriormente vítimas da organização social capitalista, e se tornam agora providos de direitos e são convocados a ampliar o seu poder de escolha e decisão. Sobre as decisões individuais, as políticas têm buscado a sua ampliação à medida que se fortalecem as políticas de promoção dos direitos humanos, ocupando um lugar que elas não tiveram na história. Se, por um lado, isso representa avanços na direção da alimentação como direito, por outro, emergem questões que precisam ser consideradas (SANTOS, 2005).

A centralidade das práticas educativas está na transmissão de mensagens consistentes, coerentes e claras, utilizando ao máximo os recursos tecnológicos de comunicação, garantindo o direito ao acesso à informação. Sendo assim, caberia questionar qual seria o lugar do profissional de saúde, em particular do nutricionista, nesse contexto. As habilidades e competências requeridas são mais de comunicadores do que de educadores, cujas bases teórico-científicas guardam particularidades próprias em cada campo. Os profissionais são vistos como veiculadores de informações, mais do que como sujeitos das ações educativas na promoção das práticas alimentares saudáveis. A centralidade da produção da

mensagem sobrepõe a relação dela com o indivíduo e com o profissional mediador dessa relação, que é, sobretudo, uma relação dialógica. A relação dialógica, por outro lado, não se pode conceber no momento em que os sujeitos não se apresentam no cenário da ação educativa, restando apenas a supremacia da mensagem (SANTOS, 2005).

De acordo com Rubim (1995), uma importante marca do mundo contemporâneo é o crescente papel da comunicação . O seu principal fundamento é o princípio da publicização, do tornar público, de tornar compartilhado na contemporaneidade. No entanto, a comunicação não pode ser vista como um mero potencializador da comunicação interpessoal. Na primeira não há um intercâmbio de mensagens, o diálogo conforme referido. É ainda importante marcar que publicizar informações, dar visibilidade aos fatos, não é necessariamente educar. São necessários mais elementos do que apenas a informação para subsidiar os indivíduos nas escolhas e decisões do que é mais significativo para as suas vidas.

As propostas de inclusão dos temas de segurança alimentar nos projetos pedagógicos escolares, nos diferentes níveis de ensino, podem contribuir para a instrumentalização dos indivíduos, permitindo aos sujeitos “navegarem” nesse mar de informações. No entanto, é necessário aprofundar o “como” tais “inclusões” se concretizariam. E arremata que seria importante considerá-las dentro das discussões político-filosóficas do ensino brasileiro, não reduzindo o tema à mera inclusão de conteúdos (SANTOS, 2005).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que existe uma inter-relação entre as três dimensões abordadas: promoção da saúde, hábitos alimentares e educação alimentar e nutricional.

A promoção da saúde vem ao longo de décadas tentando encontrar um norte de atuação que, no Brasil, desenvolveu-se na linha da educação com o objetivo de promover qualidade de vida, para isso utilizou-se da Estratégia Saúde da Família para promover saúde. Embora bastante discutido, somente em 2006 criou-se uma política que regulamenta e insere a prática de forma direta na comunidade. Ainda em um contexto de prática recente precisa ser constantemente aprimorado dentro da realidade nacional e de realidades loco regionais, considerando sempre os seus determinantes e condicionantes, quais sejam: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais e alimentação.

Sabe-se que a alimentação humana é influenciada pelos hábitos alimentares vigentes. Sua formação está intrinsecamente relacionada a fatores culturais, sociais, econômicos e psicológicos. O surgimento de várias patologias oriundas de uma má alimentação associada à tônica da promoção da saúde despertou as entidades governamentais para o desenvolvimento de programas voltados para a área de alimentação e nutrição, com o intuito de esclarecer para a comunidade a relevância e os benefícios da prática de bons hábitos alimentares.

Para tanto, torna-se imprescindível a educação alimentar e nutricional para esclarecer à comunidade a importância da prática da alimentação saudável para a prevenção de doenças e, conseqüentemente, a promoção da saúde. Mas, para gerar impacto positivo é necessário que seja aplicada de forma contínua e permanente, pelo Nutricionista. Dessa forma, faz-se necessário a inclusão desse profissional no PSF.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **O cotidiano dos trabalhadores de saúde em uma unidade sanitária.** Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUC RS, Porto Alegre, 1993.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, set. 2004.

ARAÚJO, F. M. **Ações de educação em saúde no planejamento familiar nas unidades de saúde da família no município de Campina Grande – PB.** 2004. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2004.

ARRUDA, B. K. G. **Padrões alimentares da população brasileira.** Brasília, DF: INAN, 1981, 64p.

_____. **Política alimentar e nutricional do Brasil** [documento técnico]. Brasília, DF: INAN, 1979.

ASSIS, A. M. O. et al. O Programa saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, v. 15, n. 3, p. 273-82, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DA ALIMENTAÇÃO. **Mercado brasileiro dos alimentos industrializados**, 2005. Disponível em: <http://www.anuarioabia.com.br/editorial_05.htm>. Acesso em: 20 nov. 2008.

BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família.** 2001. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

BEZERRA, A. Conversando com os agentes. **Cadernos de Educação Popular**, Rio de Janeiro, n.3, p.9-31, 1986.

BOOG, M. C. F. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 6, n. 13, p. 17-23, maio./ago. 2004.

_____. Educação nutricional: passado, presente e futuro. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 10, n. 1, p.5-19, jan./jun. 1997.

BRANDÃO, C. R. A educação popular na área da saúde. In.: Vasconcelos, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2001. p. 21-29.

_____. **A educação como cultura.** Campinas/SP: Mercado Aberto, 2002. 255 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 2006.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base.** Brasília, DF: FUNASA, 2007.

_____. Lei nº 808 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** 20 set. 1990.

_____. Lei nº. 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** 18 set. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde, Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses, Declaração do México.** Brasília, DF, 2001. 54 p.

_____. _____. **PSF: o que é PSF.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < <http://www.portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

_____. _____. _____. _____. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 200p. : Il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. **Vigilância de doenças não transmissíveis: política nacional de promoção da saúde.** Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 20 dez. 2008a.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163–177, 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, n. 31, p. 209-21, 1997.

CASTRO, A. A. Formulação da pesquisa. In: CASTRO, A. A. **Revisão sistemática com e sem metanálise.** São Paulo: AAC, 2001. Disponível em: <<http://www.metodologia.org>>. Acesso em: 10 dez. 2008.

CASTRO, A. M. **Josué de Castro.** Disponível em: <<http://www.josuedecastro.com.br/port/index.html>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

CASTRO, I. R. R. et al. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 20, n. 6, p. 571-588, dez. 2007.

_____. **Educación para la salud.** Madri: Paz e Terra, 1987.

_____. _____. Madrid: Pirâmide, 1996. p.25-58.

FELDENS, C. A.; VILOLO, M. R. Hábitos alimentares e saúde bucal na infância. In: VITOLLO, M. R (ed.). **Nutrição: da gestação ao envelhecimento.** Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

FERNANDEZ, J. C. A. et al. Promoção da saúde: elemento instituinte?. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 1, p.153-164. mar. 2008.

FLORES, O. **A prática de saúde enquanto uma prática educativa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2008?].

FREIRE, P. **Como trabalhar com o povo.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. Mimeo.

_____. **Educação e mudança.** 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 184 p.

FREITAS, M. C. S. Educação nutricional: aspectos sócio-culturais. *Rev. Nutr. da PUCAMP*, Campinas, v. 10, n. 1, p. 45-49, 1997.

GIRADE, H. A.; DIDONET, V. (cords.). **O município e a criança de até 6 anos: direitos cumpridos, respeitados e protegidos**. Brasília, DF: UNICEF, 2005.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Secretaria de Estado de Direitos Humanos. **A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação no Brasil**. Brasília, DF: Ministério das Relações Exteriores, 2002. 65p.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: I período de 1940 a 1964. *Rev. Nutr.*, v. 1, n. 2, p. 87-138, 1988.

LAVINSKY, L. **Saúde: informações básicas**. Porto Alegre: Universitária UFRGS, 1988.

LIMA, E. S. et al. Educação nutricional: da ignorância alimentar à representação social na pós-graduação do Rio de Janeiro, 1980-1998. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 604-635, maio./ago. 2003.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

LUZ, M. (org.). VI Seminário do Projeto de Racionalidades Médicas. **Série de Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 140, 1996.

MARTINEZ, A. G.; CARRERAS, J. S.; HARO, A. E. **Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida**. Madrid: Arán Ediciones, 2000.

MAZZINI, I. A alimentação e a medicina no mundo antigo. In: MONTANARI, M. (org.). **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1996. p. 254-263.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social na saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDONÇA, G. F. Educação em saúde: um processo educativo. In: **Encontro Estadual de Experiências de Educação e Saúde**. Porto Alegre, 1982.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). *Rev. Saúde Pública*. v. 28, n. 6, p. 433-9, 1994.

MONTEIRO, C. A. (org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MOURA, A. C. S.; GONÇALVES, A; CÔRREA, C. R. S. **Atividade física na capacitação de agentes comunitários: a experiência na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Santa Mônica – Campinas-SP.** In: FÓRUM BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E CIÊNCIAS DO ESPORTE EDUCAÇÃO FÍSICA, ESPORTE E LAZER: DA PESQUISA A INTERVENÇÃO, 2002, Viçosa, MG. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/fef/grupos/gsceaf/gp902.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002. 1 CD.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Documento preliminar para a “Estratégia Global em Dieta, Atividade Física e Saúde. In: **Prevenção integrada de doenças não comunicáveis.** Genebra, 2003. Disponível em: <<http://www.fomezero.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

PHILIPPI, S. T. Educação nutricional e pirâmide alimentar. In: PHILIPPI JR, A.; PELICIONI, M. C. F. **Educação ambiental e sustentabilidade.** Barueri, SP: Manole, 2004. p. 813-825.

PHILIPPI, S. T. et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 65-80, jan./mar. 1999.

PINHEIRO, A. R. O. **A promoção da alimentação saudável como instrumento de prevenção e combate ao sobrepeso e obesidade.** Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/obesidade_2004.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2008.

PITTA, A. M. R. **A comunicação, serviço de saúde, populações: modelos explicativos e desafios a partir de discussões recentes.** p.126. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

RICHTER, M. B. Referência a Alma-Ata: um pouco de história. **Revista Saúde Comunitária**, n. 4, p. 1. set./out. 1997.

RUBIM, A. A. C. Comunicação e contemporaneidade: aspectos conceituais. In: REDE IDA/BRASIL. **Informação e comunicação em saúde.** Brasília, DF: Fundação Kellogg, 1995.

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

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev. Nutr.** v. 18, n. 5, p. 681-92, 2005.

SAVIANE, D. **Escola e democracia**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

SHEIHAM, A. Mudança necessária na política de saúde bucal brasileira: “o pulo do gato”. **Jornal do Site Odonto**, n. 45, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/aubrey/artaubrey46.htm>>. Acesso em: 4 dez. 2008.

SILVA, D. O. et al. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1367-1378, 2002.

SILVEIRA, J. L. G. C; CAMPOS, M. L. C.; BERNDT, R. L. **Educação em saúde como estratégia para o controle social em saúde**: pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada. João Pessoa, v. 6, n. 1, p. 29-34, jan./abr. 2006.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354 – 1360, set./out. 2004.

VALENÇA, A. M. G. A prática educativa em saúde: uma reflexão. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, João Pessoa, v. 5, n. 2, p. 101-102, maio./ago. 2005.

VALENTE, F. L. S. Em busca de um educação nutricional crítica. In: _____. **Fome e desnutrição: determinantes sociais**. São Paulo: Cortez, 1986.

_____. Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada. **Rev. Nutr.** v. 10, n. 2, p. 20-36, 1997.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, F. A. G. Combate a fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Rev. Nutr.** v. 18, n. 4, p. 439-57, 2005.

APÊNDICES

