MARIA CRISTINA FABER BOOG

**Educação Nutricional
em Serviços Públicos de Saúde:
busca de espaço para ação efetiva**

Orientadora: Profa. Dra. ISABEL M. T. B. PEREIRA

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

1996

MARIA CRISTINA FABER BOOG

Boog

6

**Educação Nutricional
em Serviços Públicos de Saúde:
busca de espaço para ação efetiva**

Orientadora: **Profa. Dra. ISABEL M.T.B. PEREIRA.** Tese apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da U.S.P. para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

1996

Agradecimentos

Uma tese é um tecido novo constituído por fios cujas origens se perderam no tempo. Se pudéssemos analisar cada “linha”, encontraríamos fios que nos foram oferecidos por antigos mestres, colegas de turma, companheiros de trabalho, alguns ex-alunos, clientes, pacientes, amigos.

Não crescemos sozinhos. Crescemos no cotidiano do trabalho comprometido com a superação dos obstáculos à vida – à vida plena.

Assim sendo, muitos nomes poderiam ser citados, mas uma lista tão grande seria inadequada ao momento. Por isso, vou ater-me ao círculo mais imediato de pessoas e grupos que diretamente participaram deste trabalho.

Meus agradecimentos

à Professora Doutora Isabel M.T.B. Pereira, pelo clima de liberdade e confiança na relação orientador-orientando, que permitiu a expressão deste trabalho;

à Professora Doutora Solange L'Abbate, pela produtiva discussão do projeto e constante estímulo ao longo de seu desenvolvimento;

às equipes da Policlínica II da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e do CECOM- Centro de Saúde da Comunidade da UNICAMP, pelo convívio do qual venho desfrutando;

aos médicos, médicas e enfermeiras que consentiram em conceder entrevistas, cujas experiências, idéias e percepções constituem a essência básica deste trabalho;

ao Ricardo Schwingel, pelo cuidadoso trabalho de transcrição das fitas e digitação do texto;

ao Guilherme Faber Boog, pela diagramação final da tese;

aos funcionários da biblioteca, pela sua atenção e, particularmente, à Maria Lúcia de Faria Ferraz, pela cuidadosa revisão das referências bibliográficas;

à CAPES e CNPq, cuja bolsa nos biênios 1992/3 e 1994/5, respectivamente, viabilizaram a realização deste estudo.

Ao

Emílio,

Guilherme (novamente), Ana Carolina e Jorge Henrique,

e a meus pais,

Nilo e Irene,

meu especial agradecimento pelo apoio, carinho e compreensão.

Resumo

O estudo refere-se a uma pesquisa que teve por objetivo discutir a implementação de atividades de Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde, através da visão dos profissionais que tradicionalmente atuam nesses serviços: médicos e enfermeiros. Utilizou-se o método da pesquisa-ação descrito por Thiollent, o qual pressupõe uma intervenção do pesquisador na realidade e a proposta de aumentar o conhecimento e a consciência dos sujeitos pesquisados a respeito da problemática estudada. Os resultados descrevem: a construção do saber sobre Nutrição através das Instituições formadoras, Instituições profissionais e vivência profissional; a conduta adotada face aos problemas relativos à alimentação no cotidiano profissional em contraposição ao enfrentamento dos mesmos no cotidiano pessoal; a percepção dos profissionais acerca das atividades de Educação Nutricional, segundo a conceituação de educação/orientação, tipificação de papéis profissionais e processo de institucionalização; a visão dos profissionais relativa à Educação Nutricional frente a situações contraditórias: problema clínico *versus* problema alimentar, nutrição *versus* renda e problemas de saúde emergentes no Brasil: doenças crônico-degenerativas. Nas considerações finais são apresentadas propostas norteadoras de ações futuras visando a institucionalização da prestação deste serviço e o desenvolvimento da Educação Nutricional no âmbito do ensino e da pesquisa.

Abstract

This work concerns a study that had as its objective the discussion of the implementation of Nutritional Education activities in Public Health Services by means of the point of view of the professionals who take part in these services: doctors and nurses. The action-research method described by Thiollent was used. This method presupposes an intervention of the researcher in reality and proposes increasing the understanding and awareness of the problem studied on the part of the subjects involved in the study. The results describe: the construction of knowledge about Nutrition by means of educational and professional institutions and professional life; the behaviour adopted in the face of problems relating to food practices in daily professional living in contrast to facing the same problems in daily personal living; the perception of professionals about activities of Nutritional Education according to education/orientation conceptualisation, typography of professional roles and the process of institutionalisation; the view of the professional regarding Nutritional Education when confronting contradictory situations like clinical problems *versus* alimentary problems, nutrition *versus* income and emerging health problems in Brazil such as chronic-degenerative illnesses. The final considerations present orientating proposals for future action seeking the institutionalisation of offering this service and the development of Nutritional Education in the sphere of teaching and research.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	7
RELATO DA EXPERIÊNCIA PESSOAL DA AUTORA	10
JUSTIFICATIVA	16
O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	24
I. INTRODUÇÃO.....	28
1. ABORDAGENS DO PROCESSO EDUCATIVO.....	29
2. OS ORGANISMOS INTERNACIONAIS E A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL	40
3. CONCEPÇÕES E ENFOQUES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL.....	62
4. PROBLEMATIZAÇÃO.....	70
5. OBJETIVOS	72
II - METODOLOGIA	73
1. BUSCANDO ESTRATÉGIAS DE APROXIMAÇÃO.....	74
2. METODOLOGIA: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO MÉTODO	76
2.1. <i>Opção pelo método da pesquisa-ação</i>	78
3. INTERVENÇÃO ATRAVÉS DE AÇÕES PLANEJADAS	83
3.1. <i>Aconselhamento Dietético para Atendimento Individual</i>	83
3.2. <i>Trabalho com Grupos Educativos</i>	88
3.3. <i>Assessoria</i>	89
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	90
4.1. <i>Etapas do trabalho de campo</i>	90
4.1.1. Escolha do local	90
4.1.2. Período.....	91
4.1.3. Fase exploratória	91
4.1.4. Observação Sistemática	92
4.1.5. Prestação de serviço	92
4.1.6. Entrevista.....	93
4.1.7. Escolha dos sujeitos.....	95
4.1.8. Discussão dos resultados preliminares com os sujeitos	96
4.2. <i>Análise dos dados</i>	96
4.2.1. Transcrição das fitas.....	96
4.2.2. Leitura do material	96
4.2.3. Classificação do material	97
4.2.4. Critérios de análise.....	97
4.2.5. Teorização.....	99
III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	100
1. CONSTRUÇÃO DO SABER SOBRE NUTRIÇÃO	108
1.1. <i>O papel das Instituições formadoras</i>	110
1.2. <i>A construção do conhecimento sobre Nutrição na vivência profissional</i>	115
1.3. <i>As Instituições profissionais</i>	118
1.4. <i>Discussão</i>	122
2. OS DESAFIOS DO COTIDIANO.....	127
2.1. <i>Cotidiano profissional: "na prática é um probleminha delicado..."</i>	130
2.2. <i>Cotidiano pessoal: "Ai meu Deus, é complicado, né?"</i>	139
2.3. <i>Discussão</i>	148
3. A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	151
3.1. <i>Educar ou orientar</i>	156
3.2. <i>Percepção de papéis</i>	166
3.3. <i>Da aceitação à institucionalização: um árduo percurso</i>	174
3.4. <i>Discussão</i>	183

4. ESPAÇO PARA A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL: ESPAÇO DE CONTRADIÇÕES	187
4.1. Problema “clínico” x Problema “alimentar”	190
4.2. A eterna polêmica: Nutrição x Renda	196
4.2.1. Opiniões sobre a “Ação de Cidadania Contra a Miséria e pela Vida”	196
4.2.2. Ensinar o quê, a quem tem fome?	202
4.3. Apesar da fome, um país de obesos	207
4.4. Discussão	217
IV. CONCLUSÕES	221
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	225
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	230
ANEXO I - ROTEIRO DA ENTREVISTA	244
ANEXO II - “DISCUTINDO NUTRIÇÃO”	247
ANEXO III - LEI FEDERAL Nº 8.234/91	293
ANEXO IV - SIGLAS USADAS NO TRABALHO	295
ANEXO V - CRITÉRIOS ADOTADOS PARA TRANSCRIÇÃO	297

Apresentação

Apresentação

O trabalho se inicia com um “Relato da experiência pessoal da autora”, que foi aqui colocado com a finalidade de situar o leitor no contexto em que ele foi gerado.

Em seguida é apresentada a “Justificativa”, na qual são expostos argumentos relativos aos motivos que apontaram para o caminho tomado na concepção do projeto.

O “Referencial teórico-metodológico”, extraído do campo da sociologia, foi o substrato básico para a seleção do material que veio constituir o arcabouço teórico relativo especificamente à Educação Nutricional e ao método empregado. Este arcabouço teórico específico da Educação Nutricional é desenvolvido na “Introdução”, por intermédio de cinco capítulos: o primeiro descreve as “Abordagens do processo educativo” de forma geral; no segundo é apresentada uma resenha de textos da Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana da Saúde sobre Educação Nutricional publicados desde 1951, seguida por uma análise crítica das linhas adotadas, feita à luz do exposto no capítulo anterior; no terceiro são apresentadas concepções de Educação Nutricional. Tendo o conteúdo destes três capítulos como arcabouço teórico e os argumentos apresentados na justificativa como desafios para o conhecimento, no capítulo quatro - “Problematização” - são expostos os questionamentos que delinearam a formulação dos “Objetivos” - apresentados no capítulo cinco.

A segunda parte do trabalho - “Metodologia” - se inicia com o capítulo “Buscando estratégias de aproximação”, no qual se procura explicitar ao leitor quais eram as exigências metodológicas para tratar a temática escolhida. No capítulo seguinte - “Metodologia: processo de construção do método” - é apresentado o método eleito - “pesquisa-ação” - bem como as adaptações feitas a ele a fim de ajustá-lo à situação que o trabalho de campo exigia. No terceiro são descritas as atividades que a autora desenvolveu em campo. Em seguida são descritos os “Procedimentos metodológicos” relativos à coleta e análise dos dados.

A parte de resultados e discussão foi estruturada em torno de quatro grandes eixos aglutinadores: “Construção do saber sobre Nutrição”, “Os desafios do cotidiano”, “A Educação Nutricional nos Serviços Públicos de Saúde” e “Espaço para Educação Nutricional - Espaço de

contradições”. Cada um deles é constituído por sub-capítulos e é encerrado com uma discussão na qual se procurou articular os resultados com as teorias apresentadas sobre Educação Nutricional, expandindo a teorização para outros referenciais teóricos conforme a análise assim o exigisse.

No capítulo seguinte, foram sucintamente expostas as principais conclusões.

O trabalho se encerra com “Considerações finais” relativas a três aspectos: avaliação da consecução dos objetivos do trabalho, estabelecimento de linhas norteadoras de ações futuras e avaliação do método empregado.

*“A verdadeira viagem de descobrimento
não consiste em buscar novas paisagens,
mas novos olhos.”*

Marcel Proust

Relato da experiência pessoal da autora

Relato da experiência pessoal da autora

O interesse pelo campo da Educação em Saúde sempre acompanhou minha formação e carreira de nutricionista, mas algumas etapas desta trajetória foram particularmente decisivas na escolha de um campo específico de estudo para o curso e a tese de doutorado.

A primeira delas relacionou-se ao fato de que, ao me formar, escolhi trabalhar na Secretaria de Estado da Saúde porque, durante todo o curso de graduação, alimentei o desejo de trabalhar em Saúde Pública, pois esta área sempre me atraiu mais do que o campo hospitalar e o de refeições coletivas que, à época, constituíam o mercado de trabalho do nutricionista.

A constatação de dois fatos marcou minha passagem de cinco anos pela Secretaria de Estado da Saúde: o primeiro foi a inexistência de qualquer programa que justificasse a contratação de dezessete nutricionistas, entre os quais eu me incluía, e o segundo foi o impacto causado por esta contratação entre os técnicos da Secretaria, que não viam razão para a contratação de nutricionistas. Inexperiente, recém-formada, me perguntava: afinal, quais foram os propósitos que nortearam minha formação, de vez que parecia não haver espaço para nós, nutricionistas, em uma Secretaria de Saúde e questionava-me, sobretudo, acerca da aplicabilidade dos conhecimentos de Educação em Saúde, pelos quais eu tanto me interessara. Com o passar do tempo, os interesses que levaram àquela necessidade de assimilação do profissional nutricionista pela Secretaria em circunstâncias tão inadequadas, foram se clareando naturalmente, porém, mais de vinte anos passados, o cargo de nutricionista continua a inexistir na maioria das Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde, o que parece demonstrar que ainda permanece obscuro o papel deste profissional junto aos Serviços Públicos de Saúde.

A segunda etapa foi a dissertação de mestrado “Conhecimentos, atitudes e práticas alimentares de jovens diabéticos”, sob a orientação competente e amiga da Prof. Dra. Ruth Sandoval Marcondes, quando tive a oportunidade de estudar como o hábito alimentar do grupo familiar influenciava as práticas alimentares de diabéticos jovens. Este trabalho levou-me à compreensão de quatro questões básicas relativas à Educação Nutricional: em primeiro lugar entendi que a Educação Nutricional oferece instrumental teórico-prático à compreensão global da problemática vivenciada pelas pessoas que necessitam seguir dietas com características

diferenciadas da alimentação normal do grupo familiar; em segundo lugar percebi o importante papel que a educação desempenha no controle do diabetes e de outras enfermidades que exigem do paciente mudança de práticas alimentares; em terceiro lugar, compreendi a importância da busca de formas alternativas de trabalhar esta questão envolvendo a família, o que, além de melhorar o controle do diabetes no jovem, contribui positivamente para a melhoria dos hábitos alimentares do grupo familiar; e, em quarto lugar, sedimentou o entendimento do sólido entrelaçamento que existe entre Nutrição Clínica e Educação Nutricional.

A terceira etapa marcante foi a co-autoria do livro “Educação Nutricional: planejamento, execução e avaliação de programas”, em conjunto com a Nutricionista Denise Giacomo da Motta. Este livro já foi reeditado duas vezes e, a despeito de sabê-lo superado em vários aspectos, permanece o fato de que, em dada época, ele preencheu uma lacuna, sistematizando o conteúdo básico necessário à disciplina Educação Nutricional, integrante do ciclo profissional dos cursos de Nutrição. Para a segunda edição foram feitas algumas modificações que refletiram a experiência que eu vinha vivenciando como docente na Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCAMP.

Quando ingressei na PUCCAMP, supervisionei estágio na área de Saúde Pública. O grande número de alunos e a escassez de campos, principalmente nesta área, obrigava os docentes a lançar mão de estratégias variadas para proporcionar aos alunos experiência de trabalho com comunidades, como a de desenvolver atividades de Educação Nutricional com crianças, em barracão comunitário na favela do Flamboyant, em Campinas. Foi um período de profundo questionamento sobre a perspectiva do trabalho educativo, nesta área, o que ensejou a publicação de dois trabalhos (BOOG, 1987a; BOOG, 1987b) nos quais analisei a perspectiva acadêmica e a perspectiva comunitária dessa experiência.

Na época, o Prof. Paulo Freire prestava assessoria à PUCCAMP, o que permitiu contatos pessoais com ele, além de participação em vários seminários por ele conduzidos. Esta experiência propiciou reflexão sobre o caráter político da educação.

Já antes de ir para a PUCCAMP, havia descoberto nas obras do Prof. Rubem Azevedo Alves, a possibilidade de uma abordagem da educação com uma perspectiva diferente de tudo que eu vira, ouvira e lera até então. Impressionou-me, sobremaneira, o tom poético com que

trata vários assuntos, ao mesmo tempo em que manifesta em seus textos uma crítica social profunda e violenta, assim como combate certos dogmatismos científicos. Foi a leitura de seus textos que me levou a iniciar este trabalho relatando alguns episódios da minha trajetória profissional e a utilizar, na redação da tese a primeira pessoa e não o impessoal. Diz este Autor que “falar no impessoal, sem sujeito, não passa de uma consumada mentira, um passe de mágica que procura fazer o perplexo leitor acreditar que não foi alguém muito concreto que escreveu o texto, mas antes um sujeito universal, que contempla a realidade fora dela” (ALVES, 1984)¹.

Ao assumir a disciplina Educação Nutricional do Curso de Nutrição da PUCCAMP, procurei, sobretudo nos últimos anos em que ministrei a disciplina, ampliar a discussão sobre aspectos conceituais e filosóficos, com o intuito de ultrapassar uma visão estritamente pragmática da educação. Este trabalho vem consolidar os esforços feitos nesse sentido.

Ao longo dos vários anos que dediquei à docência nesta disciplina, pude constatar a quase inexistência da atividade de Educação Nutricional nos Serviços Públicos de Saúde, o que suscita um questionamento crítico acerca dessa ausência. O fato de algumas empresas estarem desenvolvendo iniciativas nesse campo e a contingência de encontrar-se experiências positivas, porém isoladas, dentro do próprio sistema público de saúde, não parece suficiente, pois minha formação em Saúde Pública leva-me a indagar sobre as causas da incipiente assimilação do profissional nutricionista pelos Serviços de Saúde.

A despeito do quadro pouco alentador, uma experiência pessoal me motivou a insistir em prestar uma contribuição àqueles que atuam neste controvertido campo da Educação Nutricional. Ao longo dos três últimos anos anteriores ao início do curso de Doutorado, eu vinha desenvolvendo atividades de orientação nutricional junto ao GRÃO - Grupo de Apoio ao Ostomizado², da Policlínica II, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Face à boa receptividade que este trabalho obteve, eu recebi solicitações para estendê-lo a outros serviços. Via de regra os ostomizados não necessitam dietas especiais, fato que os coloca em situação semelhante a qualquer outra pessoa em termos de necessidades alimentares. Por outro lado, o

¹ ALVES, R.A. *Conversas com quem gosta de ensinar*. 8^a. São Paulo, Cortez, 1984. Ver especialmente o capítulo: Sobre o dizer honesto - Acordar. p. 27-47.

² Ostomizado - pessoa que se submeteu a uma cirurgia na qual se faz uma abertura artificial no organismo; quando localizada no abdomen, tem por finalidade desviar o trânsito intestinal ou urinário.

trauma da cirurgia e da própria condição de ostomizado, leva-os à necessidade de uma reorganização total da vida, inclusive do ponto de vista alimentar, motivo pelo qual buscam a orientação. As peculiaridades deste atendimento permitem caracterizar esta atividade muito mais como de Educação Nutricional, do que de Dietoterapia.

A pressuposição de que o saber relativo ao campo da Educação Nutricional deve ser colocado à disposição da sociedade, pressuposição esta que justifica a existência da disciplina Educação Nutricional nos cursos de Nutrição e a perplexidade perante uma perspectiva sombria de que tal projeto se torne realidade, levaram-me a conceber a presente investigação.

Será esta área de conhecimento totalmente inútil frente às precárias condições de existência na qual sobrevive a grande maioria da população brasileira? Será o seu conteúdo desprovido de qualquer potencial para resolver problemas de saúde? Ou são obstáculos inerentes à própria dinâmica das instituições que impedem que se desenvolva um trabalho de Educação Nutricional? Estas são algumas das questões que conduziram a este estudo.

Outra etapa que marcou significativamente minha carreira foi o ingresso no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, quando tive oportunidade de participar de curso sobre “Holismo e Saúde”, que me ofereceu uma nova visão para repensar tanto a saúde como a educação. Cursei disciplinas de pós-graduação nessa área e venho buscando aprender mais sobre a temática do holismo, que propõe uma integração e um intercâmbio dinâmico entre as ciências exatas, humanas, a arte e a tradição. Foi profundamente enriquecedor, ao mesmo tempo que inquietante, conhecer cientistas de várias Universidades, e profissionais altamente gabaritados, voltarem-se a esta nova abordagem da ciência, a outros paradigmas científicos.

Ingressando no curso de Doutorado, três pensamentos me impulsionaram sobre o rumo a tomar: o primeiro referia-se à escolha da Educação em Saúde como campo de estudo e pesquisa; o segundo, à necessidade de retomar a preocupação com a Educação Nutricional no âmbito dos Serviços Públicos de Saúde; o terceiro foi de buscar, no curso de Doutorado, os conhecimentos de cuja falta mais me resenti ao longo de minha trajetória profissional e acadêmica. Busquei, então, ampliar a fundamentação teórica da educação, sobretudo buscando suas raízes na filosofia. A maioria das disciplinas que fiz não tinham caráter prático nem imediatista, e parece que

justamente aí é que residia o seu encanto e o seu valor. O ingresso no curso de Doutorado me levou a um retorno às raízes, ou seja, à mesma Instituição onde cursei Graduação, Especialização em Saúde Pública e Mestrado. O que me moveu não foi o desejo de descobrir fórmulas eficazes para resolver problemas imediatos, mas preservar todas as experiências vividas e, mediante uma reflexão profunda, transformá-las em ferramentas futuras.

Justificativa

Justificativa

Os cursos de Nutrição foram implantados no Brasil nas décadas de 1930 e 1940 (BOOG e cols, 1988a). O primeiro curso foi criado em São Paulo em 1939, por iniciativa do Prof. Geraldo Horácio de Paula Souza, junto ao Instituto de Higiene, órgão este que somente seis anos mais tarde seria incorporado à Universidade de São Paulo, e que hoje se constitui na Faculdade de Saúde Pública da USP³.

O segundo curso nasceu em 1943, na cidade do Rio de Janeiro, por iniciativa de Dante Costa, diretor do Serviço de Alimentação da Previdência Social, que foi a primeira Instituição brasileira a trabalhar na área de política de alimentação (L'ABBATE, 1988).

O interesse pela ciência da nutrição nesta época era observado em vários países e alguns cientistas brasileiros, médicos nutrólogos, trouxeram para cá tal preocupação. Segundo L'ABBATE (1988), destacaram-se, no Rio de Janeiro, Annes Dias, Josué de Castro, Peregrino Júnior, Seabra Velloso, Silva Mello e Alexandre Moscoso. Em São Paulo, Paula Santos e Dutra de Oliveira.

O interesse dos cientistas em estudar as condições alimentares da população, encontrou eco junto ao poder político da era Vargas, que via na atuação destes cientistas uma contribuição importante ao seu projeto político (BARBOSA, 1983).

Dentre os cientistas destacados, foi indubitavelmente Josué de Castro que deixou marcas mais duradouras neste campo. L'ABBATE (1982) ressalta o fato de ter sido ele “homem de ciência e ação”, pois além de ter conseguido, a partir de sua formação científica e acadêmica, sistematizar o problema da fome e da miséria, dentro de uma abordagem ampla que contemplou aspectos históricos, geográficos, econômicos e culturais, que pode ser difundida através de sua extensa produção científica e literária em vários outros países além do Brasil, atuou à frente de instituições como Sociedade Brasileira de Alimentação, Comissão Nacional de Alimentação, Conselho da Organização para a Alimentação e a Agricultura das Nações Unidas - FAO,

³ CAVALCANTI, M.L.F. O Departamento de Nutrição como unidade formadora. In: Painel - O papel do Departamento de Nutrição na formação do nutricionista. s.d.

Associação Internacional de Luta Contra a Fome - ASCOFAM - e Associação Internacional das Condições de Vida e Saúde.

Segundo L'ABBATE (1982), Josué de Castro foi um defensor do planejamento econômico e da reestruturação agrícola para solucionar o problema da fome, mas não descartou o papel da educação, que ele via como necessária não só para a formação de bons hábitos alimentares, mas de maneira mais abrangente, desenvolvendo, por exemplo, rudimentos de economia agrícola e o amor à terra. A sua crença no poder da educação pode ser bem avaliada nestas palavras: *“Enquanto alguns apregoam que para salvar o país se faz necessário a reeducação das elites, aparentemente tão desviadas de seus deveres cívicos, de dirigir a vida pública, eu sou daqueles que acreditam que a nossa salvação está muito mais na educação adequada das massas, no seio das quais se encontram enormes reservas humanas até hoje deixadas à margem da ação política e social pela falta de recursos educacionais adequados e melhor distribuídos”* (CASTRO, 1983).

Entretanto, o que era feito na prática, não necessariamente correspondia a esta forma de entendimento da questão. A Educação Nutricional era realizada, entre outras maneiras, por “Visitadoras de Alimentação”, cujo trabalho consistia em visitar cada casa durante quatro semanas, uma visita por semana, realizando a educação alimentar na sala de jantar e na cozinha. Em relatórios de visitadoras há referências de que esta prática era violentamente repudiada por alguns cidadãos que nela viam uma invasão de privacidade (COSTA, 1963).

Dante COSTA (1963) propunha um programa do qual constariam inclusão de aulas práticas de alimentação na escola primária, criação da cadeira de Nutrição e Dietética em todas as Escolas Normais e festas periódicas dedicadas à alimentação. A educação era vista como o único caminho para a superação dos problemas de toda ordem, inclusive os de alimentação.

Na década de quarenta, a orientação nutricional da população trabalhadora gozava de *status* privilegiado e era vista como um dos pilares dos programas governamentais de proteção ao trabalhador. A Educação Nutricional nasceu, portanto, com a perspectiva de ser uma alavanca que determinaria mudanças significativas nas condições de alimentação da população trabalhadora. CASTRO & PELIANO (1985) afirmam que *“desde sua origem, a política alimentar no Brasil foi centrada no binômio ALIMENTAÇÃO-EDUCAÇÃO”*.

No pós-guerra, a USAID - United States Agency for International Development - lança os programas de ajuda alimentar internacional, mediante os quais o governo brasileiro se vê na contingência de usar estratégias “educativas” para induzir alguns grupos da população a consumirem os alimentos fornecidos pelos programas. Na realidade, tais programas tinham por objetivo aliviar os excedentes agrícolas americanos afim de manter o preço dos cereais no mercado internacional e a Educação Nutricional foi chamada a intervir visando induzir a população a comer não aquilo que desejava ou mais precisava, mas aquilo que legitimaria o recebimento dessa ajuda externa.

Nas décadas de cinquenta e sessenta, vemos a Educação Nutricional ligada sobretudo às campanhas que visavam a introdução da soja na alimentação. Novamente se privilegiava o interesse econômico, por ser a soja produto de exportação, em detrimento da preferência nacional pelo feijão. Neste período a educação se voltava também para a utilização dos produtos obtidos mediante o convênio MEC-USAID (CASTRO & PELIANO, 1985).

Após a instauração do regime militar em 1964, as políticas de alimentação no I e II Planos Nacionais de Desenvolvimento foram norteadas pelo pensamento técnico - científico. As medidas adotadas privilegiaram a suplementação alimentar, a racionalização do sistema produtor de alimentos e as atividades de combate às carências nutricionais específicas (L'ABBATE, 1989). O paradigma social foi substituído pelo paradigma técnico que procurou racionalizar as atividades de produção de alimentos e suplementação alimentar, atribuindo exclusivamente aos técnicos que trabalhavam sob a égide do “Estado autoritário” em estreita colaboração com o setor produtivo, a decisão acerca dos programas sociais. A indústria de alimentos interessava-se sobremaneira na pesquisa de tecnologias e produção de “novos alimentos” que o Estado se propunha a adquirir para distribuir nos programas de suplementação alimentar.

A década de setenta trouxe outras modificações neste cenário. Trabalhos realizados por economistas (ALVES, 1977), e sobretudo o Estudo Nacional de Despesa Familiar - ENDEF, mostraram que o principal obstáculo à alimentação adequada é a renda, e que somente transformações estruturais no modelo econômico teriam efetivamente poder de resolutividade frente aos problemas alimentares. Em decorrência disso, como muito bem referem CASTRO &

PELIANO (1985), o binômio ALIMENTAÇÃO/EDUCAÇÃO foi substituído pelo binômio ALIMENTAÇÃO/RENDAS, e os programas de educação alimentar partem para o “exílio”.

Porém, entre a ingênua perspectiva de resolver o problema da fome e da desnutrição através da educação e a atitude de cruzar os braços frente a qualquer problema alimentar, concentrando todos os esforços apenas na luta por transformações estruturais, persiste a demanda pela Educação Nutricional como recurso para a Nutrição Clínica e Dietoterapia. A necessidade de tratamento para várias enfermidades existe independentemente do modelo econômico, e para muitas delas a Dietoterapia é requerida como tratamento básico ou coadjuvante. Entre os extremos, configura-se o campo da Educação Nutricional, objeto do presente estudo, o qual nunca partiu definitivamente para o “exílio”.

As experiências documentadas sobre programas e atividades de Educação Nutricional no Brasil são em número exíguo e raríssimas as iniciativas junto a Serviços de Saúde Pública. Encontra-se referência à implantação de Serviços de Nutrição junto a ambulatórios (CAMARGO & VEIGA, 1989; CAMARGO, 1984; JORGE, 1983; KITAYAMA e cols, 1995; NAJAS e cols., 1992; SILVA, 1984; TAKAHASHI, 1983), mas estes trabalhos nem sempre fazem referência específica a propostas educativas.

MODESTO (1980), em estudo sobre o mercado de trabalho do nutricionista, realizado nos anos de 1978/9, verificou que apenas 5,6% dos profissionais exerciam suas atividades no campo da Saúde Pública. BOOG e cols. (1988b), encontraram entre os egressos do curso de Nutrição da PUCCAMP - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 6,3% trabalhando em Saúde Pública, incluídos aí os da área de Merenda Escolar, cuja atuação se dá sobretudo no âmbito do fornecimento de alimentação. Se por um lado, o número de nutricionistas trabalhando em Saúde Pública não tende a crescer, por outro nada há também que indique algum interesse crescente pelos serviços de Educação Nutricional.

A década de oitenta foi marcada por uma nova vertente, a qual me refiro como vertente da “Avaliação Nutricional”, que buscou mensurar o problema nutricional, valendo-se sobretudo de técnicas de antropometria que foram muito aperfeiçoadas ao longo deste período. Mobilizados pela intenção de denunciar os problemas nutricionais, cientistas e técnicos de várias universidades e instituições de pesquisa empenharam-se em estudos científicos de Avaliação Nutricional. Estes

estudos têm permitido caracterizar o problema, e suas conclusões mais amplas apontam sempre para a necessidade de reformas profundas na estrutura social, econômica e política.

Em palestra proferida no Simpósio Latino-Americano de Nutrição, realizado em São Paulo, BEHAR (1991) fez um histórico e uma avaliação crítica dos diversos programas de Nutrição, que durante décadas foram aplicados em países da América Latina, com vistas a combater a desnutrição infantil, concluindo o que de longa data vem sendo defendido por técnicos, cientistas e planejadores de Saúde Pública (ALVES, 1977; CAMPINO, 1985; STEFANINI, 1986): **que a situação nutricional da população só poderá melhorar através do desenvolvimento social e econômico** e, baseando-se na experiência de muitos anos como diretor do INCAP - Instituto de Nutrición de Centro-América y Panamá e de Chefe da Unidade de Nutrição da OMS - Organização Mundial da Saúde, diz ainda ser cético quanto à efetividade de grandes programas verticais para melhorar a situação nutricional. Considera porém possível, os Serviços de Nutrição colaborarem **de forma indireta** com os programas de desenvolvimento, fazendo **recomendações**, e afirma que *“nossa responsabilidade direta, com possibilidade de ação efetiva, está nos Serviços de Saúde”*.

Esta afirmação de BEHAR (1991) conduz a uma reflexão sobre qual seria então a forma mais adequada de exercer esta ação que, segundo ele, deve estar nos Serviços de Saúde. Historicamente foi demonstrado que os programas verticais, introduzidos por decisões políticas ao nível das instituições, falharam, comprovando-se a sua ineficácia. Por outro lado, as iniciativas individuais ou de pequenos grupos, tendem a permanecer restritas aos próprios grupos, e, carecendo de aspectos formais, acabam por se extinguir quando os responsáveis diretos mudam de função ou de emprego. As iniciativas individuais de atividades de Nutrição em Serviços Públicos de Saúde não têm, em sua maioria, a finalidade de “combater a desnutrição”. Estas atividades, quando existem, têm por objetivo a orientação nutricional com finalidade terapêutica. É preciso deixar bem claro que Educação Nutricional é uma expressão muito ampla que pode englobar vários tipos de atividades. Elucidar que finalidades ela tem ou poderia ter dentro dos Serviços Públicos de Saúde vai constituir um dos objetivos do presente estudo no qual proponho-me a estudar a adequação da inserção destas atividades ao nível das organizações, que LAPASSADE (1977) define como “uma coletividade instituída com vistas a objetivos definidos”. Torna-se necessário, portanto, descrever qual é a contribuição que a Educação Nutricional pode oferecer à consecução dos objetivos das Organizações de Saúde.

Após a vertente social, técnica e da avaliação nutricional, qual seria a vertente mais promissora para os anos 90? No momento em que esta pesquisa foi concebida a sociedade se mobilizava na Ação da Cidadania Contra a Miséria e Pela Vida, campanha coordenada pelo sociólogo Herbert de Souza. Pela primeira vez o problema da fome atravessava de fato as fronteiras das academias e dos órgãos governamentais para atingir o cidadão comum. Pela primeira vez a questão deixava de ser tratada como assunto técnico ou exclusivamente político, para ser analisada em sua dimensão humana, que, no ato de solidariedade de “dar comida”, se propunha a acordar o cidadão para pensar na fome. Nas palavras do idealizador da campanha, “essa juventude está descobrindo o gosto de romper o círculo de giz da solidão e abrir o espaço fecundo da solidariedade” (SOUZA, 1993).

Considerando que a inserção das atividades de Nutrição nos Serviços de Saúde exigiria o reconhecimento de sua necessidade por aqueles profissionais que mais tradicionalmente exercem suas funções neste campo, propus-me a estudar a necessidade de se desenvolver atividades de Educação Nutricional para a população, na ótica dos profissionais de saúde, bem como os fatores formadores dessa opinião.

Dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição realizada pelo INAN (COITINHO, 1991), mostraram que a prevalência de obesidade no Brasil dobrou nos últimos quinze anos, sendo que a prevalência de obesidade entre mulheres é maior do que a verificada em países como Austrália, Reino Unido, Holanda e Canadá, nos quais a obesidade é reconhecida como problema de Saúde Pública. Mesmo entre mulheres de baixa renda esta prevalência chega a 30% e excede 40% para mulheres de classe de renda superior a 2.0 salários mínimos mensal per capita. MARTINS e cols. (1989), em estudo sobre dislipidemias em população periférica da região metropolitana de São Paulo, encontrou uma prevalência de 53.4% em indivíduos acima de 29 anos e refere que os dados verificados permitem que “se desmistifique a idéia, muito difundida, de que os fatores de risco de doenças cardiovasculares ateroscleróticas e doença isquêmica do coração acometem, principalmente, indivíduos mais velhos, fora da idade produtiva, e de classes sociais elevadas”.

As doenças que têm relação com o consumo alimentar são as enfermidades cardiovasculares, obesidade, alguns tipos de câncer, diabetes, diverticulose, hemorróidas,

constipação intestinal, cálculos biliares, cáries dentárias, osteoporose, as quais podem ser prevenidas através de modificações na dieta (WHO..., 1990). Hoje, as doenças ditas “da modernidade”, como as cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, doenças cerebrovasculares e doença isquêmica do coração) e neoplásicas são as principais causas de morte; juntas perfazem as causas de 40% da mortalidade total (Becker, apud, COITINHO, 1991). Além disso, segundo LOTUFO & LOLIO (1995), as moléstias do aparelho circulatório são causas frequentes de morbidade pois implicam 10.74 milhões de dias de internação pelo Sistema Único de Saúde - SUS e representam a principal causa de gastos em assistência médica. Qual é o papel dos Serviços de Saúde em relação à prevenção dessas doenças e qual está sendo a contribuição específica da ciência da Nutrição e da Educação Nutricional nas ações de prevenção?

“Eu sustento que a única finalidade da ciência está em aliviar a miséria da existência humana.”

Bertold Brecht

O referencial teórico-metodológico

O referencial teórico-metodológico

Na ótica do nutricionista-sanitarista coloca-se a pergunta sobre o uso que faz a sociedade do conhecimento técnico sobre Nutrição produzido pelas Academias para resolver os problemas de saúde da população e o interesse a respeito de como o conhecimento técnico científico sobre Nutrição, pretensamente objetivo, é apreendido, subjetivamente percebido e, sobretudo, utilizado no âmbito dos Serviços de Saúde.

A busca de resposta a esta indagação exigia um referencial teórico-metodológico que oferecesse uma estrutura conceitual suficientemente abrangente, que permitisse apreender e analisar os vários elementos pertinentes ao objeto de estudo - Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde - e a interrelação dinâmica entre eles. Tal referencial foi encontrado no campo da sociologia, por considerar-se que as explicações sociológicas sempre contêm intenções práticas de interferir no rumo dos acontecimentos (MARTINS, 1993) e, particularmente, no pensamento de BERGER & LUCKMANN (1985), conforme discutido no livro “A construção social da realidade”, que trata da sociologia do conhecimento, uma abordagem científica para a análise do processo de construção social da realidade e dos processos por meio dos quais qualquer corpo de conhecimento chega a ser socialmente estabelecido como realidade. A sociologia do conhecimento estuda como os conhecimentos são desenvolvidos, transmitidos e mantidos, independentemente da validade ou da invalidade última desses conhecimentos, alimentando a manutenção e a reconstrução de uma dada realidade. Ela trata das relações entre o pensamento humano e o contexto social dentro do qual este surge.

BERGER & LUCKMANN (1985) alicerçaram sua análise da construção da realidade sobre o pensamento de vários autores - Scheler, Marx, Nietzsche, Dilthey, Mannheim, além de outros. O termo sociologia do conhecimento foi forjado pelo filósofo alemão Max Scheler, na década de 1920, que analisou com profundidade como o conhecimento humano é ordenado pela sociedade. De Marx, a sociologia do conhecimento traz a proposição de que a consciência do homem é determinada pelo seu ser social, isto é, que o pensamento humano funda-se na atividade humana e nas relações produzidas por esta atividade. As contribuições de Nietzsche acrescentaram perspectivas sobre o pensamento humano como instrumento na luta pela

sobrevivência e pelo poder. Do historicismo, expresso especialmente na obra de Dilthey, a sociologia do conhecimento tomou o intenso interesse pela história, considerando que nenhuma situação histórica pode ser entendida exceto em sua própria “determinação situacional”. O pensamento de Mannheim marcou bastante a sociologia do conhecimento, em parte pelo fato da sua obra ter sido logo traduzida para o inglês. Em Mannheim, a sociologia do conhecimento buscou a compreensão de que não há pensamento humano que esteja imune às influências ideologizantes de seu contexto social.

Mediante este arcabouço teórico, procurei lançar luzes sobre a questão da Educação Nutricional nos Serviços Públicos de Saúde. As categorias utilizadas pela sociologia do conhecimento que foram selecionadas para se proceder às análises foram: instituições, organizações, papéis profissionais, contrapondo-se dialeticamente à realidade objetiva (instituída) das instituições, organizações e papéis, com a percepção subjetiva (instituinte) dos sujeitos, construída tanto através desses elementos formais, como dos elementos informais, aqui entendidos como aqueles fatos provenientes do cotidiano profissional e pessoal dos sujeitos.

Esta abordagem permite a análise de problemas tanto dentro de uma perspectiva macro-estrutural, como também através das pequenas ações do dia-a-dia que podem ser interpretadas dentro de um contexto que confere significado a estas ações. As maneiras de agir, pensar e sentir dos sujeitos em relação aos objetos são reveladoras de uma visão sobre determinadas questões, em torno da qual se estrutura o comportamento das pessoas⁴.

Assim sendo, a atuação profissional se dá na realidade de uma organização, onde a percepção que determinados profissionais têm do papel de outros, constitui um substrato para o desempenho destes mesmos papéis. Cada qual atuará não só segundo o seu instrumental teórico, mas também segundo as expectativas e os limites impostos pela tipificação social externa a ele, ou seja, pela visão que outros profissionais têm sobre o seu papel profissional.

A importância de se conhecer a percepção dos outros profissionais reside no fato de que na tipificação dos desempenhos de um indivíduo ou de uma categoria estão as origens da

⁴ ALVES, R.A. *Conversas com quem gosta de ensinar*. 8ª. São Paulo, Cortez, 1984. Ver especialmente o capítulo: Sobre palavras e redes - libertar. p. 49-64.

situação desse indivíduo ou dessa categoria na ordem institucional. Uma determinada atividade profissional é ou não aceita, não só pelo seu valor técnico-científico intrínseco, mas pela percepção que as pessoas têm do papel do profissional responsável por elas.

Considerando a importância da linguagem ordinária na manutenção da realidade, o estudo buscou captar e apresentar a visão sobre Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde, através da fala dos sujeitos pesquisados. Rubem ALVES (1984) expressa o importante papel das falas comuns, dizendo que *“as nossas afirmações mais corriqueiras são expressões de nossa organização arquitetônica do mundo”*. BERGER & LUCKMANN (1985), analisando o papel da linguagem no conhecimento, dizem que *“a expressividade é capaz de objetivações, isto é, manifesta-se em produtos da atividade humana que estão ao dispor tanto dos produtores quanto dos outros homens”*, e, na mesma linha, DUARTE Jr. (1993) diz que é *“através da conversa que o mundo é incessantemente reafirmado”*. MINAYO (1995a), referindo-se à linguagem, diz que *“mesmo sabendo que ela traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial, frequentemente contraditória, possui graus diversos de clareza e de nitidez em relação à realidade. Fruto da vivência e das contradições que permeiam o dia-a-dia dos grupos sociais e sua expressão marca o entendimento deles com seus pares, seus contrários e com as instituições”*.

A proposta do presente estudo pautou-se em trabalhar sobre um suporte teórico que contemplasse um resgate histórico da produção científica sobre Educação Nutricional e também captasse a influência das instituições, da dinâmica das organizações, e da percepção de papéis profissionais afins à questão, na visão e nas ações desenvolvidas nesta área, permeadas pela influência dos fatores do cotidiano pessoal e profissional relativos aos problemas de alimentação.

“Eu diria que os educadores são como as velhas árvores. Possuem uma face, um nome, uma estória a ser contada. Habitam um mundo em que o que vale é a relação que os liga aos alunos, sendo que cada aluno é uma entidade sui generis, portador de um nome, também de uma estória, sofrendo tristezas e alimentando esperanças. E a educação é algo para acontecer neste espaço invisível e denso, que se estabelece a dois. Espaço artesanal.”

Rubem Alves

I. Introdução

1. Abordagens do processo educativo

Para analisar as concepções de Educação Nutricional levantadas através da revisão bibliográfica, tornou-se necessário tomar por base referencial teórico mais amplo, do campo da educação. Esta foi uma tarefa árdua e difícil, pois tive que percorrer um caminho que não é o da minha especialidade, e do qual conheço relativamente pouco. Entretanto não podia me furtar à tarefa de trazer estes referenciais teóricos do campo da educação para a interface educação-saúde. A falta de um arcabouço teórico para pesquisas em Educação Nutricional é um fato que foi criticado por ACHTERBERG & CLARK (1992). Estas Autoras procederam a uma revisão de 346 trabalhos e resumos publicados pelo Journal of Nutrition Education no período compreendido entre 1980 e 1990, verificando que 76,5% deles não explicitava o uso de uma teoria ou modelo que tivesse servido de referencial teórico ao estudo.

Quais são as teorias subjacentes às abordagens metodológicas empregadas em pesquisas de Educação Nutricional? Esta é uma questão fundamental, pela qual os profissionais que desenvolvem atividades educativas não podem simplesmente passar ao largo. A intencionalidade da ação educativa em qualquer campo transcende muito os conteúdos em si mesmos. Discorrendo ou discutindo sobre o mesmo conteúdo, diferentes educadores podem transmitir valores e visões de homem, mundo e sociedade totalmente diversos. Assim a forma através da qual se trabalha um assunto é tão importante quanto o assunto em si mesmo.

Autores de diferentes tendências (MIZUKAMI, 1986; REBOUL, 1974; SAVIANI, 1984; GADOTTI, 1995) vem descrevendo e discutindo variadas correntes de pensamento em educação. Estas tendências, por sua vez, sintetizam o pensamento de filósofos e cientistas que conceberam inicialmente determinadas abordagens para a educação. Procuro, a seguir, trazer uma visão, ainda que sucinta, de algumas questões teóricas, mediante as quais torna-se possível empreender aquela análise.

1.1. Conceito de Educação

A educação é um processo inevitável. Na família, na rua, na escola, no barracão comunitário da favela, no clube, na empresa, no centro de saúde, ela acontece, difusa, como processo social espontâneo. Quando a educação se sujeita à pedagogia, isto é, às teorias que

procuram explicar este processo e propor diretrizes para ele, surge o ensino formal, que cria espaços e situações próprias para o seu exercício, produz métodos, estabelece regras e prepara executores especializados (BRANDÃO, 1991).

Quer seja em sociedades tribais, quer seja em países desenvolvidos e industrializados, o objetivo final da educação é conceder à criança o acesso à cultura (REBOUL, 1974) ou, como no dizer de Durkheim, a educação é a ação exercida pelas gerações adultas sobre as gerações que não se encontram ainda preparadas para a vida social; tem por objeto *“suscitar e desenvolver na criança certo número de estados físicos, intelectuais e morais reclamados pela sociedade política no seu conjunto e pelo meio especial a que a criança, particularmente se destina”* (FREITAG, 1978).

Quando a educação é exercida dentro de um processo formal de ensino, surge a necessidade de se refletir sobre a questão dos valores subjacentes às ações sistematizadas, ou seja, explicitar quais são seus objetivos. Assim emergem diferentes pensamentos pedagógicos, cada qual com sua visão de homem, mundo, sociedade.

1.2. Correntes de pensamento pedagógico

Alguns autores têm procurado aglutinar o pensamento de filósofos da educação que refletem uma certa visão de educação.

SAVIANI (1984) divide as teorias de educação em não críticas e crítico-reprodutivistas. Não-críticas são a pedagogia tradicional, a pedagogia nova e a pedagogia tecnicista que, na sua visão, encaram a educação como autônoma e buscam compreendê-la a partir dela mesma, sem considerar a influência e os limites que a estrutura econômica e política impõem sobre ela. Diz ainda o Autor que estas teorias concebem a marginalidade como um desvio e a educação como tendo poder e autonomia para resgatar o indivíduo da marginalidade para a vida social; entendem-na capacitada a intervir eficazmente na sociedade, transformando-a, tornando-a melhor, corrigindo as injustiças, promovendo enfim a equalização social. As teorias crítico-reprodutivistas, que foram formuladas inicialmente por Bourdieu & Passeron, Althusser e Baudelot & Establet, têm em comum a concepção de que a educação só pode ser compreendida

a partir dos seus condicionantes sociais, chegando à conclusão de que a função própria da educação é a reprodução da sociedade em que ela se insere, sem qualquer possibilidade de ação transformadora. Para SAVIANI, o ensino crítico, seria aquele capaz de reter a contribuição dos crítico-reprodutivistas e, ao mesmo tempo, perceber a escola *“como um instrumento capaz de contribuir para a superação do problema da marginalidade”*. Para ele, a educação tem por finalidade última promover o homem, o que significa torná-lo *“cada vez mais capaz de conhecer os elementos de sua situação para intervir nela, transformando-a no sentido de uma ampliação da liberdade, da comunicação e da colaboração entre os homens”* (SAVIANI, 1991).

MIZUKAMI (1986), em estudo sobre as abordagens do processo educativo, apresenta cinco correntes de pensamento pedagógico: tradicional, comportamentalista, humanista, cognitivista e sócio-cultural. Segundo a Autora, a abordagem tradicional é aquela que não está fundamentada em teorias, mas se impõe pela prática. Privilegia o educador que tem autoridade intelectual e moral, e o especialista que domina um determinado assunto e pode discorrer sobre ele com segurança e desenvoltura. As diferenças individuais não são consideradas, de maneira que todos os educandos devem chegar aos mesmos resultados. Acredita-se que a posse de informações e conteúdos contribuirá para uma maior compreensão e domínio do mundo, para desenvolver a capacidade de resolver os problemas básicos da vida e para a ascensão social. Tem por finalidade a transmissão do patrimônio cultural, científico e tecnológico e valoriza o caráter cumulativo do conhecimento.

A abordagem seguinte que a Autora apresenta é a comportamentalista, fundamentada na teoria de Skinner. Para os adeptos dessa teoria, cada aspecto do comportamento é função de alguma condição externa. O homem é um produto do meio e para modificar o homem é preciso modificar o meio. Os objetivos devem ser claramente definidos para que se possa atingi-los. Daí se originaram técnicas de planejamento como redação de objetivos e a teoria da taxionomia de objetivos educacionais de BLOOM (1979, 1983). Dá-se muita importância a estratégias, procedimentos e técnicas que permitem maximizar a eficiência do processo educativo. A técnica de instrução programada, por exemplo, tem sua origem em Skinner. Nesta concepção, o processo educativo consiste basicamente na aplicação de técnicas.

A abordagem cognitivista, que tem em Piaget o seu principal representante, estuda cientificamente o processo de aprendizagem, que este autor descreve como um processo

contínuo de organização e reorganização de estruturas internas que ocorre na interação do homem com o mundo, mediante a qual se constrói o conhecimento.

Também nesta linha, mais recentemente vem sendo discutida entre nós, a abordagem de Vygotski. Segundo DAVIS & OLIVEIRA (1991) esta teoria põe em relevo as *“possibilidades que o indivíduo dispõe a partir do ambiente em que vive”*, que é histórico e social, e o seu autor *“não aceita a possibilidade de existir uma seqüência de estágios cognitivos, como propõe Piaget”*. As funções mentais têm uma base biológica, desenvolvem-se segundo o *“acesso que o ser humano tem a instrumentos físicos (como a enxada, a faca, a mesa, etc) e simbólicos (como a cultura, valores, crenças, costumes, tradições, conhecimentos) desenvolvidos em gerações precedentes”*.

A abordagem humanista, segundo MIZUKAMI (1986), tem em Carl Rogers seu principal idealizador. Esta abordagem do processo educativo enfatiza o desenvolvimento da personalidade, o processo pessoal de construção e organização da realidade e a capacidade de atuar como pessoa integrada. O papel do educador não é de transmitir conteúdo, mas de facilitar a aprendizagem. Cada educando é visto como um ser único, em processo de descoberta do próprio *“eu”*, por intermédio de sua ligação a outras pessoas e grupos. O processo de ensino-aprendizagem é centrado no aluno, nas relações interpessoais e no crescimento que delas resulta.

Rogers foi um psicoterapeuta e não um pedagogo. Suas concepções de educação refletem muito sua experiência de psicologia clínica. Para ele, as características da pessoa em pleno funcionamento, emergente da terapia ou do que de melhor possa haver em educação, seriam a pessoa aberta à própria experiência, não defensiva, capaz de escolher e se comportar da maneira mais satisfatória, criativa, realista e confiante, em cada situação existencial (ROGERS, 1973). Rogers é criticado por LAPASSADE (1977) pelo desengajamento e pelo apoliticismo.

REBOUL (1974) critica a contraposição de uma teoria clássica identificada com a concepção tradicional *contra* uma pedagogia nova, dizendo, entre vários outros argumentos, que não encontraríamos nos filósofos antigos, certas posturas consideradas como tradicionais. Os métodos tradicionais de educação, que procuram inculcar a obediência, a submissão, a competitividade, em detrimento da iniciativa, interesse e cooperação, seriam muito mais

decorrentes de uma realidade secular e de uma postura política conservadora, do que de uma corrente de pensamento pedagógico.

A abordagem sócio-cultural consiste na visão do processo educativo desenvolvida por Paulo Freire, que MIZUKAMI (1986) descreve como uma “*síntese pessoal do humanismo, fenomenologia, existencialismo e neomarxismo*”. A abordagem enfatiza o sujeito histórico, vivendo em um contexto sócio-econômico-cultural-político, e sobretudo traz para dentro da discussão pedagógica o conceito marxista de luta de classes. O objetivo do processo é a conscientização sobre a realidade da estrutura econômica de um país dependente, o desvelar da realidade que permite então a visão crítica que leva às ações concretas para transformar a realidade e superar a opressão.

Nesta concepção, a educação é sempre um ato político que, por si, não constitui alavanca de transformações sociais, mas também não se reduz a um puro reflexo do sistema. A proposta pedagógica de Paulo Freire opõe-se fundamentalmente à concepção de ensino tradicional, que ele chama de “*bancária*”, porque o educador “*deposita*” conhecimentos no educando, através de exposições narradoras, dissertadoras, que o aluno memoriza mecanicamente. Em contraposição, ele propõe a educação problematizadora, cuja essência está no diálogo educador - educando. Para Paulo Freire o pensar do educador ganha vida e autenticidade no pensar dos educandos quando ambos são mediatizados pela realidade. A educação acontece através da intercomunicação, que permite superar a dicotomia educador - educando. Ambos tornam-se no processo educativo sujeitos cognoscentes, que ao inserirem-se criticamente na realidade sentem-se desafiados a transformá-la e vão se reconhecendo mais e mais comprometidos com este objetivo de empreender ações concretas visando transformações no campo social (FREIRE, 1985).

Descrever a influência de Paulo Freire na história das idéias pedagógicas produzidas ao longo dos últimos quarenta anos, implica em mostrar também a complexidade e a dimensão universal de sua obra. O “Método Paulo Freire” é um marco teórico que ultrapassou largamente as fronteiras do Brasil e inspirou trabalhos em diferentes áreas, em vários países. A extensão da sua influência pode ser aquilatada através da análise do livro organizado por GADOTTI (1996) Paulo Freire - uma biobibliografia. Nem mesmo a Educação Nutricional deixou de ser influenciada pelo seu pensamento, pois, em 1975, na Universidade de Cornell (Estados Unidos)

uma brasileira escreveu uma monografia a respeito da aplicação do método Paulo Freire em Educação Nutricional (DRUMMOND, 1975).

Entretanto há críticas ao seu pensamento. Por um lado, a influência que exerceu sobre grupos e setores dedicados ou interessados em educação popular foi muito positiva, uma vez que a relação oprimido-opressor ocorre universalmente, em todas as áreas de atuação (GADOTTI, 1991). Contudo, nem só de resultados positivos se revestiu o movimento. PAIVA (1986) faz uma crítica enérgica e vigorosa à incorporação de algumas práticas da educação popular pelo ensino superior, sobretudo nos cursos de pedagogia. Diz esta autora que *“sendo negado ao professor o direito de estabelecer o programa e o nível de conhecimentos a ser exigido, só o grupo pode avaliar-se. O professor, porém, não perdeu apenas a prerrogativa da avaliação dos alunos, ele passou a ser avaliado por eles em função de sua disponibilidade para adaptar-se ao grupo e aceitar suas regras”*.

Esta autora aponta ainda outros fatos que ela considera que sejam desdobramentos da radicalização desta tendência : um anti-intelectualismo que desemboca na pura e simples recusa ao trabalho escrito; a leitura que não encontra correspondência imediata com a realidade é rejeitada como inútil; deixa de ser reconhecida a capacidade do professor de conduzir à descoberta de algo que tenha valor, pois só vale a pena ser aprendido aquilo que previamente já se encontrava no horizonte dos alunos; a única vivência reconhecida como válida é a atuação político educativa no meio popular; em muitos cursos de pós-graduação, a militância política do candidato passou a ser um critério muito mais importante para a seleção, do que a sua capacidade e preparo intelectual; em tais cursos os alunos assumem a condução dos programas e o curso se restringe à discussão sobre a prática.

Uma resposta aos impasses criados pela educação popular pode ser vislumbrada na pedagogia dos conteúdos. Libâneo (apud GADOTTI, 1995) descreve-a como uma linha pedagógica de tendência progressista, de sentido crítico-social, desenvolvida no Brasil por Dermeval Saviani, Guiomar Namó de Mello e Carlos Roberto Jamil Cury. Partem estes Autores da pressuposição de que a emancipação das camadas populares requer o domínio dos conhecimentos escolares como requisito essencial para a compreensão da prática social. Diferentemente dos rumos tomados pelos adeptos da educação popular conforme mencionei anteriormente, os defensores da pedagogia dos conteúdos não acreditam que o engajamento

político, por si só, conduza ao saber. Ao contrário, preferem ir do saber ao engajamento político para não correr o risco de afetar a especificidade do saber.

1.3. Algumas correntes de pensamento pedagógico em Educação em Saúde

Em cada momento histórico, a sociedade organiza os serviços para a assistência à saúde de forma a atender às necessidades de produção e às reivindicações coletivas (OSHIRO, 1988). Para tanto faz-se necessário não só aplicar os conhecimentos científicos e tecnologias, mas também intervir no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos e grupos sociais, o que faz surgir a prática educativa para a saúde que, por sua vez, também apresenta um perfil característico em cada momento histórico.

Segundo OSHIRO (1988), os “modelos tecnológicos de saúde” que foram sendo formulados desde o século XVIII na Europa e XIX nos Estados Unidos são os seguintes : polícia médica, medicina social, saúde pública ou sanitarismo, modelo bacteriológico, modelo médico-sanitário e história natural da doença. A cada um deles corresponde uma abordagem para a educação para a saúde.

O modelo de polícia médica surgiu no século XVIII na Alemanha absolutista, no período em que se encerrava a passagem do capitalismo mercantil para o capitalismo industrial e a burguesia se consolidava no poder. A saúde era vista como uma questão de administração pública. Os médicos eram responsáveis pelo tratamento dos doentes, pelo controle e manutenção da saúde. A educação para a saúde era feita por “oficiais de saúde” que atuavam em colégios, instruindo professores e alunos, de forma normativa e autoritária.

A medicina social surgiu na Europa, na primeira metade do século XIX, quando se intensificava a industrialização, a urbanização, a expansão rápida das cidades com consequente piora das condições de vida das camadas populares. Fazia-se necessária a intervenção do estado nos problemas sociais, no combate e controle de doenças e na reestruturação dos hospitais. A educação para a saúde fundamentava-se na difusão de conhecimentos relativos à higiene (alimentação, moradia, vestuário) entre as camadas populares.

A Saúde Pública ou Sanitarismo apareceu na Inglaterra, no século XIX, quando este país também enfrentava problemas sociais decorrentes do êxodo rural, como o desemprego, indigência e mendicância. Tornava-se necessário propor medidas para controlar os fatores responsáveis pelas doenças e epidemias. Nesta época a educação voltava-se à puericultura e higiene.

O modelo bacteriológico surgiu na Europa em decorrência do avanço das ciências naturais, principalmente das descobertas de Koch e Pasteur e desembarcou no Brasil no início do século XX. A doença era vista como responsabilidade individual e a educação voltava-se ao esclarecimento e instrução sobre preceitos de vida higiênica e saudável. O movimento ensejou a publicação de textos e livros sobre puericultura e higiene, e as ações educacionais eram voltadas principalmente às camadas populares.

No final do século XIX foi desenvolvido nos Estados Unidos o modelo médico-sanitário, que preconizava a criação de centros de saúde que proporcionassem um atendimento de caráter preventivo e educativo. No Brasil ele começou a ser aplicado, coincidindo com o movimento higienista na saúde e com o escolanovismo na educação.

Na década de quarenta foi proposto por Leavell e Clark o modelo da história natural da doença, trazendo o conceito de multicausalidade e os três níveis de prevenção- primário (promoção da saúde e prevenção de doenças), secundário (utilização de medidas que impedem a evolução das doenças) e terciário (reabilitação) - para os quais eram preconizadas ações sanitárias e medidas educativas específicas.

Estas formas de conceber e praticar a Educação em Saúde estão, até hoje, em maior ou menor grau, incorporadas à prática dos profissionais de saúde, embora outras influências venham permeando a visão sobre as ações educativas no âmbito da saúde.

O conceito contemporâneo mais difundido de Educação em Saúde é o de MARCONDES (1979) que a definiu como *“um processo essencialmente ativo que envolve mudanças no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos e pelo qual eles adquirem, mudam ou reforçam conhecimentos, atitudes e práticas conducentes à saúde”*.

Alguns autores que estudam especificamente Educação em Saúde, vem procurando comparar diferentes abordagens.

MELO (1984), em trabalho que trata a educação sanitária em vários períodos a partir do início deste século, e LIMA (1985), no livro Saúde Escolar e Educação, fazem uma análise de inspiração crítico-reprodutivista das ações desenvolvidas no campo da Educação em Saúde. Pela linha que seguem, a educação é vista como inculcação de valores que servem unicamente para manter as relações de produção na sociedade capitalista.

Um Autor que se apropria bem das teses defendidas por Paulo Freire é VASCONCELOS (1991). Ele aponta três formas distintas de se encarar a Educação em Saúde: a primeira é *“uma maneira de fazer as pessoas do povo mudarem alguns comportamentos prejudiciais à saúde”*, visão esta que se identifica com a abordagem tradicional. A segunda é *“levar para a população a compreensão e as soluções corretas que os profissionais conscientizados, politizados e conhecedores da ciência já descobriram”*. A despeito da visão política que esta concepção traz, ela é também tradicional na medida em que se baseia na transmissão de conhecimentos. A terceira é a *“educação baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes. Um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um deles tem muito a ensinar e aprender”*. Esta concepção se identifica com a abordagem sócio-cultural de Paulo Freire.

PEREIRA e cols. (1991), em pesquisa sobre as percepções do médico-chefe a respeito de atividades educativas em postos de assistência médica, toma como parâmetro um gradiente entre dois tipos de visão:

- *“a mais tradicional configura a educação em saúde como meio, complemento e suporte das ações médico-sanitárias, visando à sua maior eficiência, através da regulamentação e normatização de atividades, hábitos e comportamentos da população dentro dos padrões de normalidade sanitária”*

Encontro de experiências de educação e saúde Brasília, 1981. Anais. Brasília, Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1981. Citado por PEREIRA e cols (1991).

- *“a mais inovadora e mais coerente com os ideais da Reforma Sanitária, define como finalidade da ação educativa o desenvolvimento, no indivíduo e no grupo, da capacidade de analisar criticamente a sua realidade, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de se organizar e realizá-la e analisá-la com espírito crítico”*

Secretaria de Estado da Saúde. Educação em Saúde nas programações de Saúde, São Paulo, 1987. (apostila sobre Aspectos Educativos de Vigilância Epidemiológica).

Citado por PEREIRA e cols (1991).

STOTZ (1993), baseando-se em Tones, apresenta quatro vertentes filosóficas para a educação em saúde: o *enfoque educativo* propõe uma ação por parte dos educadores com base no princípio da *“eleição informada sobre os riscos à saúde”*. O educando deve compreender as situações e agir segundo as informações de que dispõe; o *enfoque do desenvolvimento pessoal* se pauta em princípios semelhantes, mas se aprofunda no sentido de ampliar as potencialidades do indivíduo, desenvolvendo habilidades específicas; o *enfoque preventivo* visa incentivar as pessoas a modificar seus padrões comportamentais e seu estilo de vida; e, finalmente, o *enfoque radical*, que considera a estrutura social como única causa determinante dos problemas de forma tal que as ações educativas têm por objetivo primordial facilitar a luta política.

PILON (1986; 1990a; 1990b), partindo de uma visão fenomenológica diz que *“a qualidade de vida está ligada a um relacionamento entre aspectos objetivos e subjetivos da realidade, e é mais questão de processos do que de produtos”*. Para este autor, a *“educação em saúde se define por sua responsabilidade social, por seu compromisso não apenas face à solução dos problemas, mas face à definição dos problemas enquanto tais, mercê de um enfoque compreensivo e holístico do projeto de vida do homem, abrangendo todos os níveis de experiência”* (PILON, 1986).

O enfoque holístico abriu perspectivas para o surgimento de uma concepção diferente de cura. MINAYO (1993), reportando-se a Ivan Illich, nos diz que ao contestar o positivismo, a fenomenologia se contrapõe *“ao mito de a medicina acabar com a dor, o sofrimento e a doença, mito que compromete a capacidade cultural dos homens de lidar com a vida e a morte”*. O enfoque holístico trouxe, para o campo da saúde, a abertura para se trabalhar com abordagens e terapias alternativas. MINAYO nos diz também que estas *“são hoje de tal*

importância, que se tornou impossível desconhecê-las enquanto fenômenos de questionamento dos paradigmas dominantes”⁵.

A visão holística em saúde leva à oferta e busca de práticas e meios naturais de tratamento, que se harmonizam mais com a natureza e desenvolve nas pessoas certa resistência às tecnologias e medicamentos. Além disso, a visão holística oferece amplas possibilidades para ajudar as pessoas a desenvolver atitudes, disposições, hábitos e práticas que promovam o bem-estar integral.

A concepção fenomenológica é criticada pelos marxistas porque o modo de produção é captado como um dos fatores que influenciam as condições de saúde, porém não como o fator último determinante das relações sociais e das condições de vida da população. MINAYO (1993) conclui dizendo que *“os questionamentos da teoria fenomenológica no campo da saúde têm sido fundamentais e podem ser recuperados dialeticamente na medida em que se articulem suas análises às bases sociais de produção dos sistemas econômicos, políticos e ideológicos”*.

Segundo L'ABBATE (1992), o desafio imposto hoje pela implantação do SUS - Sistema Único de Saúde, é o da reeducação dos técnicos e dos usuários, tendo por referência o desenvolvimento da cidadania social e política, o que inclui *“uma releitura das práticas e dos papéis profissionais à luz de reflexões teóricas e de métodos que efetivamente exponham e questionem, com a maior transparência possível, as atuações cotidianas dos agentes de saúde, para criar condições à sua transformação”*.

Procurando articular as idéias presentes no pensamento dos vários autores citados, poderíamos dizer que educação em saúde, enquanto campo de conhecimento, corresponde à análise crítica à luz das teorias de educação e saúde, dos programas e ações desenvolvidos com vistas à promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde, bem como da dinâmica de relacionamento que se estabelece entre técnicos entre si e entre técnicos e usuários dos serviços de saúde, abrangendo todos os níveis de experiência, resgatando conflitos e contradições e articulando-os à estrutura social à qual estes indivíduos pertencem enquanto cidadãos.

⁵ MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, HUCITEC / ABRASCO, 1993. Ver especialmente p. 60 a 64.

2. Os Organismos Internacionais e a Educação Nutricional

2.1. Introdução

Ao longo de várias décadas, a única fonte de idéias sobre Educação Nutricional foi a Organização Mundial da Saúde, de cujas publicações se alimentavam os docentes dos cursos de Nutrição para desenvolver as disciplinas voltadas à Educação Nutricional ou à Nutrição em Saúde Pública, na qual frequentemente estava implícita a primeira que nem sequer existia como disciplina isolada, o que só veio a acontecer com o estabelecimento do currículo mínimo.

Alguns dos conceitos que ainda hoje imperam, têm suas origens na visão construída através destas publicações e transmitida, principalmente de forma oral, pelos docentes que tinham acesso a elas. Assim, para analisar a visão atual da Educação Nutricional, é necessário resgatar estas idéias que nortearam as iniciativas do setor aqui no Brasil, o que farei, em ordem cronológica, procurando resumir de forma sintética a contribuição mais específica de cada um dos autores, analisando criticamente estas contribuições.

2.2. Meio século de discussões: o que mudou.

RITCHIE, J.A.S. (1951; 1968)

A primeira publicação da OMS que tratou especificamente da Educação Nutricional data de 1951. Na época, a OMS prestava assessoria a países do terceiro mundo, com vistas a produzir melhora do nível de vida e de saúde das populações pobres desses países. Um significativo número de experiências em diferentes países ensejou a primeira iniciativa de sistematizar os conhecimentos deste campo, o que se concretizou no livro de Jean A.S. RITCHIE *"Buenos hábitos en la alimentación: métodos para inculcar-los al público"*. Neste livro, a Autora dirige seu primeiro agradecimento à antropóloga Margareth Mead, o que pode ser tomado como um indicativo do enfoque e da relevância que se dava ao assunto nesta época. Na década de

quarenta, Margareth Mead foi secretária executiva do “*Comitê sobre Hábitos Alimentares*” do Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos da América. Este comitê reuniu nutrólogos, antropólogos, psicólogos e educadores com o objetivo de por em comum seus conhecimentos buscando métodos mais eficazes para modificar hábitos alimentares.

Na introdução do livro, a Autora posiciona-se dizendo que, antes de tudo, é necessário aumentar a produção e distribuição de alimentos e elevar o nível de vida, mas que o ensino de bons hábitos alimentares é da máxima importância, tanto para populações pobres como para os que convivem com a abundância. Contudo, a maioria das experiências práticas foi desenvolvida em países do terceiro mundo como Iran, Guatemala, Nigéria, Porto Rico, Jamaica e Índia, por técnicos de países do primeiro mundo. O objetivo precípua da realização de tais programas nesses países era minimizar as tensões sociais e evitar os movimentos de caráter socialista (VASCONCELOS, 1988 apud FREITAS, 1993).

A publicação de 1951 tratava do estudo dos hábitos alimentares e de sua significação social; discutia a organização de programas de ensino planejados verticalmente a nível nacional, a preparação de pessoal para executá-los e orientava a seleção de métodos e estratégias de ensino e avaliação.

Dezessete anos após, a mesma Autora publicaria, novamente através da OMS, um novo livro, na mesma linha, sob o título “*Estudemos la nutrición*”, destinado a agrônomos, economistas domésticos, médicos, trabalhadores sanitários e bioquímicos. Ao longo da leitura das duas obras, observa-se que os técnicos em Nutrição eram vistos como “*assessores de programas educativos*” (RITCHIE, 1968), sem responsabilidade direta na execução dos mesmos e ainda sem qualquer função política no planejamento.

Na visão da Autora, cabia também aos técnicos educar os dirigentes, no sentido de sensibilizá-los para os problemas de alimentação, o que se evidencia através do seguinte trecho: “*se os governantes e os dirigentes não reconhecerem a importância de uma boa alimentação, dificilmente se decidirão a tomar medidas de fomento necessárias. Corresponde, portanto aos nutrólogos profissionais a tarefa de educar, no campo de sua competência, a governantes e governados*” (RITCHIE, 1968). Na análise deste pensamento de RITCHIE, constata-se uma contradição, pois, em um planejamento verticalizado, no qual as decisões são totalmente

centralizadas, não se poderia pressupor a existência de técnicos em Nutrição enquanto os dirigentes não estivessem sensibilizados para os problemas deste campo. Entretanto, ao mesmo tempo, pressupõe-se a presença de técnicos que teriam por função sensibilizar os governantes para os problemas de alimentação.

Nas duas publicações observa-se um aprofundamento na análise sociológica, sob a vertente positivista da sociologia, pela ênfase dada a aspectos como o significado social dos alimentos, aspectos religiosos, característica dos hábitos segundo grupos étnicos, critérios culturais de distribuição intra-familiar de alimentos, atitudes frente a determinados alimentos. A modificação de hábitos é discutida nas duas publicações, tendo como base de contextualização a análise sociológica feita segundo o prisma da sociologia positiva. A autora sugere recursos didáticos para tornar as mensagens acessíveis aos educandos e a influência da mídia é apontada como um fator importante na formação dos hábitos alimentares (ver ilustração à página 58).

A ênfase dada aos aspectos sociais da alimentação, assim como a extensa bibliografia, sobretudo da publicação de 1968, revela vasta experiência de campo da Autora e conhecimento profundo sobre a temática em questão, além de convicção no valor da Educação Nutricional para a melhora das condições de alimentação.

O enfoque dado pela Autora ao planejamento fundamenta-se na verticalização do processo decisório. Mesmo quando é preconizada a participação “ativa” dos educandos, esta é pensada muito mais em termos de “execução de tarefas” do que de participação nos processos decisórios. Estes estão sempre reportados a um planejamento centralizado, a nível nacional. Além disso, em nenhum momento se explicita a quem efetivamente compete realizar as ações de Educação Nutricional, o que já havia ficado evidente na introdução do primeiro livro, quando RITCHIE cita que ele se destina a agrônomos e economistas domésticos entre outros profissionais. A Educação Nutricional era vista, em suma, como “missão” de todos, mas não era identificada como responsabilidade direta de nenhum profissional em particular e de nenhum setor específico de prestação de serviço.

BURGESS & DEAN, R.F.A (1963)

Seguindo a trajetória histórica da Educação Nutricional sob os auspícios da OMS, nos deparamos com as contribuições de BURGESS & DEAN, em 1963. A linha tomada por elas não difere fundamentalmente da abordagem de RITCHIE. Também para elas a Educação Nutricional efetiva-se dentro de um processo bem mais abrangente do que um mero repassar de informações e não se destina apenas a populações pobres, mas faz-se necessária para todos os cidadãos. Permanecem as características de inespecificidade em relação a quem compete a responsabilidade de executar as ações e através de que setores. Citando Autret, dizem as Autoras que *“a Educação Nutricional é responsabilidade de muitas pessoas em diversas disciplinas e não pode ficar restrita a um só departamento ou classificar-se como Educação Sanitária. Exige a ação conjunta do pessoal médico e de saúde pública e não médicos, ou seja, dietistas, agrônomos, trabalhadores dos serviços de extensão agrícola, especialistas em economia doméstica, professores de escola, pessoal dos serviços de desenvolvimento da comunidade, trabalhadores sociais e outros”*. Em relação aos setores onde tais ações seriam desenvolvidas, as Autoras listam uma série de serviços, não priorizando nenhum em particular: ministérios de educação, saúde pública ou agricultura, associações cívicas ou profissionais, centros de educação de adultos ou centros religiosos, instituições de atenção médica ou de promoção da saúde, centros de saúde, hospitais ou clínicas externas, lugares onde se fornece suplementação alimentar, cooperativas e mercados, empresas comerciais, conselhos de nutrição, escolas e universidades, clubes de jovens, associações atléticas e campos de veraneio. Enfim, um extenso leque onde se mistura os Serviços de Saúde aos campos de veraneio e as boas intenções missionárias aos interesses comerciais sem qualquer critério político, técnico ou ético. As Autoras recomendam que os médicos nutrólogos atuem junto aos centros de decisão política e os nutricionistas junto a professores, para-médicos, pessoal da agricultura, economistas domésticos, funcionários de centros de saúde, donas de casa e alunos. A função do nutricionista é a de *“divulgar informações”* (pensadas por outros), e por isso ele é visto como um *“multiplicador”*.

A contribuição maior dessas Autoras foi ampliar o respaldo técnico para a execução dos programas, trazendo para o campo da Educação Nutricional as técnicas de planejamento de ensino fundamentadas e desenvolvidas à luz do pensamento behaviorista: necessidade de um diagnóstico educativo bem elaborado e da formulação precisa de objetivos educativos. O diagnóstico deveria ser suficientemente amplo de forma a comportar desde dados relativos ao

ambiente físico (terra, clima, água) como a estrutura social (posse da terra) e econômica (produção, armazenamento, distribuição e comercialização de alimentos), até os mais específicos de utilização, preparo e consumo de alimentos, fatores sócio-culturais relativos à alimentação, além dos problemas de Nutrição em Saúde Pública prevalentes na população. Além desses dados, uma outra gama de informações denominadas pelas Autoras de *“problemas educativos e de relações públicas”* deveria ser coletada no levantamento prévio: 1) grau de conhecimento da população sobre as deficiências nutricionais e benefícios dos alimentos; 2) conhecimentos e crenças a respeito dos alimentos e, em especial, a produtos aos quais se atribua propriedades especiais; 3) atitudes gerais das pessoas em relação à vida, à situação momentânea que atravessam e à nutrição em particular; 4) conduta alimentar incluindo aspectos econômicos, critérios de orçamento e consumo efetivo de alimentos; 5) dinâmica social do hábito alimentar, incluindo o que come cada um, em companhia de quem e quando, quem faz as compras e quem influencia na seleção de alimentos; 6) reconhecimento dos formadores de opinião, dos inovadores e das pessoas influentes no setor da alimentação; 7) papel da imprensa falada e escrita. Observa-se aqui um certo avanço em relação à sistematização de conhecimentos.

Observa-se também uma preocupação incipiente com o significado das ações de Educação Nutricional em relação à educação global da criança, como se pode verificar através do trecho que se segue: *“em alguns países, os alimentos são utilizados como recurso principal para disciplinar as crianças. Elas sabem que se comem os legumes podem comer sobremesa. Deste modo aprendem duas coisas: que os legumes são algo que ninguém comeria se não fosse subornado, e que é virtude experimentar a dor antes do prazer (...): uma lição primordialmente moral!”*

Este aspecto das repercussões mais amplas da Educação Nutricional é mencionado apenas de forma superficial, permitindo concluir que realmente a contribuição mais significativa destas Autoras foi em relação aos aspectos a serem estudados nos diagnósticos educativos.

JELLIFFE, D.B. (1970)

Virando mais algumas páginas da história da Educação Nutricional deparamo-nos com JELLIFFE (1970) que trata do problema enfatizando dois outros aspectos até então não abordados pelos demais autores: o do sofrimento humano pelas más condições de alimentação e

saúde e o estabelecimento de metas educativas a partir de uma base de dados referente aos problemas de saúde infantil da região.

Citando Wilson, diz o Autor que *“a fome, a desnutrição e o crescimento insuficiente, são fatos tão constantes na vida da criança, que frequentemente são considerados normais. Séculos de luta desalentadora contra os riscos de um ambiente hostil, com o sofrimento reiterado que traz consigo elevada mortalidade infantil, tende a produzir uma aceitação fatalista e aparentemente apática das consequências, a qual resulta difícil de combater”*. A preocupação de Wilson com os aspectos do sofrimento estendem-se também para o médico. Diz ele que *“ao superestimar os aspectos técnicos do trabalho, a formação médica tende a reprimir o instinto de considerar as pessoas como pessoas e fomentar o hábito de vê-las como ‘casos’ de tal ou qual enfermidade; muitas situações resultariam demasiado horríveis se fossem consideradas em todo seu contexto de sofrimento humano”*.

Como médico, JELLIFFE pensa a Educação Nutricional como meio para solucionar problemas de Nutrição em Saúde Pública. Com um enfoque diferente das autoras que o antecederam, que procuraram mostrar que a Educação Nutricional fazia parte da educação global do ser humano necessária a todas as pessoas, JELLIFFE recomenda, como primeira etapa do planejamento de um programa educativo *“estabelecer, em ordem de prioridade, sobre a base de dados que se dispõe, os problemas de saúde infantil na região”* e *“determinar o componente nutricional do problema mais destacado”*.

Esta visão epidemiológica, somada à visão behaviorista de ensino própria da mentalidade da época, leva-o à afirmação de que o critério do êxito do ensino não é a acumulação de conhecimentos, porém a ação, a mudança de algum aspecto do comportamento e a substituição ou modificação de algum hábito nocivo.

Parece-nos que a Educação Nutricional neste momento se distancia de um ideal de ensino para passar a preencher uma função específica de instrução a respeito de como resolver determinados problemas identificados a partir de dados epidemiológicos. A sociologia cede lugar à medicina como mentora dos programas de Educação Nutricional.

BOSLEY, B. (1976)

Pode-se perceber um relativo avanço na concepção de Educação Nutricional examinando-se o trabalho de BOSLEY, publicado em 1976 como um capítulo da obra de Beaton e Bengoa *"Nutrition in preventive medicine - the major deficiency syndromes, epidemiology, and approaches to control"*. Segundo a Autora, o objetivo da Educação Nutricional é *"ajudar os indivíduos a estabelecer práticas e hábitos alimentares adequados às necessidades nutricionais do organismo e adaptados ao padrão cultural e aos recursos alimentares da área em que vivem"*. Ela enfatiza que a Educação Nutricional não é transferência de informações sobre valor nutritivo ou sobre técnica de preparo de alimentos, mas sugere que, através da educação o educador deva *"criar o desejo"* no educando de mudar a sua alimentação. Chega a questionar o direito da intromissão do educador em hábitos da vida cotidiana do educando e chama a atenção para o respeito à cultura, dizendo que não se deve pensar em mudar a dieta, mas melhorá-la, respeitando valores, costumes sociais e religiosos, preferências, tabus, idiossincrasias e métodos habituais de preparação.

Para BOSLEY, o principal objetivo da Educação Nutricional é melhorar a dieta, reforçando as práticas que são boas e orientando apenas as modificações para aquelas que são prejudiciais.

Esta Autora resgata no seu trabalho o pensamento de BURGESS & DEAN, mas soma a ele os princípios do planejamento normativo dizendo que o planejamento da Educação Nutricional deve-se dar em forma de um leque que tem seu ponto inicial a nível nacional onde os nutricionistas têm por função treinar pessoal auxiliar, desenvolver materiais adequados, assessorar os educadores que trabalham em nível local, supervisionar atividades; a execução caberia ao que ela denomina de *"agentes locais de saúde"*, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e auxiliares. Pela primeira vez o nutricionista é identificado como o *"responsável técnico"* pela Educação Nutricional, porém não como seu executor.

BOSLEY dá grande ênfase aos aspectos técnicos dos programas, ou seja: dados que devem ser levantados previamente através de diagnóstico, formulação precisa de objetivos, adequação de conteúdos, estratégias de ensino e de avaliação e coordenação interinstitucional de programas. Sugere ainda que as indústrias de alimentos sejam chamadas a colaborar nos

programas governamentais através de “*marketing publicity*”, isto é, os produtores colaborariam na Educação Nutricional empreendendo programas de orientação ao consumidor.

É interessante ainda ressaltar a visão que se tem do “*educador*”. Se por um lado seu papel é muito valorizado, por outro, a competência é percebida mais como “*dom*” do que como habilidade a ser desenvolvida. A Autora diz que o educador deve ter sensibilidade, vivacidade, deve dar o exemplo e ser capaz de criar um “*clima*” bom de relacionamento interpessoal. A necessidade de “*treinamento*” chega a ser mencionada, assim como também o “*suporte de especialistas habilitados*”, mas a Autora não deixa claro quem são estes especialistas e de que forma seriam preparados.

Em suma, como aspecto novo, temos a emergência da figura do nutricionista como responsável técnico e, como principal aspecto positivo, um resgate da valorização dos aspectos culturais no processo educativo. Predomina entretanto um pensamento pragmático no qual não cabem discussões acerca das contradições sociais, tais como problemas nutricionais *versus* poder aquisitivo, interesse das indústrias *versus* objetivos da Educação Nutricional, visão e poder do nutricionista (responsável técnico) *versus* visão e poder dos médicos (executores). Todos os segmentos da sociedade são vistos como aliados que podem contribuir nesta nobre missão de melhorar o estado nutricional oferecendo “*alternativas convincentes e práticas*” para a solução dos problemas.

MUSHKIN, S.J. (1982)

O texto de MUSHKIN integra a publicação “*Evaluación del impacto de los programas de nutrición y de salud*”, organizado por Klein e publicado pela OPAS/OMS em 1982. A preocupação norteadora do trabalho é a avaliação da eficiência dos Programas de Nutrição com a finalidade de usar os resultados destas avaliações como dados de base para a análise de custo de oportunidade, isto é, utilização opcional de recursos para a área social com vistas a um propósito de crescimento econômico.

Segundo a Autora, os investimentos em Nutrição têm influência sobre o desenvolvimento econômico e sobre os resultados da educação. Pela diminuição de suscetibilidade às doenças,

aumento do vigor físico e da expectativa de vida, o trabalhador torna-se mais apto para o desempenho de suas atividades e tem um período mais longo de vida produtiva.

Segundo a Autora, *“o estado nutricional é um fator que influi na existência de capital”*. Havendo um aumento na produtividade, há acumulação de capital para o empregador, advindo do lucro obtido pela diferença entre o custo do trabalhador e a sua produtividade, ou seja, lucro resultante da mais valia do trabalhador. E a acumulação de lucro pelo empregador resulta em mais investimentos nos meios de produção, o que favorece o desenvolvimento.

Com relação aos resultados da educação, diz a Autora que a Nutrição (e aqui ela se refere particularmente à merenda escolar) contribuiria para melhorar o estado nutricional da criança, diminuindo a suscetibilidade às doenças e o absenteísmo escolar, o que, teoricamente, resultaria em maior eficiência do ensino.

Esta linha de pensamento está fundamentada num pensamento econômico liberal, reducionista e fragmentário que evita a questão dos valores. CAPRA (1982), fazendo uma crítica a esta escola de pensamento, diz que *“A evasão de questões relacionadas com valores levou economistas a voltar-se para problemas mais fáceis, porém menos importantes, e a mascarar os conflitos de valores mediante o uso de uma elaborada linguagem técnica. Essa tendência é particularmente forte nos Estados Unidos, onde existe atualmente a crença generalizada de que todos os problemas - econômicos, políticos ou sociais - têm soluções técnicas. Assim, a indústria e o comércio contratam exércitos de economistas a fim de prepararem análises de custo/lucro que convertem opções sociais e morais em opções pseudotécnicas, e, desse modo, ocultam conflitos de valores que só podem ser resolvidos politicamente.”*

A necessidade de avaliar programas para obter recursos incentivou estudos que poderiam gerar dados para avaliar o impacto dos programas de Nutrição: graus de desnutrição e rendimento intelectual, estudos de resultados de intervenção como por exemplo efeito da suplementação alimentar sobre o desenvolvimento físico e intelectual, efeito do fornecimento da merenda sobre o processo desnutrição/infecção e sobre o rendimento escolar, estudos antropométricos e outros.

Percebe-se nitidamente que as intervenções no campo da Nutrição são vistas como um insumo econômico a ser ou não utilizado na dependência dos resultados das análises feitas pelos economistas sobre os custos de oportunidade e não por reconhecimento do direito do ser humano ao alimento. É impossível não se indignar frente a considerações dessa natureza, principalmente tendo-se em conta que tais análises foram feitas e publicadas pela própria Organização Mundial da Saúde.

JELLIFFE, E.F.P. (1983)

Em 1983, a esposa de D.B. Jelliffe, autor do artigo anteriormente analisado *“La nutrición infantil en las zonas tropicales y sub-tropicales”*, E.F. JELLIFFE, publicou um texto com o título *“Nutrition education and the planning process”*, na obra coordenada por D.S. McLaren *“Nutrition in the community”*.

Para ela, a Educação Nutricional é uma *“educação do público com vistas a uma melhora geral do estado nutricional, principalmente através da promoção de hábitos alimentares adequados, eliminação de práticas dietéticas insatisfatórias, introdução de melhores práticas de higiene da alimentação e uso mais eficiente dos recursos disponíveis”*. A Autora refere-se à Educação Nutricional como uma *“ferramenta específica para reduzir a morbidade e a mortalidade”* devida a deficiências nutricionais.

Percebe-se no trabalho uma incipiente tentativa de sistematizar conceitos e teorias de Educação Nutricional construídos a partir de experiências práticas. Para tanto, ela inicialmente faz um retrospecto das fases históricas da Educação Nutricional. Em seguida, cita trabalhos de vários autores, entre eles o de T. Drummond, uma brasileira que em 1975 publicou, através da Universidade de Cornell, o trabalho de Educação Nutricional baseado no método Paulo Freire, já mencionado à página 33.

JELLIFFE ainda enfatiza muito as técnicas de planejamento normativo. Como aspecto positivo pode-se destacar o esforço de rever trabalhos nos quais autores que desenvolveram programas de Educação Nutricional procuraram construir teorias e sistematizar conceitos a partir de suas experiências.

A Autora nada menciona acerca das formas e competência dos responsáveis pelos programas, nem indica os serviços onde os programas deveriam ser executados. Citando Fugelsang diz apenas que comunicação aplicada é uma função que requer sensibilidade e habilidade criativa por parte do educador e que *“a estes atributos pode-se acrescentar curiosidade no seu sentido mais amplo, senso de humor e compaixão por aqueles que necessitam de assistência”*. Novamente aqui se identifica a percepção da competência do educador como *“dom”*, como *“atributo pessoal”* e não como habilidade adquirida através de formação profissional específica.

MANUAIS DE TREINAMENTO (OPAS, 1983; OMS, 1988; OPAS, 1990)

O desaparecimento da figura do autor e a tecnologia educacional garantindo a eficácia do processo ensino-aprendizagem.

As três publicações que se seguem são muito semelhantes, motivo pelo qual serão analisadas concomitantemente: *“Pautas para capacitar en nutrición a trabajadores comunitários de salud”* (OPAS, 1983), *“Pautas para capacitar a los agentes de salud comunitários en nutrición”* (OMS, 1988) e *“Unidades didáticas de nutrición”* (OPAS, 1990). Na realidade a segunda e a terceira publicações constituem revisões ampliadas e aprimoradas das anteriores.

Estes manuais foram concebidos com a finalidade de serem utilizados nos serviços de atenção primária de saúde, visando prioritariamente o melhoramento da alimentação materno-infantil, a prevenção, a detecção e tratamento oportuno da desnutrição, a vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança, a prevenção e controle das enfermidades diarreicas e daquelas preveníveis por imunização. No prólogo da edição em espanhol da publicação de 1983, Carlyle Guerra de Macedo, então Diretor da OPAS, diz que *“um dos fatores determinantes da escassa existência de ações sistemáticas de alimentação e nutrição materno-infantil no nível primário tem sido precisamente o caráter pouco prático deste componente na capacitação dos trabalhadores comunitários de saúde...”*. O manual, dirigido a pessoal responsável pela capacitação, supervisão e orientação dos trabalhadores comunitários de saúde, traz em seu bojo a proposta de suprir esta falha e ser utilizado permanentemente como guia das atividades rotineiras do trabalhador comunitário de saúde.

Percebe-se aqui uma proposta de caráter especificamente instrucional voltada ao desenvolvimento de habilidades específicas. Os capítulos contêm objetivos operacionais de aprendizagem, conteúdo didático e exercícios de fixação. O material foi elaborado para ser utilizado como recurso em treinamentos e não prevê qualquer discussão de caráter conceitual ou filosófico. Trata-se de abastecer com informações, aqueles que deverão executar determinadas tarefas tais como pesar e medir crianças, estimular mulheres a amamentar seus filhos, aconselhar os pais sobre a melhor maneira de alimentar as crianças, aconselhar gestantes e lactantes sobre práticas alimentares adequadas ao seu estado fisiológico, tratar crianças com diarreia com solução de reidratação oral entre várias outras, sendo que todas estas ações seriam desenvolvidas pelos *“trabalhadores comunitários de saúde”* que em nosso meio estariam representados pelo pessoal de nível elementar do serviço de enfermagem.

Se por um lado é louvável a iniciativa de colocar nas mãos dos técnicos um material de utilidade imediata, por outro observa-se um predomínio da tecnologia educacional sobre as relações interpessoais no processo educativo, e a crença na primazia do instrumento de trabalho tecnicamente bem elaborado para suprir necessidades de educadores e educandos. Não há preocupação com o que, hipoteticamente, poderia ocorrer na mente desses indivíduos durante o processo de aprendizagem. Além disso, nos conteúdos sugeridos, são misturados temas relevantes em Educação Nutricional, como por exemplo aleitamento materno e alimentação no primeiro ano de vida, com o que poderíamos chamar de pseudo-técnicas de higiene, como por exemplo a improvisação de um *“excelente refrigerador”* confeccionado com uma cesta de bambu. Evidentemente, tais improvisações oferecem riscos à saúde. Escamoteia-se a causa real dos problemas e ensina-se técnicas no mínimo enganosas (pseudotécnicas), criando-se a ilusão de estar oferecendo soluções (ver ilustrações à página 58).

OSHAUG, A. , BENBOUZID, D. & GUILBERT, J.J. (1988)

Em 1988, a OMS publica um extenso manual (mais de 300 páginas sem numeração sequencial) com o título *“Educational handbook for nutritionists”* de autoria de OSHAUG, BENBOUZID & GUILBERT. O material, cuidadosamente elaborado dentro de uma linha comportamentalista, privilegia um planejamento científico do processo ensino-aprendizagem e uma primorosa organização das experiências dos cursos e treinamentos. Todo o conteúdo do

livro está relacionado a técnicas de planejamento e avaliação, e pode-se considerar que, na visão dos Autores, a eficiência do processo de aprendizagem está garantida através do controle rigoroso da programação.

O conteúdo tratado diz muito pouco sobre nutrição ou alimentação, pois constitui-se de técnicas de planejamento pedagógico. Pode ser útil como fonte de exemplos de técnicas, porém não prepara ninguém para ser um educador em nutrição.

Parece que não foi assimilada a lição da antropóloga Margareth Mead que recomendou aos nutrólogos que se preocupassem muito mais em saber como mudam os hábitos alimentares do que em descobrir técnicas para mudá-los (RITCHIE, 1968), pois é fato evidente que os hábitos se alteram e que existem fenômenos sociais que determinam tais mudanças.

A natureza do hábito alimentar não é sequer cogitada. Programa-se o ensino de mudança de práticas alimentares como programa-se o ensino sobre como lidar com uma máquina. Há um evidente esvaziamento da compreensão mais ampla deste fenômeno tão rico, tão complexo e tão fascinante que é a alimentação humana.

WILLIAMS, T., MOON, A. & WILLIAMS, M. (1991)

Em 1991, a OMS publicou um guia para professores de ensino de primeiro grau, intitulado "*Alimentos, meio ambiente y salud*" (WILLIAMS e cols, 1991). As justificativas para a linha de trabalho adotada, referidas no prefácio, fundamentam-se em premissas que refletem um pensamento tradicional em educação: as causas para a desnutrição são o baixo nível de saneamento e de higiene pessoal, cuja solução requer instalação de vaso sanitário e hábitos corretos de higiene; a educação visa fomentar hábitos saudáveis e esta tarefa compete à escola primária; o professor deve ser instruído para transmitir as informações necessárias.

Os conteúdos são tratados como se não houvessem questões sociais permeando as situações apresentadas, pois ignora-se a responsabilidade da sociedade em relação à falta de saneamento básico e condições habitacionais. Ignora-se as condições de trabalho do professor de primeiro grau e a própria finalidade precípua da escola. Basta observarmos as ilustrações no final

deste capítulo para constatar a imensa distância entre a abordagem dada aos problemas de higiene e a nossa realidade onde o esgoto corre a céu aberto em meio às favelas urbanas.

EDUCAÇÃO NUTRICIONAL

Outros técnicos lembram-se dela.

Em publicação de 1981 sobre funções do setor de saúde em matéria de alimentação e nutrição (COMITE..., 1981), técnicos da Organização Mundial de Saúde discutem a necessidade de diagnósticos precisos da situação alimentar, fatores ambientais, magnitude e efeito dos problemas, programas intersetoriais e programas de suplementação alimentar. No resumo final, entre as medidas sugeridas para a prevenção primária e secundária da desnutrição, citam: *“intervenção no sistema docente oficial na transmissão de conhecimentos sobre nutrição e introdução de práticas de nutrição convenientes desde os primeiros momentos da vida”*. É interessante observar que, ao sugerirem medidas de caráter educativo, os técnicos não citam os Serviços de Saúde, atribuindo-as aos educadores da rede de ensino básico.

As publicações específicas sobre Educação Nutricional da OMS, por sua vez, não tratam de questões emergentes que dizem diretamente respeito à necessidade de mudança de hábitos alimentares, tendo em vista a prevenção de doenças crônico-degenerativas (COMITE..., 1988; WHO..., 1990). Tais publicações atêm-se unicamente à prevenção da desnutrição e desidratação, e às técnicas para levantamento de dados antropométricos para avaliação nutricional.

Perguntamo-nos se não existe certo descompasso entre o enfoque dado às questões de nutrição nos documentos sobre outras temáticas relacionados à Nutrição e aqueles que tratam especificamente da Educação Nutricional. Em outras palavras, falou-se muito sobre Educação Nutricional quando o problema era predominantemente econômico, e parece que a Educação Nutricional sai de cena quando surgem evidências de que hábitos alimentares estão se constituindo em risco para a saúde, devido ao consumo excessivo de certos alimentos, principalmente de alimentos industrializados.

2.3. O que faltou dizer.

Criticar o behaviorismo, o planejamento verticalizado ou o pensamento neo-liberal, enfim, os ideários que marcaram a mentalidade desta geração de estudiosos da Nutrição, fugiria ao escopo deste trabalho e, com certeza, outros poderiam fazê-lo muito melhor do que eu. Tendo já apresentado algumas críticas aos documentos que forjaram o pensamento sobre Educação Nutricional vigente até os dias de hoje, prefiro encerrar esta análise, apontando para o que faltou dizer sobre Educação Nutricional.

Entendendo que o questionamento filosófico é o único que pode dar respostas à busca do sentido último do ser e do fazer, valho-me das contribuições de alguns filósofos da educação que poderão nos auxiliar a reorientar a trajetória do pensar e do fazer em Educação Nutricional. Aponto a seguir cinco aspectos cuja ausência nos discursos sobre Educação Nutricional pode nos ajudar a compreender o descrédito que pesa sobre ela.

1 - Saber é compreender.

REBOUL (1974) nos diz que o verdadeiro ensino distingue-se do treinamento e da instrução porque *“seu propósito não é formar um técnico, um cidadão, um crente, mas um homem”*.

Não é possível educar verdadeiramente, se o que move o educador é a mera obediência a determinações impostas por *“técnicos de nível central”*. Não é possível educar, se o conteúdo desta educação foi determinado através de diagnósticos elaborados por técnicos que não transitam no mesmo espaço organizacional e cultural daqueles a quem cabe executar os programas. Não é possível falar em educação se a expectativa é apenas a de que as populações mudem algumas práticas do seu cotidiano a fim de que os indicadores de saúde tornem-se menos sofríveis.

Muito poucas vezes a bibliografia referente à Educação Nutricional esteve próxima de auxiliar efetivamente o educador em nutrição a compreender em profundidade o fenômeno com o qual está lidando - alimentação humana.

A abordagem pedagógica desta Educação Nutricional sempre esteve muito mais próxima da instrução, voltada a técnicas e procedimentos, do que a um ensino que buscasse inserir o homem na cultura humana, iniciando-o “*na arte do servir-se do saber*” (REBOUL, 1974).

2 - Engajamento com a realidade.

Diz Paulo FREIRE (1983), que “*o compromisso, próprio da existência humana, só existe no engajamento com a realidade, de cujas águas os homens verdadeiramente comprometidos ficam molhados, ensopados*”. Paulo FREIRE nos faz ver a necessidade da sincera inserção do educador numa realidade que não é a “*realidade do educando*”, mas uma realidade única, compartilhada por educador e educando. Uma realidade conflituosa, repleta de contradições, profundamente desafiadora para qualquer profissional que se proponha a trabalhar neste campo.

Regis de MORAIS (1986) nos diz que o ensinar só se caracteriza quando há uma ultrapassagem da coexistência para a convivência. E não é possível pensar em convivência enquanto o ensino é planejado a distância, através de terceiros, pensado por técnicos que flutuam nos níveis centrais e regionais alheios ao cotidiano das organizações e da vida das comunidades, como na prática se faria, na linha de trabalho proposta pelos autores cujos trabalhos foram previamente analisados. Alguns conteúdos mencionados e ilustrados ao final deste capítulo são frutos do desconhecimento da realidade e do desengajamento dos técnicos, que se traduz pela apresentação de soluções que levam em conta apenas a situação concreta atual, sem considerar as circunstâncias sociais e históricas que as originaram e sem imprimir ao seu trabalho técnico a dimensão da solidariedade.

3 - Conscientização.

Paulo FREIRE (1985) apresenta a educação dialógica, em oposição à educação bancária como o caminho para a formação da consciência crítica. AMATUZZI (1989) explica a emergência da palavra própria dizendo que enquanto através da educação bancária o educador

põe as suas próprias palavras na boca do educando, produzindo nele um falar alienado, a educação dialógica, problematizadora, visa o renascer de dentro, o emergir da palavra própria do educando. Esta palavra viva detém uma força transformadora, pois, ao falar original, autêntico, seguem-se atos que interferem fisicamente nas coisas. Para fazer emergir este falar original o educador precisa acreditar no educando como interlocutor legítimo e dispor-se a ouvi-lo, de tal forma que este educador não falará mais ao educando nem sobre o educando, mas com o educando. A palavra poderá assim cumprir sua função mediadora do mundo, de argamassa que une existências individuais na lida solidária que tem o poder de criticar a realidade e transformá-la através de ações coletivas.

Não é portanto possível pensar uma “*educação*” nutricional desvinculada de um profundo encontro entre homens instaurado através do diálogo, do ouvir o educando para poder falar com ele.

O tecnicismo presente nos textos analisados não privilegia nem a formação do educador nem a compreensão do educando. Apresenta-se como um discurso do qual os sujeitos se ausentaram. Monólogo que trata das técnicas de Educação Nutricional sem se ater aos fatos relativos a alimentação e seus significados na vida das pessoas.

4 - Intervenção na vida.

A alimentação compreende um universo de significados, de forma que, através da alimentação o homem expressa-se psicológica e culturalmente (GARCIA, 1992).

Regis de MORAIS (1986) explica que ensinar é intervir em vidas humanas, e, para nós, Educação Nutricional é intervir na alimentação, entendendo-a como representação de fatores psicológicos e culturais. Por isso, uma abordagem pragmática que apenas instrui sobre como proceder, escamoteando os conflitos, ignorando as contradições, reduzindo o fenômeno da alimentação ao que comer, o que comprar e como preparar não pode resultar eficaz, na medida em que leva o educando a proceder mecanicamente segundo o pensar do educador, e destituindo o seu comer dos significados a ele inerentes.

Dos autores analisados, RITCHIE foi quem mais se aproximou desta visão, possivelmente inspirada pela abordagem antropológica de Margareth Mead. Infelizmente esta forma de tratar a questão se perdeu na história, sendo substituída por abordagens estritamente técnicas.

5 - O sujeito do discurso.

Ao longo de cinco décadas de discursos sobre Educação Nutricional, não se afirmou em momento algum quem seria o profissional responsável pela sua execução. Atribui-se vagamente esta responsabilidade aos médicos, aos bioquímicos, aos economistas domésticos, aos professores, que teriam como “missão” incorporá-la ao seu fazer-profissional. O nutricionista chega a ser mencionado por BOSLEY como o “*responsável técnico*”, mas não como executor. Um educador portanto que não convive com o educando, que não está inserido na mesma realidade que o educando, que não dialoga com o educando. Um educador técnico e asséptico. Como diz Rubem ALVES (1984), um educador que produz um discurso do qual ele próprio se ausentou, um discurso vazio de significação humana.

O que infelizmente se constata é que, na maioria das vezes, a Educação Nutricional esteve deslocada da discussão sobre o modo de produção vigente na sociedade e, infelizmente, não ultrapassou uma proposta de adestramento de grupos de pessoas sem história por técnicos portadores de um discurso sem significação. Rubem ALVES (1984), diz que o verdadeiro educador “*habita um mundo em que a interioridade faz uma diferença, em que as pessoas se definem por suas visões, paixões, esperanças e horizontes utópicos (...) Um educador é um fundador de mundos, mediador de esperanças, pastor de projetos*”.

Algumas ilustrações das
publicações comentadas

- Reflexos de um ideário -

Una buena alimentación ayuda a crecer fuertes y sanos.

Las personas que gozan de gran popularidad influyen poderosamente en la opinión de la comunidad.

Fonte: RITCHIE, J. *Estudiamos la nutrición*. Roma, FAO, 1968

Figura 36. Una cesta de bambú para refrigerar alimentos.

Fonte: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Unidades didáticas de nutrición. Washington, OPAS, 1990.

Letrinas

El único lugar verdaderamente seguro para defecar es una letrina debidamente construida y protegida. Cada familia debiera tener una. Si los niños defecan al aire libre en diferentes lugares, será imposible persuadirlos de que se laven las manos cada vez.

Puede resultar útil construir un modelo de letrina usando plasticina, cartón y palos de madera. Si se hace lo bastante grande, será un medio valioso de enseñanza.

Fonte: WILLIAMS, Talimentos, medio ambiente y salud. Ginebra, OMS, 1991

Respuestas

1. La diarrea se manifiesta con deposiciones sueltas, acuosas (Figura 54). Una persona que haga tres o más deposiciones sueltas al día tiene diarrea.

Figura 54. Este niño hace deposiciones sueltas acuosas. Tiene diarrea.

2. La diarrea se produce por varias causas distintas. Por ejemplo, los niños pueden tener diarrea si juegan en lugares donde hay animales. Los niños pueden tener diarrea si comen alimentos sucios o se les da un biberón sucio. Los niños también tienen diarrea si sus madres preparan la comida con las manos sucias.

3. La respuesta a esta pregunta dependerá de su comunidad.

Figura 55 a). Este niño puede enfermar de diarrea porque se lo alimenta con un biberón sucio.

Figura 55 b). Este niño está jugando en un lugar sucio y comiendo alimentos contaminados. Es probable que contraiga diarrea.

Figura 55 c). La madre de este niño no se ha lavado las manos antes de darle de comer y lo está haciendo en un ambiente de suciedad. El niño puede contraer diarrea.

Fonte: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Unidades didácticas de nutrición. Washington, OPAS, 1990.

3. Concepções e enfoques de Educação Nutricional

No capítulo anterior, analisei criticamente as publicações da OMS e da OPAS referentes a Educação Nutricional, porque elas constituíram o referencial teórico primordial para as iniciativas nesta área. No presente capítulo, esta análise é estendida a outras publicações, e são retomadas algumas citadas no capítulo anterior, com vistas a revelar tendências de concepções e de enfoques para a Educação Nutricional.

Em 1960, foi publicada no México, uma tradução da segunda edição do livro de PATTISON e cols. (1960), com o título de *“Enseñanza de la nutrición”*. O livro traz informações básicas sobre Nutrição e sugere técnicas de ensino para apresentar os conteúdos a grupos de diferentes idades. Ao apresentar as razões que justificam os programas de Educação Nutricional, as Autoras afirmam que a Nutrição é *“a pedra angular da saúde”*, e tema de grande importância social, que promove o *“bem estar físico, mental e social”*. O texto comunica uma forte crença no poder da Educação Nutricional para promover a saúde, e discute, com profundidade, métodos, instrumentos, problemas que surgem no processo educativo, barreiras, como avaliar aquisição e mudança de conhecimentos, atitudes e práticas relativas à alimentação. A contribuição maior do livro é a descrição clara e detalhada de estratégias de ensino. Observa-se forte influência das teorias comportamentalistas na elaboração deste texto.

Este enfoque contrapõe-se àquele da obra de RITCHIE (1968), já comentado no capítulo anterior. O prefácio deste último, assinado por Autret, inicia-se da seguinte forma: *“A ignorância é a aliada da fome. Com a pobreza, sua freqüente companheira, é fundamentalmente responsável por quase todos os casos de má-nutrição”*. Observamos aqui, uma intencionalidade da Educação Nutricional, diferente daquela da obra de PATTISON e cols (1960). Enquanto para aquelas Autoras a Educação Nutricional era a *“pedra angular da saúde”* para a promoção da saúde de **todas** as pessoas, para RITCHIE, as atividades de Educação Nutricional têm por finalidade *“a divulgação das relações entre nutrição e saúde e, muito especialmente, daqueles conhecimentos que, uma vez adquiridos, permitirão aproveitar melhor os recursos alimentares atuais e potenciais, e contribuirão para eliminar certos costumes*

desregrados, os prejuízos, o apego irracional à tradição, a ignorância e a inércia que são, a miúdo, para a melhora da nutrição, obstáculos tão graves como a própria pobreza”.

Ao referir-se tão radicalmente ao apego irracional à tradição, à ignorância e à inércia, em uma leitura apressada, poderíamos concluir que a autora atribui totalmente aos pobres a responsabilidade pela sua própria pobreza. Porém, fazendo um retrospecto do que mudou da época em que publicou o seu primeiro livro, ela cita três fatores: a mudança do conceito de aprendizagem, um interesse cada vez maior dos sociólogos para colocar as conquistas científicas a serviço do bem estar da humanidade e o reconhecimento, cada dia mais difundido, da contribuição da visão multidisciplinar para resolver os problemas alimentares mundiais.

O primeiro capítulo do livro, ilustrado com fotos de crianças vítimas de kwashiorkor⁶, marasmo, raquitismo e xeroftalmia, mostra a preocupação da autora em trazer à luz a gravidade dos problemas nutricionais. Neste capítulo ela diz que quem supõe que a educação em matéria de nutrição pouco pode influir para modificar esta situação, está muito longe da verdade, e complementa o pensamento afirmando que *“Na esfera da educação, o primeiro dever dos nutrólogos consiste em fazer compreender aos governos a urgente necessidade de incorporar uma política alimentar e de nutrição a seus planos de desenvolvimento económico”* (grifo meu).

Observamos aí uma outra maneira de conceber a Educação Nutricional. Totalmente voltada ao problema da fome, tendo como sujeitos não apenas a população vítima dela, mas a sociedade como um todo, e, particularmente, aqueles que, nos governos, decidem as estratégias de desenvolvimento económico e as políticas sociais.

À página 67 podemos apreciar algumas ilustrações extraídas destes dois livros que exemplificam estes enfoques.

Durante a década de sessenta, as publicações no Brasil sobre o assunto ficaram restritas a material de divulgação como folhetos ou livretos destinados ao público. Nesta época os **Centros de Aprendizado Doméstico do SESI- Serviço Social da Indústria** já realizavam periodicamente cursos de educação alimentar, que existem até os dias de hoje.

⁶ Kwashiorkor - síndrome pluricausal que ocorre em período posterior ao desmame, na qual se verifica deficiência proteica grave.

Desta época, podemos nos recordar também dos manuais do INCAP, que traziam textos didáticos relativos a alimentos específicos, para serem utilizados por professores e auxiliares de Serviços de Saúde.

Em 1967, foi fundada, nos Estados Unidos, a *Society for Nutrition Education*, que a partir de 1968, passou a publicar o *Journal of Nutrition Education* (BRUN & GILLESPIE, 1992).

Nos anos setenta, o que de mais notável aconteceu, foi a emergência de um sentimento de rejeição à Educação Nutricional, pensamento que foi forjado na contribuição de economistas e sociólogos, que trazendo para o campo da nutrição importantes elementos de análise pautados sobretudo na visão marxista, acabaram por eliminar do panorama as propostas educativas, em prol de uma análise que buscava unicamente na estrutura econômica e política os fatores determinantes dos problemas nutricionais. Como já tivemos oportunidade de referir antes, na década de setenta a Educação Nutricional foi para o “*exílio*” (CASTRO & PELIANO, 1985).

Entretanto, na prática profissional dos nutricionistas a Educação Nutricional permaneceu. A disciplina que leva este nome faz parte do currículo mínimo do Curso de Graduação e, com a expansão dos cursos superiores na década de setenta, necessitava-se de bibliografia básica para as disciplinas do ciclo profissional, ainda muito restrita na época e, podemos acrescentar, infelizmente até hoje.

Em virtude desta necessidade, foi que, em 1984, publiquei o livro “*Educação Nutricional - planejamento, execução e avaliação de programas*” (MOTTA & BOOG, 1984). Na introdução deste livro a Educação Nutricional é conceituada segundo posicionamento da Conferência Nacional sobre Educação Nutricional, realizada em 1979, em Bethesda, Estados Unidos: “*o processo de transmitir ao público conhecimentos que visem a melhoria da saúde por meio da promoção de hábitos alimentares adequados, eliminação de práticas dietéticas insatisfatórias, introdução de melhores práticas higiênicas e uso mais eficiente dos recursos alimentares*” (McNUTT & STEINBERG, 1980). Neste livro, já nos referimos à existência de duas correntes de pensamento no meio acadêmico, uma favorável e outra desfavorável à Educação Nutricional e afirmamos ainda que “*a educação tem suas limitações, sobretudo aquelas ligadas aos aspectos econômicos da situação nutricional*”.

Ainda na década de oitenta, VALENTE (1986), baseando-se nas concepções que radicalizam a oposição extrema entre uma educação tradicional e uma educação que ele considera crítica, usa até de ironias para condenar todas as iniciativas neste campo empreendidas até então. Diz este Autor que a Educação Nutricional ensina à população *“como apertar o cinto sem doer”* e vale-se do mecanismo de culpar a vítima, ou seja, o indivíduo desnutrido pela sua situação, e o ensina a *“comer cascas de batata, ratos ou outros alimentos disponíveis e de alto teor nutricional”*.

Uma excelente abordagem da Educação Nutricional na linha sócio-cultural é feita por CERQUEIRA (1985) no trabalho *“Educacion nutricional: metas y metodologia”*, no qual ela define Educação Nutricional como *“um instrumento indispensável que provê a população de elementos para tomar decisões quanto à seleção de alimentos, porém por si só é ineficiente e requer sua integração com outras estratégias de ordem econômica, política e social”*. A Autora enfoca a Educação Nutricional do ponto de vista de Saúde Pública, como medida de alcance coletivo com o fim primordial de *“proporcionar os conhecimentos necessários e a motivação coletiva para formar atitudes e hábitos de uma alimentação sadia, completa, adequada e variada”*.

Em publicações estrangeiras recentes tem-se levantado a necessidade de fundamentar teoricamente a Educação Nutricional, buscando os princípios filosóficos sobre os quais os nutricionistas possam delinear seus trabalhos (ACHTERBERG, 1988b; ACHTERBERG & TRENKNER, 1990; BRUN & GILLESPIE, 1992; GILLESPIE & BRUN, 1992; GUTHRIE, 1989).

ACHTERBERG & TRENKNER (1990) levantam questões como: até que ponto podemos pretender *“regular a alimentação de outra pessoa em nome de sua saúde e segurança? Isso é desejável? O que nos dá o direito de, como educadores em nutrição, intervir no hábito alimentar de outros? Se vamos intervir, como devemos fazê-lo? Quem é responsável pelo hábito alimentar que leva a uma saúde boa ou má? Nós devemos trabalhar com os grupos mais receptivos ou com aqueles que necessitam mais assistência?”* Estes são apenas alguns dos questionamentos levantados por estes Autores que indicam a necessidade da busca de uma compreensão geral de valores para a Educação Nutricional.

Menos suscetível às discussões ideológicas, o campo da Dietoterapia evoluiu de forma mais amena, ao longo de todos estes anos, e hoje há nutricionistas trabalhando em várias especialidades de Dietoterapia no campo hospitalar e ambulatorial, onde a Educação Nutricional às vezes aparece timidamente referida como instrumento auxiliar. Também no campo da alimentação para coletividades tem surgido experiências positivas.

Se, por um lado, como atividade inserida nos serviços de alimentação para coletividades ou nos hospitais e ambulatórios a Educação Nutricional tem ganhado certo reconhecimento, o mesmo não se pode dizer em relação aos Serviços de Saúde Pública.

Reportando-nos às palavras de BEHAR (1991), já mencionadas na introdução deste trabalho, de que nossa posição efetiva está nos Serviços de Saúde, cabe perguntar: *como?* Se os programas verticais definitivamente não são eficazes, há que se partir para as experiências locais. Mas qual seria a receptividade dos outros profissionais para isto? Qual é a percepção que os profissionais médicos e enfermeiros que tradicionalmente atuam nos Serviços de Saúde têm sobre esta atividade? Entendendo que a atuação em Saúde Pública é multidisciplinar, é preciso conhecer a visão dos demais profissionais sobre as questões de Nutrição para estabelecer estratégias de trabalho. Esta é a questão que me proponho a responder através deste trabalho. Além disso, o tratamento estritamente técnico que sempre foi dado à Educação Nutricional efetivamente pouco contribuiu à compreensão de seu papel do ponto de vista mais amplo da educação. Se existem várias abordagens para a educação, também devem existir diferentes abordagens para a Educação Nutricional.

O que de fato significa Educação em Saúde e Educação Nutricional para quem está trabalhando nos Serviços de Saúde? Qual é a intencionalidade das ações desenvolvidas neste campo? E quais são as percepções sobre a eficácia do processo? Estas são algumas questões que alimentaram a concepção do projeto desta pesquisa.

Algumas ilustrações das
publicações comentadas

Fig. 2.15 — Hay aumento del contenido en calcio a medida que aumenta la talla y el peso.

DIETAS Y NUTRICION

23

La hermanita se asombra de la dieta de los jóvenes.

EVALUACION

215

...la maestra observa el éxito de la enseñanza.

Fonte: PATTISON, M. e cols. *Enseñanza de la Nutrición*. México, Reverté, 1960.

FIGURA 3. - Nigeria: izquierda, niño víctima del kwashiorkor (2 años y medio); centro, niño sano (2 años); derecha, niño que padece de marasmo (4 años).

FOTO DAVID MORLEY

Preguntas como « Juan y Tomás fueron a visitar a su abuela, quien les dio una comida excelente. ¿Qué creéis que comieron? », pueden recibir contestaciones muy elocuentes.

Fonte: RITCHIE, J. **Estudiemus la nutrición**. Roma, FAO, 1968.

4. Problemática

Educação Nutricional e Educação Alimentar são terminologias cujo emprego já conta por volta de meio século. Neste trabalho, propus-me a estudar o papel da Educação Nutricional apenas nos dias de hoje, mas se fosse propósito do estudo proceder a um resgate histórico sobre o tema, talvez nos deparássemos com práticas diversas, cuja natureza nem sempre pudesse ser considerada na sua essência como verdadeiramente educativa.

Qual é afinal o papel da Educação Nutricional? Quando BEHAR (1991) afirmou ser cético quanto à efetividade de grandes programas verticais, dizendo que a nossa responsabilidade direta está nos Serviços de Saúde, fez surgir a questão: Qual é a responsabilidade dos Serviços de Saúde em matéria de Nutrição: cumprir educar? cumprir ensinar? cumprir instruir? como?

As respostas a estas questões não podem ficar a cargo de organizações internacionais apenas. É preciso buscar empiricamente entre os profissionais da linha de frente, daqueles que vivem a realidade de cada região e de cada serviço, a sua percepção dos problemas e da forma de abordá-los. Mas é preciso proceder a esta análise dentro de uma visão ampla de educação que contemple as várias correntes pedagógicas, que procure séria e concretamente reter o que cada uma oferece de melhor, superando posições maniqueístas de pensamento que reduzem a educação à doutrinação, justificando a opção por uma linha apenas pregando o mais completo desprezo pelos demais pontos de vista (MORAIS, 1986).

Perguntar-se sobre o sentido de tudo que foi exposto, constitui por si uma indagação filosófica, uma vez que se está perscrutando a finalidade de um conhecimento. Perguntar-se sobre a utilidade e o espaço para este conhecimento no campo da Saúde Pública induz à pesquisa central deste trabalho, que, contudo, não pretende furtar-se à reflexão sobre os seus achados em busca de um sentido mais amplo.

Será esta área de conhecimento totalmente inútil frente às precárias condições de existência na qual sobrevive a grande maioria da população brasileira? Qual é o seu potencial para resolver problemas de saúde? Se educação é processo a longo prazo, como avaliar resolutividade? Estariam na própria dinâmica das instituições os obstáculos a um trabalho neste

campo? Que obstáculos são esses? Qual é a percepção que os profissionais que tradicionalmente atuam nos Serviços de Saúde têm sobre essa atividade? Qual é a intencionalidade das ações na visão deles? Como os problemas de nutrição do cotidiano são percebidos por médicos e enfermeiros? Como eles os abordam em *seu* cotidiano profissional? Como se constrói sua visão de alimentação e nutrição? Como as questões de alimentação do cotidiano são permeadas pelo conhecimento técnico-científico e vice-versa? Qual é a origem da resistência às atividades de nutrição nos Serviços de Saúde? Qual é a influência das instituições formadoras, das instituições profissionais, e das próprias organizações na formação desta opinião? Quais são as possibilidades concretas de ação?

Se nos cumpre, como técnicos em Nutrição, ensinar, temos que nos perguntar: a quem? onde? se nos cumpre instruir, sobre o que? Isso tudo pode ser considerado educação? ou ensino? instrução? mero adestramento?

A angústia por encontrar respostas a estas questões e à finalidade e à aplicação dos conhecimentos acumulados no campo da Educação Nutricional constituem o pano de fundo desta pesquisa.

5. Objetivos

Com a finalidade precípua de discutir a implementação de atividades de Educação Nutricional nos Serviços Públicos de Saúde, o presente estudo é proposto com os seguintes objetivos específicos:

1. Analisar a visão dos profissionais de saúde sobre Educação/Orientação Nutricional.
2. Analisar os posicionamentos dos profissionais de saúde frente à prática da Educação/Orientação Nutricional nas Organizações de Saúde à qual estão vinculados.
3. Analisar as condutas dos profissionais de saúde frente a problemas relacionados a alimentação, trazidos pelos clientes.
4. Avaliar a influência da “esfera do cotidiano” do próprio profissional nas opiniões emitidas.
5. Avaliar a influência das instituições formadoras e instituições profissionais nas opiniões emitidas.

“Quando a ciência tenta apresentar um relato da realidade reduzindo-a a seus elementos básicos, ela procede como se a realidade da sinfonia fossem os instrumentos da orquestra. A ação é acidental. Deveria ter sido o contrário. Do mesmo modo como a música: um sonho da mente humana, vagando.”

Rubem Alves

II - METODOLOGIA

1. Buscando estratégias de aproximação

Para atender ao objetivo de discutir a implementação de atividades de Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde, foi buscado um método que contemplasse a inserção da própria prática da Educação Nutricional no serviço, a vinculação do pesquisador às instituições onde foi desenvolvido o trabalho, o retorno aos sujeitos das análises elaboradas, a fim de que esta discussão, que constituiria o produto final do trabalho, fosse efetivamente feita entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados, de tal forma que a tese fosse o resultado de uma construção conjunta e não uma discussão do autor consigo mesmo.

Como os objetivos específicos da pesquisa - análise da visão, dos posicionamentos, condutas, influência do cotidiano e das instituições na opinião dos sujeitos - indicam percepções sutis, de caráter subjetivo, representacionais, o método deveria permitir tanto a emergência das experiências eminentemente pessoais, como dos condicionamentos sociais envolvidos no pensar dos sujeitos, o que ampliaria a análise estendendo-a ao nível da influência das instituições.

Os procedimentos metodológicos não poderiam ser definidos a priori. Na situação dinâmica de um trabalho que se desenrolou ao longo de quase dois anos, o método teve que ser gradativamente construído. A esse processo de construção do método me referirei como metodologia, termo que se aplica ao estudo dos caminhos e dos instrumentos usados para se fazer ciência, abrangendo ainda a própria crítica aos limites da ciência para desvendar a realidade, quer seja descrevendo-a ou explicando-a, à qualidade do conhecimento produzido para a construção de teorias ou à consistência, coerência e originalidade das constatações, cujo grau de fidedignidade determina em que medida elas podem efetivamente orientar a solução de problemas e contribuir à proposição de soluções práticas para equacioná-los.

O objeto que me propus a pesquisar foi a Educação Nutricional. Pelos motivos já expostos nos capítulos anteriores, a Educação Nutricional tem estado muito pouco presente como prática profissional e muito ausente da prática científica. As pesquisas desenvolvidas até hoje nesse campo orientaram-se sobretudo para a realização de diagnósticos de necessidades educativas ou avaliação de programas, buscando evidenciar necessidades de intervenção e explicitar os conteúdos técnicos que deveriam compor os programas educativos.

Entretanto, não são apenas dados objetivos que vão determinar a aceitação e a implementação de uma determinada prática profissional; não são apenas os dados epidemiológicos, as justificativas técnicas ou as argumentações políticas que levam as pessoas a mudar o seu pensar sobre determinado assunto. Questões muito mais sutis como a percepção subjetiva dos fatos que compõe o cotidiano pessoal e profissional, a apreensão desses fatos e dos papéis através de esquemas tipificadores, a intencionalidade dos atores envolvidos, a inércia do próprio hábito que determina a forma usual de tratar determinados temas e a historicidade das instituições, precisam ser analisadas quando se busca solução para um problema técnico, que no caso deste trabalho é *como implementar atividades de Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde*.

Nesse aspecto, BERGER & LUCKMAN (1985), justificam a necessidade de analisar os fenômenos sociais através dos universos de significação socialmente compartilhados, dizendo que *“toda instituição tem um corpo de conhecimento situado em nível pré-teórico que fornece as regras de conduta institucionalmente adequadas, e que estes conhecimentos constituem a dinâmica motivadora da conduta institucionalizada”*.

Tornou-se o desafio propulsor deste trabalho, encontrar uma forma de captar os universos de significação compartilhados pelos profissionais de saúde - médicos e enfermeiros que tradicionalmente constituem os atores privilegiados dos Serviços de Saúde - relativos às questões de alimentação e Nutrição.

Tendo em vista o objeto a ser pesquisado - Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde - e a contextualização - Grupos, Organizações, Instituições - fazia-se necessário criar um método que permitisse ao pesquisador aproximar-se desse objeto de estudo. Passo em seguida, a descrever a metodologia através da qual se construiu o método.

2. Metodologia: processo de construção do método

A preparação teórica para empreender a pesquisa foi desenvolvida através da leitura das obras de MINAYO (1993), L'ABBATE (1990), LÜDKE & ANDRÉ (1986), THIOLENT (1992) e DEMO (1992).

A leitura de MINAYO possibilitou conhecer as várias abordagens que a sociologia oferece para a pesquisa no campo da saúde além de oferecer uma análise crítica sobre as mesmas. A leitura do capítulo “Metodologia: abrindo caminhos e possibilidades” do trabalho de L'ABBATE permitiu vislumbrar alternativas para criar estratégias e instrumentos de aproximação do objeto de estudo. O leque de possibilidades aberto pela leitura de MINAYO, somado ao estímulo à criatividade gerado por L'ABBATE, criaram condições para que eu pudesse, a partir da leitura de LÜDKE & ANDRÉ e THIOLENT, definir as linhas condutoras do trabalho e, finalmente, optar pelo método da pesquisa-ação, tendo a ousadia de adaptá-lo à situação peculiar deste estudo.

Em nenhum momento, abandonei a preocupação com a questão do rigor metodológico. Por isso, durante as etapas posteriores do trabalho, procurei conhecer outras publicações que discutem metodologia de pesquisa, particularmente os métodos qualitativos. Assim, embora outros autores - THIOLENT (1982), MINAYO (1995b), FAZENDA (1994), BARDIN (s.d.), QUEIROZ (1983), SANTOS & GAMBOA (1995) E HAGUETTE (1995) - não tenham sido explicitamente citados na explanação feita neste capítulo sobre a opção pelo método pesquisa-ação, a sua leitura contribuiu significativamente para sedimentar os conhecimentos e as opções metodológicas que já haviam sido feitas.

LINHAS CONDUTORAS DO TRABALHO

a) o conhecimento produzido viria carregado e impregnado da experiência pessoal do autor e seria construído na intersubjetividade das visões do pesquisador e dos sujeitos pesquisados. Isto não significa que a estrutura social e institucional estivesse sendo desconsiderada no trabalho, mas sim que ela não seria tomada como único fator determinante da realidade. Somente um nutricionista que tenha passado pela experiência de empreender um trabalho de implantação de atividades de Educação Nutricional em Serviço Público de Saúde teria sentido os obstáculos para isso e buscaria desvendá-los para si e para os outros;

b) a pesquisa deveria acontecer concomitantemente a uma ação de prestação de serviço técnico dentro da especialidade de Educação Nutricional em Serviço Público de Saúde, a fim de que a abordagem dos entrevistados fosse apoiada numa ação concreta e conhecida e de tal forma que os dados levantados pudessem servir para direcionar e redirecionar ações futuras.

Para os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, seria até mesmo incompreensível que alguém lhes perguntasse a opinião sobre algo completamente desconhecido como um trabalho de Educação Nutricional, realizado por nutricionista em Serviço Público de Saúde. Para poder levantar esta discussão era imprescindível concretizar a ação, uma vez que ela era completamente desconhecida nos locais em que o trabalho foi desenvolvido;

c) o objeto da investigação foi a Educação Nutricional. Os indivíduos entrevistados foram sujeitos da pesquisa que interagiram com o pesquisador com a finalidade de analisar a adequação da realização desta atividade nos Serviços Públicos de Saúde;

d) a presença do profissional no serviço, e os procedimentos empregados na coleta de dados, foram tanto instrumentos de pesquisa quanto ações de intervenção com a finalidade de contribuir para ampliar o nível de consciência das pessoas envolvidas sobre as questões de nutrição e alimentação;

e) mais do que estudar o problema em si, havia uma predisposição e uma necessidade de enfrentá-lo no cotidiano da instituição de saúde, para que o conhecimento produzido viesse impregnado dessa vivência.

2.1. Opção pelo método da pesquisa-ação

Quando se lança um olhar crítico e reflexivo sobre a ciência da nutrição e dietética, constata-se uma inércia e uma improdutibilidade em relação à aplicação dos conhecimentos para a sociedade, fato este que já foi analisado na introdução do trabalho.

Quem mais especificamente milita na área - os nutricionistas - conhece os fenômenos subjetivos da realidade social que ocorrem no cotidiano da profissão e que não podem ser descritos através das abordagens tradicionais, não são quantificáveis em função até de sua sutileza, não são apreendidos numa rede nomotética, mas que, nem por isso, são menos importantes quando se quer estudar as estratégias de implantação de programas e sobretudo identificar os obstáculos que se interpõem. Para tanto, torna-se necessário buscar metodologias mais próximas da prática social, que permitam registrar dados subjetivos, não mensuráveis, que possam contribuir para diminuir a distância entre conhecimento científico e capacidade prática de enfrentamento dos problemas comuns, e que permitam conciliar a pesquisa com o compromisso de colocar o conhecimento científico a serviço da sociedade.

As abordagens que melhor se enquadram nestes pressupostos são as abordagens qualitativas. LÜDKE & ANDRÉ (1986), citando Bogdar & Biklen, referem-se a cinco características da pesquisa qualitativa, que se adequam perfeitamente ao presente estudo:

CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA QUALITATIVA⁷

- 1 - a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Segundo os Autores citados, a pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, via de regra, através do trabalho intensivo de campo;
- 2 - os dados coletados são predominantemente descritivos, o que não significa que não se possa usar dados quantitativos quando eles puderem contribuir para melhor esclarecer ou demonstrar relevância dos dados;
- 3 - a preocupação com o processo é maior do que com o produto porque parte-se do pressuposto de que a pesquisa é ao mesmo tempo intervenção, e o projeto resultará em transformações que serão, no mínimo, tão importantes quanto os resultados da pesquisa em si;
- 4 - o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial do pesquisador, o que possibilita trazer fatos do cotidiano para a pesquisa e considerá-los parcelas importantes dos resultados;
- 5 - a análise do trabalho tende a seguir um processo indutivo. Segundo LÜDKE & ANDRÉ *“os pesquisadores não se preocupam em buscar evidências que comprovem hipóteses definidas antes do início dos estudos. As abstrações se formam ou se consolidam basicamente a partir da inspeção dos dados num processo de baixo para cima. O fato de não existirem hipóteses ou questões específicas formuladas a priori não implica a inexistência de um quadro teórico que oriente a coleta e a análise dos dados. O desenvolvimento do estudo aproxima-se a um funil: no início há questões ou focos de interesse muito amplos, que no final se tornam mais diretos e específicos. O pesquisador vai precisando melhor estes focos à medida que o estudo se desenvolve”*.

⁷ Segundo Bogdar & Biklen, IN: LÜDKE M., & ANDRÉ, M.E.D.A Pesquisa em educação: abordagens

As abordagens qualitativas abarcam certo número de métodos e técnicas como pesquisa-ação, observação participante, debate em grupos focais, entrevistas, dos quais o pesquisador pode lançar mão para o estudo. Entretanto, o trabalho de campo precisa ser pensado não só através dos referenciais teóricos, mas também da viabilidade operacional. A construção do método específico que permitiu a aproximação do objeto de estudo, foi concebida com base na teoria estudada, na viabilidade operacional e nas peculiaridades do objeto e do campo específico de conhecimento que estava sendo explorado.

A inserção do pesquisador nos locais onde a pesquisa seria realizada, com vistas a desenvolver atividades práticas pertinentes ao campo da pesquisa, traz uma configuração que identifica este caminho com o método da pesquisa-ação descrito por THIOLENT (1992). Este Autor define pesquisa-ação como uma *“linha de pesquisa associada a diversas formas de ação coletiva que é orientada em função da resolução de problemas ou ações transformadoras”*.

O termo *pesquisa-ação* foi cunhado por Kurt Lewin na década de quarenta, nos Estados Unidos, dentro da psicologia social, e era orientado à solução de problemas sociais que a sociedade americana experimentava em função da guerra mundial. Posteriormente, foi absorvido por pesquisadores de países anglo-saxônicos, como Barbier, que o desenvolveu incorporando elementos da sociologia institucional de Bourdieu e Passeron, do marxismo contemporâneo de Lefebvre & Goldmann e do existencialismo de Sartre (HAGUETTE, 1995).

Para THIOLENT, a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social, com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo e participativo. Ele diz ainda que a ação empreendida deve ser uma ação não trivial, o que a caracteriza como uma ação problemática que, por isso, merece ser investigada e, com base nos resultados, os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados.

De todas estas características, a única em que o presente estudo não se enquadra é a da ação coletiva. Aqui não se pode falar em ação coletiva em decorrência de três fatores: em

primeiro lugar, como a Educação Nutricional nos Serviços Públicos de Saúde não tem ainda um espaço próprio, resulta a situação de que a autora é, efetivamente, a única pessoa atuante nessa área nas instituições envolvidas; em segundo lugar, são muito poucos os pesquisadores neste campo, mesmo tomando-se o país como referência; em terceiro lugar, por ser este um trabalho de tese, o que, por si, o configura como um trabalho individual.

Para THIOLENT (1992), a pesquisa-ação visa dar aos pesquisadores meios de se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas da situação que vivem, buscar soluções para os problemas reais para os quais os procedimentos convencionais mostram-se inadequados, tudo isso sob a forma de ações transformadoras. Este Autor ressalta que a caracterização da pesquisa-ação se dá pela ação planejada, através da qual pretende-se aumentar os conhecimentos dos pesquisadores e o nível de consciência das pessoas e grupos considerados.

Não há entre os teóricos, unanimidade a respeito da denominação e da conceituação dos diferentes métodos utilizados nas abordagens qualitativas. DEMO (1992) não faz diferença entre pesquisa participante e observação participante porque, para ele, ambas têm em comum o traço mais importante que é o compromisso com a prática. THIOLENT (1992) estabelece o limiar entre as duas abordagens, dizendo que toda pesquisa-ação é participativa, entretanto nem toda pesquisa participante é pesquisa-ação. Esta só pode ser assim caracterizada *“quando houver realmente uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação”*. A ação pode ser de três tipos: de caráter reivindicatório, quando ocorre no contexto associativo ou sindical; de caráter prático, quando ocorre dentro de uma atividade coletiva; de caráter organizacional, quando visa resolver problemas de ordem aparentemente mais técnica. O Autor explica o termo *aparentemente*, dizendo que este tipo de pesquisa permite investigar os condicionamentos sociais que permeiam as mudanças organizacionais. Se estes condicionamentos não forem identificados e discutidos, os problemas técnicos não são equacionados.

O método pressupõe portanto uma ação planejada, a observação sistemática, podendo-se também utilizar procedimentos comuns às pesquisas tradicionais como questionários, entrevistas, grupo focal e outros.

Considerando, portanto, a natureza do problema, a viabilidade operacional e as peculiaridades do objeto de estudo, optou-se pelo uso da pesquisa-ação, entendendo-a como uma

estratégia de pesquisa na qual existe uma ação por parte do investigador, com vistas a uma transformação da realidade concreta, através da qual ele pretende também aumentar o seu conhecimento e o conhecimento e consciência dos sujeitos pesquisados a respeito da problemática estudada, envolvendo a prestação de serviço, a observação sistemática, o diálogo com os sujeitos pesquisados que acontece tanto em situações informais como em situações planejadas que ocorrem sob a forma de entrevistas, e o retorno aos sujeitos da elaboração teórica que o pesquisador faz a partir dos dados coletados.

3. Intervenção através de ações planejadas

Quando um profissional passa a integrar a equipe de um serviço, torna-se necessário descrever as atividades que ele desenvolverá dentro da especificidade da sua formação técnica. Com base nas experiências profissionais já vivenciadas anteriormente, no conhecimento sobre a teoria e as técnicas de Educação Nutricional e na adaptação dos modelos existentes à realidade brasileira, optei por desenvolver a atividade assistencial através de três tipos de ação: aconselhamento dietético para atendimento individual, participação nos trabalhos desenvolvidos em grupos educativos e assessoria. Essas três modalidades de prestação de serviço constituíram as ações planejadas.

Participando do dia-a-dia do serviço, atendendo pacientes, ministrando aulas em grupos educativos, foi possível integrar atividades de Nutrição na rotina das organizações, aprimorar os conhecimentos técnicos relativos a ela e tornar conhecida esta atividade para os outros profissionais, o que consistiu num primeiro passo para a conscientização sobre a necessidade deste tipo de atendimento.

3.1. Aconselhamento Dietético para Atendimento

Individual

A definição clássica de aconselhamento dietético foi elaborada em 1969, por um Comitê da Associação Americana de Dietética que estudava temas pertinentes à nutrição comunitária e dietoterapia. Segundo este Comitê, o aconselhamento dietético consiste na *“orientação profissional individualizada para ajudar uma pessoa a ajustar seu consumo diário de alimentos, a fim de atender às suas necessidades de saúde”* (LING e cols., 1975). Desde então, o termo aconselhamento dietético é empregado para definir este tipo de orientação nutricional e suas técnicas estão apoiadas em ampla bibliografia⁸.

⁸ BARLOW & TILLOTSON (1978); DANISH e cols (1975); EVANS & HALL(1978) FERGUSON (1978); FINN & FOLTZ (1991); GILBOY (1994); GREENE & YESENOSKY (1990); HAUCHECORNE e cols (1994); LING (1975); MAHONEY & CAGGIULA (1978); ORKOW & ROSS (1975) OWEN (1979); ROACH e cols (1992); SCILABRA (1975); SULLIVAN e cols (1990); TRUDEAU & DUBÉ (1995); WHAPEA & HARRIS (1993).

A concepção de aconselhamento é de origem humanista. A obra “Terapia Centrada na Pessoa”, de Carl Rogers, é freqüentemente citada nos trabalhos que procuram conceituar o que seja aconselhamento. Aconselhamento é um relacionamento de ajuda, que inclui alguém que procura ajuda e alguém disponível, capaz e tecnicamente preparado para ajudar, numa situação que permita dar e receber ajuda (HACKNEY-NYE, 1977).

No caso específico do aconselhamento dietético, a ajuda é buscada quando há necessidade de modificar hábitos alimentares a fim de prevenir ou controlar um problema de saúde. O nutricionista avalia a alimentação do cliente através de anamnese detalhada e manifesta uma aceitação das práticas, percepções, representações e sentimentos do cliente relacionados à alimentação. Em seguida, discute com o cliente o diagnóstico dietético, procurando dar explicações técnicas claras, precisas e compreensíveis. O cliente manifesta sua disposição ou não de mudar, explicita suas dificuldades e começa a estabelecer o seu programa de mudanças. O nutricionista precisa desenvolver sua percepção para captar formas de comunicação não verbal que expressam sentimentos importantes do cliente e dar a estas manifestações - sutis - respostas apropriadas e significativas. É necessário criar um clima de confiança, autenticidade e compreensão mútua (HOLLI & CALABRESE, 1986). O processo tem caráter confidencial, não podendo, portanto, ser desenvolvido em corredores ou locais públicos, mas tão somente em consultórios destinados a consultas ou sessões de aconselhamento. A consulta inicial demora de 45 a 50 minutos e os retornos de 20 a 30 minutos.

Este tipo de ajuda envolve comunicação, interpretação e aplicação do conhecimento científico, sendo que tudo isso se faz através de conversação. O aconselhamento se efetiva, portanto, através do diálogo, por meio do qual se procura solucionar problemas, desenvolver autoconfiança para a tomada de decisões, transmitir conhecimentos, desenvolver percepções, “*insights*”, compreensão empática, estabelecer metas para mudanças e expressar sentimentos. Não são utilizadas as tradicionais tabelas que, via de regra, constituem o instrumento básico de orientação nutricional. Eventualmente elas podem ser fornecidas num momento mais avançado do processo, após várias sessões de orientação, quando o cliente deseja aprofundar conhecimentos.

A empatia é fundamental no processo porque ela permite compartilhar verbalmente com o cliente a percepção de seu mundo, suas experiências e sentimentos. O aconselhamento é uma relação de ajuda por meio da qual a pessoa cresce em direção à sua própria escolha; assim o cliente e não o aconselhador determina se deseja e até que ponto deseja ser ajudado, toma decisões a respeito de suas necessidades e estabelece metas de mudanças e crescimento diretamente relacionadas à alimentação ou relativas a aspectos da vida determinantes dos hábitos alimentares.

O aconselhamento visa a autonomia do cliente e é orientado para o futuro, isto é, procura-se focar o que pode ser melhorado no futuro, na medida das possibilidades concretas e da disposição crescente das pessoas para mudarem.

Portanto, o aconselhamento dietético tem por base o diálogo acerca da alimentação e sobre todos os fatores psicológicos, sociais, econômicos e culturais envolvidos. Não se fornece dietas prontas, o nutricionista não define o que o cliente deve fazer, e sim o cliente é que define as suas próprias metas com a assessoria do nutricionista. O processo caminha numa linha de crescimento da autonomia do indivíduo para ajudá-lo a regular a própria alimentação com vistas à promoção da saúde e prevenção ou controle de doenças.

Estas características descritas fazem parte da teoria existente sobre aconselhamento dietético. Entretanto, devo ressaltar que, na minha maneira pessoal de desenvolver este trabalho, houve duas outras influências significativas: a primeira, do pensamento de Paulo Freire, e a segunda, proveniente dos estudos realizados sobre *“Abordagem Holística em Saúde”*.

A totalidade dos clientes atendidos nos Serviços Públicos de Saúde são trabalhadores ou aposentados cuja luta pela sobrevivência se impõe até à luta contra a doença. São pessoas que têm, no dizer de Paulo Freire, uma dualidade existencial, ou seja, embora vivendo como classe oprimida, têm introjetado em si, como modelo, a figura, a *“sombra”* do opressor. São pessoas que atribuem ao *“destino”*, à *“sina”*, ao *“fado”* ou ainda à *“vontade de Deus”* a razão última de todas as mazelas, de tal maneira que o fatalismo torna-se a barreira mais importante para ser trabalhada (FREIRE, 1985). Estão de tal forma imersos na ordem social vigente que não conseguem divisar claramente nem os seus limites, nem as suas possibilidades. Estão de tal maneira presos à atração pelo opressor e à autodesvalia, que o estilo, os padrões e os valores de

vida deste, parecem-lhes a única alternativa válida de vida, mesmo quando este estilo e estes padrões de vida são prejudiciais à saúde ou ao controle da doença.

O trabalho exige portanto, do nutricionista, uma postura política; o aconselhamento dietético não é uma atividade apenas técnica. Faz-se necessário que a situação social em toda sua complexidade, efetivamente se configure como pano de fundo em todos os atos técnicos, de tal forma que tanto o nutricionista, como o cliente, sejam parceiros que, através do diálogo compartilham problemas, buscando pronunciar as contradições da realidade, procurando explicitá-las, problematizá-las, sobre elas refletir, tornando a sessão de aconselhamento um momento de criação de novos sentidos, e, se não de soluções, pelo menos de esperança, entendida esta como a mola propulsora para a luta pela vida.

O aconselhamento dietético individual é um momento rico de experiência, que tanto auxilia nos problemas imediatos relativos à alimentação, como conduz o cliente a buscar soluções para outras questões, na medida em que, através do aconselhamento dietético, ele percebe que frequentemente o maior problema que ele enfrenta não está “na dieta”, como ele pensava anteriormente, mas em outros aspectos da sua situação existencial, para os quais a alimentação era uma fuga. Quando as mudanças alimentares são eficazes no controle dos sintomas, o cliente começa a questionar-se sobre o que o levou a ter hábitos tão prejudiciais, tão lesivos a seu próprio corpo. Ocorre então uma percepção do problema de saúde como problema decorrente das condições ou do estilo de vida - nem sempre tão imutável como era visto até então, o que abre uma perspectiva para se trabalhar também este aspecto. Quando o serviço dispõe de uma equipe multidisciplinar, contando com psicólogos e assistentes sociais, esta mudança de trajetória torna-se mais viável, com melhores perspectivas para o paciente.

Outra influência importante na minha concepção pessoal de aconselhamento dietético foi aquela decorrente do estudo da *Abordagem Holística em Saúde*. O termo *holístico* vem do grego *holos*, que significa *todo*. Nesta abordagem, a saúde é vista como uma condição de harmonia resultante da integração do homem com o universo. Ela consiste em algo dinâmico, positivo, uma atitude de disposição, de alegria e aceitação frente à vida e às responsabilidades que a mesma impõe a cada um. Como diz NOGUEIRA (1985), “a saúde e a doença são, respectivamente, expressões de sucesso ou insucesso experimentado pelo organismo ao seu esforço de responder adaptadamente ao seu meio ambiente”.

Aplicando estes conceitos à situação do aconselhamento dietético, temos a situação na qual as crises, as doenças e consequentemente as alterações alimentares que se impõe como medidas necessárias ao seu controle, podem significar oportunidades para crescimento. Quanto mais o próprio cliente é responsável pela auto-regulação de sua dieta, recuperação e manutenção do seu bem-estar, tanto mais ele se auto-conhece e integra esta experiência à sua vida como experiência evolutiva positiva.

Além disso, falar sobre *problemas de alimentação* - sobretudo quando se atribue às doenças e às dietas a responsabilidade por todos os problemas existenciais - é mais fácil do que enfrentar diretamente estes problemas existenciais. Assim, falando da alimentação, o cliente termina por expressar outros conflitos. Incentivado à auto-regulação de sua dieta, ele passa a discernir melhor os problemas dietéticos dos conflitos existenciais. A doença e as alterações alimentares constituem então, uma oportunidade de reflexão sobre as causas que levam aos distúrbios alimentares.

Em contrapartida, se o nutricionista der uma dieta pronta para este paciente, ele a fará por certo tempo, possivelmente a abandonará depois, sem questionar os hábitos, a qualidade de vida ou os conflitos que geraram o problema. Equivaleria, por exemplo, a ministrar um calmante para uma pessoa ansiosa, sem questionar as causas dessa ansiedade.

Procurando sintetizar as considerações aqui expostas, conceituo aconselhamento dietético como uma abordagem de educação nutricional, que se efetua através do diálogo entre cliente/paciente que procura ajuda para solucionar problemas de alimentação e o profissional nutricionista, tecnicamente preparado para analisar o problema de alimentação dentro do contexto bio-psico-social da pessoa e auxiliar o cliente/paciente a explicitar os conflitos que o permeiam para, enfim, buscar soluções que lhe permitam integrar esta experiência de mudança de hábitos à vida cotidiana, recuperando assim um estado de harmonia compatível com a saúde.

3.2. Trabalho com Grupos Educativos

Os Serviços de Saúde geralmente desenvolvem atividades educativas com grupos de pacientes. A inserção de temas de nutrição nesses grupos foi natural, isto é, as solicitações para que eu me responsabilizasse por algumas aulas partiu espontaneamente dos profissionais dos serviços.

Os grupos trabalhados foram: Diabetes, Menopausa e Bota de Unna⁹. Minha responsabilidade consistia em ministrar uma aula relativa ao tema “Alimentação” nos cursos periódicos sobre Diabetes e Menopausa e participar das reuniões das equipes responsáveis por ambos, constituídas por médica, enfermeira, assistente social, psicóloga e eu como nutricionista. No grupo de Bota de Unna eu participei uma única vez.

Cabe aqui um esclarecimento a respeito da dinâmica imposta pela organização no que concerne ao trabalho da equipe. Na realidade, não há um trabalho interdisciplinar. A forma de atuação da equipe consiste numa distribuição de tarefas específicas, correspondente à ministração de “aulas” que são desenvolvidas com maior ou menor grau de participação dos clientes, conforme as estratégias de ensino empregadas pelos profissionais envolvidos. Não existe uma proposta educativa explícita que ultrapasse a ministração dos conteúdos. Quando muito, ela pode existir na mente dos profissionais, porém esta proposta não é discutida e nem reformulada à luz das experiências. Via de regra, as decisões relativas aos programas de equipe são tomadas pelo médico, de forma um tanto autoritária, mas que, contudo, encontra apoio numa certa subserviência dos demais profissionais envolvidos. Por outro lado, quando o médico não assume a coordenação, os outros membros da equipe também não o fazem. A meu ver, os programas educativos sobrevivem vegetando, sem coordenação e sem a perspectiva de evolução. Corre-se assim o risco de que eles afinal sirvam mais para reforçar as estatísticas de produção e promover pessoas do que para efetivamente cumprir um papel como estratégia de educação em saúde.

⁹ Bota de Unna - procedimento empregado no tratamento de úlceras varicosas.

3.3. Assessoria

A presença do nutricionista no serviço induz o surgimento de certos questionamentos e demandas que antes não eram levantados. Procurou-se responder a essas necessidades na medida do possível dentro dos horários previamente reservados para a prestação de serviço.

No dia-a-dia, procurei assessorar os médicos e os enfermeiros conforme as solicitações que estes traziam, relativas a temas como por exemplo: ingestão de cálcio para prevenção de osteoporose, controle de hipercolesterolemia e assuntos sobre Nutrição em geral. Além disso, organizei dois encontros com um grupo de enfermeiros para tratar a temática “Abordagem nutricional na consulta de enfermagem na saúde do adulto”.

Particpei ainda regularmente da equipe do Programa de Atendimento ao Ostomizado, composta por duas enfermeiras, uma assistente social, uma auxiliar de saúde e eu, nutricionista.

É notório que qualquer medida sugerida que exija posturas das organizações que transcendm o funcionamento tradicional do serviço, pautado quase estritamente no atendimento individual, encontra obstáculos de várias naturezas. As propostas com maior potencial de transformação acabam por sucumbir frente à inércia de uma atividade meramente assistencial, cuja principal mola propulsora é a estatística de produção.

4. Procedimentos metodológicos

4.1. Etapas do trabalho de campo

4.1.1. Escolha do local

O trabalho foi desenvolvido simultaneamente em dois serviços. O motivo da escolha desses dois locais deveu-se ao interesse em verificar o resultado da ação em duas situações diversas. Um dos dois locais escolhidos foi a Policlínica II da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, onde eu já atuava junto ao GRÃO - Grupo de Atendimento aos Ostomizados, desde 1991. A Policlínica II, situada à Av. Campos Sales nº 737, na região central de Campinas, atende pacientes que vem à busca de atendimento especializado. A Policlínica II oferece serviços nas seguintes especialidades: cardiologia, dermatologia, angiologia, reumatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, gastroenterologia, pneumologia, ortopedia, neurologia, cirurgia plástica, cirurgia infantil, e cirurgia geral, além dos seguintes programas: Paralisia Cerebral, Bota de Unna, Programa de Atendimento ao Ostomizado, Ortese e Prótese e Grupo para Deixar de Fumar.

A Policlínica II é uma unidade que passou a ser administrada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em 12/12/92, com a municipalização dos Serviços de Saúde. Antes fazia parte do Serviço Social Federal, vinculada portanto ao INAMPS - Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social. O serviço vem enfrentando sérios impasses administrativos, decorrentes da falta de recursos e o prédio de sete andares encontra-se em precaríssimas condições. Conta com 60 médicos, sete enfermeiros, seis assistentes sociais, oito odontólogos, uma fisioterapeuta e uma fonoaudióloga. A demanda é muito alta e nos dias de agendamento formam-se filas imensas.

Este local foi escolhido por três motivos: já havia um contato meu com o serviço, o que facilitava a receptividade dos administradores à proposta, conta com médicos de várias especialidades para as quais a Nutrição oferece uma contribuição importante e, pelas próprias precariedades e pelos impasses que enfrenta, é representativo do que de mais difícil se enfrenta hoje nos Serviços Públicos de Saúde.

O segundo local foi o CECOM - Centro de Saúde da Comunidade da UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas, ligado à Coordenadoria de Serviços Sociais, que presta Assistência Médico-Odontológica à comunidade universitária da UNICAMP, o qual funciona dentro do próprio Campus. Este serviço, que no ano de 1995 atendeu potencialmente a uma população de 24.918 pessoas, sendo 8.781 funcionários, 2.188 docentes e 13.949 alunos de graduação e pós-graduação, oferece atendimento nas seguintes áreas: Clínica Médica, Oftalmologia, Reumatologia, Dermatologia, Psiquiatria, Fisioterapia, Saúde Ocupacional, Psicologia, Serviço Social e Ambulatório de Assistência à Mulher, contando ainda com serviços de Odontologia, Enfermagem e Segurança do Trabalho. As condições do prédio são excelentes e o agendamento é imediato, ou seja, não há filas.

Este serviço foi escolhido por contrapor-se totalmente ao primeiro e por oportunizar a implantação das atividades previstas em órgão vinculado a Universidade, o que possibilitaria a divulgação da iniciativa.

4.1.2. Período.

Policlínica II - Como já havia um contato anterior com o serviço, foi tomado como data de referência para o início do trabalho vinculado a este estudo, o dia 21 de janeiro de 1994, dia em que entreguei o projeto à coordenadora da Policlínica II, para que ela o lesse e autorizasse a realização do trabalho. O início do atendimento deu-se no dia 4/05/94 e continua até o momento.

CECOM - O primeiro contato com o serviço, deu-se no dia 5 de outubro de 1993. O início das minhas atividades de prestação de serviços deu-se no dia 30 de março de 1994 e continua até o momento. Uma cópia do projeto foi encaminhada à coordenação do CECOM.

4.1.3. Fase exploratória.

A fase exploratória é o período em que o pesquisador vai descobrir o seu campo de pesquisa antes de iniciar as intervenções, a fim de avaliar prospectivamente a viabilidade de uma intervenção do tipo pesquisa-ação no meio considerado (THIOLLENT, 1992). Este contato permite que a pesquisa seja concebida com suficiente conhecimento das especificidades da situação e habilidade necessária para sua aceitação por parte dos interessados. Neste período, o

pesquisador estabelece relação com as pessoas com as quais irá trabalhar, toma contato com a estrutura administrativa, com os serviços técnicos e conhece profissionais e pessoas que compõem a dinâmica da instituição. Considerou-se como fase exploratória, o período decorrido a partir da data do contato inicial, até o início das atividades de prestação de serviço.

4.1.4. Observação Sistemática.

A observação foi feita durante todo o período de permanência nas instituições e registrada em um diário de campo. Neste diário eram registradas conversas informais, comportamentos, gestos, expressões, fatos que de alguma forma interferiram ou marcaram o trabalho, ou ainda eram reveladores do pensar dos sujeitos sobre o assunto em tela. Às vezes uma pergunta, uma observação, um comentário de uma pessoa reflete mais a sua percepção sobre determinado assunto, do que tudo o que é dito no momento de uma entrevista.

Esses dados foram muito úteis nas análises, porém optei por não relatá-los no trabalho por motivos éticos, uma vez que no contato cotidiano as pessoas não estavam conscientes de que eram observadas para uma pesquisa¹⁰.

4.1.5. Prestação de serviço.

Na Policlínica II, a prestação de serviço consistiu no desenvolvimento do aconselhamento dietético para pacientes encaminhados por médicos ou enfermeiros da Policlínica II, ou que trouxessem encaminhamento para orientação com nutricionista de alguma unidade da Rede Básica de Saúde. Ao lado disso houve participação no “Programa de Atendimento ao Ostomizado” e no “Programa de Bota de Unna”.

No CECOM, a prestação de serviço consistiu no desenvolvimento do aconselhamento dietético para pacientes encaminhados por médicos ou enfermeiros do próprio serviço ou pessoas que procuravam espontaneamente o aconselhamento dietético ou “consulta com nutricionista”

¹⁰ LÜDKE, M. & ANDRA, M.E.D.A. *Pesquisa em educação : as abordagens qualitativas*. São Paulo, EPU, 1986. Ver especialmente: Problemas éticos, metodológicos e políticos no uso das abordagens qualitativas. p. 49-52.

como era usualmente referido o serviço prestado. Houve ainda participação no “Programa de Diabetes” e no “Programa de Menopausa”.

Em ambos os serviços, a divulgação do aconselhamento dietético para os médicos foi feita através de aviso no mural e de circular. No CECOM o retorno foi imediato e, tão logo foram informados da presença de um nutricionista no serviço, os encaminhamentos começaram a ser feitos por alguns médicos. Na Policlínica II, após um ano de trabalho apenas três médicos do próprio serviço encaminharam pacientes. Observe-se entretanto que somente os pacientes encaminhados por estes três médicos (dois gastroenterologistas e um cardiologista) e mais alguns pacientes encaminhados por outras unidades da Rede Básica de Saúde já preenchiam a agenda.

Apenas cerca de 18 meses após o início das atividades outros médicos passaram a encaminhar pacientes, depois de me conhecerem pessoalmente em reuniões e ouvirem referências positivas ao meu trabalho por parte de seus colegas.

No CECOM, a atividade de assessoria consistiu na apresentação de sugestões para a elaboração de “*folders*” e ministração de curso de atualização para enfermeiros.

4.1.6 Entrevista.

Segundo Kahn & Cannell, citados por MINAYO (1993), a entrevista de pesquisa consiste em uma *“conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”*.

Segundo THIOLLENT (1982), a entrevista possibilita o acesso a quatro tipos de informações: fatuais, referentes a dados relativos a elementos objetivos e enumeráveis; perceptivas, quando dizem respeito às maneiras preconceituosas ou não, em geral pré-conscientes dos indivíduos se representarem ou descreverem certos elementos da realidade social; opinativas, relativas a preferências ou escolhas conscientemente formuladas; atitudinais, que se referem às disposições mais profundas e menos conscientes do que as opiniões.

Em suma, a entrevista pode fornecer dados relativos a fatos, idéias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; conduta ou comportamento passado, presente e planejado ou sonhado para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos e condutas.

Considerando que a entrevista é também uma ação educativa por meio da qual se pretende aumentar a consciência dos sujeitos pesquisados a respeito da problemática estudada, fazia-se necessário considerar o momento da entrevista não só como procedimento de coleta de dados para o investigador, mas também como um momento de construção de conhecimentos para o entrevistador e para o entrevistado.

Para a preparação da entrevista, foi de grande valia a obra de AMATUZZI (1989), *"Resgate da fala autêntica"*, no sentido de analisar profundamente o ato de conversar, uma vez que a entrevista não deixa de ser também uma conversa e quanto mais como conversa ela se configura, mais rica como fonte de dados se torna. Muitas vezes, nas atividades científicas, a espontaneidade cede lugar à formalidade e esvazia do falar a autenticidade. Para AMATUZZI, o falar equivale a uma vivência, porque a linguagem instaura um processo vital; enquanto movimento da pessoa, é uma vivência em curso, relaciona-se com os atos subsequentes a ela, que levam à transformação do mundo. Assim, o diálogo que se estabelece entre entrevistador e entrevistado pode e deve dar oportunidade a descobertas de novos sentidos, tanto para o entrevistador como para os entrevistados. A análise do conteúdo não deve ser portanto uma interpretação do investigador somente, mas deve ser uma oportunidade para o investigador dar resposta significativa para o entrevistado. Essa interpretação oportuniza a criação de novos sentidos, para os sujeitos envolvidos. Estes sentidos realimentam o processo da pesquisa-ação.

Utilizei a entrevista semi-estruturada, cujo roteiro encontra-se no Anexo I, aplicada a partir de um pequeno número de perguntas abertas (THIOLLENT, 1982). As entrevistas não obedeciam a uma regra rígida, pois a sequência das questões podia variar conforme o encaminhamento do diálogo. Eventualmente acontecia de inverterem-se as posições e o entrevistado questionar o entrevistador sobre alguma questão específica. Nesta circunstância eu respondia normalmente e continuava a entrevista.

As entrevistas foram todas realizadas pelo autor do trabalho. Foram agendadas antecipadamente, após um certo tempo de contato entre o investigador e os sujeitos. Foram gravadas e posteriormente transcritas. A primeira entrevista foi feita no dia 29 de setembro de 1994 e a última no dia 14 de junho de 1995.

4.1.7. Escolha dos sujeitos.

Os sujeitos foram escolhidos após um certo tempo de contato com o pesquisador, de forma que quando a entrevista ocorria, entrevistador e entrevistado já se conheciam, já haviam conversado antes e, na maioria das vezes, o profissional entrevistado já havia encaminhado pacientes ao pesquisador.

Segundo THIOLENT (1982), esta seleção, na pesquisa-ação, resulta de uma avaliação que fica por conta da intuição do pesquisador a respeito da relevância ou da representatividade dessas pessoas.

Antes da entrevista era explicada a natureza do trabalho e ressaltada a importância das opiniões que seriam emitidas no desenvolvimento de um projeto de implantação de atividades de Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde.

Na Policlínica II, dada a dificuldade de localizar e encontrar os médicos foi solicitada a intervenção de uma assistente social que intermediou os contatos.

Previu-se entrevistar dez médicos e dez enfermeiros, sendo sempre cinco de cada serviço, entretanto esta meta não foi atingida na Policlínica II, porque não havia mais do que três médicos encaminhando pacientes e, em relação às enfermeiras, uma recusou-se a dar entrevista e outra foi entrevistada, mas falou tão baixo e rápido que a transcrição da gravação foi inviável.

Assim, os resultados baseados nas entrevistas foram oriundos de 17 profissionais assim distribuídos: dez profissionais do CECOM e sete da Policlínica II, no total oito médicos e nove enfermeiros, sendo cinco médicos e cinco enfermeiros do CECOM e três médicos e quatro enfermeiros da Policlínica II.

A fim de preservar a identidade dos entrevistados, optei por apresentar as características em linhas gerais. Dos dezessete profissionais entrevistados, oito se formaram na UNICAMP, sendo quatro médicos e quatro enfermeiras; treze se formaram na década de oitenta e quatro (dois médicos e duas enfermeiras) em décadas anteriores. Apenas três médicos praticavam algum tipo de especialidade nos Serviços onde o trabalho foi desenvolvido, sendo dois gastroenterologistas e um ginecologista¹¹.

4.1.8. Discussão dos resultados preliminares com os sujeitos.

Essa discussão foi feita através de material elaborado especificamente para este fim, contendo uma síntese preliminar de alguns aspectos da entrevista mais diretamente relacionados à implementação prevista da atividade de Educação Nutricional, ao qual se deu o título de *"Discutindo Nutrição"* (Anexo II). Procurou-se com isso, através da homogeneização das informações sobre as visões parciais, construir uma percepção coletiva da problemática referente às atividades de Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde.

Acompanhando este documento, foi enviado um questionário com a finalidade de captar as percepções mais generalizadas entre os sujeitos participantes do estudo acerca da temática da pesquisa e da sua própria participação nela.

4.2. Análise dos dados

4.2.1. Transcrição das fitas.

Foi realizada por um estudante, diretamente do gravador para um microcomputador, e revisada pela autora. A totalidade das fitas transcritas resultou em um documento contendo 204 páginas, que será referido, quando necessário, como "livro das transcrições".

4.2.2. Leitura do material.

Em seguida o material foi lido e relido várias vezes pela autora, algumas delas com a escuta concomitante das gravações, o que desenvolve gradualmente a percepção sobre as

¹¹ O cardiologista citado anteriormente afastou-se do serviço logo após o início do trabalho, motivo pelo qual não chegou a ser entrevistado.

possibilidades de exploração do material. Esta leitura e escuta das falas dos entrevistados fizeram com que se vislumbrasse o encontro das respostas aos objetivos, porém, mais importante do que isso, a familiaridade com este material empírico permitiu que naturalmente se consubstanciassem temas que se transformaram em eixos aglutinadores, das idéias centrais dos resultados e sub-temas, os quais, por sua vez originaram campos específicos de análise. Estes eixos aglutinadores deram origem aos quatro capítulos dos resultados e os sub-temas aos sub-capítulos.

4.2.3. Classificação do material.

Em seguida foram recortados na sequência numérica de páginas do “livro das transcrições”, os trechos das entrevistas pertinentes a cada um dos grandes eixos aglutinadores e a sub-temas que neste momento já haviam sido construídos.

Este recorte sequencial é uma etapa importante, mediante a qual se garante que cada parte da entrevista será analisada em uma categoria pertencente a um dos grandes eixos aglutinadores. É importante ressaltar que várias vezes durante a análise, verificou-se que dados referentes a uma categoria haviam sido inicialmente classificados em outra e era preciso voltar a reler todas as entrevistas do início ao fim para localizar as informações procuradas.

4.2.4. Critérios de análise.

Trabalhou-se com a análise de conteúdo, descrita inicialmente por BARDIN (s.d.) e definida por MINAYO (1993), como *“um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.”*

BARDIN (s.d.) nos diz que o método da análise de conteúdo não é um método hermético. Sua maleabilidade permite ao pesquisador utilizar-se de diferentes indicadores e adaptar as técnicas às necessidades específicas do trabalho em questão. Além disso, tem a vantagem de não exigir do pesquisador uma formação em linguística. A análise de conteúdo trabalha com a prática da língua realizada por emissores identificáveis e tenta compreender e interpretar as opiniões expressadas num dado momento. A linguística trabalha com uma linguagem teórica, ocupa-se da descrição das regras de funcionamento da língua e dos processos

de produção da linguagem. É utilizada na análise de discurso, que é outro método de análise qualitativa.

O tratamento dos resultados foi operacionalizado através da utilização combinada de duas técnicas de análise de conteúdo: análise de avaliação e análise de enunciação (BARDIN, s.d.; MINAYO, 1993).

A análise de avaliação¹² fundamenta-se no conceito de linguagem representacional, isto é, considera-se que a linguagem representa e reflete diretamente o pensamento daquele que a utiliza. Admite-se que as manifestações explicitamente contidas na comunicação sejam suficientes para fazer inferências a respeito da fonte de emissão. Segundo BARDIN (s.d.), é uma técnica útil para analisar atitudes, isto é, predisposição para reagir sob a forma de opinião ou conduta em presença de pessoas ou situações, de maneira determinada.

Esta técnica permite, através da quantificação dos resultados, uma análise da tendência geral. A proposta inicial do projeto não previa nenhuma quantificação de resultados, entretanto sentiu-se, em alguns capítulos, a necessidade de que as análises qualitativas fossem complementadas por uma análise global que permitisse apresentar uma tendência geral das respostas, que seria útil para auxiliar o leitor a situar as análises qualitativas dentro de um panorama geral.

A análise de enunciação¹³ assenta-se numa concepção do discurso como palavra em ato¹⁴. A análise de enunciação considera que na produção da palavra é elaborado um sentido e são operadas transformações. A análise de enunciação considera que o discurso não é apenas transposição transparente de opiniões, atitudes e representações que já existiam de modo cabal antes da passagem à linguagem; considera-se que o discurso não é um produto acabado, mas um momento, num processo de elaboração com tudo o que isso comporta de contradições, incoerências e imperfeições, próprias de uma situação na qual a produção da linguagem é, ao mesmo tempo, espontânea e constrangida pela situação.

¹² BARDIN, L. - *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, s.d. Ver especialmente capítulo sobre Análise de Avaliação, p. 155-168.

¹³ BARDIN, L. - *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, s.d. Ver especialmente capítulo sobre Análise de Enunciação, p. 169-184.

¹⁴ AMATUZZI, M.M. *O resgate da fala autêntica*. Campinas, Papirus, 1989. Cap 1 - A fala original e as expressões segundas. Merleau Ponty p. 25-40.

Na análise de enunciação admite-se que o discurso é estruturado a partir de um triângulo que envolve o entrevistador, o entrevistado e o objeto do discurso. Toma-se como fato incontestado que as opiniões emitidas foram influenciadas pela presença do entrevistador, que em outra situação, provavelmente não seriam iguais e que, no momento da produção da palavra é elaborado um sentido e são operadas transformações.

Esta premissa é de fundamental importância para o presente estudo, no qual a proposta da utilização do método da pesquisa-ação prevê *“uma estratégia de pesquisa na qual existe uma ação por parte do investigador, com vistas a uma transformação da realidade concreta, através da qual ele pretende também aumentar seu conhecimento e o conhecimento e consciência dos sujeitos pesquisados...”*¹⁵.

Para se proceder à análise, isto é, a decomposição das entrevistas nas suas partes constituintes e o exame destas partes em torno de eixos e temas aglutinadores, criou-se categorias, atendendo-se a recomendações de MINAYO (1995b). Esta autora aconselha que o conjunto de categorias seja estabelecido a partir de um único princípio classificatório, que seja exaustivo e que as categorias do conjunto devem ser mutuamente exclusivas.

4.2.5. Teorização.

Esta fase consiste em reportar os achados à teoria e buscar um novo referencial teórico (LÜDKE & ANDRÉ, 1986). O pesquisador ultrapassa os dados empíricos e estabelece conexões e relações entre estes dados, a teoria que embasou a pesquisa e busca outras fontes de informações quando aquelas mostram-se insuficientes para subsidiar a discussão. O estudo qualitativo, pela sua amplitude, permite propor novas formas de abordagem dos problemas estudados.

¹⁵ Conforme definição de pesquisa-ação adotada no presente trabalho apresentada no item 2.1.

*“As nossas afirmações mais corriqueiras
são expressões de nossa organização
arquitetônica do mundo.”*

Rubem Alves

III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Como já foi explicado no capítulo anterior, a pesquisa teve uma proposta tripla: investigação, prestação de serviço e conscientização dos sujeitos pesquisados a respeito da problemática estudada. Os resultados referentes à primeira proposta (investigação), apresentados neste capítulo, foram obtidos, primordialmente, através das entrevistas e, quando necessário, complementados com informações colhidas durante a prestação de serviço através de observação sistemática.

A apresentação dos resultados é feita em quatro grandes capítulos: o primeiro trata a construção do saber sobre Nutrição, o segundo traz os desafios do cotidiano profissional e pessoal relativos às questões de Nutrição e alimentação, o terceiro discute a inserção das atividades de Educação Nutricional nos Serviços Públicos de Saúde e o quarto, denominado Espaço para Educação Nutricional - Espaço de Contradições, levanta temas particularmente polêmicos em Educação Nutricional.

Cada um destes grandes capítulos é encerrado com uma discussão específica, na qual se procura estabelecer uma relação entre os resultados e a teoria apresentada no capítulo I - Introdução, que permita ampliar a compreensão a respeito dos dados coletados, responder às questões formuladas nos objetivos e, sempre que possível, ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, buscando informações técnico-científicas necessárias à interpretação que, porventura, não tenham sido apresentadas na introdução e ainda articulando os dados dos resultados ao contexto social.

A apresentação de trechos das entrevistas é sempre seguida da identificação do profissional que deu o depoimento, isto é, médico(a) ou enfermeira, seguido da página do “livro das transcrições” em que o depoimento está registrado. Este dado foi mantido face à eventual necessidade de se desejar localizar o trecho no “livro das transcrições”. Quando o entrevistado deu ênfase a uma palavra ou trecho ela aparece em **negrito**. Nas situações em que foi preciso destacar alguma palavra ou expressão para chamar a atenção do leitor, também recorreu-se ao **negrito**, porém seguido da indicação - grifo da autora - ao final do trecho.

Para a segunda proposta do trabalho (prestação de serviço) não foi estabelecida nenhuma estratégia formal de registro de atividades, além do “Diário de Campo”, no qual se faz um registro de fatos, falas, situações, com a finalidade de ajudar o autor a compreender a problemática com a qual se está lidando e eventualmente exemplificar alguma questão usando fatos do cotidiano. As atividades que foram realizadas são aquelas descritas no capítulo II - Metodologia.

A respeito da terceira proposta do trabalho - conscientização dos sujeitos pesquisados a respeito da problemática estudada - temos alguns indícios de resultados por intermédio das respostas apuradas através do questionário que acompanhou o texto “Discutindo Nutrição” (Anexo II), que foi respondido e devolvido por 16 dos 17 entrevistados. Apenas um médico entrevistado não devolveu o instrumento preenchido, apesar de ter sido contactado várias vezes por telefone. Este médico mudou de função durante o decorrer do trabalho e desligou-se do serviço no qual foi entrevistado.

Contudo, mais importante do que isso é o que se percebe no cotidiano. Posso dizer que as pessoas entrevistadas tornaram-se mais críticas em relação a temas relativos à nutrição, porém não tenho elementos para avaliar se esta experiência, de alguma forma, modificou sua atuação em relação a problemas de alimentação, quer no âmbito profissional, quer no cotidiano pessoal. Um fato que pude perceber é que minha presença, nos dois serviços, suscitou o interesse de elementos do serviço de enfermagem que não foram entrevistados por questões relativas à nutrição. De certa forma, as pessoas se deram conta de que problemas de alimentação são questões a serem trabalhadas.

Pode-se chamar a isso conscientização ? Para Paulo Freire, o processo pedagógico deve dar ao ser humano uma oportunidade de descobrir-se através da reflexão sobre sua existência (GADOTTI, 1996) proporcionando uma relação entre o pensar e o atuar (GADOTTI, 1991). Assim, quanto mais o homem *“for levado a refletir sobre sua situacionalidade, sobre seu enraizamento espaço-temporal, mais emergirá dela conscientemente carregado de compromisso com sua realidade, da qual, por que é sujeito, não deve ser simples expectador, mas deve intervir cada vez mais”* (FREIRE, 1983).

Os depoimentos prestados nas entrevistas e algumas observações feitas no questionário fizeram com que os sujeitos da pesquisa refletissem sobre a questão da problemática da nutrição tanto ao nível individual como ao nível coletivo. Entretanto, a estrutura organizacional do serviço, que privilegia o atendimento e o trabalho individual e as relações autoritárias, nem sempre dá oportunidade à gestação de uma nova prática a partir de um processo de compreensão e de explicação.

Retomemos o conceito de pesquisa-ação, agora segundo HAGUETTE (1995): *“pesquisa-ação é uma atividade de compreensão e de explicação da práxis dos grupos sociais por eles mesmos, com ou sem especialistas em ciência humanas e sociais práticas, com o fim de melhorar esta práxis”*. Mais adiante, a Autora destaca as palavras *compreensão*, *explicação*, *pelo grupo* e *para a prática*. Na minha avaliação, a instância da prática está sendo alcançada gradativamente.

Antes de se entrar na análise dos resultados, é importante perceber como se deu a participação dos sujeitos na pesquisa, o que foi avaliado através da primeira parte do questionário.

A primeira questão referia-se à experiência de ter sido entrevistado. Quinze (93.7%) profissionais assinalaram a alternativa “gostei da experiência” e apenas um (6.2%) assinalou “indiferente”. As razões apresentadas puderam ser classificadas em três grupos: satisfação em poder contribuir, oportunidade para refletir sobre Nutrição e oportunidade para refletir sobre experiências passadas. Observemos as citações de alguns entrevistados:

Satisfação em poder contribuir:

“É sempre bom estar contribuindo para a melhoria de qualquer assunto.”

Méd.

“Hoje, com a síntese já lida, senti que meu depoimento era tão importante.”

Enf.

“Por estar colaborando com a melhoria da educação.”

Enf.

“É interessante poder contribuir de alguma forma no trabalho de colegas que utilizam a pesquisa para buscar respostas que hoje nos são necessárias.”

Enf.

“Porque acredito na importância da nutrição na vida do ser humano, e valorizo toda iniciativa neste sentido.”

Enf.

Oportunidade para refletir sobre Nutrição:

“Serviu para ajudar a refletir sobre o assunto.”

Méd.

“Me fez repensar em um assunto muito interessante: a nutrição, o papel que desempenhamos na equipe de saúde e as orientações nutricionais que oferecemos no dia-a-dia.”

Enf.

“...a partir do momento que refletimos sobre determinado assunto, nos motivamos a querer conhecê-lo mais profundamente.”

Enf.

“Discutir e repensar a Nutrição e Dietética nos Serviços de Saúde.”

Enf.

“Traz à tona (...) a necessidade de reciclagem.”

Méd.

Oportunidade para refletir sobre experiências passadas:

“Me trouxe à tona, conceitos e algumas experiências passadas que já estavam perdidas no tempo.”

Enf.

“Pude avaliar as informações nutricionais na faculdade.”

Enf.

À segunda questão na qual se perguntava se a participação como sujeito da pesquisa havia lhes acrescentado algo em termos de conhecimento, reflexão ou experiência, todos os entrevistados responderam afirmativamente, sendo que 15 (93.7%) justificaram. Estas justificativas versaram sobre a reflexão a respeito da Nutrição como ciência e de sua aplicabilidade nos Serviços de Saúde ou ao papel do nutricionista e sua posição nos meios de trabalho. Um médico incorporou à sua resposta uma autocrítica:

“Porque dá para perceber que o setor médico está meio ausente das questões de alimentação.”

Méd.

Na terceira questão foi perguntado se a participação na pesquisa fez com que os sujeitos modificassem ou adquirissem algum conceito em relação a três itens. No primeiro - importância do fator nutricional na promoção da saúde, prevenção ou controle de doenças - houve 12 (75.0%) respostas positivas e 4 (25.0%) negativas; no segundo - eficácia da Educação Nutricional para solucionar problemas de alimentação - houve 13 (81.2%) respostas positivas e 3 (18.7%) negativas; no terceiro - papel do nutricionista nos Serviços de Saúde - obteve-se 13 (81.2%) respostas positivas e 3 (18.7%) negativas.

Em relação à quarta questão, na qual se perguntava como havia sido o contato com o documento “Discutindo Nutrição”, 2 (12.5%) médicos responderam que não haviam lido o documento todo. Os demais entrevistados (87.5%) responderam que leram o documento integralmente.

Essas respostas parecem indicar que a pesquisa alcançou o objetivo de aumentar a consciência dos sujeitos pesquisados sobre o objeto da pesquisa - Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde. Não se observou nenhuma resistência dos sujeitos para serem entrevistados e a receptividade ao texto “Discutindo Nutrição” foi boa. As pessoas se mostraram muito curiosas a respeito dele e algumas manifestaram grande satisfação com a “atenção” do autor em lhes encaminhar o material, dizendo ainda que nunca haviam visto uma pesquisa na qual o pesquisado recebe os resultados. Após a leitura, dois médicos expressaram descontentamento ante a transcrição literal das falas e a forma como foi realizada a entrevista. Isto deveu-se principalmente ao fato deles terem percebido suas vacilações, seus vícios de linguagem, principalmente a expressão “né” e erros de gramática que são comuns na linguagem coloquial.

Um deles fez oralmente a seguinte crítica: “Você não pode transcrever tudo o que o entrevistado diz da forma como ele fala. Você tem que fazer como um jornalista que entrevista e depois redige a resposta”. Este médico deu, à questão na qual se pedia sugestão, a resposta seguinte:

“Não sei porque você coloca integralmente toda a fala do profissional, incluindo as pausas para pensar e as vacilações que são comuns em qualquer entrevista, isso causa ao leitor, a impressão de superficialidade e falta de consistência nos depoimentos”.

Méd.

Todos os sujeitos preferiram ser entrevistados no próprio local de trabalho, embora tenha sido oferecida a alternativa de fazê-lo em outro local. Entretanto, após a leitura do texto surgiram críticas a este respeito, em decorrência da constatação - incômoda para alguns entrevistados - da sua dificuldade em falar sobre o tema. Contudo, este posicionamento só foi manifestado por dois entrevistados, enquanto para outros esta oportunidade de conscientização foi recebida sem qualquer constrangimento. As duas posições podem ser observadas nos depoimentos abaixo:

“O local da entrevista não é adequado, pois o tempo é exíguo, exigindo que se fale rápido sobre um assunto que não é dominado pela maioria. O assunto (portanto), deveria ser informado alguns dias antes. A entrevista deveria ser por escrito e não falada, levando à um formato visual para leitura, pouco agradável.”

Méd.

“Creio que trabalhos como este existem poucos. Pesquisas neste sentido ajudam e forçam a todos a pensarem no posicionamento ‘meio irresponsável’ dos profissionais de saúde e do governo em relação à nutrição. Além disso é auxiliar inestimável para o conhecimento mais profundo da ‘questão nutricional’.”

Méd.

“Não conhecia o método; achei muito interessante.”

Méd.

Dada a metodologia adotada, considerou-se que esta visão descritiva do envolvimento dos sujeitos com a pesquisa deveria ser dada inicialmente de forma a criar um contexto para interpretação dos dados que são apresentados a seguir.

Todos entrevistados acederam em dar a entrevista no próprio local de trabalho, em horário previamente agendado. Nenhum médico a quem tenha sido solicitada a entrevista negou-se a dá-la. Foram entrevistados apenas oito médicos porque efetivamente, até a data em que se decidiu encerrar a coleta de dados para dar continuidade às outras etapas do trabalho, nenhum outro médico da Policlínica II interessou-se pelo trabalho. Isto ocorreu posteriormente, com o ingresso de novos médicos e com a minha participação em reuniões com eles, organizadas pela chefia da Policlínica II.

Entre as enfermeiras da Policlínica II, conforme já referido, houve uma recusa formal em dar a entrevista, e uma entrevista não pode ser transcrita porque a entrevistada falou muito baixo. Solicitada a repetí-la, ela se recusou.

As entrevistas ocorreram num clima ameno e informal, embora, às vezes, um pouco constrangido pelo horário e pelo ruído no prédio ou na rua (caso da Policlínica II). Poderá causar surpresa ao leitor a presença de gírias, hesitações, erros de concordância ou de gramática e os vícios de linguagem que se vai encontrar, sobretudo por tratar-se de entrevistas com profissionais de nível superior. Entretanto há que se considerar que estas pessoas estavam dialogando com uma colega de trabalho, falando sobre um tema que não lhes é habitual, de forma improvisada. O quanto este tema não lhes é habitual, o próprio conteúdo das entrevistas vai revelar

“O número de vidas salvas por uma alimentação adequada é substancialmente maior do que o número de vidas prolongadas através de uma cirurgia cardíaca. Nutrição não é, certamente, uma disciplina de importância secundária, mas uma questão primordial na promoção da saúde e prevenção de doenças. É nossa responsabilidade fazer com que nossos alunos percebam esta relação e atuem de acordo.”

LOPEZ, A. et al

Workshop on Nutrition Education for Medical/Dental Students and Residents-Integration of nutrition and medical education: strategies and techniques.

American Journal of Clinical Nutrition 47: 534-50, 1988.

1. Construção do saber sobre nutrição

1. Construção do saber sobre nutrição

Considerando que a Nutrição é a base sobre a qual se desenvolvem todos os processos fisiológicos e patológicos, que nenhum fenômeno orgânico normal ou anormal ocorre sem que haja um componente nutricional envolvido e ainda o papel primordial da Nutrição na promoção, manutenção e recuperação da saúde, pressupõe-se a necessidade de um adequado preparo dos profissionais da área da saúde em relação ao assunto, ou seja, o domínio deste saber para utilizá-lo na prática profissional.

A palavra saber provém do latim *sapere* que, por sua vez, significa *ter gosto*. Dominar um determinado saber é, portanto, mais do que uma ação puramente intelectual, pois implica em gostar do assunto, apreciá-lo, desejar conhecê-lo e compreendê-lo mais e melhor. Saber, ultrapassa o domínio do conhecimento técnico-científico, porque abrange ainda a capacidade de explicar os fenômenos relativos a este campo de conhecimento, a compreensão da influência dos fatores relativos a ele nas questões práticas da realidade e ainda implica em estar profundamente convencido da sua importância.

Para JAPIASSU (1979) saber é *“todo um conjunto de conhecimentos metodicamente adquiridos, mais ou menos sistematicamente organizados e suscetíveis de serem transmitidos por um processo pedagógico de ensino”*, cuja responsabilidade de transmissão, neste caso específico, seria em sua maior parte dos cursos de graduação, porém não só deles, pois, quem adquiriu um certo domínio de conhecimento em determinada área, procura um mínimo de atualização, ou, pelo menos, deve procurar integrar o que aprendeu no seu cotidiano pessoal/profissional.

Admitindo que o conhecimento que os médicos e enfermeiros têm sobre Nutrição teria sido primordialmente adquirido através das instituições formadoras, seguidas da vivência no cotidiano profissional e sofrendo a influência das instituições ligadas à profissão, pesquisou-se então a visão dos profissionais sobre a construção do saber sobre Nutrição desde o curso de graduação até o momento presente, por intermédio destas três vias.

1.1. O papel das Instituições formadoras.

Como categorias básicas para a análise de avaliação adotou-se ter cursado disciplina específica na graduação/não ter cursado disciplina específica na graduação. Os resultados globais mostram que a maioria dos médicos não estudou Nutrição e considera seu conhecimento nessa área deficiente. Todos os enfermeiros entrevistados tiveram a disciplina Nutrição no curso de graduação, mas de maneira geral julgam que o ensino foi insatisfatório como mostram os depoimentos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais pesquisados segundo terem ou não cursado a disciplina Nutrição no curso de Graduação (Campinas, 1994/1995).

Profissional	Nutrição na Graduação					
	Sim		Não		Não se lembra	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Méd.	-	-	7	41.2	1	5.9
Enf.	9	52.9	-	-	-	-
Total	9	52.9	7	41.2	1	5.9

Fonte: entrevista.

Quando se perguntou aos profissionais como eles avaliavam o preparo que a faculdade lhes havia dado para lidar com as questões relativas à alimentação e Nutrição, as respostas foram predominantemente negativas tanto por parte dos médicos como por parte dos enfermeiros. As respostas dadas pelos médicos se caracterizaram por terem sido breves, sucintas e lacônicas. Eles não têm quase nada a dizer a respeito do ensino que tiveram sobre Nutrição durante o curso de graduação, porque este ensino de fato não ocorreu e por isso há pouco interesse em integrar informações relativas a esta área de conhecimento à prática profissional. Os médicos disseram que não tiveram disciplina específica, que houve uma deficiência muito grande de formação nessa área, que o conhecimento é deficitário, insuficiente, que há falta de preparo.

O único médico que fez referência positiva a este ensino formou-se antes da década de setenta, e manifestou da seguinte forma o seu pensar:

- “a faculdade que eu frequentei, naquela época (...) pode, graças a Deus, me demonstrar o valor da higiene, da alimentação, do equilíbrio na hora da alimentação. Então eu fiquei, assim, bem grato ao que eu pude ouvir das minhas aulas...”

Méd., p.158

Este médico foi precisamente aquele que em primeiro lugar respondeu ao oferecimento do serviço de aconselhamento dietético, encaminhando pacientes. Ele não se lembrava se teve ou não disciplina específica, porém era-lhe bem claro que o conhecimento sobre Nutrição foi incorporado ao seu saber médico através da faculdade.

As disciplinas mencionadas pelos médicos como aquelas que introduzem algum conceito sobre Nutrição foram Bioquímica, Fisiologia, Farmacologia, Endocrinologia. Um médico afirmou que mesmo na residência de Pediatria não existia nada específico sobre Nutrição.

Foi citada a questão da necessidade da alocação desta disciplina no curso de Medicina, não como matéria básica, mas sim do meio do curso em diante, quando o aluno entra em clínica. Um médico utilizou o espaço de sugestões do questionário para propor o conteúdo que ele julgava necessário à formação do médico: “Noções **básicas** de dietas balanceadas quanto a carboidratos, lipídios, calorias etc” e “Noções de **integração** entre os alimentos.” A simplicidade desta resposta parece sugerir que um grau incipiente de conhecimento já seria considerado satisfatório frente à forma como a Nutrição tem sido tratada até então.

Ainda entre os médicos foi citado que a faculdade “passa para o aluno” apenas o “bom senso” para trabalhar com as questões de Nutrição.

Surgiram críticas pela forma como a questão é tratada na prática, durante o internato. Observemos o depoimento seguinte:

- *“Eu não tenho preparo. Na época da graduação, nós tínhamos as...as enfermarias, onde a gente visitava e tinha a planilha do paciente...a prancheta, né, com a prescrição e a dieta. Então, se tinha um nefropata, tinha lá a dieta e a gente simplesmente copiava a do dia anterior, né? E...e isso na prática. E na teoria muito pouco foi dado em relação à nutrição...”*

Méd., p.101

Apesar da situação do ensino nos cursos de enfermagem ser diferente, uma vez que todas as enfermeiras mencionaram ter tido a disciplina no curso, o resultado prático é semelhante. Sete enfermeiras avaliaram a disciplina negativamente e três positivamente. Uma delas que se formou antes da década de setenta manifestou-se da seguinte forma:

- *“Porque na minha época, ahn...nós tínhamos assim, por exemplo, entrava um médico e dava toda a parte de patologia (...), em seguida entrava uma enfermeira para dar os cuidados de enfermagem naquele tipo de patologia (...). E nos casos aonde tinha dietas, entrava a nutricionista (...). Nem era chamada de nutricionista...era a dietista.”*

Enf., p. 184

Percebe-se nesta fala a percepção de um ensino globalizado, pois os conteúdos de patologia, assistência de enfermagem e dietoterapia eram ministrados de forma integrada e o aluno podia perceber isso.

Uma enfermeira formada em faculdade adventista referiu ter tido uma boa formação porque o ensino nesta instituição está mais voltado aos aspectos relativos especificamente à saúde, o que faz com que o tema seja abordado durante todo o curso em diferentes disciplinas.

Com relação às críticas ao curso temos um panorama de descontentamento que se traduz por críticas ao docente, à metodologia, à falta de aplicação prática dos conhecimentos, ao tipo de conteúdo ministrado e, em alguns casos, ela se torna alvo de ironia ou chacota. Duas enfermeiras entrevistadas gargalharam quando foram perguntadas sobre o ensino de Nutrição no curso de graduação.

O depoimento abaixo ilustra os problemas relativos ao docente e à metodologia:

- *"Havia uma...uma disciplina. Era Nutrição e Dietética, era o nome da disciplina. Dada por uma senhora, que não era nutricionista. Eu acho que ela era enfermeira, nem isso eu sei se ela era. (...) Era assim, a gente tinha que decorar as coisas, né? Era uma aula muito...ela só escrevia na lousa, o tempo todo, ela passava a matéria como se estivesse no primário. Ela escrevia na lousa e na prova a gente tinha que escrever de acordo com as palavras que ela escrevia na lousa. Então, foi...foi horrível, horrível."*

Enf., p. 56

As críticas aos conteúdos apontam para o ensino de temas estanques, desintegrados de um corpo de conhecimentos que poderia traduzir-se efetivamente em saber. Observemos os depoimentos seguintes:

- *"(risos) É uma pergunta meio...(gargalhada) Olha, só me lembro de uma coisa. Só de uma. De um estágio que eu fiz numa creche, onde tinha uma nutricionista, que dizia que o importante para a criança era comer de tudo, e a gente colocava comidas de coloração diferente para dar estímulo visual à criança. Da faculdade eu não me lembro muita coisa...não me lembro nada...(risos) Eu não me lembro."*

Enf., p.25

- *"Nossa, faz tempo(risos). Ahn...que eu me lembre, ahn...era passado uma...informações bem gerais, né, por exemplo, essa coisa de alimentos ricos em cálcio e fósforo(...)"*

Enf., p.35

- *"...ficou aquela coisa mais de...de macetezinho, sabe? Ah, tem uma dieta assim que você pode passar, que é hipercalórica, essa é hiperproteica, essa..."*

Enf., p.40

A análise destas falas nos leva a concluir que a disciplina Nutrição e Dietética não marcou a formação da maioria dos enfermeiros entrevistados positivamente. A qualidade do ensino nesta área deixou a desejar, os conteúdos eram muito estanques, desvinculados da prática e de uma visão mais abrangente desta área de conhecimento, muito voltada a questões pontuais, específicas, "macetes", como referiu uma das enfermeiras entrevistadas.

Pode-se concluir que para 14 (82.3%) dos dezessete entrevistados, as instituições formadoras deixaram uma lacuna nesta área de conhecimento.

1.2. A construção do conhecimento sobre Nutrição na vivência profissional.

Para a análise de avaliação sobre a construção do conhecimento sobre Nutrição na vivência profissional, adotou-se, a partir dos depoimentos, quatro categorias: experiência profissional, leituras, vivência pessoal e conhecimentos adquiridos no curso de graduação, considerando-se também as respostas múltiplas. Entre os médicos a resposta que predominou foi a experiência profissional e entre os enfermeiros as respostas se dividiram quase igualmente entre leitura e experiência profissional. (Tabela 2)

Tabela 2 - Distribuição dos médicos e dos enfermeiros pesquisados segundo suas fontes de informação para construção do conhecimento sobre Nutrição na vivência profissional (Campinas, 1994/1995).*

Fonte de informação	Médicos		Enfermeiros	
	Nº	%	Nº	%
Experiência profissional	6	35.3	3	17.6
Leitura	2	11.8	4	23.5
Vivência pessoal	1	5.9	1	5.9
Curso de graduação	1	5.9	2	11.8
Total	10		10	

Fonte: entrevista.

*Resposta múltipla.

Como exemplo de experiência prática um médico citou a supervisão de estágio conjunto entre alunos de Medicina e Nutrição e estudo de alguns aspectos de Nutrição pertinentes a um estudo de caso específico na residência médica.

- *"Tinha a nutricionista dentro do hospital, (...) a parte de nutrição específica para crianças com determinadas patologias... e você estudava direcionado para aquilo mais ou menos que lhe interessava. Mas não de uma maneira global, entendeu? Você*

estudava para determinadas patologias, especificamente aquilo que interessava. Mas você não era, vice-versa, não era o contrário, você tinha uma visão global sobre a nutrição, que você aplicava sobre aquela patologia por um conhecimento prévio que você já tivesse.

E - Era em função do estudo de caso?

- Era em função do estudo de caso, era em função da curiosidade em relação a determinadas doenças..."

Méd., p. 76

Entre as enfermeiras, as leituras foram citadas em primeiro lugar, principalmente vinculadas à necessidade imediata de atendimento a pacientes portadores de uma patologia que envolvesse cuidado nutricional específico.

Percebe-se uma diferença importante entre os depoimentos dados pelos médicos e aqueles dados por enfermeiras. A estes últimas é, em certas circunstâncias, solicitada expressamente alguma ação relativa à Nutrição. Observemos dois depoimentos:

- "Eu tive tanta, assim, dúvida, dificuldade, que eu até andei procurando para comprar um livro de nutrição para eu estar estudando, que eu acabei não encontrando. Ai comprei um livrinho qualquer de Nutrição, que dá algumas noções de nutrição, o que contém os alimentos, a que grupo pertence".

Enf., p.12

- "Que é que pesou mais? Falta de conhecimento, primeiro, senti falta de não conhecer nada. Segundo foi...eu ia atrás dos livros para estudar. Terceiro, dentro de muitas patologias(...) Então foi muito mais em pesquisas individuais que eu aprendi."

Enf., p.25

É notório, tanto nos depoimentos dos enfermeiros como no dos médicos, a dificuldade de encontrar um material adequado sobre Nutrição, quando o profissional detecta esta necessidade.

- "Eu comprei um livro de nutrição, quer dizer, eu comprei o Solá¹⁶, na época...(.) Mas é assim, até nisso eu senti dificuldade, porque a gente não tem...eu não sei, pelo

¹⁶ SOLA, J.E. Manual de Dietoterapia das enfermidades do adulto. Rio de Janeiro, Atheneu, 1988.

menos, uma literatura que...que fosse mais adequada, adaptada ao trabalho médico, né?"

Méd., p.147

Um fato que ainda merece ser registrado é a ação exercida em relação ao processo de cuidado nutricional de forma mecânica, desvinculada de qualquer critério técnico.

- "...eu sigo, dentro da clínica médica, aquilo que é possível comer dentro de determinadas doenças. Pode ser que seja certo ou errado, eu não sei. É aquilo que eu aprendi." (grifo do autor)

Méd., p.2

- "...quando eu comecei a atender(...) a literatura era muito pouca, a literatura era muito, realmente, difícil, a gente não tinha nada. Então, era tudo de boca. O que eu aprendi...o que me ensinaram lá na base, o que eu tinha que falar, eu falava. Era mais ou menos assim! (risos)" (grifo do autor)

Enf., p.91

É importante ressaltar que estes são depoimentos de pessoas que foram entrevistadas porque manifestaram, de alguma maneira, certo interesse específico pelo trabalho de Nutrição que vinha sendo realizado. Estes depoimentos são, portanto, de pessoas que, na prática, demonstraram mais interesse no assunto do que a maioria dos seus colegas.

1.3. As Instituições profissionais

Quando se perguntou aos profissionais entrevistados qual era, na opinião deles, a visão que os membros de sua categoria e as instituições ligadas a sua profissão (profissionais, científicas ou outras) têm a respeito das questões relativas à alimentação e Nutrição, as respostas tenderam a dois pólos distintos: há interesse/não há interesse. Entre os que responderam que há interesse, as opiniões tenderam também para dois pólos: o científico e o social, conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das respostas de médicos e enfermeiros em relação à percepção que têm do interesse das Instituições a respeito de questões relativas à Nutrição (Campinas, 1994/1995).

Profissionais	Visão					
	Há interesse				Não há interesse	
	Científico		Social			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicos	5	29.4	1	5.9	2	11.8
Enfermeiros	-		2	11.8	7	41.2
Total	5	29.4	3	17.7	9	53.0

Fonte: entrevista.

Os médicos têm uma visão mais ou menos homogênea da influência das instituições profissionais sobre o seu pensar e fazer em relação às questões de Nutrição. Consideram que não há uma visão abrangente, mas há um despertar para os problemas de alimentação em alguns setores. Foram explicitamente citadas as seguintes especialidades: Cardiologia, Endocrinologia, Geriatria, Reumatologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Pediatria, Medicina Ortomolecular. A importância atribuída à Nutrição, quando existe, não se dá pela compreensão de seu papel como arcabouço da saúde. Para o médico, ela adquire importância na medida em que possa se constituir em tecnologia que ele próprio aplique, com uma finalidade específica de cura.

Foi citado por um médico o interesse por “novas terapias” como uma preocupação das especialidades em relação à Nutrição. Percebe-se aí a busca, via Nutrição, de mais uma tecnologia de tratamento para doenças, podendo constituir-se até mesmo como alternativa às cirurgias. Obviamente, para que uma mudança de prática alimentar resulte em mudança observável ao exame clínico ou mensurável através de um exame bioquímico é necessário um tempo maior do que aquele requerido para se obter estas mudanças através do uso de certas tecnologias, o que conflita com a expectativa do médico que deseja obter resultado imediato. Observemos os depoimentos:

- *“Talvez, em relação à endocrinologia, novas...novas formas, novas terapias para diabéticos e tal (...) É que ele vai sempre dirigir aquilo lá para isso mesmo, e se não resolver o problema do paciente, ele opera logo de uma vez e já resolve o problema, mas não que seja uma...uma...uma visão abrangente, um conhecimento que se tenha aí, como se tem de uma patologia”. (grifo do autor)*

Méd., p.84

- *“...eu acho que as entidades e os profissionais, também, elas valorizam o problema, eu vejo que sim, eu tenho a impressão que sim. Particularmente, é na nossa área, como eu falei a gastroenterologia, cirurgia. (...) Como a gente...ahn...tem problemas cirúrgicos, eu acho que aí pesa muito, a gente sabe que o preparo do doente é importante para o sucesso de uma cirurgia. Quando ele está desnutrido as complicações são muito maiores, então, eu acho que aí, a gente sente que realmente importa esse preparo”.*

Méd., p.144

Como exemplos de posicionamento institucional em relação às questões de Nutrição houve a citação da “Ação da Cidadania contra a Miséria e pela Vida” e a notificação compulsória dos casos de desnutrição instituída pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Um aspecto levantado por um profissional médico foi a contradição entre o interesse em se trabalhar questões de Nutrição e os interesses econômicos:

- *“...você fazer isso em termos nacionais...é...implica em você mexer com as multinacionais, mesmo. (...)...falando o que é o mais importante, o que é mais venenoso, você vai estar mexendo indiretamente com as multinacionais. E aí, não há interesse, não há interesse econômico, vamos dizer, para isso. Isso é uma coisa*

...muito...que tem que ser muito pensada, porque, quer dizer, a nível nacional, um programa desses a nível nacional, pode mexer muito com as pessoas, né, e com as empresas. Mexe, mexe em tudo. Eu acho que é...é nesse nível o programa de Educação Nutricional. É importante a esse nível, quer dizer, pensar e direccionar.”

Méd., p.125

Entre os enfermeiros a visão é bem diferente. De um lado estão aqueles que não percebem preocupação alguma com a Nutrição em seu meio:

- “Olha, eu...eu não consigo, eu não vejo ninguém falando a respeito do assunto. Então, eu sou sócia da ABEN, COREN, aquelas coisas todas, vem os jornais e tudo, nunca vi, e eu leio tudo, nunca vi nada relacionado com nutrição. É...nas nossas reuniões, que a gente tem, quando a gente conversa entre nós enfermeiros, tudo, não se fala nesse problema. Uma coisa, assim, bem...bem longe, bem à parte.”

Enf., p.61

- “Ninguém enxerga nada. Eu não vejo levantarem uma palha, entidade nenhuma. Eu não vejo mexer em nada para...para entrosar com...com higiene. Higiene e saúde sempre foi uma engrenagem que tem que rodar junto, é isso?...e alimentação, que é a estrutura do ser humano tem que pertencer a essa máquina, essa engrenagem. Eu...eu vejo uma cegueira total, eu não vejo nem...olha, eu jamais vi alguma coisa a respeito, algum movimento, pode ser que a minha ignorância seja muito grande, que esteja muito isolada disso...dessas informações todas. Quem me dera, né, porque seria melhor eu estar isolada, estar ignorando tudo o que está acontecendo, do que eu de fato achar que estão cegos totalmente, eles não estão fazendo nada, para melhorar nada disso aí. Mas eles não tocam em nada, eu não vejo, não vejo motivo nenhum.”

Enf., p.167-8

Esse depoimento difere dos demais pelo seu tom seguro e conclusivo. Foi dado por uma enfermeira formada antes da década de setenta. Quando ela diz *“pode ser que a minha ignorância seja muito grande...”* ela está se referindo especificamente a ações pertinentes aos Serviços de Saúde, que ela considera que deveriam atuar nesta área, pois mais adiante, ela opina desfavoravelmente à “Ação de Cidadania contra a Miséria e pela Vida”, movimento do qual ela está a par.

A outra vertente de pensamento mais generalizada refere-se à consciência sobre o problema da fome e suas consequências sobre a saúde. Aqui o problema é visto como facticidade, como problema da realidade com a qual o enfermeiro se defronta diariamente, determinado socialmente e que transcende as ações de caráter profissional.

- "Você está diretamente relacionada com as consequências da falta de alimentação. Sou eu que estou me debatendo com estes problemas, aonde eu já disse que é uma população que fica doente porque é mal nutrida, então, no meu conceito, e naquilo que eu vejo com quem trabalho, nas instituições que eu trabalho, é que a preocupação com a nutrição está embutida, nessa coisa aí, ela não é isolada, ela é embutida nesta visão de doença em relação à alimentação que a gente tem."

Enf., p.5

1.4. Discussão

A indagação do uso que faz a sociedade dos conhecimentos de Nutrição produzidos pelas Academias leva a constatações que despertam, no mínimo, perplexidade frente ao material empírico apresentado nos três capítulos anteriores.

Pressupõe-se que os profissionais cujo trabalho tem relação com a promoção da saúde, prevenção de doenças ou recuperação da saúde devam não só conhecer os processos nutricionais, mas também estar preparados para aquilatar a influência dos fatores nutricionais nos problemas que se apresentam na prática profissional, atribuindo a eles a devida importância. Entretanto, os depoimentos descrevem uma situação diversa.

É interessante observar que, até 1994, Enfermagem era o único curso da área da saúde, que continha a disciplina Nutrição dentro de seu currículo mínimo, alocada na área de Ciências Fisiológicas (Resolução MEC 04/72), além dos próprios cursos de Nutrição. Com a última alteração do currículo mínimo dos cursos de Enfermagem, oficializada através da Portaria 172/94 do Ministério da Educação e do Desporto, a disciplina Nutrição e Dietética deixa de integrá-lo, ficando portanto facultado aos cursos oferecê-la ou não (BOOG, 1995).

Este fato parece ser mais um indicativo de duas tendências do ensino na área de saúde: a primeira de privilegiar o ensino de técnicas de tratamento, em detrimento dos aspectos preventivos que se estabelecem na qualidade da interação do homem com o meio ambiente (BOTOMÉ & SANTOS, 1983), na qual a alimentação é fator fundamental e a segunda de estimular linhas de pesquisa desvinculas da realidade das doenças na sociedade (LUZ, 1981). Como mencionou um dos entrevistados, trabalhar com Educação Nutricional “implica em você mexer com as multinacionais” e “não há interesse econômico (...) para isso”.

A vivência profissional proporciona situações em que, tanto médicos como enfermeiros se deparam com questões relativas à Nutrição, mas, face à falta de embasamento teórico, estes profissionais encontram dificuldades para buscar por si os conhecimentos necessários através de bibliografia especializada, e terminam por estabelecer condutas fundamentadas apenas na “experiência prática”, que não chega a ser confrontada com informações científicas.

Como se poderia então descrever a visão que os médicos e enfermeiros têm sobre Nutrição?

A visão dos médicos entrevistados pode ser descrita como incipiente, assistemática e apriorística. Incipiente porque o conhecimento adquirido no curso de graduação em disciplinas não específicas é um conhecimento superficial e fragmentado. Os profissionais não chegam a sistematizar estes fragmentos de informações, o que faz com que não haja uma visão global sobre o assunto. Esta falta de sistematização os impede de buscar informações e atualizações.

Embora vários profissionais tenham procurado, nas entrevistas, ressaltar o valor que atribuem ao conhecimento neste campo, a sua avaliação sobre o assunto sofreu, no momento da entrevista, uma influência muito forte da presença do entrevistador-nutricionista-docente da UNICAMP. Esta influência é perfeitamente válida dentro da metodologia empregada, pois se buscava também uma conscientização dos sujeitos sobre o objeto de estudo.

Porém, os profissionais médicos não estão convencidos da relevância do saber sobre Nutrição e nem interessados em ampliar seus conhecimentos, porque esta falta de conhecimento coexiste com posições do tipo “na verdade, em relação à minha especialidade, eu sei o suficiente”.

A receptividade ao trabalho do profissional nutricionista é influenciada mais pelos fatores organizacionais do que pelo reconhecimento de sua importância pelo médico, embora este último fator também seja relevante. É através da equipe multidisciplinar que se dá a aceitação do trabalho do nutricionista. Assim, no CECOM, onde havia equipe multidisciplinar trabalhando no Grupo de Menopausa e no Grupo de Diabetes, a aceitação foi imediata. Além disso, a permanência dos médicos durante todo o período de trabalho e as conversas informais na “sala do café”, foram fatores fundamentais na receptividade ao trabalho. De forma totalmente diversa, desenvolveu-se o trabalho na Policlínica II, pois de um total de cerca de 60 médicos, apenas três encaminharam pacientes no primeiro ano de atividade, sendo que um deles foi o que se formou antes da década de setenta e na entrevista afirmou repetidas vezes ter aprendido Nutrição na faculdade e valorizar o trabalho do nutricionista. Na Policlínica II, o tempo de permanência dos

médicos era muito curto, e não havia nenhum espaço físico onde se pudesse manter algum tipo de relacionamento.

Em relação às enfermeiras observa-se uma problemática diferente. Todas elas cursaram uma disciplina específica no Curso de Graduação, mas esta disciplina não chegou realmente a sensibilizá-las ao ponto de, espontaneamente, perceberem a falta de um nutricionista na equipe. Esta percepção foi induzida pela presença do nutricionista na equipe, mas não havia sido questionada antes disso. Observou-se, entre os entrevistados, que as enfermeiras contentam-se menos do que os médicos com os conhecimentos que possuem e procuram ampliá-lo, mas encontram dificuldades por falta de bibliografia. Esta falta de bibliografia afeta também os médicos. O conhecimento sobre Nutrição que está sendo produzido pelas Academias, talvez não esteja atendendo às necessidades da prática profissional, tanto de médicos como de enfermeiros.

Da falta de sistematização de conhecimentos decorrem dois outros problemas: médicos e enfermeiras não desenvolvem uma linguagem que os habilite a discutir problemas de alimentação e a falta de uma visão global do assunto é um obstáculo importante à receptividade ao trabalho do nutricionista.

A frase em epígrafe no início deste capítulo - “as nossas afirmações mais corriqueiras são expressões de nossa organização arquitetônica do mundo” - expressa o poder instituído e instituinte da linguagem, pois a realidade das organizações é constituída a partir também do poder instituinte da fala corriqueira quer seja ela técnica ou não. As respostas breves, sucintas e lacônicas dos médicos sobre o seu conhecimento e sobre o ensino de Nutrição denotam até mesmo a ausência de uma linguagem para discutir questões pertinentes a este campo. Assim, quando estas questões surgem na prática, elas são “transferidas” da esfera científica para a esfera do cotidiano, o que será discutido no capítulo seguinte.

Por outro lado o ensino de Nutrição para enfermeiros talvez venha sendo ministrado de forma muito teórica, de tal maneira que o papel que o nutricionista deveria desempenhar numa equipe de saúde não chega a ser incorporado aos conhecimentos dos estudantes de enfermagem.

As instituições profissionais estão, em sua grande maioria, alheias às questões de nutrição e alimentação. Apenas as associações científicas ligadas a alguns campos mais específicos, como

por exemplo Cardiologia e Medicina Ortomolecular interessam-se pelo assunto, correndo-se ainda o risco de que, como mencionou um médico, este interesse seja muito mais voltado à busca de uma tecnologia de cura do que à compreensão dos fatores nutricionais como arcabouço da saúde.

O ensino de Nutrição nos cursos de medicina é uma questão relevante que merece ser discutida, e a metodologia do ensino de Nutrição nestes cursos e nos de Enfermagem não pode ser considerado um aspecto de somenos importância. Nutrição é uma ciência integrativa e as funções integrativas são as mais fundamentais para a saúde do organismo (CAPRA, 1982). Nutrição já foi definida como uma ciência ecológica devido aos seus limites nebulosos que, de um lado dão a ela este caráter integrativo (FRANKLE, 1976; GRIFFITH, 1967), por outro levantam polêmicas sobre o seu ensino ¹⁷.

Em 1985, a Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos publicou um relatório contendo uma avaliação do ensino de Nutrição nas escolas médicas, no qual se concluía que, quando ensinada, ela o é de forma inadequada e que as escolas médicas atribuem a ela pouca importância na organização dos currículos, e ainda que se coloca várias barreiras a esta introdução (WINICK, 1993). Em 1994, a Associação Americana de Dietética (AMERICAN., 1994) posicionou-se a respeito, recomendando formalmente *“a inclusão da educação em nutrição como um componente essencial de todos os níveis de educação médica”*, com base nos seguintes argumentos: em primeiro lugar, oito das dez primeiras causas de morte nos Estados Unidos, têm relação com a dieta; em segundo, as intervenções em nutrição diminuem o risco de complicações de várias enfermidades; em terceiro lugar, elas diminuem o custo de outros itens de assistência à saúde.

Desta discussão pode-se depreender que seria oportuno às instâncias representativas das escolas médicas discutirem a necessidade de introduzir o ensino de Nutrição nos cursos de medicina. Esta é uma discussão que não pode ser abandonada por aqueles que acreditam na formação dos profissionais de saúde voltada aos interesses e anseios da sociedade.

¹⁷ BOOG, M.C.F. Considerações sobre o ensino de nutrição nos cursos superiores da área de saúde. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. UNICAMP*. [aceito para publicação].

Além disso, o ensino da ciência da Nutrição, requer abordagens metodológicas que oportunizem a reflexão sobre a influência da cotidianidade na percepção dos problemas alimentares e nutricionais, o que exige das instituições uma abordagem que além de transmitir informação, tenha como proposta pedagógica sensibilizar os estudantes para os problemas alimentares e nutricionais, interessando-os profundamente no assunto. Para isto seria necessário desenvolver pesquisas no campo de ensino de Nutrição, incentivar a produção científica voltada à aplicação prática dos conhecimentos e inserir o profissional nutricionista nos centros-de-saúde-escola. As associações científicas são também importantes fontes de estímulo para discussão e reflexão sobre determinados assuntos, e poderiam também se constituir em recursos para estimular a divulgação de temas relativos à Nutrição e experiências neste campo.

Junto aos cursos de enfermagem vive-se um momento extremamente delicado. Como a disciplina Nutrição deixa de integrar o currículo mínimo a partir de sua última alteração, ficando portanto facultado aos cursos oferecê-la ou não, há a necessidade urgente de se discutir esta questão junto às instâncias representativas dos cursos de enfermagem. Este novo currículo pode ser considerado indicativo de um retrocesso acadêmico para a Nutrição que, ao invés de ver expandir o interesse científico e a aplicação em prol da sociedade, a vê mais uma vez subtraída da formação de um profissional de saúde. Se efetivamente isso ocorrer, os enfermeiros formados de agora em diante não mais discutirão em sua formação este aspecto da saúde, básico para a vida, e tratarão os problemas de alimentação e nutrição de forma estritamente empírica. Compete à Academia, através de seus especialistas na área, discutir as razões pelas quais a Nutrição tem sido tão alijada do ensino da saúde e envidar esforços no sentido de alterar esta trajetória.

Tudo aquilo que é conhecido com familiaridade, exatamente por ser familiar, não é conhecimento.

Hegel, citado por Rubem Alves

A tarefa da filosofia é romper este conhecimento para que o mundo fixo e estável do familiar se ponha a dançar.

Rubem Alves

2. Os desafios do cotidiano

2. Os desafios do cotidiano

A ciência é sempre um campo limitado de significação. Cada campo de conhecimento científico é cartesianamente delimitado e possui seu próprio mecanismo conceitual de integração e explicação da realidade. O “estoque de saber científico” da sociedade está repartido pelo corpo social, pelas categorias profissionais, e o leigo recorre à ciência através destes profissionais que lidam com ela, apenas quando não conseguem interpretar e integrar em seu conhecimento cotidiano uma determinada experiência (DUARTE Jr., 1993). O saber de cada profissional é como um fecho de luz, muito estreito, que atravessa em linha reta determinada faixa da realidade. Diferentes profissionais lançam fechos diferentes de luzes, provenientes de pontos também diversos, segundo sua linha filosófica, a natureza do seu saber e posição social, por isso, a sua percepção da realidade é sempre a percepção de um fragmento da realidade. E é somente a linguagem que pode ampliar o campo de percepção, na medida em que ela permite traduzir a percepção técnica dos fatos da realidade em conhecimento acessível a diferentes profissionais.

O cotidiano, por sua vez, é a realidade por excelência, a realidade preponderante, dominada pelo espírito pragmático e considerada como não problemática. As práticas e os valores da vida cotidiana são sustentados, mantidos e reproduzidos pelos saberes populares e pelo senso comum que dotam de uma forma própria de racionalidade as crenças coletivas (DUARTE Jr., 1993).

A relação de um profissional com um campo de conhecimento científico constitui um enclave (BERGER & LUCKMAN, 1985)¹⁸ dentro da realidade dominante do cotidiano. Esta realidade dominante envolve o campo especial de conhecimento por todos os lados e a consciência sempre retorna à realidade dominante como se voltasse de uma excursão. Quanto mais um conhecimento científico acha-se imbricado no cotidiano, mais difícil se torna fazer este conhecimento penetrar e modificar a realidade, porque a realidade tenderá sempre a sobrepujar o julgamento dos fatos com base em critérios científicos.

A alimentação é expressão máxima da vida cotidiana e isto confere ao seu respectivo campo de conhecimento científico - Nutrição - características muito particulares relativas à

¹⁸ BERGER, P. & LUCKMAN, T. - *A construção social da realidade*. Petrópolis, Vozes, 1985. Ver especialmente: *A realidade da vida cotidiana*. p. 35-46.

responsabilidade de lançar seu facho de luz sobre esta expressão de vida cotidiana. Lidar com Nutrição é lidar com a vida, mas não apenas com vidas alheias, e sim com valores, concepções, percepções, representações de nossa própria alimentação, porque a nossa cotidianidade tende a prevalecer sobre o saber científico.

Ao tratar questões de alimentação, os profissionais de saúde estão tratando problemas que são seus também e, segundo a teoria apresentada e profundamente discutida por BERGER & LUCKMANN (1985), há sempre a influência da percepção subjetiva dos fatos do cotidiano sobre a percepção científica destes mesmos fatos, pois a esfera do cotidiano é uma forma de percepção predominante.

Com base nesta teoria constituiu-se como uma das propostas deste trabalho, a avaliação da influência da “esfera do cotidiano” do próprio profissional nas opiniões emitidas. Perguntou-se aos entrevistados sobre a abordagem das questões relativas à alimentação no cotidiano profissional e, a respeito do cotidiano pessoal, que avaliação eles faziam da sua alimentação e da alimentação de suas famílias e se ele(a) ou alguém de sua família, já havia vivenciado algum problema relativo à alimentação e como ele foi solucionado.

Ao lidar com idéias e concepções relacionadas à conduta cotidiana, entra-se no domínio da teoria das representações sociais (MINAYO, 1995; SÁ, 1993). Esta, não pretende ser uma pesquisa sobre representações sociais, porém ao se passar a refletir sobre o senso comum, sobre a relevância da percepção destes fatos no pensar, sentir e agir no âmbito profissional, não há como ignorar que se está trabalhando com a teoria das representações sociais. A teoria das representações sociais está sedimentada na relação sujeito/objeto. Ela busca recuperar um sujeito que, através de sua atividade, na qual ele se relaciona tanto com o objeto de análise (no caso, alimentação) quanto com o mundo, constrói tanto o mundo como a si próprio. A representação social é obtida a partir do relato oral de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento, por meio do qual os sujeitos explicam, justificam, questionam, enfim, expressam a sua visão sobre determinado objeto da realidade. As representações sociais permitem captar como um grupo se pensa em relação a determinado objeto que o afeta.

2.1. Cotidiano profissional: “na prática é um probleminha delicado...”

Com a finalidade de analisar as condutas dos profissionais de saúde frente a problemas relacionados à alimentação, trazidos pelos clientes, perguntou-se aos entrevistados como se dá a abordagem destas questões nas consultas e quais as dificuldades encontradas na prática para tratar o problema.

Dos oito médicos entrevistados apenas um afirmou não abordar questões relativas à Nutrição em clínica médica, embora o faça no seu consultório, onde atua como pediatra, e um referiu abordá-lo às vezes, enquanto os outros seis responderam afirmativamente. Entre as enfermeiras, duas referiram abordá-lo apenas às vezes e as outras sete referiram que o assunto costuma ser tratado nas consultas de enfermagem. Percebe-se, através destes dados globais, que Nutrição é um tema tão pertinente ao cotidiano destes profissionais que ele acaba por vir à baila, mesmo não fazendo parte da anamnese (Tabela 4).

Tabela 4 - Abordagem de questões relativas à alimentação e nutrição durante a consulta médica ou consulta de enfermagem (Campinas, 1994/1995).

Profissionais	Abordagem							
	Sim		Não		Às vezes		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicos	6	75.0	1	12.5	1	12.5	8	100
Enfermeiros	7	78.0	-	-	2	22.0	9	100
Total	13	76.5	1	5.9	3	17.6	17	100

Fonte: entrevista.

Em relação às dificuldades encontradas, pode-se perceber que elas são bem variadas, o que levou ao estabelecimento de seis categorias descritivas destas dificuldades. Apenas um médico e duas enfermeiras afirmaram não encontrar dificuldade para abordar questões relativas à Nutrição. As principais dificuldades mencionadas pelas enfermeiras foram a falta de

conhecimentos delas e a situação econômica dos pacientes. Os médicos mencionaram a falta de conhecimento, o exíguo tempo de consulta e dificuldades relativas às técnicas de abordagem do problema (Tabela 5).

Tabela 5 - Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiras para abordar questões relativas à nutrição e alimentação (Campinas, 1994/1995).

Dificuldades*	Méd.				Enf.			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	7	87.5			7	77.8		
- situação econômica do paciente			1	12.5			4	44.5
- falta de conhecimento de nutrição			3	37.5			5	55.5
- técnica de abordagem			3	37.5			-	-
- necessidade de trabalhar com dietas padronizadas			-	-			2	22.2
- falta de tempo			3	37.5			-	-
- conflito pessoal			-	-			1	11.1
Não	1	12.5			2	22.2		
Total	8	100			9	100		

Fonte: entrevista.

*Resposta múltipla.

Dois médicos, um pediatra e um geriatra, relataram que nos seus consultórios, onde atendem pacientes particulares ou conveniados, os aspectos nutricionais fazem parte da anamnese, porém no seu trabalho no SUS, com adultos, a questão não é abordada. Um deles alegou que o tempo de consulta não permite que se aborde questões relativas à alimentação.

- "Não há o tempo, pelo número de consultas, (...)...quando havia *estrita* necessidade, pelo estado nutricional do paciente. Porque pela...pelo tempo de consulta, não tinha...o período de tempo era muito curto, com 5 minutos para o paciente você não consegue..."

Méd., p.43-4

Contrapondo-se a este depoimento temos o que se segue, no qual o médico diz que é justamente o paciente do SUS que necessita mais atenção neste aspecto.

- “a gente dá muito mais carinho aqui, porque a queixa aqui é mais objetiva, é menos...eu acho que é menos emocional, aqui. As queixas aqui são mais reais. É...eu não digo que as queixas lá são fúteis, não. Eles têm queixas, mas é psicossomático de maior...maior monta. Eu acho que a queixa aqui é mais orgânica. A queixa aqui já é o estrago orgânico. Lá, ainda você tem o psicossomático na frente da queixa. O fundo, o fundo, o fundo é psicossomático em maior quantidade. Aqui, eu vejo como...é somático no duro, sabe? Vamos dizer, porque é mais...a coisa é mais orgânica do que...do que psicossomático.” (grifo do autor)

Méd., p.163

Outra questão que suscita interesse é a percepção do médico sobre a adequação do uso do seu tempo de trabalho profissional. Para o médico a consulta não pode demorar. Considera-se natural que uma seção de psicoterapia demore 50 minutos. Não tivemos dificuldade, nos locais escolhidos, para que se aceitasse que a seção de aconselhamento dietético demorasse 45 e 20 minutos, inicial e retorno. Entretanto, a consulta médica deve ser rápida. Observemos nos depoimentos abaixo a visão dos próprios médicos sobre o assunto:

- “É, quando você falou quarenta minutos eu me assustei, não por causa do questionário, é que o médico é uma pessoa esquisita. O médico é um cara que está sempre voando, sempre correndo. Pelo tempo que você vai ficar com ele, ele já vai ficar pensando nos pacientes que vão estar acumulando, vai ficar ansioso e vai falar voando prá você. Foi mais nesse sentido que eu quis dizer prá você.”

Méd., p. 8

- “Por exemplo, você faz a entrevista nutricional do seu dia-a-dia. Uma coisa é o médico chegar falando que você não pode comer tal coisa assim, assim e assado. Ahn...eu procuro ver, também, o que é que ele come e substituir na dieta. Um pouquinho da...(risos)...da abordagem que você faz. Mas...ahn...tentar...tentar ver na rotina dele. Mas uma dificuldade muito grande, porque você já gasta um tempo em consulta. Agora, a abordagem nutricional é outra consulta e a gente não tem esse tempo para isso. Então, fica difícil. Então às vezes a gente fala, você está pregando no deserto ou para uma parede, né, você...você dá a orientação, mas fica o medo, às

vezes, de...de não...não ser seguido, não ser incorporado no dia-a-dia dos pacientes, isso daí."

Méd., p. 101-2

As questões alimentares tornam-se foco de atenção na consulta médica quando o problema que levou o paciente ao consultório tem relação específica com fatores nutricionais.

Em virtude da alta demanda de consultas médicas para controle de doenças crônico-degenerativas a questão nutricional obrigatoriamente permeia o tratamento, e dependendo da especialidade abraçada pelo médico, a alimentação torna-se extremamente importante, até mesmo um dos pilares do tratamento, como no caso do diabetes, por exemplo.

- "Pra mim, por exemplo, eu que trabalho com hipertensos, faço clínica geral...ahn...atendo bastante idosos, também, né? Já atendi bastante idosos, não aqui, mas fora daqui. Então, uma preocupação minha seria essa...essa...ahn...abordagem nutricional, mesmo, dos pacientes, que eu não sei fazer, tá? Quer dizer, agora que eu estou tomando...ahn...consciência dessa...de que isso é importante, né? É importante, uma vez que o paciente, por exemplo, à medida do envelhecimento, ele vai ter que...é...ter reposições...ahn...de vitaminas, de proteínas, coisas muito importantes, hoje, na medicina ortomolecular, né, que está precisando bastante. Agora, nunca...mais primário, atendimento primário, que é o que eu faço aqui...é...para hipertensão, por exemplo, eu acho extremamente importante a orientação nutricional, porque...ahn...muitas vezes, eu...eu mesma não sei de todos os detalhes da orientação nutricional para o paciente hipertenso, para o diabético, o que ele pode, o que ele não pode, as opções que ele tem, o cardápio que ele pode fazer...é...e o nível de adequação, mesmo, para...é...para o nível sócio-econômico do paciente. Eu não sei fazer isso, né? Eu acho que deveria ter, realmente, em serviço público...é...orientação nutricional para estes...é...pacientes, vamos dizer assim, de grupo, tá? E orientação individual também, eu acho que é importante, né?" (grifo do autor)

Méd., p.114

- "No meu caso, eu acho que...que a coisa está meio assim um pouquinho...de uma maneira mais densa do que seria esperado, porque eu já trabalhei com grupo de hipertensão, com grupo de diabetes, sei lá...pela formação que eu tive...é...isso era inevitável, né, não entrava essa questão, tá?" (grifo do autor)

Méd., p.147

- "...o pessoal tem queixas gástricas, tem queixas reais, tem gastrites e você procura a bactéria e não acha, a gastrite é distúrbio de hábito alimentar, é decorrência de má alimentação. Eu acho que se você consegue colocar à mesa da refeição não só alimento, mas a qualidade alimentar, o hábito alimentar saudável, você vai corrigir neste ambulatório, que eu imagino, 70% das queixas de gastro..."

Méd., p.160

Três médicos se referiram a dificuldades relativas à abordagem do tema. O depoimento abaixo relaciona a questão do tempo de consulta à percepção da necessidade de expor ao paciente as razões para modificar a alimentação e, além disso, a expressão "ser (...) criterioso" parece conter o entendimento da necessidade de individualização das orientações. Este médico encaminhou vários pacientes, e o seu depoimento demonstra uma percepção clara da complexidade da abordagem das questões de alimentação.

- "Ahn, na prática é um probleminha delicado, porque demanda muito tempo, a gente tem que tentar expor ao paciente a necessidade de uma dieta, um regime para algum fim que fosse, né, ou mesmo terapêutico, digamos, com o doente (inaudível), que teria que envolver uma mudança de hábito alimentar...ahn...dieta voltada a tratamento, especificamente, por exemplo, em termos de úlcera, que não é complicado, é até simples na verdade. Mas, quer dizer, a gente tem que fazer o possível para que o paciente entenda a necessidade desse regime e mesmo assim, eu acho que a gente tem que ser, vamos dizer, criterioso, para não impor uma condição pesada, que ele acaba não fazendo, quer dizer...então, a gente...é...acha que é importante no tratamento, mas é uma coisa que...ahn...desgasta bastante para poder...para poder ser objetivo, né?" (grifo do autor)

Méd., p. 141

A expressão "um probleminha delicado" revela sutilmente a dificuldade de enfrentamento de um problema de natureza complexa, no qual questões técnicas e vivências do cotidiano se inter cruzam configurando um quadro impermeável a uma abordagem fundamentada estritamente na tecnologia médica.

As dificuldades relativas à forma de abordagem foram expressadas também como o "medo" de que o paciente não siga a orientação, e a observação da "falta de sinceridade" do

paciente ao dar informações relativas à alimentação para o médico, como se pode observar no depoimento abaixo.

- "...porque o paciente que tem um convênio, ele muitas vezes....isso é uma dificuldade que a gente enfrenta às vezes no dia-a-dia...ele não consegue...ahn...muitas vezes ser totalmente sincero, quanto à parte alimentar. Então, você vê que uma criança, muitas vezes, não tem condição pra tá comendo determinados grupos de alimentos, de proteí...protéicos, como carne, peixe, etc e tal, mas quando você questiona isso na consulta, a mãe afirma que a criança come. E você vê muitas vezes pela experiência, pelo grau de...de nutrição do indivíduo, que ela não deveria estar comendo aquilo, entendeu? Então, isso é muito...é-é...é uma coisa meia...é...é uma situação meio constrangedora, porque você sabe que não está partindo diretamente a verdade do paciente..."

Méd., p. 78

Qual seria a causa da não prestação de informação correta interpretada pelo médico como “falta de sinceridade” do paciente? A experiência obtida com o aconselhamento dietético levou a uma percepção diferente. Auscultada ainda a opinião das enfermeiras, foi verificado que, também para elas, os pacientes geralmente não se constrangem em expor suas dificuldades. Seria isto por conta realmente do constrangimento do paciente, ou da maneira pela qual o médico pergunta ao paciente? Se ele não detém um conhecimento abrangente da problemática alimentar e nem dispõe de instrumental adequado à coleta destes dados, poderíamos supor que a forma de abordagem do problema é que poderia estar gerando o constrangimento e não a problemática alimentar em si.

Além de todos os fatores já mencionados, ainda aparece a questão da deficiência de formação, já tratada no capítulo anterior, explicitada claramente por um médico:

- “As dificuldades são minhas, né? São re...são-são...é...é...deficiências particulares da minha base, porque eu não tenho uma experiência...é...nesse campo, que eu pudesse ampliar, ou provavelmente, possivelmente uma anamnese ou tenha conhecimento para isso. (pausa) Seria melhor, se eu fosse uma pessoa mais esclarecida no assunto.”

Méd., p. 77

A solicitação de atuação específica em relação à Nutrição é muito mais intensa para as enfermeiras do que para os médicos, porque além delas serem questionadas a este respeito pelos

pacientes, elas recebem solicitações dos próprios médicos que lhes delegam responsabilidades da orientação nutricional que é então dada na pós-consulta. Perguntadas sobre suas experiências com orientação nutricional, responderam abrindo um grande leque de causas de demanda de orientação nutricional. Algumas respostas dadas referiam-se a experiências passadas, em outros serviços. Elas foram aqui incluídas seguidas de um asterisco por considerar-se que estas citações ajudam a clarear mais a natureza das demandas por orientação recebidas por enfermeiros.

As citações feitas pelas enfermeiras da Policlínica II foram de orientação nutricional para pacientes portadores de diabetes, feridas, ostomias, hipertensão, doença de Chron, obesidade, osteoporose, pacientes em tratamento com Bota de Unna e pacientes de pré-natal.*

As citações das enfermeiras do CECOM referiram-se a diabetes, obesidade, hipertensão, anemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, osteoporose, pré-natal, menopausa, tensão pré-menstrual e paralisia cerebral*. Foi ainda citada a demanda de orientação nutricional como fator coadjuvante à prática de musculação.

A respeito das dificuldades encontradas para dar a orientação nutricional, as enfermeiras manifestaram-se de diferentes maneiras, que possibilitaram identificar obstáculos e circunstâncias que geram dificuldades.

- "Você, geralmente, não sabe se a pessoa tem poder ou não de...de estar comprando os alimentos. Então, parece que são orientações, pelo que eu vivenciei, que foram postas assim, que você fala por falar, mas você não pega o...o contexto social da pessoa mesmo, você não traz esse problema para você." (grifo do autor)

Enf., p. 34

- "Dificuldade sócio-econômica. A primeira delas. A dificuldade sócio-econômica da população que procura o serviço."

Enf., p. 22

- "...há bastante tempo atrás, eu trabalhava num hospital que não tinha nutricionista, e éramos nós que tínhamos que fazer a orientação alimentar. E eu sentia assim uma grande dificuldade porque a gente não está preparado. Nós temos "noções" de

dietética durante o curso. Mas isso não é tudo para você...Você não tem aquele embasamento necessário para você dar uma orientação.”

Enf., p. 10

- “...depois que você começa a trabalhar, é diferente do que você estar lá na graduação, você vê a nutrição como uma matéria, a alimentação, talvez, não...não dê tanta importância. Hoje, você trabalhando, sente muita... você sente na pele, quando você começa a trabalhar, muita dificuldade...”

Enf., p. 97

- “No último grupo de gestantes nós tivemos uma grávida, que ela...ahn...se dizia uma pessoa extremamente organizada com a vida, com tudo, a um ponto de ela falar que ela só se dava o direito de comer, para não engordar na gravidez na quarta à noite e no domingo à noite. (...) Essa paciente me preocupou, porque ela estava com vinte e nove semanas e não havia ganhado uma grama.”

Enf., p. 67

- “Olha, eu...eu tenho dificuldades. Eu acho que ainda eu tenho, sim. (...) ... eu acabo fazendo, oriento os alimentos que são mais ricos e tal, mas não fica uma coisa assim de que eu estou segura daquilo. Eu acho que precisaria ter um profissional para estar trabalhando com isso aí, né?”

Enf., p. 128

Apenas uma enfermeira formada em faculdade adventista deu resposta diferente.

- “Se eu verificava a pressão, eu vejo hipertenso, é automático para mim eu dar algumas orientações básicas e a gente sabe que na própria alimentação a gente encontra, né? Então, isso é bem espontâneo para mim. (...)...como eu valorizo muito e eu me dedico a tudo isso, eu acho que eu acabo passando bastante...”

Enf., p. 196

Este último depoimento contrapõe uma visão totalmente diferente de Nutrição Esta enfermeira, que é adventista, tem convicção do que diz ao paciente porque vivencia isto no seu cotidiano. Para ela o cotidiano e o conhecimento técnico não pertencem a esferas diferentes.

Uma dificuldade que as enfermeiras relatam diz respeito à necessidade de realizar orientação nutricional com base em tabelas trazidas e impostas pelos médicos nos serviços. Mesmo quando consideram este material inadequado, não chegam a discutí-lo com os médicos.

- “Até aqui no posto teve uma ocasião, que eu até questionava muito. O endocrinologista encaminhava prá gente estar dando aquelas dietas “pré-fabricadas”, né, que eu achava um absurdo.”

Enf., p. 10

É interessante ainda salientar o conflito pessoal como uma dificuldade para abordar questões relativas à Nutrição. Apenas uma enfermeira mencionou este fato, dizendo o seguinte:

- “...eu deveria...eu ser um exemplo, para poder passar para outra pessoa, porque é difícil você não...não...não seguir e falar para a pessoa que ela tem que fazer tal, tal coisa. (...) Coisa que eu não faço.”

Enf., p. 53

Embora este aspecto tenha sido mencionado apenas uma vez nas entrevistas, ele pode ser considerado como uma dificuldade primeira. No dia-a-dia, em diálogos informais, esta é uma questão que surge com muita frequência: o descrédito dos profissionais de saúde frente à orientação nutricional, em função de seus próprios problemas nessa área e de suas dificuldades para mudar o comportamento alimentar. Esta enfermeira situou bem o conflito dizendo que não pratica aquilo que ela julga correto para a sua própria alimentação.

2.2. Cotidiano pessoal: “Ai meu Deus, é complicado, né?”

Esta parte traz as respostas relativas à influência das experiências do cotidiano pessoal na percepção dos problemas de alimentação. Nesta questão todos os entrevistados relataram alguma dificuldade nesta área. Não houve ninguém que dissesse que para si, que na sua vida, a questão da alimentação não suscita dúvidas ou dificuldades. O que varia é a forma de encarar este problema.

Alguns dos entrevistados efetivamente se preocupam com a própria alimentação. Para outros, o desequilíbrio alimentar é admitido como facticidade, como contingência do sistema de vida e principalmente das condições de trabalho que não são passíveis de mudança.

- “o que a minha família come é incompatível com o que eu recomendo (...) Pode ser pela falta de aderência com a minha família, né, meus familiares. Eu não vivo em casa, não moro em casa. Eu passo em casa, infelizmente. Eu acredito, até por conta disso. Hoje infelizmente, a nível familiar, a gente realmente tem uma alimentação muito a desejar...muito, muito não, mas ela está fora, bem fora.”

Méd., p.50

- “...eu acho que o fator, também, eu não estar em casa por trabalhar fora, faz com que a alimentação da minha casa, de modo geral, seja prejudicada por isso.(...) Minha filha come na escola, eu como porcaria aqui, meu marido come sei lá onde. (...) Então, eu acho que a correria é muito grande. Não dá para você...você preparar a verdura cozida, uma...uma...um legume cru.(...) Tudo isso me toma muito tempo. Então, não é do jeito que eu queria, porque eu acabo escapando para frituras, para lanches, para pães...e...criando vícios, como Coca-Cola, essas coisas, por ser mais fácil e acabou. Para perder menos tempo possível.”

Enf., p. 73

- “Eu não tenho uma alimentação muito equilibrada, porque eu não tenho uma vida muito...é...como é que eu vou te dizer...eu não tenho uma vida muito...com tempo suficiente, talvez, para fazer isso. Então, às vezes eu posso almoçar, às vezes eu posso não almoçar, eu posso ficar dois, três dias sem almoçar, às vezes eu posso só jantar.

Então, é...é uma coisa...é uma maneira errada, talvez, de...de...de...Eu não sirvo como exemplo para isso (risos)."

Méd., p. 84

- "É...nem sempre, nem sempre...(risos) Porque era o que estava te falando, né, a gente ficava fazendo...ahn...preparando a alimentação, às vezes, de uma maneira mais cômoda. Sabe, nem sempre muito bem equilibrada, né? Então, você chega em casa, abre a geladeira e fala: "o que está mais fácil à mão de eu fazer?". Então, é aí que está acontecendo, eu acho inclusive, comigo. Eu estou entrando numa dieta mais hiperprotéica, né, bife, bifinho pronto, você vai e frita, tal e não está muito balanceada, tá? E eu percebo, a gente tem muito essa coisa enquanto, pelo menos eu, enquanto profissional de saúde, às vezes, de estar orientando as coisas pro paciente, sem que você mesma faça corretamente, né? Aliás, o mudar de atitude já tinha que vir do próprio profissional. Para, realmente, ele passar uma coisa que ele acredita, né?" (grifo do autor)

Enf., p. 42

- "Não, não é equilibrada. Eu tento, que ela seja equilibrada. Às vezes, eu consigo fazer uns três dias equilibrada, depois, mais quatro dias de desequilíbrio, né? É...eu moro sozinha, eu cozinho só para mim. Então, eu resolvi...é...comer uma com...comida self-service. Então agora, que eu estou conseguindo me equilibrar, tanto é que eu estava tentando perder peso e estou até conseguindo, né? Então, o meu café da manhã sempre foi considerado bom, eu gosto de tomar café da manhã com fruta e isso tudo bem. Então, no almoço eu comecei a me educar...é...foi...eu estou me educando, porque antes eu comia um sanduíche, um pãozinho, não sei o que e vinha trabalhar. Chegava à noite, comia o mesmo pãozinho, ou outra massa qualquer, uma coisa rápida, para não sujar a louça, porque eu moro sozinha e não quero cozinhar para mim, tá? Então agora, eu vou num self-service..."

Enf., p. 62

Os cinco depoimentos anteriores registram situações nas quais aparecem dois tipos de percepção do problema alimentar. A primeira diz respeito à percepção do problema como facticidade, isto é, como condição não criada pelo sujeito, mas determinada por fatores externos intangíveis. É o sistema de vida, as condições de trabalho que levam a uma alimentação desequilibrada e não a forma como o indivíduo organiza sua vida e atividades nas vinte e quatro horas do dia que faz com que ele não tenha tempo para almoçar, jantar etc. A realidade do hábito alimentar adquire para estas pessoas quase que o estado das coisas naturais. Ela é percebida como algo imposto, dado, estruturado, o que impede que, mesmo tendo consciência de que este

hábito não é bom, os indivíduos não se esforcem para alterá-lo. As causas do hábito alimentar para eles são, estritamente, a sociedade, as relações de trabalho, de tal maneira que a modificação desta situação fica além das suas possibilidades pessoais. A segunda refere-se ao julgamento que o profissional faz de sua própria conduta alimentar e do seu direito de intervir na conduta alimentar de outra pessoa. Quando uma das enfermeiras diz que é preciso mudar de atitude para passar uma coisa na qual ela realmente acredite, ela está se julgando despreparada para atuar neste problema, em razão de seus próprios hábitos alimentares serem inadequados.

Convivendo com crianças e adolescentes

Situação totalmente diversa da anterior se apresenta quando o profissional procura sobrepor a esfera do conhecimento científico à esfera do cotidiano. A emergência de conflitos, principalmente com os desejos alimentares das crianças, exige do pai ou da mãe, profissional de saúde, uma análise constante dos aspectos nutricionais e psicológicos envolvidos nas questões alimentares.

- *“(risos) Ai, meu Deus. É complicado, né? Porque eu tenho a noção, eu sei o que pode e o que não pode, eu tenho até mãe com problema de saúde, mas...é...eu acho que a questão afetiva é tão importante, né, que, às vezes, é...supera, entendeu? Pelo menos, é...para mim é isso. Então, em casa, às vezes, durante o dia assim, eu programo, né, toda uma alimentação, almoço, jantar, à tarde eu vou fazer isso e aquilo. Ai, fura tudo, entendeu? As crianças querem chocolate, querem pipoca, querem não sei o que. Ai, quando eu vejo no final do dia, eu falo “nossa, o que é que eles comeram, realmente, de...de, né, assim, de importante, não teve...No fim foi...ahn...resolvemos fazer um churrasco no final do dia. Já é errado, já é horário de janta, já é muito tarde. Mas acaba saindo, porque é aquela coisa de estar confraternizando e aí chama alguém da família, vem, né, então fica, apesar de que sempre eu procuro ter uma verdura, né? Tento equilibrar, mas é complicado, apesar de que isso também não é rotina, é uma vez ou outra, entendeu? Mas eu procuro aplicar as noções que eu tenho.”*

Enf., p. 137

- *“É uma briga (risos) é uma briga que sabem que você vai tentar, né? Fazer compras, tal, você compra tudo...antes, você procura comprar verduras, legumes, né, aquela coisa. E criança, não. Criança quer o pastelzinho, criança quer o pão, eles querem o...o queijinho, lá, que já é industrializado, eles querem lanche, né? Não*

adianta você por fruta, assim, volta fruta. Eles querem comprar salgadinho, fritas e Coca-Cola em vez do suco. É uma briga, é uma briga, sabe? É assim, aquela coisa de troca, que você tem que impor alguma coisa (risos), é por aí, né? Mas eu acho que...que a gente até que consegue, né? Eu não posso deixar muito a...a bel prazer da criançada opi...opinar, não. É uma troca. Em casa, assim, não gostam de feijão, mas durante a semana comem. Um dia, sim, um dia, não, mas se tem regras. Então, é assim, refrigerante só em geladeira para o sábado e domingo. Então, durante a semana, de segunda a sexta-feira tem que ser um pouco mais rigoroso. Então, é assim, “você gosta de alface, você vai comer o quanto você quiser de alface, tudo bem, se não gosta de brócolis eu não vou forçar a comer brócolis, mas você vai comer um pouco de arroz e feijão um dia, sim, um dia, não.”

Méd., p. 154

- “Eu acho que é. Eu acho que é (equilibrada). Por exemplo, quando eu me casei, (...) meu marido não comia peixe, quase, e eu passava anos sem comer peixe. (...) E agora, mais recentemente, eu consegui introduzir mais o peixe. (...)...ele (o marido) não gosta mais de comer muita feijoada. Na época que ele comia, eu sempre também fazia, agora ele já não é mais de comer isso daí. Eu tenho uma alimentação um pouco mais leve, eu estou achando ótimo, porque tem coisas mais...eu acho mais saudáveis. Ele agora aceita melhor arroz integral, que eu gosto de comer. (...)...está interessante isso daí, estamos incorporando bons hábitos, bons hábitos, então, eu acho isso bom.”

Méd., p. 109

- “Eu não vejo uma deficiência alimentar. Eu acho até, que faz parte da minha família, seis filhos e 99% adolescentes, com suas angústias, com seus problemas, eu acho até que a gente vê, um ou outro em certa hora fora da refeição abrir a geladeira e pegar um iogurte, pegar alguma coisa e por para dentro, comer uma banana. Quer dizer, então, a indisciplina...então, um angustiado chega lá e começa obsessivamente a querer comer e a gente fala: “olha o que você está fazendo, então...resolva os seus problemas para que não aconteça...para que não se destrua, né?”. Então, a gente estando por perto, pode orientar.”

Méd., p. 170

- “Olha, eu procuro fazer uma alimentação balanceada, com fruta, verdura, leite. Ahn...encontro dificuldade, em controlar a alimentação dos meus netos, porque querem saber de...principalmente meu neto, a alimentação dele predileta, por exemplo, é arroz com batatinha frita. Para fazer ele...é...chupar uma laranja, comer uma banana, ou um mamão, essas coisas, é difícil, mas ele toma, se você deixar, um

litro de leite por dia, ou mais. Então, eu procuro orientar, procuro ver...explicar, mostrar para eles a necessidade do cálcio, do ferro e tudo mais.”

Enf., p. 189

- “...a minha filha, se alimenta muito mal, agora eu tenho um grande problema, na parte da manhã, que é o almoço, eu não estou em casa, né ? E eu sei que a avó faz aquilo que ela quer, então tem dia que eu sei que ela come arroz purinho com cebola, e isso me angustia. Feijão, é um trabalho difícil para eu fazer ela comer, ela não come feijão com arroz. Então, com muito sacrifício, eu faço então com que ela coma o feijão puro.”

Enf., p. 17

Os seis depoimentos anteriores refletem posicionamentos de pais/mães/avós profissionais de saúde que incorporam no seu cotidiano o desafio de formar hábitos alimentares adequados. As situações de vida são semelhantes, porque os pais estão fora de casa o dia todo, dispõe de pouco tempo, mas, a despeito disso existe a consciência de que o hábito alimentar deve ser educado e que isso requer intervenção, controle e estímulo.

Percebe-se também nestes depoimentos a explicitação de sentimentos em relação à própria alimentação ou em relação à alimentação dos filhos: “a questão **afetiva** é tão importante”, “é uma **briga**”, “um **angustiado** chega lá e começa a comer obsessivamente”, “e isso me **angustia**”. Os depoimentos dessas pessoas demonstram a vivência das dificuldades alimentares da família, tanto no seu aspecto prático como nas implicações psicológicas envolvidas.

Quando surge uma doença

As rotinas do cotidiano são apreendidas durante os primeiros anos de vida que constituem a fase de socialização primária, e continuam a ser executadas sem interrupção e questionamentos durante a vida, porque são assimiladas como fatos não problemáticos (BERGER & LUCKMAN, 1985). A interiorização deste mundo básico (DUARTE Jr., 1993) que constitui o nosso dia-a-dia é acompanhado de grande emoção, por isso as rotinas que fazem parte do mundo básico se mantêm sólidas, com poucas possibilidades de serem abaladas. Quando, por qualquer motivo, uma doença, por exemplo, a realidade básica da vida da pessoa é abalada, a reconstrução das rotinas torna-se difícil, porque atinge aspectos assimilados nos primeiros anos de vida, ao longo

da fase de socialização primária. A alimentação é uma rotina que faz parte deste mundo básico, por isso, quando há necessidade de promover mudanças nesta rotina, é preciso trabalhar a questão alimentar de forma abrangente, porque serão abalados valores, atitudes e sentimentos vinculados ao comer e à comida, estruturados durante a fase de socialização primária.

Nesta parte do trabalho, procurou-se levantar a percepção dos profissionais em relação a conduta do profissional que os atendeu, ou a alguém de sua família, quando eles ou membros de sua família eram os pacientes.

- "...na família, meu pai teve triglicérides aumentados, o colesterol dele deu também no limite superior da normalidade, chegou a ultrapassar, mas voltou. (...) os dois lá têm um comportamento meio simples, tem que ficar em cima para poder dar certo, entendeu? Vai...então, é uma deficiência, porque...é uma deficiência de orientação, porque funciona só temporariamente, porque não é uma coisa que é incorporada no dia-a-dia, entendeu? E agora com esse problema de diabetes da minha mãe, ela dá muita escapada, quer dizer, não está...ela não incorporou...(...)

E - Essa dificuldade que ela está tendo na aceitação...ahn...você acha que...que ela...que é decorrente da...do tipo de orientação que ela recebeu? Você acha que poderia ter sido de uma forma diferente?

- É. Poderia ter sido melhor. Eu acho que faltou conversa, sabe? (...)...a endocrinologista deu orientação para ela e...mas é uma coisa muito superficial, muito...muito largada, né? Se ela tivesse tido uma orientação melhor, eu acho que ela já estaria compensada."

Méd., p. 109-10

- "É que eu tive um problema sério de saúde, né? Eu tive que mudar de atitude em relação a minha própria vida, né? Porque senão esse problema poderia ser agravado. E isso foi, de uma certa forma bom, porque me despertou para uma medicina alternativa, para a valorização da alimentação..."

Méd., p. 121

- "Tenho uma irmã, que ela é obesa, ela tem esse problema nutricional importante...(...) Já foi ao endocrinologista, já conversou comigo, ahn...já foi, eu não sei se ela conversou com alguma nutricionista, mas já teve. Teve bastante orientação nutricional.

E - E qual foi o resultado?

- Nenhum, nada, nenhum. Nenhum, porque eu acho que houve bastante orientação nutricional, sem Educação Nutricional.”

Méd., p. 124

- “E - E, você citou o caso da sua mãe, que é diabética. Como é que você avalia a orientação que ela recebeu e como é que...como é que ela recebeu essa orientação, como é que é a sua avaliação em relação a ela?

- Orientação em relação a minha mãe?

E - À alimentação.

- À alimentação?

E - É.

- Eu acho que ela...ela...ela não recebeu, porque assim, eu sempre acompanho ela...ela nas...nas consultas e ela não...A orientação é muito fraca, sabe? É de que doce não pode...é...açúcar não pode, mas assim, nunca, não vi nenhum endócrino sentar com ela e conversar mesmo, no dia-a-dia dela, 'olha, o que você come de manhã, na hora do almoço, o que é que gosta, o que não gosta', sabe, as preferências, nada. Então, é 'isso e isso não pode'. Eu acho que ela já recebeu dois folhetinhos, do que pode, o que não pode, aquela coisa toda, né?”

Enf., p. 138

- “...meu pai...meu pai faz muito tempo e era só aquilo: você não pode comer sal e era isso, não tinha muita alternativa, agora, minha tia está com um problema de...de hérnia de hiato e tudo mais, então, ela está com um controle alimentar, então, é bem orientada, tudo explicadinho, direitinho. Ela que é teimosa, que de vez em quando não...Mas a orientação está sendo dada direitinho, é que são teimosos mesmo e não obedecem.

E - A orientação foi dada pelo médico?

- É, agora, minha tia está fazendo inclusive orientação lá na PUC e parece que foi a nutricionista mesmo que deu.”

Enf., p. 190

- “Eu tive um problema ligado a intolerância à lactose, tá, e tive que fazer, né, a pesquisa referente a isso, fiz o teste de tolerância e tal e naturalmente, depois disso a gente evitou, né, o uso de derivados, leite e derivados e substituiu por soja, inclusive. Eu acho que eu resolvi o problema.”

Méd., p. 145

- “Eu tive que me adaptar muito à alimentação, né? Eu sou colestomizada. E praticamente eu me virei sozinha.

E - (...) você não teve uma orientação de um profissional, ou você que...?

- Já começa, que eu acho que deixei, assim, de cara o pessoal meio perdido, porque eu sou vegetariana por...sempre fui, né? Então, quer dizer, isso baratina qualquer um, né, que...não é todo mundo que sabe lidar com...Aí, o médico fala: "você vai ter que ir acertando até que você...", ele deu algumas dicas: "evita isso, isso e isso agora, assim, mas depois você...já é você que vai sentir como é que o seu intestino vai reagir". E até hoje eu venho aí nessa tentativa, né..."

Enf., p. 200

É interessante observar como na ótica de pacientes ou de familiares de pacientes não há diferenças de percepção entre um e outro grupo de profissionais, isto é, médicos e enfermeiros. Predomina nos dois grupos o descontentamento com o atendimento recebido, embora algumas opiniões positivas tenham sido citadas.

Na ausência do ensino formal de Nutrição no curso de graduação, a influência dos fatores relativos à socialização primária tornam-se ainda mais relevantes, ou seja, a relevância que vai ser atribuída à Nutrição pelo médico, depende muito menos de sua formação do que dos fatores familiares, principalmente aqueles ocorridos no período da socialização primária. Observemos o depoimento seguinte:

- "Eu tenho uma questão, que eu acho que também pesou bastante, a minha mãe, ela fez um curso de...era um curso, tipo um curso técnico, na época, né, que ela estudava, não existia curso de nutrição, ela fez um tipo de um...era curso técnico de nutrição, eu não sei como se chamava, espera aí...deixa eu tentar lembrar. Como é que chamava aquele curso?

E - Dietista.

- Dietista. Ela fez a sua formação e ela passou muito para a gente, entendeu? (...) eu acho que isso marcou bastante, talvez isso seja uma...uma...uma questão, assim, que eu respeito tanto, essa coisa da nutrição, né? Eu acho que isso pesou, também."

Méd., p. 155

Apenas à guisa de conclusão citamos ainda um trecho de depoimento que apenas vem reforçar tudo o que já foi dito antes. Não é a faculdade que forma o pensar do profissional sobre Nutrição, mas, acima de tudo predominam as suas experiências pessoais.

- *"Veja...a questão da alimentação, a gente vai enriquecendo como todas as outras coisas que a gente vai enriquecendo. Agora, a maneira de comer, a maneira de abordagem da alimentação, entra na minha cultura por várias razões, porque eu sou uma pessoa que nunca fui magrinha."*

Méd., p. 3

2.3. Discussão

Dos depoimentos apresentados parece emergir um conflito básico, capaz de abranger até mesmo as considerações menores: a aparente banalidade do ato da alimentação contrapõe-se à complexidade deste problema, quando nos dispomos a realmente enfrentá-lo na prática e dar aos clientes ou pacientes respostas seguras, coerentes e satisfatórias para problemas desta natureza.

A complexidade do problema pode ser analisado sob três aspectos: especificidade técnica, tempo demandado para sua abordagem e responsabilidade técnica.

A especificidade técnica diz respeito ao preparo que o profissional deve ter para lidar com o problema alimentar, o que envolve conhecimentos de antropologia e sociologia para analisar não só o hábito alimentar em si, mas também compreender o universo alimentar do paciente, de psicologia e pedagogia para propor métodos de intervenção e obviamente de Nutrição, Dietética, Técnica Dietética e Dietoterapia.

O tempo requerido para abordar questões de alimentação é longo. Como referiu um dos entrevistados, é outra consulta. Mas ela não é apenas mais uma consulta, e, sim, ela é uma atividade de outra natureza, pois consultar significa pedir conselho, opinião, instrução ou parecer. A mudança de hábito requer mais do que isso: a mudança de hábito requer educação. A educação de que se fala aqui, não é a educação informal que ocorre em qualquer processo social, inclusive durante uma consulta. A educação aqui proposta configura um campo específico de conhecimento técnico-científico que é o da Educação Nutricional, baseada em referencial teórico e sistematizada, ou seja, planejada e realizada através de metodologia específica. O profissional habilitado a desenvolver programas e atividades de Educação Nutricional é o nutricionista, o que lhe é assegurado, inclusive pela lei que regulamenta a profissão. O tempo requerido para esta atividade é de cerca de 45 a 60 minutos para a entrevista inicial e de cerca de 20 minutos para os retornos.

Mas a discussão não se esgota aqui: é imprescindível que os outros profissionais encaminhem os clientes ou pacientes para o nutricionista, e, para tanto, eles precisam fazer uma triagem destes pacientes. Neste momento várias questões interferem, mas uma se reveste de

particular importância para o objetivo proposto neste trabalho: a percepção do médico ou do enfermeiro sobre o problema alimentar, percepção esta que vai ser permeada pela representação que ele tem dos problemas alimentares vivenciados no seu próprio cotidiano.

Se este médico ou enfermeiro tem uma atitude favorável no sentido de propor-se ao desafio de aplicar os conhecimentos que tem à sua prática alimentar, o que no dia-a-dia se manifesta como “preocupação” com a alimentação principalmente dos filhos, empenho em formar bons hábitos, manter o peso, fazer refeições saudáveis, destinar tempo adequado ao preparo de alimentos e às refeições, esforço para conciliar valores afetivos relativos à alimentação com a adequação da alimentação ele tenderá a ser mais receptivo à problemática alimentar do paciente e consequentemente à atuação do nutricionista. Se, pelo contrário, ele considera normal não ter tempo para comer, sabendo que se alimenta mal, não se preocupa com isso, considera a má alimentação sua e dos filhos consequência inevitável da vida moderna e julga enfim que hábitos fundamentais à vida, como é o caso da alimentação devem estar subordinados ao trabalho, ele reagirá de forma semelhante para com os clientes e pacientes e terá uma postura, no mínimo, cética em relação ao trabalho do nutricionista.

Cotidianeidade: um desafio para o ensino de Nutrição

Em virtude da predominância da visão construída através da cotidianeidade sobre questões que pertencem também à esfera do conhecimento científico, o ensino de ciências que se correlacionam muito diretamente com fatos vividos no dia-a-dia requer métodos por meio dos quais seja possível sensibilizar os estudantes, além de informá-los, para que efetivamente eles transfiram a informação científica para o campo vivencial.

A este respeito é interessante observar a experiência de CHERY e col. (1987). Estes autores realizaram um estudo verificando o nível de conhecimentos e a prevalência de crenças infundadas (“misconceptions”) entre estudantes universitários canadenses durante um período de 13 anos, baseando-se na hipótese de que um incremento de conhecimentos não necessariamente reduz a prevalência de crenças. Efetivamente a pesquisa demonstrou que o nível de conhecimentos cresceu entre 1971 e 1984, enquanto a prevalência de crenças encontrada em 1984 era similar àquela observada em 1971. Os cursos de Nutrição não estavam conseguindo trabalhar as atitudes dos alunos, tornando-os suficientemente críticos em relação às suas próprias

crenças, de forma que o senso comum construído no cotidiano era o critério primordial na análise das situações-problema. Esta impermeabilidade das crenças pessoais ao conhecimento técnico encontra explicação nos fatores antropológicos e psicológicos da alimentação. O ensino de Nutrição que não enfrentar este desafio, não possibilitará ao aluno desenvolver senso crítico para avaliar estes fatos e certamente não o tornará suficientemente sensível à compreensão dos problemas nutricionais individuais. HEIMBURGER e col. (1994) relatam uma experiência feita na Universidade do Alabama, com este objetivo. Para aprimorar o curso de Introdução à Nutrição Clínica, foi proposto aos estudantes fazerem a análise da composição de suas próprias dietas através de computador, e o exercício foi posteriormente repetido ao término do curso. Os Autores verificaram que a ingestão de lipídios, gordura saturada e colesterol havia sido reduzida. A ingestão de vitamina C excedeu as recomendações indicando um aumento na ingestão de frutas e hortaliças. Os Autores concluíram que a auto-avaliação dietética no ensino de Nutrição Clínica em escolas médicas é de grande valia.

A dificuldade que os profissionais médicos e enfermeiros encontram para lidar com as questões de alimentação decorrem da complexidade do problema em si, do seu desconhecimento sobre ele e dos conflitos que emergem das contradições entre o que se sabe e o que se pensa, com o que se sente e o que se faz na prática. Resulta desta situação que o não reconhecimento dos problemas alimentares e nutricionais impede a busca de um trabalho em equipe. Não há a percepção do problema e muito menos a percepção de que existe um profissional tecnicamente habilitado para lidar com estas questões.

O ensino de Nutrição que não conseguir romper com este conhecimento fixo e estável do senso comum contruído cotidianamente, “pondo-o a dançar”, como diz Rubem ALVES na citação em epígrafe deste capítulo, não alcançará o objetivo de tornar este ensino significativo para a formação e para a vida dos futuros profissionais.

“Os homens alcançam a razão dos obstáculos na medida em que sua ação é impedida.”

Paulo Freire

3. A Educação Nutricional nos Serviços Públicos de Saúde

3. A Educação Nutricional nos Serviços Públicos de Saúde

Hospitais, indústrias, escolas são exemplos de organizações que oferecem alimentação, e algumas indústrias oferecem também aos seus funcionários serviços de Educação Nutricional, ou Orientação Nutricional, como são mais comumente denominados. Poucas Organizações de Saúde possuem serviços de Educação ou Orientação Nutricional; esta atividade aparece de forma incipiente em ambulatórios de alguns hospitais-escolas, e, a iniciativa de um serviço municipal de saúde de tê-lo implantado em sua rede, como é o caso de Bauru-São Paulo, pode ser considerada pioneira e inovadora (CAPISTRANO & PIMENTA, 1988). A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Campinas, cidade onde foi realizado o estudo, não conta com nutricionistas para rede básica de saúde. Existem na Secretaria Municipal de Saúde, dois nutricionistas apenas: um, contratado para atuar no Hospital Mário Gatti que posteriormente foi transferido para o nível central a fim de desenvolver um trabalho de assessoria e atualmente encontra-se afastado, e outro, transferido da Secretaria da Promoção Social, que atua no Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis. É importante ressaltar que existe no município um Curso de Graduação em Nutrição mantido pela PUCCAMP - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, formando nutricionistas desde 1982.

Em serviços públicos ou privados (estes últimos representados por alguns poucos consultórios), esta atividade é desenvolvida mais pelo empenho obstinado de alguns nutricionistas do que pelo reconhecimento de sua necessidade pelos demais profissionais ou pelo interesse do próprio serviço. Paradoxalmente, são as próprias organizações de saúde que se apresentam mais resistentes à incorporação desta atividade.

O contingente de profissionais egressos é predominantemente absorvido pelas indústrias da região, como mostra estudo de BOOG e cols (1988), no qual se pode verificar que apenas 6.3% vai para o campo da Saúde Pública. Ao longo de quatorze anos, não se conseguiu a inserção do nutricionista no quadro de profissionais que compõe as equipes de saúde, apesar das várias experiências que vem sendo realizadas durante os estágios curriculares, quando os alunos do Curso de Graduação são levados a estagiarem em alguns Centros da Rede Básica de Saúde, que funcionam integradamente com a PUCCAMP.

Cabe então perguntarmos, de onde se origina esta resistência à incorporação da atividade nas Organizações de Saúde. Seria da restrita visão que os profissionais da área de saúde têm a respeito de Nutrição? Seria da dificuldade inerente à própria atividade que, por estar tão estreitamente ligada à esfera do cotidiano, é tida como “não técnica” ou “pouco científica”? Ou a resistência encontra sua explicação no desconhecimento ou descrédito a respeito das possibilidades da Educação em Saúde ou em uma percepção inadequada ou até mesmo negativa do trabalho do nutricionista?

O ponto de partida deste trabalho foi a afirmação de BEHAR (1991) de que “nossa responsabilidade direta, com possibilidade de ação efetiva, está nos Serviços de Saúde”, e constituíram objetivos do trabalho a análise do posicionamento dos profissionais de saúde sobre Educação/Orientação Nutricional e seu posicionamento frente a esta prática nas Organizações de Saúde às quais são vinculados.

A ação experienciada no transcorrer deste estudo, com vistas a obter respostas a estas questões, foi, especificamente, a prática da Educação Nutricional e, nas entrevistas, perguntou-se aos sujeitos, o que as expressões Educação Nutricional e Orientação Nutricional significavam para eles, e que responsabilidades nessa área competem aos vários profissionais de saúde, ou seja, qual era a percepção deles a respeito do papel que os diferentes profissionais desempenham no campo da Educação/Orientação Nutricional.

No momento em que esta pesquisa foi concebida, não estava claro como uma experiência de Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde seria assimilada pela organização, isto é, se o trabalho seria aceito, se teria receptividade por parte dos profissionais que dividem o espaço técnico nas Organizações de Saúde, principalmente médicos e enfermeiros e, muito menos, se, efetivamente, caberia propor a sua institucionalização.

Neste momento, a situação configura-se de maneira diversa, pois o trabalho foi bem aceito nos dois serviços em que foi desenvolvido, a demanda espontânea e por encaminhamento em vários momentos até superou a possibilidade de atendimento, e algumas demandas para a atuação em programas específicos não puderam ser atendidas por falta de disponibilidade horária.

Cabe aqui uma ressalva. A demanda superou a possibilidade de atendimento porque a minha disponibilidade de tempo era restrita a dois períodos na semana em cada Serviço. Como já foi mencionado no capítulo “Metodologia”, dos cerca de 60 médicos consultantes da Policlínica II, apenas três, ao longo de um ano e meio, encaminharam pacientes. Apesar dessa falta de receptividade inicial da maioria dos médicos da Policlínica II, o trabalho pode ser adequadamente desenvolvido graças aos encaminhamentos destes três médicos, das demandas geradas por outros serviços ou ainda pela demanda espontânea. Somente no final de 1995, isto é, já no terceiro ano consecutivo de atendimento, outros médicos começaram a encaminhar pacientes após a minha participação em reunião com eles, na qual me apresentei e expus oralmente a natureza do meu trabalho.

Em contrapartida, não se observa nenhum movimento no sentido destes serviços contratarem seus próprios profissionais. O trabalho é muito bem aceito, reconhecido como relevante, enquanto realizado por um profissional cedido por outra Instituição. Porém, quando há um concurso para contratação de vários profissionais, a categoria dos nutricionistas não é contemplada. Se o profissional cedido pela outra instituição deixar a sua função, o trabalho iniciado por ele simplesmente se extingue.

Com o propósito de investigar qual é a visão que os profissionais da “linha de frente” dos serviços têm sobre esta questão, bem como seu posicionamento frente a esta prática nas Organizações de Saúde à qual estão vinculados, primeiro e segundo objetivos deste estudo, valme tanto das entrevistas como das observações captadas por intermédio da observação sistemática.

No primeiro sub-tema deste capítulo “Educar ou orientar” procuro estabelecer uma diferenciação objetiva para estes dois conceitos aplicados às questões nutricionais a partir da percepção dos sujeitos entrevistados. No segundo sub-tema são apresentadas as falas que explicitam como os médicos e enfermeiros percebem o papel do nutricionista e o seu próprio papel em relação à Educação Nutricional. O terceiro sub-tema traz a percepção dos entrevistados acerca das estratégias de institucionalização deste trabalho.

Na discussão final procuro relacionar as opiniões emitidas pelos entrevistados com a Lei que regulamenta a profissão de nutricionista e com as questões teóricas tratadas no capítulo introdutório.

3.1. Educar ou orientar

Quando elaborei o projeto desta pesquisa os termos Educação Nutricional e Orientação Nutricional foram empregados indiferentemente. Entretanto, a resposta à questão “O que as expressões Educação Nutricional e Orientação Nutricional significam para você?” indicaram que a distinção entre elas viria clarear o papel do nutricionista e dos demais profissionais em relação às questões de Nutrição na prática profissional, pois havia entre os entrevistados percepções diferentes acerca do significado destas palavras. Buscando na literatura subsídios ao aprofundamento desta discussão, vali-me dos textos de REBOUL (1988), MORAIS (1989) e L’ABBATE (1992) para situar a questão em pauta.

REBOUL (1988) faz distinção entre os termos educação e outros, muito menos abrangentes, que, embora fazendo parte da educação, descrevem ações limitadas com o objetivo estrito de instruir, dentro deste processo amplo que é a educação. Estes termos são adestramento, aprendizagem, iniciação e ensino. Para este Autor, a educação cabe principalmente à família, a quem compete “atingir o indivíduo em profundidade, na camada anteingectual de seu ser, em seus hábitos, suas emoções, suas afeições primeiras”. O **adestramento** é uma técnica que leva o educando a adquirir uma rotina que prescinde do compreender e do querer. Aplica-se sobretudo a animais, porém, lembra o autor, reportando-se a Hubert, que o homem é também um animal e há uma parte de adestramento em toda a educação. A **aprendizagem** é mais ativa, pressupõe um comportamento espontâneo e voluntário, comporta “ensaios-e-erros”, mas não elimina o método que permite direcionar as ações para um objetivo, dividir as dificuldades estabelecendo etapas, economizar erros, recapitular e sistematizar o processo. Em seguida REBOUL descreve a **iniciação** que consiste na aprendizagem de um conjunto de técnicas que confere uma habilidade profissional. A habilidade é um **meio**, que pode servir a diferentes fins conforme o emprego que cada indivíduo faz da técnica aprendida. Finalmente REBOUL descreve o **ensino**, dizendo que este é “a forma mais humana de instrução”, porque “seu propósito não é formar um técnico, um cidadão, um crente, mas um homem” e “se inicia o aluno não para integrá-lo nesta ou naquela comunidade nacional, profissional ou religiosa, mas para fazê-lo entrar na comunidade humana, transcendente às épocas e às fronteiras”. Para ele o ensino tem por fim “fazer compreender”.

MORAIS (1989), reportando-se a Alceu Amoroso Lima, nos diz que a educação desenvolve-se de acordo com quatro planos que a constituem: a técnica, a ação, a ciência e a sabedoria. No plano técnico, se adentra o homem para dominar e exercer certo controle sobre a natureza; o plano de ação ultrapassa o primeiro porque nele se prepara o ser agente para atuar sob uma certa ética, na qual a vontade de cada um se move no sentido da convivência, isto é, da integração geradora do social; no plano da ciência domina a visão do mundo em profundidade e, finalmente, o plano da sabedoria, no qual a técnica, a ação e a ciência são transformados em impulso-amor. A educação é entendida aqui como um processo evolutivo de vida, como abertura de compreensão.

Como a Educação Nutricional muitas vezes se dá numa situação de crise, na qual o indivíduo é surpreendido por uma doença, cabe também dimensionar o papel desta educação no contexto da doença e o papel da doença no contexto da vida. No mesmo texto já citado anteriormente, MORAIS (1989), reportando-se a Merleau Ponty diz que “o corpo é o berço de todas as nossas significações”, e, mais adiante, cita Heidegger quando afirma que “é na crise que o pensamento se agiganta”. Na mesma linha de pensamento BERLINGER (1988) diz que é com as doenças “que se toma consciência do próprio corpo”. Este autor lembra ainda o papel importante que a doença representa como estímulo a criatividade artística e literária.

L’ABBATE e cols. (1992), no artigo “A Educação em Saúde como um exercício de cidadania”, traz uma definição de Educação emitida pelo Grupo Especializado de Educação Arvoredo, que se aplica bem à necessidade do Educador em Saúde no confronto com a doença: Educação é “um amplo processo de desenvolvimento da pessoa, na busca de sua integração e harmonização, nos diversos níveis do físico, do emocional e do intelectual”.

As correntes de pensamento pedagógico apresentadas no Capítulo I da Introdução, de maneira geral, não reportam a Educação em Saúde à situação específica da doença. PILON (1986, 1990a, 1990b) é o autor que mais se aproxima desta problemática. Quando ele diz que “*a educação em saúde se define não apenas face à solução dos problemas, mas face à definição dos problemas enquanto tais, mercê de um enfoque compreensível e holístico do projeto de vida do homem*” (PILON, 1990a), ele abre uma perspectiva para se compreender o papel que a Educação em Saúde pode ter no contexto da doença face a um projeto de vida, mesmo na condição da cura ser impossível..

Como a entrevista se deu entre uma nutricionista (no caso eu mesma) e um(a) médico(a) ou enfermeira, e nenhum destes profissionais pode a priori ser considerado um especialista em educação, considere importante citar aqui os conceitos de educação e orientação apresentados no “Novo Dicionário Aurélio”, que traz as possíveis concepções que os entrevistados poderiam ter destas palavras no seu emprego comum na língua portuguesa.

Educação

- 1 - Ato ou efeito de educar (-se).
- 2 - Processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral da criança e do ser humano em geral, visando à sua melhor integração individual e social.
- 3 - Os conhecimentos ou as aptidões resultantes de tal processo; preparo.
- 4 - O cabedal científico e os métodos empregados na obtenção de tais resultados; instrução; ensino.
- 5 - Nível ou tipo de ensino.
- 6 - Aperfeiçoamento integral de todas as faculdades humanas.
- 7 - Conhecimento e prática dos usos de sociedade; civilidade, delicadeza, polidez, cortesia.
- 8 - Arte de ensinar e adestrar animais; adestramento.
- 9 - Arte de cultivar as plantas e de as fazer reproduzir nas melhores condições possíveis para se auferirem bons resultados.

Orientação

- 1 - Ato ou efeito de orientar (-se).
- 2 - Direção, guia, regra.
- 3 - Impulso, tendência, inclinação (fig.).
- 4 - Fase do ciclo docente em que o professor acompanha, utilizando técnicas, recursos e procedimentos adequados, a marcha do aprendizado de seus alunos.

Observou-se que não há diferenças significativas nas concepções que médicos e enfermeiros têm sobre Educação e Orientação Nutricional. Para ambos, a educação é um

processo mais amplo, mais complexo, mais longo e mais profundo, enquanto a orientação é mais pontual, específica, voltada ao tratamento de patologias, tem fins terapêuticos. Na educação trabalha-se mais a “alimentação” e na orientação trabalha-se a “dieta”.

Vejamos a seguir os conceitos emitidos pelos médicos:

- “A educação seria desde a base familiar al...fazer educação alimentar em casa, né? A orientação é para quem já tem alguma...algum conhecimento...”

Méd., p. 47

- “Eu acho que a orientação nutricional é uma coisa mais direta ao...ao indivíduo, enquanto a educação nutricional seria direcionada a um maior número de pessoas, um maior número de indivíduos. (...) ...se houvesse uma Educação Nutricional, haveria menos, talvez, orientação nutricional, no caso. (...) Talvez a orientação nutricional é uma coisa, penso eu, uma coisa mais dirigida para algum tipo de paciente, para algum tipo de patologia. (...) A Educação Nutricional, penso eu, serve de uma maneira abrangente a todo tipo de população.”

Méd., p. 81-2

- “Educação, eu acho que envolve um trabalho...um trabalho mais longo, do que a...do que a outra. O trabalho de conhecer a dieta de uma população, de um grupo, ou até individual, e a partir daí, tentar melhorar. (...) E a orientação eu acho que é uma coisa mais pontual, quando a situação é específica, alguma coisa assim.”

Méd., p. 103

- “...Educação Nutricional seria alguma coisa, talvez eu até erre, né, que seja o conhecimento...ahn...a respeito, vamos dizer, da...da própria alimentação...(...). E orientação eu vejo como a necessidade já mais digamos mais terapêutica, mais no sentido, assim, de você dirigir uma dieta com fins específicos.”

Méd., p. 142

- “...educação seria um processo demorado, um processo mais profundo, uma coisa que você talvez tenha que mexer com estrutura, que **reformular** conceitos...(...) Eu acho que a educação tem um sentido muito mais amplo.”

Méd., p. 149

Apenas um médico emitiu um conceito diferente, tomando estes dois conceitos como aspectos diferentes de um mesmo trabalho.

- "...acho até que em certas filigranas você vai separar, sim, mas elas...elas...elas...é cara...é cara ou coroa, vamos dizer assim, é fechadura e chave, eu acho que elas se entrosam para a engrenagem. Eu...mas quem foi educado, foi orientado, mas será que quem foi orientado, foi educado?"

Méd., p. 164

As opiniões emitidas pelos enfermeiros são similares, porém percebe-se que os enfermeiros têm mais clareza das diferenças, o que é perceptível pelo maior número de exemplos, possivelmente porque são mais solicitados do que os médicos a desempenharem tarefas ligadas à Educação e a Orientação Nutricional.

- "Educação Nutricional, a mudança de comportamento nutricional é extremamente importante e de competência do nutricionista. Ahn...a orientação nutricional - em cima de tabelinhas pré-elaboradas, é muito fácil."

Enf., p. 26

- "...Educação Nutricional eu acho que seria uma coisa bem mais abrangente, né? Eu...eu penso assim. Que você estaria educando uma pessoa a se alimentar, ahn...por exemplo, não só a nível de...de...de quantidade, mas o tipo de alimentação diferente, alimentações mais adequadas. A orientação me dá a impressão de ser uma coisa mais...ahn...instantânea. Você orienta uma dieta e pronto. A educação, eu acho que se tem todo um trabalho de estar reestruturando a alimentação da pessoa, né, eu acho que é bem mais...mais complexo."

Enf., p. 37

- "Você educaria para uma certa diretriz, mas dentro dessa educação, você orientaria de acordo com as possibilidades que ela tem e que ela vivencia."

Enf., p. 60

- "Eu não oriento meu filho, eu educo meu filho. (...)... você não educa essa paciente, você orienta essa paciente."

Enf., p. 69

- *"Orientação é (...) um pouco fechado, né? Você pode comer isso...ahn...evita porque...o que é proibido, o que você deve comer, o que você não deve, o que você pode, o que você não pode, o que faz mal, o que faz bem. Eu acho que a Educação Nutricional já é...a meu ver ela já tem um enfoque mais...mais, assim, específico para determinadas...para a pessoa, um enfoque mais, assim, dentro do que você come, das suas possibilidades, do que você gosta, dentro do teu gosto e do que normalmente você come...em termos até, assim, de reeducação, mesmo, nutricional."*

Enf., p. 94

- *"...Educação você tem que pegar (...) o paciente com um hábito alimentar e aí você vai ter que mudar esse hábito. Então, aí você vai ter que fazer uma educação com ele. (...) Agora orientação, não, é só você pegar, por e...um...uma dieta e orientar aquele paciente como é que ele deve fazer, para obedecer aquela dieta."*

Enf., p. 186

- *"Eu acho que a educação, talvez, exija um maior preparo e orientação, é aquilo que você passa de informação para alguém."*

Enf., p. 197

Em seguida, perguntou-se aos entrevistados qual é a responsabilidade dos Serviços de Saúde nessa área, e, dependendo da receptividade deles a esta questão específica, procurou-se aprofundar a discussão questionando-o a respeito do potencial de resolutividade desta atividade para resolver problemas de saúde, pois esta opinião contribuiria muito para a configuração da visão dos médicos e dos enfermeiros sobre Educação Nutricional. De todos os tópicos da pesquisa este foi o mais difícil de ser analisado. Para alguns profissionais entrevistados, Educação Nutricional é uma entidade tão abstrata que questões como responsabilidade, local ou potencial de resolutividade carecem de sentido. Enquanto idéia, Educação Nutricional tem um certo valor para eles, porém, quando se procura reportar esta idéia abstrata a um quefazer¹⁹ profissional que envolve responsabilidade, espaço e objetivos percebe-se a inconsistência desta idéia.

Esta diferenciação entre Educação Nutricional e Orientação Nutricional pode contribuir para melhor definir o papel do nutricionista enquanto educador, subsidiar a elaboração dos programas para a disciplina Educação Nutricional dos Cursos de Nutrição e esclarecer os demais profissionais acerca das diferenças entre um trabalho específico de Educação Nutricional

¹⁹ O termo quefazer é, para Paulo Freire, a expressão da práxis. O fazer que não está ligado à reflexão é cego. O quefazer, ao contrário, está ligado à reflexão.

realizado por nutricionista e as orientações nutricionais que precisam ser dadas emergencialmente pelo médico ou pelos enfermeiros nas consultas médicas ou nas consultas de enfermagem.

A seguir é apresentado um quadro onde se procurou fazer uma síntese a partir das falas dos entrevistados e das informações obtidas através da leitura dos textos referidos no início deste capítulo, bem como de toda a bibliografia utilizada para compor a introdução do trabalho, estabelecendo as diferenças entre Educação Nutricional e Orientação Nutricional.

Educação Nutricional	Orientação Nutricional
Ênfase do processo de modificar e melhorar o hábito alimentar a médio e longo prazo.	Ênfase na mudança imediata das práticas alimentares e nos resultados obtidos.
Preocupação com as representações sobre o comer e a comida, com o conhecimento, as atitudes e a valoração da alimentação para a saúde, além da mudança de práticas alimentares.	A preocupação precípua é a mudança de práticas e o seguimento da dieta.
A doença e a consequente necessidade de mudança de hábitos pode ser considerada uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal.	A doença ou o sintoma é sempre um fato negativo que deve ser eliminado ou controlado.
Busca-se a autonomia do cliente ou paciente.	Pressupõe a heteronomia do cliente ou paciente.
O profissional responsável é um parceiro na resolução dos problemas alimentares, com o qual o cliente discute, sem constrangimento, seus problemas e dificuldades.	O profissional responsável é uma autoridade cuja orientação deve ser seguida.
As mudanças necessárias ao controle das doenças, entre elas as relativas à alimentação, devem ser buscadas numa perspectiva de integração e de harmonização nos diversos níveis: físico, emocional e intelectual.	As mudanças relativas à alimentação devem ser obtidas mediante o seguimento da dieta.
A descontinuidade no processo de mudança nos hábitos alimentares e as transgressões são consideradas etapas previsíveis e pertinentes a um processo difícil e lento.	Não se aceita transgressões e frequentemente elas se tornam motivo de censura.
Ênfase nos aspectos de relacionamento profissional/cliente ou paciente e na dialogicidade.	Ênfase na prescrição dietética.
Avaliação objetiva e subjetiva da evolução do paciente.	Predominância ou uso exclusivo de métodos objetivos de avaliação.
O objetivo do processo é estabelecido em função das necessidades objetivamente detectadas que são discutidas com o paciente e das perspectivas e esperanças do cliente ou paciente.	O objetivo do processo é estabelecido em função de metas definidas pelo profissional.
Obs.: a composição deste quadro foi inspirada pelo trabalho de SERAVALLE, L. (1991).	

A seguir são apresentadas as opiniões referentes ao local onde cabe desenvolver Educação Nutricional. As respostas relativas à resolutividade são apresentadas no item 4.2. - Nutrição x Renda, porque as respostas obtidas versavam apenas sobre aspectos sócio-econômicos.

Os entrevistados geralmente respondem de forma muito vaga ou procuram argumentos de forma a encaminhar a responsabilidade mais para o setor da educação do que para o setor saúde.

- "...nas escolas, né, porque a base que tem que ser dada, é dada nos...nas escolas, né? Nas escolas...E outros já têm...têm alguma coisa caminhando em termos de nutrição a nível escolar. Eu não sei, porque a gente não vivencia isso, mas já tenho ouvido falar, né, merendas balanceadas e eles estão procurando melhorar em condições. Eu não sei, agora, a nível de...de educação familiar, eu não sei como é que está isso. Eu não posso te dizer nada, né, porque eu não tenho a vivência. Mas eu acho que caberia, basicamente, às secretarias de educação e de saúde promover programas, né, de nutrição, de palestras, simpósios. Eu acho que isso cabe bem às secretarias, ou à secretaria municipal, né? A secretaria do estado com municipalização fica com uma gerência muito a nível municipal."

Méd., p. 47

- "...o próprio hospital (...) deveria ter uma Educação Nutricional, né, para a mãe e para o bebê, né, uma orientação toda a nível de...de posto de saúde, do mesmo nível de consultório particular, tudo. Eu acho que tudo isso entraria, a nível de escolas inclusive também. Eu acho que seria interessante. Teria que ser uma coisa geral mesmo."

Enf., p. 38

- "E - A que instituições ou a que órgãos competiria desenvolver a atividade de Educação Nutricional?

- Ao Ministério da Saúde, penso eu.(...)Eu acho o seguinte: se a gente esta falando de (...) Educação Nutricional, a gente está falando em termos de (...) campanhas nutricionais, em que haja uma...um esclarecimento, ou um, talvez um...uma avaliação em relação à população, em relação a tipos de alimentos que existem no país, a tipos de alimentos consumidos, a tipos do...é...de tudo que se existe por aí, do que está ao alcance do...é...da população em geral, do que se comer. É difícil pra mim falar sobre um tema que não é meu, entendeu? (risos)"

Méd., p. 81-2

Apenas um entrevistado manifestou-se de forma mais objetiva, expressando um pensamento no qual a idéia de Educação Nutricional estaria atrelada ao quefazer profissional nos Serviços de Saúde.

- *"Eu acho que deveria ser feito na rede pública, nos postos de saúde. A educação em saúde no Brasil deixa muito a desejar. (...) é uma coisa que precisa ser muito bem avaliada. É uma coisa que não pode ser generalizada, tomar uma base muito... É muito perigoso em saúde pública, tomar medidas que massificam muito. Há características regionais de alimentação, né? Então, por exemplo, a alimentação em posto de saúde, aqui em São Paulo é um tipo de orientação, lá no Nordeste é outra, de acordo com a disponibilidade dos alimentos da região. Mas eu acho que deveria haver na rede pública uma orientação, sim. Eu acho que a maneira mais fácil, a maneira mais eficiente, seria já começando na puericultura. Ahn...a alimentação da criança, da mãe que...que está gestante, daí já num pré-natal e daí, difundir para os lares, porque a mãe, a mulher que difunde, a alimentação, né?*

(...)

- *À saúde pública, né? Assim como falam que cigarro faz mal, né? Você tem uma espécie de campanha de...nacional de prevenção de...de colesterol, do abuso de álcool. No Brasil, faz-se propagandas de cerveja, que é uma coisa louca, né? Mas a prevenção do alcoolismo, não é feita. Eles já tratam da situação, né, eles não...não fazem a prevenção. Eu não sei se não ficaria muito contaminado, às vezes de não ser muito paternalismo, né, dentro de uma coisa da...federal, estadual, mas eu não vejo outra forma de enfrentar. Nas escolas, a dieta...deveria haver um trabalho assim, nas escolas, de merenda, começa daí, né, nos postos de saúde, orientação para a mulher. Eu acho que é primordial isso daí, né? E esse esclarecimento sendo levado e...Agora, como, por exemplo, atingir essas empresas que fornecem, que a gente está tendo aqui muita terceirização de serviços, né, o fornecimento do alimento pro...pro trabalhador."*(grifo da autora)

Méd., p. 103 e 105

Nas falas de alguns entrevistados percebe-se que a idéia abstrata de Educação Nutricional ganha significado prático na pessoa de um nutricionista que então faria este trabalho.

- *"E - Qual é a responsabilidade dos Serviços de Saúde nessa área, da Educação Nutricional e da orientação nutricional?*

- *Eu acho que...Qual a responsabilidade?*

E - É.

- *Eu acho que ter um profissional qualificado..."* (grifo da autora)

- “Eu acho que é total, a responsabilidade é total e tem responsabilidade...é...isso daí faz parte...um serviço de saúde! Você não consegue separar a nutrição de saúde e a saúde de nutrição. A responsabilidade é **total** do serviço. Ele tem toda a obrigação de colocar em todos os seus setores a nutricionista...”

Méd., p. 164

Esta alocação do nutricionista em todos os setores dos Serviços de Saúde encontra dois óbices fundamentais: a percepção do papel do nutricionista pelos demais profissionais da saúde e pela sociedade em geral e a estrutura e organização dos Serviços de Saúde, aspectos que são tratados nos dois capítulos subsequentes a este.

3.2. Percepção de papéis

Para analisar o posicionamento dos profissionais de saúde frente à prática da Educação-Orientação Nutricional nas Organizações de Saúde às quais estão vinculados, tornava-se necessário conhecer a percepção dos médicos e dos enfermeiros acerca do papel do nutricionista e do seu próprio papel nesta tarefa. Neste tópico analiso opiniões emitidas pelos entrevistados sobre a sua percepção do trabalho de Educação Nutricional.

O estudo da percepção de papéis é relevante quando se faz uma abordagem fundamentada na sociologia do conhecimento por razões aqui sintetizadas a partir das contribuições de BERGER & LUCKMANN (1990)²⁰. Em primeiro lugar, as tipificações dos desempenhos estão na origem de qualquer ordem institucional. Elas são construídas ao longo de uma história compartilhada e são acessíveis aos membros do grupo social particular em questão, o que faz com que as pessoas naturalmente pressuponham que ações do tipo x sejam desempenhadas por atores do tipo y. Assim, as profissões que estão sendo consideradas como instituições, requerem, para sua manutenção, que os indivíduos desempenhem o seu papel segundo tipificações já tradicionalmente assimiladas pela cultura. A forma de ação dos indivíduos segundo estas tipificações leva à manutenção da ordem institucional vigente.

Em segundo lugar os papéis são mediadores entre o acervo comum do conhecimento e o conhecimento objetivado como realidade nas organizações. Por ter tido acesso a determinado conhecimento através da formação profissional, as pessoas passam a desempenhar determinados papéis, mas também, em virtude do papel que desempenham, os indivíduos são introduzidos em áreas específicas do conhecimento objetivado. Entretanto, na realidade das organizações, estas áreas não são estanques, motivo pelo qual, na prática, os papéis profissionais se cruzam, se sobrepõe e, às vezes, se chocam.

Em terceiro lugar, temos que, devido à divisão de trabalho, os papéis específicos crescem em proporção mais rápida até do que o conhecimento correlato ao campo de atuação e, na prática, configuram-se situações nas quais se verifica uma indefinição de funções para certos

²⁰ BERGER, P. & LUCKMANN T. *A construção social da realidade*. Petrópolis, Vozes, 1985, Ver especialmente: Papéis, p. 101 a 110.

profissionais em determinados campos. É o que ocorre com o nutricionista que, mesmo sendo considerado um profissional de saúde, paradoxalmente é muito pouco absorvido pelos Serviços de Saúde, o que faz com que o seu papel neste setor permaneça obscuro.

A razão pela qual me propus a considerar a dinâmica de relacionamento interprofissional neste estudo é porque a multidisciplinaridade sempre faz emergir conflitos decorrentes de diferentes visões dos profissionais envolvidos, o que é altamente produtivo pois permite trabalhar os assuntos dialeticamente. A ciência da nutrição desenvolveu-se a partir das ciências naturais, particularmente da química, mas hoje ninguém mais discute o seu caráter multidisciplinar, sem o que seria impossível tratar a alimentação humana em toda a sua complexidade. Tentando ilustrar através de um gráfico (Gráfico 1), pode-se dizer que as visões dos vários profissionais encontram pontos de intersecção, mas nenhum profissional, e nem o conjunto de todos eles, dá conta de cobrir a totalidade dos processos, tal como se apresentam no cotidiano da vida das pessoas. A visão mais tradicional de multidisciplinaridade destacava apenas as especificidades dos profissionais e não se detinha na realidade das questões tal qual se apresentam no cotidiano das pessoas que se utilizam dos Serviços de Saúde.

Gráfico 1: VISÕES DE MULTIDISCIPLINARIDADE

Vejamos então a seguir como é percebido o papel do nutricionista e dos demais profissionais em relação à Educação Nutricional.

Os depoimentos foram categorizados segundo os três aspectos apresentados relativos à percepção de papéis: a tipificação de papéis na ordem institucional, os papéis como mediadores entre o acervo de conhecimentos da sociedade e a sua aplicação às situações da realidade e o desempenho de papéis segundo a divisão de trabalho.

Iniciando pela questão da tipificação, o depoimento que se segue, dado por um médico ilustra muito bem a expectativa da sociedade em relação ao papel reservado ao nutricionista.

- "É muito difícil você ver nutricionistas fazendo atendimento em consultórios ou em clínicas, mesmo porque, talvez, a visão do...do profissional em relação ao nutricionista seja um pouco distorcida. No Brasil, eu acho que é uma especialidade, é uma...é uma...é uma área profissional pouco explorada. O nutricionista está mais dirigido para a indústria, para restaurantes, para outro tipo de...de área que não...que...que deixa de ser a de atendimento ao paciente. (...) Então, talvez, o profissional da área médica, às vezes nem acredite, que esse profissional tenha condições, muitas vezes, de...de trabalhar com o paciente, de fazer uma coisa individualizada, na medida que ele funciona muito bem pra fazer o balanço energético-calórico da indústria que vai trabalhar com máquina pesada, ou que vai trabalhar em escritório, mas dificilmente ele consegue enxergar este nutricionista, como um profissional da área especializada que vai fazer o benefício direto ao indivíduo único, em vez de uma coletividade que trabalha dentro de uma empresa."

Méd., p. 80-1

A atuação de um determinado profissional não decorre apenas da formação técnica que ele teve, mas também de como o seu papel é percebido pelos outros profissionais e de como os demais profissionais percebem os papéis uns dos outros, uma vez que estes papéis não são estanques mas se cruzam e se entrelaçam. Os trechos seguintes exemplificam a questão aqui colocada.

- "...eu acho que o médico tem...como ele prescreve toda a medicação, ele pode prescrever uma...uma dieta, né? E é claro, que eu acho que ele não tem muito tempo, não é da rotina dele detalhar e tornar isso bem prático. Então, e isso com certeza teria que ser da enfermagem, né? (...) ou o nutricionista. É que a gente acaba puxando para o lado da gente, né?" (grifo do autor)

Enf., p. 198

- "...eu acho que o médico deve se restringir, assim, por questões práticas mesmo, a fazer o atendimento clínico dele, receitar medicação, tal, ver os controles como é que ficam. Agora, o enfermeiro vai dar esse **suporte**, mais na questão do tratamento não farmacológico mesmo, né, dos hábitos, de forçar aquela coisa de que a pessoa tem que perder peso, de que precisa manter na dieta, o hábito de fazer exercício físico e tudo mais, controlar a questão dos fatores de risco, tá? Eu acho que...que nessa questão de **orientação** mesmo." (grifo do autor)

Méd., p. 150-1

No primeiro depoimento percebe-se que a atribuição da orientação nutricional a outro profissional se justifica enquanto estratégia para poupar tempo ao médico. Quando o argumento tempo é levantado percebe-se uma valoração do tempo do médico diferente da valoração do tempo de outros profissionais.

Por outro lado, no segundo depoimento fica explícito que o "suporte" ao tratamento que envolve orientações para mudança de hábitos deve ficar a cargo de outros profissionais. Contudo, o depoimento anotado a seguir mostra que a percepção do médico sobre este trabalho fica diluída entre uma percepção de melhor preparo, no caso, do enfermeiro, para exercer esta função e uma percepção do enfermeiro como uma pessoa que tem mais acesso ao paciente não pelo preparo técnico na formação, mas pela sua própria condição social, inferior à do médico.

- "Eu acho que o doente tem muita ligação com a enfermagem, sabe? Talvez, pela condição social e porque o preparo da enfermagem já é uma coisa mais a nível de proximidade maior com o doente, né, no Brasil, assim. Eu acho que eles têm, assim, jeito de influir bastante na educação do cliente." (grifo do autor)

Méd., p. 143

Quando o trabalho educativo é percebido apenas como **suporte** ao tratamento ou como uma estratégia para poupar tempo ao médico, configura-se aquele conceito mais tradicional de Educação em Saúde, tal qual emitido, por exemplo, pela Divisão Nacional de Educação em Saúde, que a define como "meio, complemento e suporte as ações médico-sanitárias visando à sua maior eficiência..."(PEREIRA, 1991). Contrapõe-se totalmente a uma visão de Educação em Saúde voltada ao "desenvolvimento, no indivíduo ou no grupo, da capacidade de analisar criticamente a sua realidade, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de se organizar e realizá-la e analisá-la com espírito crítico" (Secretaria de Estado da

Saúde-SP, citada por PEREIRA, 1991). Contrapõe-se também à concepção de Educação em Saúde proposta por PILON (1986) na qual este Autor destaca a necessidade de “um enfoque compreensivo e holístico do projeto de vida do homem ou ainda do conceito de Educação emitido pelo Grupo Especializado de Educação Arvoredo, que destaca a *“busca da integração e da harmonização da pessoa”* (L’ABBATE, 1992).

Esta visão de Educação em Saúde como “suporte”, como “meio” ou “para poupar tempo ao médico” constitui uma distorção dos objetivos da Educação em Saúde pois ela estaria beneficiando o médico e a instituição e não o cidadão.

Nos vários depoimentos apresentados pode-se perceber dificuldades que o nutricionista encontra para o exercício da profissão decorrentes das tipificações sociais. Frequentemente tais tipificações constituem óbices ao desempenho profissional para o qual as faculdades preparam os profissionais. A percepção que a sociedade tem de um profissional acaba por fazer com que ele se adapte a uma determinada ordem institucional vigente que não condiz com a sua formação. A importância das experiências nos cursos de graduação e a influência exercida pelas faculdades, que podem criar alternativas de trabalho diferentes daquelas já instituídas na sociedade, evidencia-se no próximo depoimento.

- *“...eu conheço, eu, assim, a função do nutricionista, a função do enfermeiro, a função do terapeuta ocupacional, pela oportunidade que eu tive de trabalhar na PUC. (...) Eu conheço, eu sei como é trabalhar, eu aprendi a trabalhar em equipe, eu aprendi, assim, a...a ficar...a integrar esse tipo de serviço, mas foi, assim, aquela experiência acadêmica, né, que eu acho que não condiz com a realidade do...do resto do sistema.”*

Méd., p. 153

Não é possível distinguir totalmente a questão da tipificação dos desempenhos que se procurou desvendar através dos depoimentos anteriores da questão seguinte, que é a questão do papel, no caso, profissional, como mediador entre o acervo de conhecimentos e a sua aplicação prática às situações da realidade. Esta ligação aparece claramente no depoimento seguinte, no qual o médico descreve um aspecto da sua tipificação do profissional nutricionista e como ele faria a mediação entre o conhecimento técnico e a necessidade social deste conhecimento.

- "...eu acho que o nutricionista é muito *caro*, né, em termos de...de custo para a unidade, mas se você tiver um nutricionista, ele pode passar para, ahn...por exemplo, o grupo da enfermagem e esta para...é...para os...os grupos formados de hipertensão, diabéticos..." (grifo do autor)

Méd., p. 114

Segundo este depoimento, o nutricionista não é visto como alguém que vá atender pessoas, mas apenas o detentor de um conhecimento técnico, muito específico, que deve ser repassado a outros profissionais que farão o atendimento.

Há um reconhecimento do despreparo dos demais profissionais para lidar com as questões de alimentação e nutrição.

- "...o que eu sinto, é que a maioria dos profissionais têm medo de lidar com isso, com essa questão da dieta, sabe? Fica como que querendo empurrar."

Enf., p. 129

O médico pensa em recorrer ao nutricionista quando se depara com situações nas quais uma orientação nutricional adequada pode contribuir no tratamento. Aqui o nutricionista é visto como "técnico", como especialista".

- "...quem pega um doente e que vê que tem um distúrbio qualquer nutricional, (...)ele teria que dar uma orientação sucinta do que fosse necessário, né, em termos de regime de compensação metabólica e depois, se fosse uma coisa mais importante e tal, orientar para quem fosse especificamente da área..." (grifo do autor)

Méd., p. 143

A percepção do nutricionista como "educador" foi mencionada apenas por um médico, o único formado antes da década de setenta e também o único que mencionou ter aprendido a valorizar a Nutrição no curso de graduação.

- "...assim como eu peço um exame subsidiário para mim clarear um diagnóstico, eu tenho que...eu tenho que encaminhar ou pedir uma orientação de uma nutricionista,

para que o...aquele cidadão que veio com aquela gastrite, cuja origem não tem nada a ver com certas bactérias, o problema é...é hábito alimentar, é qualidade alimentar, é educação alimentar, então ele tem que chegar para um nutricionista. E caiu do céu, quando me falaram que aqui tinha uma nutricionista."

Méd., p. 165

O papel do nutricionista nos Serviços de Saúde ainda permanece indefinido, uma vez que esta atuação não está institucionalizada. Existem trabalhos procurando definir esta atuação (MOURA, 1987, VASCONCELOS, 1990), mas estes trabalhos não refletem uma realidade e sim uma proposta.

Embora em função da divisão de trabalho o profissional nutricionista já tenha sido incorporado pelos hospitais, a abrangência do seu papel no hospital ainda permanece obscura. Os depoimentos seguintes expressam tipificações negativas que constituem obstáculos até mesmo à aceitação do seu trabalho.

- "Você tem aqui a sua dieta, coma como você puder, porque a minha obrigação, eu cumpri. Isso eu vi até em serviço particular. Inclusive nós tínhamos até um certo atrito com a nutricionista, no caso. Isso foi numa ocasião que nós tínhamos nutricionista, pois ela vinha, prescrevia a dieta, aí nós discutíamos.. Mas o paciente está vomitando, a alimentação não está indo toda, ele está com diarreia, ele não tem condições de ingerir este tipo de alimento, principalmente quando era alimentação por sonda. Ele não está ingerindo a quantidade que deveria ser ingerida. "Mas é essa alimentação que ele tem que comer e é isso que tem que ser feito e nada mudava. Então eu acho que a preocupação era só cumprir a obrigação, sem se preocupar com o objeto principal da coisa, que é o paciente."

Enf., p. 11

- "Nunca tive essa experiência de ela (...) ver uma dieta melhor para ele (paciente), individualmente. Nunca vi isso, nunca vi esse interesse. (...) eu trabalhei em Paulínia, também, num hospital lá...ela sempre foi aquela que fica lá dentro da cozinha e ela fica, assim, mais uma pessoa administrativa do serviço de nutrição. Ela fica muito distante dos pacientes."

Enf., p. 54-5

É fato sobejamente conhecido que quando um hospital contrata um nutricionista ele o faz para preencher uma necessidade administrativa e técnica ligada à produção de refeições. Cabe aqui perguntar se, nos casos citados, o nutricionista não dava o atendimento individual ao paciente porque não se interessava, porque não estava preparado, ou porque a tipificação que a sociedade e as organizações atribuem a ele, por si só, já restringem sua atuação. Não é objetivo deste trabalho discutir a atuação do nutricionista em hospitais, porém, como o fato surgiu, ele foi mencionado por se considerar que, embora referido ao trabalho em hospitais, exemplifica bem a questão da relação entre divisão de trabalho e desempenho de papéis. Para aprofundar esta questão caberia realizar uma pesquisa comparando a tipificação do nutricionista feita pelos administradores de hospitais, a atribuição formal de funções e a demanda de tarefas na prática profissional.

3.3. Da aceitação à institucionalização: um árduo percurso

A prestação de serviços foi desenvolvida sem obstáculos importantes. Houve boa aceitação do trabalho por parte dos demais profissionais e a demanda quer espontânea, quer por encaminhamento pôde ser atendida adequadamente. Contudo, não se vislumbrou nenhum resultado concreto no sentido das organizações nas quais foi desenvolvido o trabalho mudarem sua realidade objetiva, o que implicaria em oficializar este serviço e contratar um profissional para desenvolvê-lo, o que configuraria a institucionalização. A teoria da institucionalização, oferece subsídios teóricos que ajudam a explicar a emergência, manutenção e transmissão de uma dada ordem social.

A ordem social é um produto da atividade humana. É determinada historicamente pela atividade que foi desenvolvida pelas gerações passadas e continua a existir graças àquela que continua a produzir e reproduzir esta mesma ordem social no presente. Toda atividade humana está sujeita ao hábito. Ações frequentemente repetidas moldam-se em um padrão. Cada uma das ações específicas tem um significado próprio, porém com o passar do tempo este significado passa a fazer parte do acervo global de conhecimentos, de tal maneira que as ações dos atores institucionais são desenvolvidas com um mínimo de esforço, porque já estão sujeitas ao hábito e o significado delas pode nem sequer ser percebido pelos atores sociais de gerações mais novas. O mundo aparece então para os filhos, como uma realidade dada, *“com a qual o indivíduo se defronta de maneira análoga à realidade do mundo natural”* (BERGER & LUCKMAN, 1985)²¹.

De maneira semelhante, o aluno ou o profissional recém-egresso da universidade apreende a realidade das organizações e das relações interprofissionais. O mundo institucional é experimentado como facticidade, isto é, como realidade objetiva. Tem uma história que antecede o ingresso do indivíduo na profissão e não é acessível à sua lembrança biográfica. Entretanto é importante ter em mente que a objetividade do mundo institucional, por mais maciça que apareça ao indivíduo, é uma objetividade produzida e construída pelo homem.

²¹ BERGER & LUCKMAN, T. *A construção social da realidade*. Petrópolis, Vozes, 1985. Ver especialmente: As origens da institucionalização. p. 77-95.

As tipificações dos atores institucionais, ou seja, a percepção dos seus papéis, é construída ao longo de uma história compartilhada. A institucionalização ocorre quando há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores, quando as ações habituais de dois ou mais indivíduos efetivamente se entrelaçam e quando os segmentos de atividade humana envolvidos passam a constituir objetos de controle social. Enquanto estes elementos não coexistem, as instituições nascentes conservam-se tênues, variáveis, “quase lúdicas” no dizer de BERGER & LUCKMANN (1985).

Estas colocações explicam, pelo menos em parte, porque o trabalho desenvolvido não resultou em medidas concretas para sua institucionalização. O trabalho nas organizações é altamente individual, tanto no que se refere ao atendimento ao cliente, quanto no que diz respeito ao relacionamento interprofissional, pois não há entrelaçamento de atividades. Além disso, pelo fato de eu não pertencer ao quadro funcional das organizações trabalhadas, a minha atividade não era objeto de nenhum controle social. O *status* privilegiado de docente da faculdade, cedida para a organização, contribuiu muito para a aceitação do trabalho, porém talvez tenha até se constituído em obstáculo à sua institucionalização, porque a tipificação do papel do nutricionista com base na minha pessoa, é uma tipificação muito tênue.

Perguntou-se aos entrevistados porque, na opinião deles, até hoje o trabalho do profissional nutricionista não foi incorporado aos Serviços de Saúde e, na dependência da receptividade do entrevistado, no decorrer da entrevista solicitou-se a eles sugestões a respeito.

Em uma primeira análise, distinguimos duas visões a respeito dos caminhos a serem trilhados com vistas a alcançar-se a institucionalização: a visão técnica e a visão política sobre a questão. Como nem todos os entrevistados se posicionaram claramente a este respeito, não foi possível evidenciar uma tendência geral do grupo.

A visão técnica corresponde à crença nos resultados da conscientização dos médicos sobre os problemas de nutrição, para que venham reconhecer o papel específico do nutricionista. Corresponde também à crença na eficácia das “experiências-piloto” e da “divulgação” do trabalho do nutricionista.

Antagonicamente, a visão política corresponde à convicção de que está em jogo uma questão de poder e que a intervenção deve ser de ordem política, quer partindo dos dirigentes, através de medidas legais, quer partindo da mobilização da categoria para obtenção destas medidas legais.

Tanto uma quanto a outra foram construídas a partir de diferentes visões que são pormenorizadamente descritas a seguir:

A visão técnica

A primeira categoria de visão técnica é a que atribui a inexistência de nutricionistas na rede básica de saúde à falta de conscientização dos profissionais, principalmente dos médicos.

- “Eu acho que é falta de conscientização, mesmo, do problema, viu? Talvez, essa seja uma resposta simplista, mas eu acho que é falta mesmo de conscientização. A medida que...ahn...os médicos verem que a importância disso, né, no estado do paciente, no...na evolução das doenças, eu acho que vai haver uma...uma conscientização e uma amplificação dos serviços de...ahn...de Educação Nutricional e de nutricionista, mesmo, nos serviços públicos.” (grifo do autor)

Méd., p. 120

Nenhuma entrevista deixou uma posição clara a respeito de como essa conscientização poderia ocorrer. Embora a formação seja lembrada, as experiências no cotidiano profissional, o reconhecimento do trabalho do nutricionista pelo médico a partir de resultados no tratamento de pacientes é mais enfatizado como meio de “conscientizar” o médico.

- “Mas eu acho que a maioria, que gerencia o serviço de saúde, são os médicos, também. Eu não sei como que é a formação deles. Porque eu vejo assim, é...você não consegue, você só consegue mostrar as necessidades de um...de uma determinada coisa, se você vai e mostra que aquilo tem que valer, entendeu? É como você, você veio até aqui, e vem e está participando, então, é...só isso. Porque se for depender do que está no gerenciamento lembrar, né, que tem que existir uma nutricionista... É o que eu falo, não é só ele, todos da equipe têm essa formação bem desvinculada, então eu acho que isso acaba deixando de lado, né? Então, nesse sentido de que estar indo, mostrando “olha, é isso, eu faço isso, é importante, vocês vão até aqui, aqui já é o nutricionista”, de estar mostrando isso na prática, né, porque é bem do que eu recebi mesmo na faculdade, né? Aquela noção geral, depois chega numa instituição,

já está bem desvinculada a coisa, cada um na sua. E você acaba levando daquele jeito. E inclusive, alguns anos atrás, eu não lembro, assim, quem falava chegou a se comentar a nutricionista, “ah, não, isso daí a gente faz uma orientação geral”, você vê que, quando você veio para cá, tinha até dieta estabelecida. Então, eu acho que é...é bem por isso. Agora não, você já está aqui, você já...Eu acho que é só assim, né? Para estar mudando isso, para o serviço de saúde, realmente, estar valorizando e modificando.” (grifo do autor)

Enf., p. 135

- “Se eu tenho alguma sugestão? Na forma de implantação? (...) A minha sugestão, seria a nível de divulgação, primeiramente. Depois, o “feed-back” do médico, do paciente, é maior que do nutricionista-médico. Então o paciente vai dar o “feed-back” para o médico, da existência desse profissional e o quanto foi importante a orientação que ele teve. E aí o médico passaria a usufruir mais desse serviço.” (grifo do autor)

Enf., p. 30

Os três depoimentos anteriores deixam transparecer uma posição dos profissionais acerca da necessidade de reconhecimento da eficácia do trabalho pelo médico, para sua institucionalização. Estas opiniões, embora recobertas de uma roupagem técnica, elas revelam um aceite tácito da hegemonia dos médicos em decisões que envolvem outros profissionais. Em outras palavras: será bom ou não para o cliente e para o serviço na medida em que o médico assim o considerar.

A crença na possibilidade de mudanças a partir de uma “experiência-piloto” caminha por um raciocínio semelhante: é o trabalho do profissional que vai a campo, mostrando seu potencial e seu valor que irá detonar o surgimento de mudanças.

- “Veja, eu acho que a tua presença aqui já é um princípio, né? Tudo aqui a gente tem que romper o ciclo. Você entra no ciclo. A gente pode também contribuir no ciclo, mas eu acho que a tua vinda aqui é importante. Pelo simples fato que eu disse que a nutrição está dentro da atenção primária à saúde. Entra na saúde nutricional, na perspectiva de que evitar doenças, profilática. Então agora você...você...você... está fazendo parte do grupo de menopausa, né, a sua contribuição para o grupo de menopausa é excelente, e você está começando a participar dos grupos de diabetes, né, e daqui um pouquinho, se a gente formar a terceira idade e adolescência, nós vamos precisar muito de você. Porque você é uma parte importante desta questão

nossa, da medicina preventiva. Eu não tenho ainda uma outra maneira de pensar a respeito disso, em relação aos grupos. Fora dos grupos eu não sei como é que você poderia abordar. Talvez você tenha mais idéia do que eu do que é que a gente precisa. Mas um esquema, um projeto de como a gente pode fazer, eu ainda não tenho na minha cabeça.”

Méd., p. 6-7

Foi ainda sugerida a divulgação mais ampla e mais explícita do trabalho, o que, de certa maneira, apenas reforça as visões apresentadas anteriormente. É o nutricionista que deve conseguir seu espaço nos Serviços de Saúde.

- “Eu acho que o que falta um pouco mais é de divulgação mesmo da...não sei o que seria, da própria categoria, de estar divulgando mais, de estar se mostrando mais, que é um profissional essencial e que de repente não existe no serviço de saúde, né, e que eu acho que...talvez é um pouquinho de divulgação mais do próprio profissional, né?”

Enf., p. 13

Uma outra posição, não de caráter técnico, mas que vai ao encontro das anteriores, é aquela que atribui a responsabilidade pelas mudanças sociais ao trabalho sério e bem intencionado de indivíduos isolados.

- “Eu acho que o serviço que tiver uma boa vontade, disponibilidade e tiver a fim de fazer, já é uma maneira de conscientizar, porque com o tempo, isso acaba brotando. Eu quanto pessoa, enquanto puder estar influenciando onde eu estou, eu acho que...né? A impressão que você, só o fato de você estar mexendo nessa área, algumas pessoas vão acabar, né, com essas pesquisas e vão acabar se tocando. Eu acho que é assim, e também seria indicando, mostrando todo o espaço que tem, se tem um serviço já desenvolvido, né, provando os benefícios que tiver e falar: “existe isso, porque não investir e ver o que é que pode acontecer?”.”

Enf., p. 199

A visão política

A hegemonia dos médicos sobre a equipe de saúde é vista na raiz das dificuldades para a integração de outros profissionais aos Serviços de Saúde. Este fato vem sendo criticado pelos próprios médicos, como se pode constatar no depoimento seguinte.

- “(...) aquela questão antiga, né, de se sentir um Deus, que vem da postura do médico, a questão do status, a questão do poder que ele tem em cima do corpo, tá? Isso é até uma questão filosófica aí, aquela coisa já...E eu acho que isso vem sendo um pouco combatido pelo próprio meio que o médico vai encontrar para trabalhar, depois que ele se forma, tá? Ele vai ter que virar gente, de novo, ele vai ter que por os pezinhos no chão, ele vai ter que batalhar demais para conseguir ter uma sobrevivência, eu não digo nem viver, assim, maravilhosamente bem, não. Para sobreviver, só, simplesmente. Então, eu acho que é uma questão, assim, inerente a formação do médico, todos os médicos. Eles...a partir do momento, que tem o diploma na mão, eles já se sentem, assim, deuses, né? Eu controlo, eu deixo viver, eu deixo morrer e aquela coisa...e não é bem por aí, né? Fica muita coisa faltando...(risos), desde...aquela questão da hierarquia. Ele é...tá lá, ó. Tem até, ele até admite que existe uma equipe, mas ele está lá em cima, né? Ele fica lá na...no topo dessa hierarquia.”

Méd., p. 153-4

Em decorrência da situação descrita de forma tão transparente no depoimento anterior, surgem sugestões para a institucionalização de trazem em seu âmago o reconhecimento de que trava-se na delimitação de espaços de trabalho nos Serviços de Saúde, uma luta de poder, luta que não pode ser ganha somente com instrumentos técnicos e boa vontade.

- “...eu acho que a classe deveria se movimentar e exigir...(...)...se vocês não impuserem, se vocês não...não...vocês tem uma associação de classe, não tem? Se a associação de classe não ditar normas ou coisa é difícil, porque...Olha, (...) você vê a enfermagem: conseguiu ter alguma coisa, por exemplo, ter espaço depois de muita luta, porque eles não...não abrem, não abrem espaço. Se você não...não juntar a associação de classe e tudo mais, vocês têm conselho e tudo, não vai conseguir, quer dizer, tem alguns casos isolados, mas aí, exigir que, por exemplo, tem que ter, por exemplo, uma certa quantidade de...de população, de pacientes, tem que ter uma nutricionista, tudo isso é uma conquista, (...) tem que...que forçar muito para fazer com que eles, ainda mais aqui em Campinas, que tem a...o curso de nutrição, lá na PUC e tudo mais. Então, tem que movimentar aluno, tem que movimentar associação de classe, para conseguir, porque senão...Eles acham...é aquele negócio, eles acham desnecessário. Por exemplo, para a enfermagem conseguir um número até...por exemplo, a enfermagem ocupacional, um número de...de...de servidores, tem que ter uma enfermeira, tem que ter uma auxiliar, tem que ter um médico. Então, não foi fácil para conseguir, porque não encontram a...por exemplo, se está uma...uma

auxiliar, ou uma atendente de enfermagem, ou está uma recepcionista fazendo orientação, para que é que eu preciso fazer...ter um profissional? É bem por aí."

Enf., p. 188-9

- "(silêncio) A introdução de nutricionistas dentro da equipe de saúde. (silêncio) Porque a equipe de saúde, você sabe que não pode funcionar sem um médico, você sabe que a equipe não pode funcionar sem um enfermeiro. Foi duro, por exemplo, para a enfermagem conscientizar que quem deveria tra...tratar dos pacientes não eram atendentes de enfermagem. Foi duro. A própria equipe, a própria instituição...ahn...com muita luta...ahn...houve essa lei, que fica proibido a atendentes a aplicar injeção, cuidar dos pacientes. Essa mesma coisa deve ser introduzida, eu não sei direito como, mas a nível da nutrição. Nutrição é um setor básico dentro de uma área da saúde. Uma pessoa não vai ter saúde, se ela se alimentar de forma errada."

Enf., p. 71

- "...eu tenho a impressão que...que isso é um pouco da luta de classes, da...da classe dos nutricionistas como uma classe médica que conquista...tem conquistas e derrotas, né, e os nutricionistas também...um pouco, tem a ação política também, em cima disso. Você criar o cargo numa...na rede pública, um nutricionista junto ao posto de saúde, como é que você vai criar? Tem todo um caminho político aí, né, que, infelizmente, tem que ser percorrido...ahn...Eu acho, por exemplo, o seu trabalho aqui dentro é muito importante, porque faz criar junto aos profissionais a necessidade de...de ter um nutricionista aqui dentro. Ahn....agora, porque é que o nutricionista não está tendo o seu lugar, o seu papel...o papel tem, não está tendo o seu lugar no mercado de trabalho...é o mercado. Eu acho que tem aí coisas políticas misturadas. Que estão faltando...falta um pouco de pressão da classe, deveria haver uma...uma organização melhor na classe dos nutricionistas aí, cercar esses deputados (ironia), sabe? Seguir essa...essa...para...para se conseguir um lugar ao sol, aí, no mercado de trabalho. Deveria haver também o trabalho não só junto à saúde pública, né, mas por exemplo, as...as UNIMEDs, as empresas de...de saúde, né? Cooperativas em empresas de saúde."

Méd., p. 108

Ainda no tocante à visão política da questão, existe a percepção da necessidade da criação de instrumentos legais para garantir a presença do nutricionista nos Serviços de Saúde, porém não como fruto de luta da categoria, mas em decorrência de uma postura mais esclarecida

e competente daqueles a quem compete dirigir os Serviços de Saúde. O depoimento seguinte registra esta visão que enfatiza o descontentamento com a administração dos Serviços de Saúde.

- "Porque o serviço de saúde, até hoje, está entregue na mão de pessoas que ainda não atingiram o clímax de experiência para comando. Eu não vou dizer que é desleixo do comandante, eu acho que já estão maduros, porque eu não vejo uma pessoa...é...eleita para um cargo, tipo o do prefeito, do governador, presidente, uma pessoa que não...que não foi preparada, ela foi...ele teve um preparo. Simplesmente, eu acho que quem é responsável da área, não está amadurecido o suficiente, não tem pique, não tem pique, não tem...ou não tem equipe, ou não quer fazer, ou...ou se acha amarrado. Eu acho que a inoperância é muito grande desse...dos responsáveis. (...)...eles são colocados como cargos de confiança, como...sei lá, não sei nem se são concursados, se isso é um concurso para secretários, se...se ele é pinçado do serviço público, a gente...eu acho que não está transparente ainda, a maneira como é preenchida esses cargos, não. E vejo como falta de amadurecimento, de conhecimento de causa dessas pessoas que estão ocupando o cargo, entende? Você quer um exemplo básico? Este prédio, que é antigo...federal, aqui...aqui estive e ainda eles tem alguma...a nata dos médicos desta cidade, aqui...você...passou por aqui os melhores cirurgiões que esta cidade teve na sua história. Então, totalmente com...com a municipalização está totalmente destruído...destruído, você não exerce mais a sua função. Meu Deus, eu sou um cirurgião, eu sou...eu sou um absorvido pelo serviço municipal, entende? Aonde eu posso operar, em lugar nenhum. Então, barraram as minhas mãos...é...o que...o que é que é isso? O Secretário da Saúde é que comanda isso, quem mais, entende? Sinceramente, eu acho que falta amadurecimento. Simplesmente, a equipe dele está insuficiente. Ele tem que ampliar a equipe, para poder enxergar detalhes de cada repartição. Ele não está recebendo de cada repartição, no organograma do poder aí, não...não existe...no organograma não existe informações para ele suficientes para ele...para ele reverter o processo. Eu acho que a pessoa que está lá...é...faltou hierarquia, ele...ele não nasceu lá de baixo...é...vamos dizer assim, talvez falem os cabelos brancos. Eu acho que falta um pouco mais de cabelos brancos e isso é que vai dizer o seguinte...é...eu acho que houve uma graduação, houve uma escada, a pessoa passou pelos degraus e agora ele está habilitado a assumir um cargo desse...dessa altura. Não quer dizer que o outro seja...seja incompetente. Eu acho que é insuficiente a sua experiência."

Méd., p. 168-9

Os depoimentos apresentados mostram duas percepções diferentes de caminhos para fazer emergir uma nova ordem nos Serviços Públicos de Saúde, no que diz respeito à assimilação

do trabalho do profissional nutricionista. O primeiro, mais voltado aos aspectos estritamente técnicos, aponta para a possibilidade de mudanças na tipificação do profissional nutricionista a partir do trabalho individual, e o segundo se volta ao enfrentamento dos aspectos administrativos, para efetivamente impor a presença do nutricionista nos Serviços Públicos de Saúde através de medidas legais.

As visões apresentadas evidenciam a presença de um dinamismo oculto nas percepções desta “realidade dada”, tantas vezes percebida como facticidade. A contraposição delas amplia a apreensão dos conhecimentos pré-teóricos que constituem a dinâmica motivadora da conduta institucionalizada.

A soma destas visões e a tentativa de acolher algumas sugestões contidas nas entrevistas, possivelmente contribuiria para romper com posturas deterministas que resultam paralisantes. A análise dos problemas organizacionais deve se ater aos aspectos históricos, cristalizados pelo hábito e pelas tipificações, como também pela aproximação com outros atores sociais, pelo questionamento dos significados das suas ações, às vezes inacessíveis ao seu próprio conhecimento porque não fazem parte da sua biografia.

A realidade é determinada historicamente, mas ao mesmo tempo construída socialmente por sujeitos históricos como nós mesmos.

A passagem da aceitação do trabalho do nutricionista nos Serviços Públicos de Saúde à sua efetiva institucionalização, parece exigir da categoria dos nutricionistas um passo decisivo. Esta necessidade nos remete à discussão que faço no próximo capítulo.

3.4. Discussão

A profissão de nutricionista está regulamentada pela Lei Federal nº 8234 de 17 de setembro de 1991 (Anexo III). O artigo 3º da referida lei estabelece as atividades privativas do nutricionista, dentre as quais no inciso VII, a “assistência e Educação Nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas ou privadas e em consultórios de nutrição e dietética”.

No texto “Discutindo Nutrição”, que foi encaminhado aos entrevistados, inseri a polêmica questão da institucionalização do trabalho do nutricionista e citei este artigo da lei e seu respectivo inciso VII. Nenhum dos sujeitos fez qualquer ressalva ou observação. Todos concordaram com a análise feita, ou, pelo menos, não quiseram ou não puderam discuti-la, embora vários profissionais, médicos e enfermeiros dissessem nas entrevistas que dão, nas suas consultas, algum tipo de orientação nutricional. Pode ter ocorrido também que a menção a uma atividade privativa do nutricionista não chegue sequer a despertar no outro profissional a dúvida sobre o seu próprio limite de atuação. Em outras palavras, o fato da lei dizer que tal atividade é **privativa** de um determinado profissional, não chega a tornar claro que outro **não deveria** exercê-la, sobretudo quando tradicionalmente ele exerce este papel, ainda que de forma insatisfatória, como os próprios entrevistados reconheceram. Por outro lado, é inegável que a conduta médica e a conduta de enfermagem requerem, em determinadas circunstâncias, que o profissional dê alguma **orientação nutricional** imediata, como, por exemplo, no momento em que se constata glicemia elevada ou hipertensão. Pelas suas próprias características, esta ação se configura muito mais como orientação mesmo, do que como educação, o que, portanto, não vai contra o que está escrito na lei. Por outro lado uma questão extremamente contraditória que pode ser levantada, é o fato de que a educação é um processo social espontâneo e inevitável, que acontece na família, na rua, na escola, assim como também, no consultório médico. Lembrando a definição clássica de Durkheim, a educação é a ação exercida pelas gerações adultas sobre as gerações mais jovens, está diluída na sociedade e ocorre espontaneamente. Como então estabelecer os contornos da Educação Nutricional, nos termos da lei 8234? Tomemos como parâmetro o que acontece com a educação escolar: na escola acontece o ensino formal, porque a educação se sujeitou a pedagogia. A educação informal por sua vez, acontece em outros setores da sociedade.

Tomando por base esta distinção, poderíamos propor uma distinção entre as expressões Educação Alimentar e Educação Nutricional, termos que sempre foram empregados indistintamente. A primeira caracterizaria o processo informal que acontece na família, na escola, através da mídia, por meio do qual a criança tem acesso à cultura alimentar. A segunda constitui um campo específico de conhecimento científico, cujo domínio habilita o profissional nutricionista a exercer esta atividade de forma sistematizada.

Considerando a existência de um dispositivo legal que talvez possa respaldar e garantir a atuação do nutricionista nos Serviços de Saúde e o interesse social de oferecer este tipo de atendimento à população, torna-se necessário buscar estratégias para percorrer este árduo caminho que separa a **aceitação** do trabalho do nutricionista nas equipes de saúde de sua efetiva **institucionalização**. Caberia ao Conselho Federal e aos Conselhos Regionais de Nutricionistas discutir o alcance e a observância desta lei.

Outro aspecto que se interpõe neste percurso para a institucionalização é o da tipificação do profissional nutricionista. Como foi mencionada nas entrevistas, as experiências acadêmicas multidisciplinares contribuem positivamente para modificar a percepção de papéis. Entretanto estas experiências se pauperizam quando ficam restritas à discussão de aspectos técnicos. O estímulo a realização de trabalhos científicos voltados ao campo da sociologia poderá contribuir significativamente para a melhoria das relações interprofissionais nas equipes. A profissão teria muito a lucrar com o desenvolvimento de pesquisas sociais voltadas ao estudo do exercício profissional, papéis, tipificações, relações com outros profissionais, pois, como profissão ainda emergente carece de identidade e contornos de campo de ação. Além disso, a aplicação da sociologia da ciência ao campo da Nutrição poderia subsidiar o estabelecimento de linhas de pesquisa, criando espaços de investigação que abrissem caminhos para a aplicação mais efetiva do conhecimento produzido. Sobre a sociologia da ciência diz JAPIASSU (1979): *“Distinta da sociologia do conhecimento, que guardou um caráter especulativo para estudar o problema de uma determinação social do conhecimento, a sociologia da ciência dá preferência às pesquisas concretas do condicionamento social e dos fatores não científicos concernentes às diversas descobertas científicas. Ela se interessa sobretudo pelo progresso da ciência, mas tentando levar em conta as relações entre a ciência e a sociedade: as consequências que decorrem da ciência, de seus processos e de suas realizações para a vida social e sua organização. Não se*

interessa tanto, como a sociologia do conhecimento, pelos sistemas do conhecimento científico, mas pelos próprios cientistas, em suas condições sociais reais de trabalho.”

Seria oportuno enfim, **problematizar** a profissão e a produção de conhecimento no campo da Nutrição (que transcende a atuação apenas do nutricionista) para obviamente redirecionar a formação, o currículo, os trabalhos de extensão e as linhas de pesquisa.

Ainda no âmbito acadêmico, é pertinente transpor para esta discussão elementos da discussão feita no capítulo anterior. Os profissionais de saúde - médicos e enfermeiros - precisam conhecer mais sobre Nutrição. É particularmente preocupante, no momento, a supressão da disciplina Nutrição e Dietética do currículo mínimo do Curso de Enfermagem. Conforme já foi abordado no capítulo 1.4. a discussão a respeito da inserção da disciplina Nutrição e Dietética no currículo médico é uma questão difícil, para a qual encontra-se enormes barreiras, mas que, por ser um aspecto importante na formação do médico, deve ser estimulada.

Um grande obstáculo à institucionalização é a dificuldade que os outros profissionais têm de compreender que Educação Nutricional é algo operacionalizável. Não é apenas um valor ou uma idéia, mas algo que pode despontar como ação concreta nos Serviços de Saúde. Retomando o exposto no capítulo dois da introdução - Os Organismos Internacionais e a Educação Nutricional - , observa-se que há uma grande similaridade entre a forma como a Educação Nutricional foi pensada nas publicações da OMS e a maneira pela qual ela é percebida pelos médicos e enfermeiros entrevistados. Tem um grande valor como “idéia”, porém esta idéia é muito vaga no que diz respeito aos aspectos operacionais. Ressurge aqui a figura do nutricionista como “técnico” que vai atuar através de “multiplicadores”, distante das pessoas para quem se pensa a educação. Uma educação sem convivência, sem diálogo, sem engajamento.

Finalizando esta discussão, quero enfatizar a percepção do problema manifestado por alguns sujeitos pesquisados, de que a atuação técnica, por mais séria e competente que seja não tem força suficiente para mudar as regras das Organizações e a mentalidade vigente nas Instituições. Isto exige um posicionamento político da categoria respaldado, obviamente, por instrumentos legais e técnicos. Se a categoria tem convicção de que seu instrumental teórico-prático a habilita a exercer bem este papel e que ele é relevante para a sociedade, esta luta deve ser empreendida. Os dados epidemiológicos mais atuais (COITINHO e cols., 1991; MONTEIRO

e cols., 1995) confirmam o fato de que mudanças importantes no padrão de morbi-mortalidade exigem medidas específicas, dentre as quais a Educação em Saúde. A orientação nutricional realizada de forma não sistemática, com objetivos imediatistas e por profissionais que não têm o devido preparo não é suficiente para controlar esta situação e nem pode ser confundida com Educação Nutricional.

Por outro lado, Educação Nutricional não é missão, é trabalho, nem a capacidade para executá-la provém de um dom, mas sim de estudo. O seu “exílio” como foi referido por CASTRO & PELIANO (1985) fez com que, infelizmente, ela não evoluísse ao longo das últimas duas décadas como ocorreu com outras especialidades dentro do campo da Nutrição. Lamentavelmente, posições muito radicais de outros profissionais que jamais atuaram neste campo justamente por não serem nutricionistas, muito contribuíram para execrá-la da pesquisa e consequentemente da produção científica. Em consequência disso o ensino também pouco evoluiu e hoje, percebe-se um tímido renascer de experiências neste campo porém muito pouco respaldadas teoricamente. A atuação dos nutricionistas neste campo é dominada pelo empirismo e por um certo idealismo que pode levar a um fazer alienado, que não se dá conta das intencionalidades subjacentes à abordagem empregada nas ações educativas. É preciso acordar para o fato de que o processo social da educação existe sempre, e que a recusa em fazê-lo sistematicamente, apenas abre um espaço maior para que ele aconteça de forma espontânea, ou, pior do que isso, intencional, porém através de iniciativas que partem exclusivamente das indústrias de alimentos, as quais, através da mídia e hoje, até mesmo das escolas, desenvolvem programas de “educação” nutricional.

“... ao tratar da educação, eu prefiro me concentrar na análise institucional, pois ela se abre numa esfera em que a minha decisão conta, em que as pequenas alianças fazem uma diferença, em que o indivíduo e os grupos reduzidos ganham significação. Porque é somente a partir de pessoas concretas, de carne e osso, que a linguagem é falada. E a grande questão que é colocada à educação é a possibilidade que se lhe abre de invadir uma realidade dada com novos objetos de linguagem, capazes de fazer explodir a ação criativa.”

Rubem Alves

4. Espaço para a Educação Nutricional: espaço de contradições

4. Espaço para a Educação Nutricional - espaço de contradições

O panorama epidemiológico que se apresenta hoje ao trabalhador do campo da Saúde Pública no Brasil tem como destaques a diminuição da mortalidade, a diminuição da fecundidade, o aumento da expectativa de vida, e o aumento da morbidade como consequência da queda de mortalidade e do aumento da vida média (BARRETO & CARMO, 1995). Estas tendências levam a consolidação de novos problemas de Saúde Pública como o aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas que coexistem com o binômio desnutrição-infecção que continua sendo apontado como prioritário nos programas de saúde (KALACHE e cols., 1987).

O crescimento da população com mais de 60 anos, na América Latina, previsto para o período compreendido entre 1980 e 2000 é de 236%, mais do que o dobro daquele previsto para a população total que é de 120%. Prevê-se que, no ano 2025, o Brasil será o 6º país do mundo em população idosa. O aumento do número de idosos determina um maior número de problemas de saúde de longa duração, um aumento dos recursos despendidos na área da saúde, pois crescendo a ocupação de leitos hospitalares por idosos, a permanência média nos hospitais se amplia e o custo dos tratamentos se eleva. (KALACHE e cols., 1987).

As mudanças demográficas e as evidências epidemiológicas exigem o desenvolvimento de ações de intervenção para prevenir doenças crônico-degenerativas (WHO..., 1990), sobretudo no sentido de garantir ao idoso uma melhor qualidade de vida, alcançando assim a meta de “somar vida aos anos e não apenas anos à vida”. A OMS aponta como enfermidades crônicas que têm relação com a dieta, as seguintes: enfermidades cardiovasculares, alguns tipos de câncer, obesidade, diverticulose, hemorróidas e constipação intestinal, cáries dentárias, osteoporose e afecções hepáticas decorrentes do uso abusivo de álcool.

Recomenda a OMS (WHO..., 1990) que os países adotem estratégias de prevenção primária para modificar a dieta, a fim de alcançar ingestas de nutrientes dentro dos limites recomendados. As recomendações específicas referem-se à diminuição de ingestão de gorduras, aumento de alimentos amiláceos e uma ingestão considerável de hortaliças e frutas. As mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira, estudadas por MONDINI & MONTEIRO (1994) evidenciam tendência exatamente contrária a isto. A participação de lipídios

no consumo calórico total, no Brasil, aumentou de 26.0% para 29.8% entre 1962 e 1988; a de carboidratos diminuiu de 62.1% para 57.4% e a de frutas caiu de 3.8% para 2.5%, no mesmo período. Estes Autores concluem dizendo que as autoridades sanitárias brasileiras deveriam consignar prioridade crescente à relação dieta-saúde, seja implementando medidas que visem a conscientização da população para o problema, seja trabalhando junto a outros setores do governo no sentido de garantir a oferta de, e o acesso a uma alimentação saudável para todos.

A proposta deste capítulo é analisar as perspectivas de enfrentamento deste quadro nas organizações de saúde. No primeiro sub-tema, discuto a percepção dos médicos e enfermeiros sobre “problema alimentar”. No segundo, a visão dos entrevistados a respeito da Ação da Cidadania contra a Miséria e pela Vida, por meio da qual procuro refletir sobre a questão da qualidade nutricional e o fator renda. No terceiro, apresento a visão dos entrevistados sobre a implementação de atividades de Educação Nutricional nos Serviços Públicos de Saúde. Na discussão final procuro apontar caminhos para a consecução desta implementação.

4.1. Problema “clínico” x Problema “alimentar”

Ao longo do desenvolvimento de todo o trabalho - prestação de serviço, entrevistas, análise dos dados - , foi gradativamente se configurando o espaço para a Educação Nutricional nos serviços onde foi realizada a pesquisa. Este espaço foi se delimitando naturalmente através da demanda. Na Policlínica II houve dois tipos de demanda: a demanda por encaminhamento médico e uma demanda espontânea, no início do trabalho, constituída exclusivamente por funcionários da própria Policlínica II, que vinham movidos mais pela curiosidade, do que por efetivo interesse na própria alimentação ou na própria saúde. Ao longo da minha permanência nos serviços, verifiquei que esta demanda de base foi importante para o desenvolvimento do trabalho, por dois motivos. Em primeiro lugar, porque os funcionários desconheciam o fato de que eu era docente da UNICAMP; para eles eu desempenhava apenas o papel de nutricionista. Em segundo lugar, porque, permanecendo muito mais tempo no serviço do que os médicos, eles se tornaram importantes divulgadores do trabalho e da imagem do profissional.

No CECOM, a demanda maior foi também por encaminhamento de médicos ou de enfermeiros, seguida pela demanda espontânea e pela demanda para grupos educativos, sendo que alguns não puderam ser atendidos por falta absoluta de disponibilidade horária. No caso do CECOM a demanda espontânea foi de alunos de graduação e pós-graduação, o que ensejou a reflexão sobre os fatores motivadores desta demanda e serviu para configurar o espaço da Educação Nutricional nos Serviços de Saúde.

Quando a demanda é espontânea, *não existe um problema clínico*. A pessoa deseja saber se sua alimentação é adequada ou não e deseja ser orientada *por nutricionista*. Elas tem muito claro a priori a idéia de que *problemas de alimentação* devem ser discutidos com *nutricionistas*.

Quando se desenvolve uma atividade de Educação Nutricional com grupos, o trabalho também resulta muito mais interessante e eficaz se for fundamentado em problemas de alimentação sentidos pelos membros do grupo do que em questões gerais de alimentação. Por mais óbvio e reconhecido que seja, o fato de que os programas educativos devem ser planejados com base em diagnósticos de situação, na prática não é o que se observa com mais frequência nos serviços onde o trabalho foi desenvolvido. O episódio relatado a seguir pode ser considerado

exceção à regra. Foi aqui colocado, porque ilustra muito bem a importância do diagnóstico anteceder a ação educativa e sobretudo deste diagnóstico explicitar o *problema alimentar* que deve ser trabalhado.

Na Policlínica II, foi solicitada a colaboração no programa de Bota de Unna, porque havia alta prevalência de crenças relacionadas à influência dos alimentos na cicatrização de feridas. O trabalho foi desenvolvido mediante o uso de uma técnica de psicodrama que favoreceu a expressão das crenças e tabus entre os elementos do grupo.

Houve grande resistência por parte do médico responsável para aceitar a presença do nutricionista. Ele alegava que a alimentação não tem relação com o problema clínico em questão, que este “não exige dieta especial” e por isso o nutricionista não teria qualquer papel a desempenhar no programa ou junto ao grupo.

A nutricionista foi chamada porque a auxiliar de saúde (que apesar de exercer esta função, era também formada em psicologia) responsável pelo procedimento de colocação da bota, percebia que existia um *problema alimentar* importante entre os pacientes, não relacionado “a uma dieta”, mas relacionado ao comportamento alimentar global do paciente.

O episódio acima descrito constituiu-se em momento importante da prestação de serviço, porque contribuiu para esclarecer os profissionais e também os clientes envolvidos sobre o papel do nutricionista.

Quando a atividade educativa é desencadeada pelo encaminhamento médico, sempre existe um problema clínico. Porém, para um mesmo problema clínico podem existir diferentes problemas alimentares. O exemplo mais simples que se pode apresentar é o de sobrepeso e obesidade. Os indivíduos com sobrepeso, via de regra, apresentam problemas alimentares, porém cada indivíduo apresenta um problema alimentar diferente. Todos os obesos têm um problema alimentar, porém nem sempre a eliminação do problema alimentar, por si só leva o indivíduo ao peso normal.

O entendimento do conceito “problema alimentar” distinguindo-se de “problema clínico” é essencial para a compreensão do papel do nutricionista e consequentemente do espaço para a

Educação Nutricional nos Serviços de Saúde. Se um paciente apresenta um problema clínico influenciado pela alimentação e este é tratado pelo médico através de medicamentos, o problema alimentar pode nem sequer ser detectado, mas o tratamento pode ser avaliado como de alta resolutividade por ter eliminado, pelo menos temporariamente, o problema clínico. Por outro lado, pode ocorrer situação inversa: um paciente com um problema clínico é encaminhado ao nutricionista, e este profissional identifica nele até vários problemas alimentares e consegue ajudá-lo a solucionar estes problemas. Entretanto, o problema clínico pode não desaparecer de imediato e o atendimento é avaliado como sendo de baixa resolutividade.

Não foi objetivo inicial do trabalho avaliar quantitativamente as tarefas realizadas durante a prestação de serviço, motivo pelo qual não se propôs nenhuma estratégia de registro. Posteriormente, percebi que este trabalho poderia ser muito enriquecido por uma apresentação de dados que permitisse categorizar e quantificar o trabalho realizado. Se houvesse sido feito desde o início um registro de atividades, este ajudaria bastante a esclarecer o papel de prestação de serviço construído ao longo do trabalho. Entretanto, para realizar este registro de maneira a realmente lançar luzes sobre o papel que o nutricionista desempenha, teria sido necessário trabalhar com o conceito de *problema alimentar*, o qual só foi se clareando durante a execução do próprio trabalho, uma vez que, no início, não se cogitava sobre isso, e se julgava que a categoria problema clínico seria suficiente para cobrir as causas de demanda.

KITAYAMA e cols. (1995), em estudo sobre a opinião de pacientes de ambulatório realizado por nutricionistas do Serviço de Nutrição e Dietética, faz referência a 20 prescrições dietéticas como causa de demanda. Os Autores dizem que há necessidade de investigar de forma mais aprofundada as causas da não aderência ao tratamento, e não chegam a explicitar os problemas alimentares. As causas da não aderência podem ser várias e fugir ao alcance do trabalho do nutricionista. Entretanto a expressão “não aderência” é vaga. Ela não descreve qual é a dificuldade do paciente em aderir às orientações, o que estou chamando de *problema alimentar*. Pode-se fazer um paralelo com o que ocorre em relação ao trabalho do psicólogo. Este profissional recebe um diabético, mas ele não trata “o diabetes”. Dependendo da sua linha de atuação ele vai identificar os problemas tratáveis através da psicoterapia, que indiretamente auxiliam o controle do diabetes.

A percepção do problema alimentar confunde-se também com a percepção dos problemas sócio-econômicos. Problema alimentar, hoje, é sinônimo de fome e desnutrição. A despeito dos graves problemas alimentares que determinam o perfil de morbi-mortalidade dos países do primeiro mundo, para os entrevistados o problema alimentar resume-se a carência alimentar. Observemos os depoimentos a respeito da visão dos entrevistados sobre a atenção que é dada às questões de alimentação:

- *"Simplesmente não existe. Eu tenho experiência de trabalho em Saúde Pública, em Posto de Saúde, Prefeitura, e isto simplesmente não existe. A questão primeira é de ele ter a comida, a primordial, que ele tenha comida. Se ele tem comida, ele vai comer o que ele tem..."*

Méd., p. 2

- *"Eu acho que todos os profissionais que, hoje, lidam com a saúde têm uma certa consciência, de que o povo...é...que muitos dos problemas que os nossos pacientes têm poderiam ser evitados com alimentações...é...mais regradas e alimentações orientadas. Eu acho que todos os profissionais da área de saúde terão o mesmo pensamento que eu.*

E - E porque tão pouco é feito?

- *(silêncio) Eu acho que, talvez, seja...ahn...em decorrência de problemas econômicos, que o nosso país passa. Porque eu acredito que em países...ahn...com desenvolvimento sócio-econômico melhorado, isso não ocorra."*

Enf., p. 72

- *"Para eles a alimentação é um ato contínuo, assim como sobem no ônibus, passam na roleta, eles sentam à mesa de refeição pra...pra acabar com aquele prato de comida, porque tem que sair correndo. Talvez (...), se tivesse qualidade de transporte coletivo, sossego para saber que ele vai pegar um transporte com tempo para chegar aonde ele precisa ir, ele talvez tivesse mais tempo para saborear seu alimento, mas (...) assim como você passa na roleta de um ônibus ou de uma...ele senta à mesa de refeição. Então, eu tenho que perguntar Como é que...como é que é a sua refeição? Você come em casa? Você...quanto tempo tem para comer? Você precisa comer correndo, você consegue mastigar? Você sabe que mastigando mais você tem menos problemas alimentares? Eles não tem mais essa noção, não. Isso acabou, viu? então,...então eles estão muito apressados, eles são muito angustiados."*

Méd. p. 161

Existe um hiato entre o conhecimento dos problemas coletivos de Nutrição em Saúde Pública, compreendido como problemas sociais e a compreensão dos problemas alimentares de pessoas que procuram o serviço porque são diabéticos, hipertensos, apresentam dislipidemias, tem hábitos alimentares inadequados, precisam ser tratados e procuram os Serviços de Saúde porque querem ser tratados e ser bem orientados também em relação à alimentação.

LOURAU (1975) diz que as instituições tem três momentos: universalidade, particularidade e singularidade. No momento da universalidade, os conceitos são plenamente verdadeiros e universais para a sociedade. O momento da particularidade exprime a negação do momento precedente, no qual toda verdade geral deixa de ser tal plenamente desde que se aplica em condições particulares, circunstanciais. O momento da singularidade é resultante da ação dialética da particularidade sobre a universalidade determinando o surgimento desta dimensão de singularidade. Diz o Autor, portanto que a análise das instituições comporta sempre estas três dimensões.

MORAIS (1989), discorrendo sobre o discurso filosófico da educação, afirma que a realidade humana tem uma dimensão de universalidade, uma de regionalidade e uma de individualidade e que não há abordagem na condição do homem que possa ignorar qualquer das referidas dimensões.

PILON (1990a) propõe uma abordagem para “problemas de saúde” baseada na teoria de Binswanger sobre quatro “tipos” de mundo: o mundo físico-ambiental, em que as comunidades vivem, o mundo social, das leis e instituições; o mundo das relações, com seus valores e significados e o mundo íntimo, como auto-imagem, identidade e conceitos centrais ao “self”²². Diz este Autor que é preciso verificar em que dimensões do mundo os “problemas de saúde” estão se situando.

ACHTERBERG (1988a), tratando especificamente de Educação Nutricional, discute o *contextualismo* como um instrumento importante para o aprimoramento de pesquisas e métodos nesta área de conhecimento. Diz esta Autora que nem sempre se consegue acessar os elementos

²² O autor não define o termo “self”, porém trata-se de um termo próprio da psicologia junguiana. Define o arquétipo que exprime a totalidade psíquica que o indivíduo busca alcançar através do processo de individuação. ULSON, G. *O método Junguiano*. São Paulo, Ática, 1988, p. 64-7.

contextuais através de avaliações quantitativas e, por isso, os métodos qualitativos, mais holísticos, captam variáveis contextuais significativas importantes para o desenvolvimento de ações educativas.

O que se consegue apreender do conteúdo das entrevistas é que não há uma percepção do “problema alimentar” em todas as suas dimensões. A dimensão universal da questão alimentar, evidenciada no problema da fome, ignora a dimensão singular do “problema alimentar” do indivíduo que é por exemplo pobre, obeso, e privilegia o consumo de carnes em detrimento de frutas e hortaliças. Observei, em minha prática que principalmente as pessoas de mais baixo nível sócio-econômico valorizam muito o consumo de carne, justamente porque este alimento não esteve presente e era altamente desejado em fases anteriores da sua vida. Quando, por razões de saúde, recomenda-se a diminuição do seu consumo, instaura-se um problema alimentar que não advém da dieta, mas das representações que os indivíduos tem sobre os alimentos. A dieta é simples. Como tratar este *problema alimentar* é o grande desafio para os nutricionistas. Este é apenas um exemplo, mas existem inúmeras situações que caracterizam *problemas alimentares* cuja descrição aprofundada contribuiria muito para desvendar métodos e técnicas mais adequados para serem empregados em ações educativas.

A abordagem dos problemas alimentares feita no campo da Saúde Pública retrata a dimensão universal desses problemas, mas não fornece elementos para se trabalhar a singularidade deste problema na vida de cada pessoa. Referir-se a estes problemas como “problemas sociais” simplesmente, desconhecendo a contradição universalidade-particularidade, ignorando que todos os problemas têm diferentes dimensões, leva os profissionais ao sentimento de impotência e paralisia na ação profissional. Compreender os problemas vividos pelas pessoas é condição primeira para poder atuar. Como diz CURY (1991), “saber ouvir a dinâmica que nasce da dor e do sofrimento é também não se conformar a eles e nem à sociedade que os gesta”.

4.2. A eterna polêmica: Nutrição x Renda

Analiso aqui a percepção dos profissionais sobre o difícil impasse de se desenvolver atividades de Educação Nutricional frente a uma situação econômica que inviabiliza a aquisição dos gêneros básicos e determina uma condição existencial incompatível com a saúde. À época em que foram realizadas as entrevistas, encontrava-se em grande evidência a “Campanha do Betinho” como ficou popularmente conhecida a “Ação da Cidadania Contra a Miséria e pela Vida”. Perguntou-se aos entrevistados a opinião deles acerca deste movimento, por ser uma questão muito atual ligada aos problemas de alimentação, que estimulava os entrevistados a emitir suas posições sobre o assunto mais como cidadãos do que como técnicos.

Apenas para tornar mais perceptível a visão dos profissionais sobre a “Ação da Cidadania Contra a Miséria e pela Vida”, e sobre o papel da Educação Nutricional frente à problemática social, o capítulo foi subdividido. Nas entrevistas, porém, as duas questões se entrelaçam. Frequentemente as pessoas expressavam espontaneamente sua visão sobre Educação Nutricional ao comentarem a campanha.

4.2.1. Opiniões sobre a “Ação de Cidadania Contra a Miséria e pela Vida”.

Apenas duas pessoas entrevistadas alegaram desconhecer o movimento e não opinaram a respeito.

- “*Eu conheço muito pouco dessa campanha para falar sobre ela, muito pouco.*”

E - Você fez alguma doação?

- *Não. Eu também nunca fui, nunca me pediam. Nunca chegou as minhas portas a campanha do Betinho.”*

Enf., p. 72

- “*Eu nunca parei para, para analisar assim, Cristina.*”

E - Você participou de alguma coisa?

- *Não, não, nunca participei.*

E - Nunca bateram na sua porta?

- Não, nunca bateram, eu vi pouca...eu não tenho o hábito de assistir televisão, poucas vezes eu vi propaganda de artistas, né, que fala para ajudar na campanha e tal, mas nunca li, também, nada assim, nunca...nunca tive contato, entendeu? Então, eu acho que é por isso que também nunca fiquei analisando a fundo, né?"

Enf., p. 139

As opiniões desfavoráveis à campanha foram justificadas pela ineficácia deste tipo de iniciativa para solucionar problema tão complexo e pelo risco de acomodação da população beneficiada.

- "Campanha contra a fome (risos). Olha, sinceramente, eu não vejo como a...como a melhor saída. Eu sou muito cética em relação a esses assuntos, tá? (...) Não acredito nisso, infelizmente. (...) Eu acho que eu não participei, realmente, eu não participei nenhuma das vezes. Não fiz doação nenhuma para a campanha."

Méd., p. 52

- "Eu acho politicamente incorreta, vou dizer, mas eu acho que não funciona...eu acho que...é uma coisa que perdura por algum tempo, porque depende de...depende de...da boa vontade alheia. Depende da colaboração espontânea da pessoas, do altruísmo de cada...de cada grupo social e isso perdura por algum período. Então, eu acho que esse tipo de campanha, ele é mais ou menos caracterizado, no meu modo de ver, como uma catástrofe, como uma enchente, como um incêndio, como um terremoto. Ele perdura durante o lançamento, durante algum tempo, em que funciona, em que os...em que a sociedade mais favorecida acha que tem uma dívida social com os menos favorecidos e, aí, começam a haver colaborações, e, aí, há aquela enxurrada de provisões, de alimentos, que nem chegam a, talvez, ser distribuídos ou distribuem de maneira errada...(...) Eu não acredito, particularmente, (...)...daqui a pouco todo mundo já esqueceu do Betinho, já esqueceu da campanha, já esqueceu de quem passa fome...não é (risos)? Tá o.k.?"

Méd., p. 85-6

- "Oh, eu não sei, viu? (risos) Eu não sei, eu não sei, eu não saberia te responder. Eu acho que é uma coisa que mobiliza, né, que chama a atenção, que dá uma mexida geral, mas a coisa eu acho que tem que mudar a nível de...de governo, sabe? Então, você faz as campanhas de...de alimentação, cada um doa alimentos que tem em casa. Tudo bem, mas eu acho que isso é...é uma alternativa paliativa...é uma coisa assim...não é isso que vai resolver, tá? Tem que haver mudanças políticas e sociais para estar resolvendo isso aí.

E - ...como é que é essa mexida, o que você está entendendo por essa mexida?

- Ahn, porque eu acho assim...ahn...em geral as pessoas vivem no seu cotidiano, olhando para o seu próprio umbigo, então você não vê o que está passando no resto do mundo. Então, você até tem acesso, às vezes, a notícia de jornal, a coisas, a pessoas morrendo de fome, né? Ficou, parece, que uma coisa tão cotidiana, sabe, que as pessoas não se sensibilizam mais a esse nível. Então, quando é feita uma campanha como a dele, em que é...é um monte de informação que se passa na sua cabeça. Então, de repente, todo mundo volta a para olhar a situação. Não que essas coisas não existam ao seu redor, estão sempre ao seu redor. Mas, às vezes, elas...elas ficam um pouco apagadas e, de repente, vem alguém que reacende a questão novamente. É...eu acho que é uma coisa que está mexendo com...com....com a cabeça a nível coletivo.”

Méd., p. 42

- “Eu não estou muito enfronhada na campanha da fome mas, pelo que eu estou vendo, é uma coisa meia política, não é ? Eu acho que é até bom, mas não vai resolver o problema, né ?

E - Você fez alguma doação de alimentos para a campanha ?

- Não. Eu só acho que com o tanto de igrejas que nós temos espalhadas pelo Brasil inteiro, se cada igreja fizesse uma campanha, ou mantivesse uma cesta básica, eu acho que poderia estar ajudando, mas só que tem um grande perigo, né, de modo que você está ajudando sem um tempo limitado e a pessoa se acomodar nisso, né?”

Enf., p. 18

- “Ai, eu tenho uma...esse negócio de campanha, depois, eu tenho uma...umas experiências muito negativas. (...)...eu acho é que a intenção dele é muito boa, mas tem muita gente se prevalecendo disso.(...) Eu acho que a gente deveria fazer a campanha, mas ensinar ou exigir que esse pessoal carente, entre aspas, porque esse pessoal de favela, esse pessoal que fica solto aí pela rua, eles produzirem seus alimentos. Porque eles moram numa favela, tem o terreno, mas você não encontra um pezinho de couve. Eles ficam lá, só sentadinhos, esperando que todo mundo traga.(...) Eles querem receber tudo de mão beijada.”

Enf., p. 191

Percebeu-se um certo constrangimento de alguns entrevistados em manifestar-se desfavoravelmente. Uma opinião inicial favorável era logo seguida de ressalvas, ou, uma opinião inicial desfavorável era seguida de argumentação contendo considerações na direção oposta. Na entrevista transcrita abaixo, o ceticismo em relação à campanha ficou bastante evidente, apesar da manifestação inicial favorável.

- "O que eu acho da campanha contra a fome, uma campanha bem vinda, com Betinho, sem Betinho, que por coincidência se chama Betinho...(.) Tem que surgir, vamos dizer assim, terras de plantio, terras de governo para cultivo, terras para plantio que seriam uma...uma forma que eu vejo, de reformar a...o agrário, não doando a propriedade para amanhã eles venderem e viver com o dinheiro da poupança...(.) Então, terras de governo, terras de plantio; olha aqui, cidadão, está aqui a sua semente, está aqui sua terra, o senhor vai plantar, o senhor é um agricultor, está aqui todo o seu apoio, e agora se o senhor não planta o senhor vê o que é que está acontecendo com o senhor, se o senhor é um sem-terra, agora tem a sua terra e não está plantando. O que é que acontece com o senhor? Então, nós vamos ter que tomar outras providências, não é verdade? Então, falta o quê para o senhor exercer a sua função aqui? Então, eu acho que tem que ter terras de plantio, para que essa semente da campanha contra a fome, coloque mais alimento na mesa e não mendigar comida e dinheiro para conseguir comprar o alimento aonde tem."

Méd., p. 179

- "Bom, então, a campanha contra a fome eu acho importante, sim. Só que aí o aspecto, também, precisa ser visto, né, do lado político da coisa, do lado demagógico. Então, eu...eu acho que uma campanha qualquer, seja do Betinho ou não do Betinho, tem que visar...é...digamos, propiciar condição melhor, né, de nutrição para a população, principalmente a carente, né? Eu acho que interessa, mas...ahn...talvez não com esse...com esse impacto assim...ahn...sensacionalista, vamos dizer um pouco, talvez, né? Eu não tenho conhecimento muito bem da campanha dele em termos do que abrange, do objetivo, né, final, mas eu tenho a impressão que é sincero, eu acho que moveu essa campanha, eu acho que é uma necessidade da população, que reconheceu, né, que há pessoas muito mais carentes em termos, assim, alimentares, também. E eu acho que é válido, eu tenho a impressão que vale sim."

Méd., p. 145-6

- "Eu achei interessante, que ele falou na televisão, que...não que isso é só porque está perto do natal, né? Que pro...perto do Natal, as pessoas estão mais emocionalmente, né, sensíveis e então, seria mais uma forma de conseguir. Olha, eu...eu acho que...que a campanha...é...tem fundo político de...acredito, pessoal. (...) Eu queria acreditar muito, que essa...que a campanha fosse...sempre, que fosse uma coisa não só de momento, né? Mas eu acho que pelo menos uma coisa está sendo feita. Ao invés de ficar cruzando os braços, né, pelo menos alguém está atuando em alguma coisa."

Enf., p. 63

Três entrevistados manifestaram-se favoravelmente à campanha, sem emitir ressalvas.

- "Eu acho beleza, ótimo! Eu sei, tenho bem claro que eu não vou resolver o problema da fome. O problema da fome só resolve a hora que o governo estiver sensibilizado, né, e distribuir orçamento de acordo para você não deixar a população morrer de fome e ele vai resolver com as pressões sociais e com as pressões populares. Isto está muito claro para mim. Mas isso não impede e isso tem que estar bem claro, eu não vou resolver o problema da fome, mas eu vou impedir que você morra de fome. Se tem alguém morrendo por causa de uma semana sem alimentação, ele vai sobreviver. Não sei se ele vai conseguir. É como aquele negócio de criança pedir esmola para você. Não vai resolver o problema dele, mas ele vai poder comer um sanduíche e matar a fominha dele naquele momento. É paternalista? Não sei, eu não sei, eu só sei que eu tô salvando alguém de alguma coisa naquele momento. A curto prazo de uma fome. Acho que a Campanha do Betinho é fantástica. Cheia de humanidade, cheia de esperança!"

Méd., p. 7

- "A campanha do Betinho, como um sociólogo, como um movimento de classe, como um movimento de Brasil, de país, é excelente. É de dar os parabéns, de tirar o chapéu, de tudo. (...)

E - Você fez alguma doação para a campanha?

- Fiz, fiz várias. Fiz várias."

Enf., p. 30-1

- "Eu acho que é válido, viu? Eu acho que tem...tem que sair um pouquinho, assim, da...da...das costas do Estado..."

Méd., p. 156

A relevância da campanha foi vista ainda como uma estratégia para mobilizar a classe política.

- "...a campanha do Betinho...(...) é uma cutucada na...na classe política, que...que fica lá e não resolve nada, né? (...)...o cidadão comum tomando uma atitude, isso...isso é muito mais uma pedra no sapato dos políticos...(...) Eu acho importante o movimento, na medida que ele tem essa pressão moral em cima da...da classe política."

Méd., p. 111

A interface da assistência com a educação foi levantada por dois entrevistados.

- "...a semente foi lançada com um intuito um pouco mais, me deixou transparecer, foi lançada a campanha com o intuito de por comida na mesa do cidadão, entende? Mas eu acho que uma pessoa que tem esse intuito, ele tem um leque muito maior de pensamento, que não é só isso. Ele sabe muito mais do que a gente, pelos cabelos brancos que ele tem e já está até perdendo, então, ele sabe muito bem que o próximo objetivo dele, quando ele conseguir por comida na...na mesa de todo mundo, ele vai colocar com a comida, ele vai colocar na cabeça daquele cidadão, a educação dele se alimentar." (grifo do autor)

Méd., p. 180

- "É uma boa iniciativa. Eu acho que dispõe as pessoas a serem solidárias e tudo, mas eu acho que a gente poderia ensinar muito as pessoas a terem o seu próprio alimento, a irem buscar. (...) Eu acho que tudo que se faz para ajudar alguém é válido." (grifo do autor)

Enf., p. 201-2

Mas será que todos os profissionais de saúde sabem exatamente o que é o "problema da fome"? O depoimento seguinte parece sugerir que a resposta a esta questão não é tão simples nem tão clara como se poderia pressupor inicialmente.

- "O que é que você vê nos shows que o pessoal faz, que tem que doar alimento não perecível? Eles dão açúcar, arroz, feijão, né? (...) Tem a questão da qualidade da alimentação que é oferecida, a qualidade do alimento oferecido na campanha contra a fome. Eu acho ótimo, em vez de morrer de fome, vive-se com um pouco de alimento, né? Eu não sei, eu não participei diretamente da campanha, eu não doei alimento, mas eu não vi resultado disso. Posso estar falando uma grande bobagem, mas eu tenho a impressão que...o que te fornecem são carboidratos. (...) Não tem como fornecer (...) os alimentos perecíveis, né?"

Méd., p. 111

4.2.2. Ensinar o quê, a quem tem fome?

A falta de recursos inviabiliza a Educação Nutricional? Esta é a grande questão que se coloca quando há uma proposta de atuação nesta linha em Serviço Público de Saúde. As opiniões emitidas divergem bastante, mas nenhum entrevistado mostrou-se contrário a realização da Educação Nutricional por este motivo. Vejamos as opiniões.

- *"E - Você acha que a questão econômica inviabiliza a Educação Nutricional?"*

- *Inviabilizar eu acho que não. Eu acho que dificulta. Dificulta, porque de repente você se vê atada a algumas coisas que você não tem como estar ajudando. Por exemplo, o indivíduo que não tem o que comer. Então você sabe o que é melhor para ele, mas, de repente, você não tem o meio como ajudá-lo. Por mais que você pesquise e tente, você não tem o meio. Então eu acho que...não sei se poderia usar a palavra inviabilizar. Mas que dificulta eu acho que dificulta bastante, sim."*

Enf., p. 11

- *"E - Há situações em que a Educação Nutricional é inútil?"*

- *Se ela é inútil?*

E - Na sua opinião, você acha que há situações em que a Educação Nutricional é inútil?

- *Olha, eu acho que se...se de fato for uma Educação Nutricional, se está adequada ao...ao meio social da pessoa, ela sempre é útil. A não ser que haja resistência do paciente, né, é óbvio. Só acho que é só nesse caso."*

Enf., p. 39

A alternância de buscar a "resolução" do problema através do uso de alimentos não convencionais foi citada. O primeiro depoimento reflete um pensar bastante acrítico a respeito.

- *"Eu assisti outro dia um programa do SENAC, do nordeste, eles ensinando lá uma técnica de alimentos, eu acho que é, ela ensinando o pessoal como aproveitar as coisas da terra. Então, ela ensinou...ahn...um bife a milanesa...ahn...farofa e um...um doce, um doce ou coisa salgada lá, eu não sei o que era, com banana. Então, ela pegava a banana da terra, ela tirava as...as duas pontas, deixava no meio e isso daí ela fazia a mila...a casca da banana, passava a milanesa e fazia que nem um bife. Com o outro pedacinho ela fez uma farofa, com a banana ela fez um prato com...com carne seca, com...Então, é isso que precisa, é ensinar aquilo que ela tem, como fazer. Então, o pessoal aprendendo, isso que precisa ser dado e esse pessoal entender*

também. Ela ensinou a pegar uma jaca, que ela parte de meio da jaca, ela parece um...um pernil mesmo, depois eu estava prestando à atenção, tirou, limpou bem, temperou tudo e assou como se ele sendo um pernil. Então, a adaptação, por exemplo, ela tem...ele tem mandioca, o que é que você pode fazer com a mandioca?"

Enf., p. 192

- "...existe, né, serviços ou locais aonde, esses serviços ensinam os pobres, o pessoal de periferia, a usar a matéria prima, ou seja a alimentação de várias maneiras. Por exemplo, usar casca de ovo, usar casca de fruta, casca de...de...de...tubérculos e assim por diante. (...)

E - Como você vê a resolutividade deste tipo de ação? Você acredita na resolutividade?

- É, eu acho que acreditar a gente tem que acreditar, senão você paralisa e não faz mais nada."

Méd., p. 2

Nem todos os entrevistados chegaram a emitir opinião sobre a resolutividade da Educação Nutricional, porque não compreendem Educação Nutricional como *ação* da qual se espera *resultado*. Os poucos que se manifestaram a respeito disseram que se a orientação for bem feita e o profissional estiver realmente comprometido com o trabalho, ela é eficaz.

- " Olha, eu acredito que nós teríamos uma melhora muito grande, se a gente, realmente, atuasse nesse nível, né, a nível de...de...da abordagem de nutrição, a gente...com a...com uma...com uma orientação melhor, mais adequada em todos níveis, desde a pediatria até a geriatria que seria, por exemplo, para os a-adultos, eu acredito que as pessoas viveriam muito melhor, até com os poucos recursos que eles têm a nível de saúde pública, né? Eu acredito que a gente teria u-uma condição de melhorar muito o nível de vida dessas pessoas, tá? Se esse assunto, realmente, estivesse numa situação, hoje...é... definida, se houvesse uma política...(....)eu não vejo a limitação econômica como fator limitante. Eu não vejo. E acho que nem em situações em que você tem que ter recursos, enfim, para poder melhorar, né, a qualidade de vida desse paciente, dessa população. Poucos recursos que ela dispõe. Muitas vezes, eles são poucos, mas são desperdiçados."

Méd., p. 45-50

- "Eu acho que quando bem feito, quando feito com seriedade, eu acho que...ahn...é bem grande o...o objetivo é bem alcançado, a resolução é bem alcan...é bem...bem alcançada mesmo. Se o...o paciente, a pessoa, ela percebe que o nutricionista está

preocupado em orientar, em dar uma boa dieta, ele segue. É...em clíni...em postos de saúde, apesar da...da...da baixa renda da maioria da pessoa (sic) que vai, né, que é o perfil nosso, eles escutam muito a orientação que a gente dá. Seja alimentar, seja qual for a orientação, eles sugam muito isso, né? É...até receitas, eles...eu já tive contato...eles fazem...quando saiu aquele negócio da soja...Eles se preocuparam e tudo. Nas clínicas particulares, às vezes, a coisa fica, assim, um pouco jogada, porque depende da clínica, depende do profissional.”

Enf. p. 55-56

- “Eu acho que...funciona, porque lida com a orientação. Toda vez que você lida com a orientação, você resolve, porque você clareia a...como eu vou explicar...ahn...Eu acho que resolve demais, porque você orienta com o certo e você...podendo tirar vícios já enraizados com a gente, como se alimentar mal e justamente isso, fazendo com que a gente se alimente bem, previna alguma doença e torne melhor o bem-estar de uma pessoa. Eu acho que tem total poder de resolução.”

Enf., p. 68

Com base nas falas dos entrevistados é possível levantar algumas questões.

A primeira delas é: será que os objetivos da *campanha* foram adequadamente divulgados? Quando se perguntou às pessoas, qual a opinião delas sobre a campanha, elas responderam opinando a respeito da arrecadação e distribuição de alimentos, apenas, porém a campanha não foi só isso. A arrecadação e a mobilização foram estratégias para sensibilizar e mobilizar a sociedade e para estimular a discussão do problema “fome”. Percebe-se na resposta que poucas pessoas se deram conta da importância política deste movimento, e emitiram suas opiniões acerca da possibilidade/impossibilidade do movimento atender a população que necessita ajuda.

A segunda questão decorre da própria falta de discussão pela sociedade sobre o que é fome. O ENDEF - Estudo Nacional de Despesa Familiar, realizado em 1975 pelo IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, revelou algo muito importante: o que falta na alimentação do brasileiro são *calorias*, o que em termos práticos significa comida na mesa e não este ou aquele nutriente em particular. No outro pólo do problema temos a Organização Mundial da Saúde recomendando o aumento na ingestão de carboidratos (WHO..., 1990). Entretanto, estes são aspectos técnicos do problema que a população desconhece e profissionais de saúde também não chegam a entender plenamente, como ficou evidente na declaração “*Posso estar*

falando uma grande bobagem, mas eu tenho a impressão que...o que te fornecem são carboidratos". Sem dúvida, e é o básico. Fome é, antes de tudo, falta de carboidratos. Também não é "um pezinho de couve" no quintal que resolve a questão da fome e nem "bife à milaneza feito de casca de banana" ou "pernil de jaca". Fome é falta de arroz, feijão, pão, leite. Fome não se resolve com farelo. Pode-se dizer que no Município de Campinas a polêmica sobre a multimistura desviou a atenção da população do cerne da questão para uma disputa paralela entre leigos e técnicos a respeito da adequação ou não de se usar multimistura.

Cidadania é exercício dos deveres e gozo dos direitos. Direito à alimentação, para o brasileiro, é direito ao arroz, ao feijão, à farinha de mandioca, ao leite. Direito à alimentação é direito à alimentação saudável completa, variada e agradável ao paladar (CERQUEIRA, 1985; MOTTA & BOOG, 1987; MOTTA, 1993). Não é direito e muito menos dever de ninguém comer bife de casca de banana, pernil de jaca ou farelos.

A campanha talvez falhe ao não chegar efetivamente a discutir o que é fome, ao permitir que interesses de setores específicos ocupem o centro da discussão, colocando a questão da fome em segundo plano. A campanha não usou a Educação Nutricional como "instrumento adicional de apoio e complementação à intervenções nas áreas de nutrição e saúde" e nem chegou a "conscientizar a população sobre sua necessidade e seu direito à alimentação saudável, completa, variada e prazerosa" (MOTTA, 1993). Mas, pior ainda, ela não está conseguindo "*romper o círculo de giz da solidão e abrir o espaço fecundo da solidariedade*" (SOUZA, 1994).

O objetivo de romper "*o círculo de giz da solidão*" dos excluídos é uma questão muito mais complexa do que arrecadar e distribuir alimentos, embora esta etapa de ação concreta seja importante pela mobilização que provoca. ESCOREL (1993) analisa o problema à luz do pensamento da filósofa Hannah Arendt. Diz esta Autora que pessoas privadas do suprimento de suas necessidades vitais são eliminadas do espaço público, tornando-se párias, porque estão excluídas da cidadania, isto é, não conhecem o seu direito a ter direitos. É uma situação totalmente diversa da abolição de direitos políticos, na qual o indivíduo excluído tem consciência da sua situação.

Estes párias não são tratados como cidadãos pelas políticas públicas. ESCOREL (1993) assim descreve sua situação: por um lado podem, eventualmente, ser considerados clientes -

consumidores de certos serviços públicos, sem ter qualquer interferência sobre o conteúdo e a forma de prestação desses serviços; o indivíduo deve adaptar a sua necessidade à forma de prestação desses serviços. Por outro lado, são clientes-políticos que trocam votos por benefícios dados como favores e direitos por lealdade.

A exclusão social consiste portanto no *“impedimento do exercício das potencialidades da condição humana”* (Hannah Arendt, apud ESCOREL, 1993). Na prática é a experiência da solidão, do desraizamento, da superfluidade, de não pertencer ao mundo, que segundo Hannah Arendt *“é uma das mais radicais e desesperadas experiências que o homem pode ter”*.

Herbert de SOUZA - Betinho - pretendia, com a campanha, *“romper o círculo de giz da solidão”*, o que se faz resgatando a cidadania. Este objetivo de romper a solidão em que se encontram os excluídos é que distingue a ação da cidadania dos programas tradicionais de suplementação alimentar. Estes últimos são concebidos por **técnicos**, mantidos pelos **governos**, para resolver problemas de **saúde**. A “Campanha do Betinho” procurou ser uma ação solidária entre cidadãos. Entretanto, não basta, para isso, arrecadar e distribuir alimentos. Talvez esteja faltando empenho em fazer chegar aos que não sofrem privações desse tipo a idéia de que existem pessoas que não conhecem seu direito a ter direitos, que estão reduzidas a condição de *animal laborans*, cuja única ação é a preservação biológica, uma massa de excluídos que pode ser eliminada de uma hora para outra, pois ninguém sentirá sua falta. Talvez os Comitês, engajados na campanha, estejam mergulhando num ativismo, inoperante no sentido de relacionar a questão da fome ao sentido da exclusão social e da cidadania. Evidentemente não se pode extrapolar estas conclusões para a sociedade como um todo, pois está se trabalhando com um restrito grupo de pessoas, profissionais de nível superior, da área da saúde. Mas as percepções aqui apresentadas devem servir como um alerta quanto aos rumos da campanha. Os desdobramentos desta campanha merecem estudos mais aprofundados.

4.3. Apesar da fome, um país de obesos

A despeito da má distribuição de renda, a despeito da fome e dos altos índices de desnutrição que ainda prevalecem em algumas regiões do país, a obesidade é apontada como problema de Saúde Pública. A prevalência de obesidade dobrou ao longo de 15 anos e hoje ela é maior no Brasil do que no Canadá, Holanda, Reino Unido e Austrália (COITINHO, 1991). Em Campinas, município onde foi realizado o trabalho, as doenças crônico-degenerativas são as que aparecem em primeiros lugares nas estatísticas de mortalidade. MONTEIRO e cols. (1995) referem que a razão entre a prevalência de desnutrição e de obesidade foi dramaticamente afetada entre 1974 e 1989. Em 1974 havia, na população infantil, mais de 4 desnutridos para 1 obeso e, em 1989, esta relação caiu para 2 desnutridos para 1 obeso. Na população adulta, houve inversão de valores: em 1974 havia 1.5 desnutrido para 1 obeso, enquanto, em 1989, a obesidade excedeu a desnutrição em mais de 2 vezes.

Sobrepeso e obesidade não são problemas que diretamente gerem demanda significativa para os Serviços de Saúde. Mas eles estão sempre presentes de forma associada à doença que gera demanda, assim como a questão da Nutrição está sempre presente em qualquer processo fisiológico.

Aqui são apresentadas e analisadas as percepções dos médicos e dos enfermeiros sobre o problema. Para introduzir a discussão fez-se uma afirmação, com base no relatório de COITINHO e cols. (1991), *Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos*, publicado pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, qual seja: “a prevalência de doenças crônico-degenerativas e a mortalidade por estas doenças vem aumentando na população brasileira. A prevalência de obesidade dobrou em 15 anos, de 1975 a 1990.” Em seguida era formulada a questão: “Considerando que a alimentação tem relação com a obesidade e com as doenças crônico-degenerativas de modo geral, na sua opinião, que medidas deveriam ser tomadas em relação a esse fato?”

Em primeiro lugar, cabe registrar aqui que o dado surpreende muito os entrevistados, que querem saber por que a prevalência de obesidade dobrou em 15 anos.

- "...se houvesse realmente uma preocupação do setor de saúde, acho que teria que estar verificando a causa..."

Enf., p. 15-16

- "...eu acho que eles deveriam estar investigando...em primeiro lugar investigando, né? (...) Talvez investigar mais, se são problemas associados só...só a doença ou ao hábito alimentar, né?"

Enf., p. 96

- "Ai! Ai vem tanta coisa, porque você tem que ver o tipo de alimentação que ele...que ele tem, quantidade e valores nutricionais e tudo mais. Dependendo, às vezes, nem é tanta a quantidade que ele está, ele está com algum distúrbio. A parte de exercício também, eu acho que é o...principalmente no caso de obesidade, é que a população está ficando cada vez mais sedentária. Então, é...tem que entrar essa parte de exercício, também, e ver o erro alimentar, qual que é, o que é que está acontecendo, eles estão comendo muita massa, estão comendo muita...lanche, estão comendo muita fritura? Então, e tem que ser investigado o porquê que está acontecendo isso. A não ser que já tenha um levantamento, já tenha uma estatística, que é porque o pessoal está comendo muito mais lanche, que é porque o pessoal está comendo muita massa, que é porque estão sedentários. Então, daí eu acho que a...a rede de saúde tem que partir para a orientação, depois de levantada a causa dessa obesidade."

Enf., p. 187

As respostas a esta questão podem ser separadas em duas categorias: a primeira categoria é constituída pelas respostas de dez entrevistados (58.8%) que apontaram predominantemente para causas do problema. Ante a pergunta "que medidas deveriam ser tomadas", os entrevistados priorizam a análise dos fatores que estão contribuindo para a obesidade, e a orientação alimentar surge ou não na resposta, dependendo do fato que o entrevistado sugere como sendo a causa do aumento da obesidade. A segunda categoria é constituída pelas respostas de outros seis entrevistados que foram mais incisivos em apontar como medida, a orientação ou a Educação Nutricional.

As possíveis causas levantadas pelas pessoas cujas respostas se fixaram mais na origem do problema foram: sedentarismo, problemas emocionais e falta de tempo para comer. É interessante assinalar que estas pessoas estão intuitivamente trabalhando com a noção de

“problema alimentar”, embora o “problema alimentar” assinalado venha muito mais da sua experiência cotidiana do que de uma informação de caráter técnico.

Observemos os depoimentos:

- “...eu tenho a impressão de que o aumento da obesidade, ela tem duas direções: uma obesidade por disfunção glandular, e outra onde as pessoas comem só arroz, só feijão, só hidrato de carbono. Eu tenho essa impressão. Isso é um problema muito complexo, e um problema que precisa de dinheiro para as políticas públicas.”

Méd., p. 4

- “Eu diria que seria o Serviço de Saúde teria sua participação (...), mas compete muito mais às questões sócio-econômicas. Se você der condições para que essa população coma melhor, somado com a orientação, com certeza essas doenças crônico-degenerativas, ou outro tipo de doença, ahn, os índices estariam bem menores. Né, no caso, verdura, fruta é muito caro. Então é mais fácil ter o arroz/feijão, o subá, o macarrão, que dão aportes calóricos maiores, não, do que ter fruta, carne, ovo.”

Enf., p. 27

Os depoimentos anteriores mostram como há uma generalização da categoria “problema alimentar” como problema econômico. A extensão do problema econômico que encontra na fome a sua forma mais aguda de expressão, leva as pessoas a sobreporem-no a todos os demais problemas de forma que estes acabam por passar despercebidos. Mas esta percepção não é generalizada. Temos entrevistados que percebem a questão de modo oposto, isto é, a melhora das condições econômicas gerando problemas alimentares.

- “...numa perspectiva otimista do país vir a se desenvolver melhor, vai aumentar o consumo, vai aumentar o consumo de alimentos industrializados, também. Então, a perspectiva otimista é de melhora econômica, mas em termos de melhora de saúde a gente precisa pensar, se vai haver uma melhora, ou se vai haver uma...uma piora, uma degradação de hábitos alimentares, né? Virar os Estados Unidos (risos), né? Fast-food. (inaudível) Um consumo grande. Nós vamos...nós corremos muito este risco. Eu acho que nas áreas urbanas, a gente até que está tendo uma...um comportamento semelhante ao das áreas urbanas dos países desenvolvidos. O consumo de fast-food, que são alimentos ruins, né. Junk-foods, né?”

Méd., p. 104-105

- "...eu acho que é consequência, assim, do...do tipo de vida atual, né? Da indústria, tá? Essa questão aí da...da...do lançamento do tipo de alimentos, dos hábitos alimentares da população, aquela coisa que a gente vê nos Estados Unidos, né, da coisa da alimentação rápida. Você trabalha muito, você não tem tempo (...), então você vai rápido para alguma coisa mais prática, já preparada, que nem sempre é o ideal..."

Méd., p. 151

- "Olha, eu acho que, talvez, isso está muito relacionado com que a gente está importando de fora. É...importando, que eu falo é o...o...o marketing, né? Tanto os Mc Donald's da vida, as Coca-Colas da vida e por aí assim. Eu acho que nós brasileiros, a gente tem uma tendência muito alta, de achar que o que vem de fora é melhor do que a gente tem aqui dentro. E também me considero essa brasileira, eu não estou tão à parte, não. Então, é...eu acho que uma...uma coisa que deveriam atacar seria, além de...de atacar essa parte da saúde, da educação, da orientação, que eles também atacassem a parte de marketing que é feito, né? Hoje em dia você vai...vai ver uma televisão...é muito mais pros Mc Donalds' do que para uma alimentação natural, uma alimentação mais sadia. Os outdoors a gente vê. Tudo isso, eu acho que vai...vai...é...vai fixando mais a mente. Então, está calor e aparece aquela Coca-Cola gelada, cheia de gelo, não aparece um suco, uma...entendeu? Parece isso."

Enf., p. 60

Outro aspecto lembrado pelos entrevistados foi o sedentarismo. Este problema, na análise do médico cujo depoimento é transcrito abaixo, também deve ser objeto de preocupação por parte dos Serviços de Saúde.

- "...também o sedentarismo junto né? (...) Então, acredito que não só a educação, mas toda a educação não só alimentar, como a educação pra vida. A educação pra...pra todo um segmento, todo uma...um direcionamento de vida das pessoas, né, qualidade de vida das pessoas, porque a gente não está pensando nisso, né?"

Méd., p. 49

Por outro lado a falta de tempo decorrente das condições de vida é vista pela enfermeira cuja fala é transcrita a seguir, como questão política.

- *"E eu acho também, que com a...com a política que o brasileiro tem tido, essa ansiedade, essa correria de querer ganhar dinheiro, de tentar sobreviver, é...há a má alimentação da população, né, e estão comendo coisas que são mais rápidas, mais baratas e de menos trabalho, né? Então, "eu vou preparar um couve-flor e tal", não, "eu vou lá, como um pedaço de pão, com qualquer coisa dentro na rua, um cachorrinho quente que está lá na rua, que é muito mais fácil, barato, vai encher minha barriga e tudo bem". Então, eu acho, também, que é um problema, assim, também político."*

Enf., p. 61

E finalmente a citação dos problemas emocionais como causa da obesidade, apareceu na fala de um médico.

- *"...e você tem as...as fases da vida que você está angustiado e que você passa a se auto destruir, ingerindo a alimentação fora do horário alimentar, do horário que você tem, da sua disciplina, quer dizer que...acho...é a angústia que leva a uma indisciplina alimentar, cujo resultado em grande parte das pessoas vai ser a obesidade, entende? Então, o equilíbrio da emoção é que vai evitar que você acabe se tornando um obeso."*

Méd., p. 166

A seguir estão as respostas dos entrevistados que imediatamente mencionaram a Educação Nutricional como medida para prevenir e controlar a obesidade. É possível perceber que há graus diferentes de segurança na resposta. Procurou-se apresentar as respostas no sentido crescente de afirmação e segurança quanto à adequação da Educação Nutricional como medida de prevenção e controle da obesidade e outras doenças crônico degenerativas.

- *"A obesidade, ela necessariamente, ela...ela não vem acompanhada de estado nutricional adequado ou ideal, né? Então, além de ela trazer muitos problemas...é...de sobrecarga cardíaca, de hipertensão e de outras doenças, que...que podem ser causadas ou agravadas pela obesidade, né? Então, é...eu acho que...ahn...só a...só a Educação Nutricional nos serviços básicos de saúde e públicos, elas poderiam...ahn...poderiam...ahn...já trazer um benefício para a população de um modo geral em termos de diminuição da obesidade. Só...só a educação, a Educação Nutricional, sabe, eu acho que ela poderia já trazer um benefício. Agora, é lógico, ahn...você tem que ter a Educação Nutricional, condições sócio-econômicas e todas*

aquelas coisas que o país precisa, né, quer dizer, junto com a Educação Nutricional. Mas eu acho que seria muito importante."

Méd., p. 119

"- Eu acho que dentro do serviço de saúde deveria haver um profissional capacitado, que fizesse esse tipo de...de atendimento, talvez. Você fala num posto...num...?"

E - Serviços Públicos de Saúde.

- Eu acho que deveria haver um nutricionista trabalhando em conjunto com os médicos.

E - Mas, aí, na questão preventiva, ou já no controle da obesidade?

- O controle da obesidade já é uma coisa muito difícil, né? É uma coisa muito complicada, talvez na questão preventiva. Talvez, de uma maneira preventiva..."

Méd., p. 82

- "Olha, eu não vejo outra saída, a não ser orientação. Por quê? Porque, enquanto você está sempre...é...é...através de uma conscientização realmente, porque os chamados comerciais são muito grandes, são muito fortes. E as comidas que os chamados comerciais oferecem são muito gostosas. (...) Por que é que você não vai comer esse hambúrguer delicioso? Porque ele faz mal para sua saúde."

Enf., p. 70

- "Eu acho que é a hora da gente começar a conscientizar a população, conscientizar os serviços a ter um serviço de orientação, né? E mostrar um outro caminho e a pessoa perceber, que pode, né, se livrar de uma série de consequências que elas têm. Eu acho que a própria, não é só de alimentação, o próprio estilo de vida dela reflete, ela pode dar outro rumo na vida. Mesmo...mesmo que ela seja portadora até de uma doença dessas. Ela pode prolongar ou ter uma sobrevida melhor. Se ela se cuidar um pouco e tomar umas certas medidas, né?"

Enf., p. 199

- Eu acho que estar trabalhando mais com a prevenção, né? É...mais a nível de rede primária. Eu acho que estar orientando, conscientizando as pessoas dessas questões bem preventivas mesmo, né? Para prevenir. (...)...eu acho que é...é mais uma questão preventiva, mesmo, de estar...tem que se valorizar mais essa questão aí... (...) ...de orientação de grupos, de estar trabalhando com os grupos, entendeu? De estar orientando, indo a campo mesmo. Aqui na Unicamp, hoje tem essa área que nós estamos indo no setor de trabalho, orientando, trabalhando a nível de restaurante, orientando o usuário. Eu acho que é...que é mais por aí mesmo."

Enf., p. 132-3

- "Aí é que eu acho que entraria a Educação Nutricional, entendeu? Tem que tratar a fonte e nutricionistas que tratassem trabalhando com isso. O que realmente...ahn...o que eu tenho visto, por exemplo, as pessoas confundem muito qualidade de alimentação e quantidade de alimentação. Então, o que em geral as pessoas acabam consumindo são...é...calorias em excesso, né? Entra muita caloria e não se gasta o total de calorias, né? (...)

E - É...que medidas deveriam ser tomadas em relação a isso pelos Serviços Públicos de Saúde?

- Ah, sim, aí entraria a...a educação, mesmo, nutricional."

Enf., p.38

Houve dois depoimentos nos quais os profissionais mostraram-se muito céticos a respeito de qualquer medida de intervenção neste problema.

- "Para a população? Ah, eu acho **difícil, muito difícil**. É...é o que eu falei, eu acho que aí já competem inclusive em termos de movimento governamental, né, das...das entidades inclusive, assim, de uma educação mais ampla, né? Eu acho que não só a...a questão de medicina em si, eu acho que envolve **cultura, hábito**. Então, aí que tem uma...uma **campanha**, realmente, de mudança mesmo, né? Então, eu acho que isso daí, seria o enfoque social do problema mesmo, né, em questão.

E - Você vislumbra, assim, alguma possibilidade de ação, você teria, assim, uma idéia de ação?

- A que nível?

E - Qualquer um.

- Bem, eu acho que na...na...na, vamos dizer, na nossa parte, né, **na parte médica**, eu vejo que sim, eu acho que daria. **A gente pode orientar melhor os pacientes**, a gente pode conduzir a um serviço especializado de trabalho nessa área. Agora, em nível populacional eu acho que não, sinceramente eu acho que...não sei, não funcionaria muito, porque não há recursos existentes, não há educação boa para se desenvolver, eu acho que não."

Méd., p. 143-4

- "...eu acho que é muito importante o papel do serviço de saúde, só que o profissional da saúde ganha uma porcária, ele está totalmente desmotivado. As pessoas que estão motivadas, acabam ficando desmotivadas, porque não têm o reconhecimento, sabe? Fica uma coisa "vamos fazer assim mesmo e pronto". E o Brasil está assim (risos). Está tudo, cada um fazendo o menos que pode."

Enf., p. 61

É sabido que obesidade é um problema complexo, que exige abordagem multidisciplinar. Se hoje ela já constitui um problema de Saúde Pública, urge desenvolver métodos eficazes para preveni-la. A evolução na tendência no padrão de consumo é clara: o Brasil caminha para um padrão alimentar semelhante ao dos países do primeiro mundo, ou seja, menor contribuição dos carboidratos no consumo calórico total e sua substituição por gorduras. Há diminuição do consumo de gorduras de origem animal e colesterol, porém na região Sudeste o consumo relativo de gorduras já ultrapassa o limite máximo recomendado pela OMS. Há diminuição no consumo de carboidratos complexos e o alto consumo de açúcar se mantém (MONDINI & MONTEIRO, 1995). Como alterar esta tendência é um desafio para a Educação Nutricional.

Há necessidade de divulgar mais estas informações junto aos profissionais de saúde a fim de informá-los e conscientizá-los do problema. A informação pode ser feita através dos dados epidemiológicos, porém a conscientização é um problema mais complexo. A percepção que os profissionais tem do problema da obesidade é permeada pela percepção deste problema no seu cotidiano pessoal e familiar e a influência do padrão alimentar não é algo aceito tranquilamente.

A receptividade ao trabalho do nutricionista, como elemento da equipe de saúde, que pode desenvolver um trabalho de prevenção e controle da obesidade, é influenciada por fatores relativos a cinco aspectos sob os quais a questão da obesidade pode ser analisada: filosófico, cultural, técnico, econômico e pedagógico.

O filosófico diz respeito à atribuição de sentido e de valor que o nutricionista dá ao seu trabalho e que os outros profissionais dão a este trabalho e à própria questão da obesidade e da saúde. Ao trabalhar com prevenção e controle da obesidade em instituições de saúde enfrentei a crítica e a ironia de alguns médicos que expressaram sem qualquer constrangimento, opinião segundo a qual Educação Nutricional é uma estratégia de disciplinamento que transgride o direito individual das pessoas ao prazer e que cerceia sua liberdade de ação. Este tipo de crítica foi feita por pessoas que não estavam envolvidas no trabalho e que nada sabiam a respeito dos métodos empregados. Não é portanto uma visão decorrente da experiência do momento, mas uma visão construída a priori a respeito da atuação do nutricionista e sobre a Educação Nutricional.

A Educação Nutricional desenvolvida numa perspectiva problematizadora é um estímulo à transformação do educando. Ele passa de uma situação na qual sua conduta alimentar era dominada pelo condicionamento, 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. A necessidade de mudar a alimentação é também uma oportunidade para criação de novos hábitos, para refletir sobre as relações familiares, sobre o uso que se faz do tempo e sobre o estilo de vida.

Na análise da questão da obesidade sob ótica cultural e, mais especificamente sobre a ótica da cultura alimentar, defrontamo-nos com o abandono de hábitos alimentares tradicionais em decorrência das estratégias de marketing, aumento do consumo de alimentos industrializados, da importação de hábitos como consumo de “fast food”, da influência da mídia. Atualmente crianças em idade pré-escolar já cantam os “jingles” das propagandas de cerveja e os boletins econômicos informam que o mercado das bebidas alcoólicas encontra-se em plena expansão. De outro lado perguntamo-nos: a que ou a quem compete a prevenção do alcoolismo?

No que concerne aos aspectos técnicos, pode-se observar que entre os entrevistados pairam dúvidas acerca das causas da obesidade e que a mudança no padrão alimentar não é um fato tacitamente aceito como causa provável. Além disso, observa-se que há uma crença de que são apenas os alimentos fontes de carboidratos que levam à obesidade, o que conduz inclusive à equívocos nas orientações, fato que constatei na prática vivenciada nas instituições trabalhadas.

A questão econômica foi visualizada de duas formas diferentes pelas pessoas entrevistadas. Algumas acreditam que é a falta de condições econômicas para adquirir os alimentos mais caros (no caso verduras e frutas) que leva à obesidade. E aí está implícita idéia de que a causa da obesidade é o consumo elevado de carboidratos complexos: arroz, feijão, fubá, macarrão. Há outras, que melhor informadas, sabem que o aumento no poder aquisitivo tende a traduzir-se em um consumo maior de carnes e gorduras em geral.

Há outros aspectos nos hábitos alimentares que não são explicados apenas pelo poder aquisitivo e que mereceriam ser melhor estudados e compreendidos: salsicha, linguiça e refrigerantes são alimentos consumidos com muita frequência; por outro lado, frutas são pouco consumidas. Quando este tipo de comportamento é analisado junto com os clientes, a

receptividade deles é boa, pois as pessoas geralmente já tem uma noção ou até uma idéia clara de que é melhor consumir frutas e sucos naturais do que salsicha, linguiça e refrigerantes.

O quinto aspecto é o pedagógico, ou seja, como abordar o cliente ou o paciente. A Educação Nutricional exige a realização de pesquisas visando o desenvolvimento de métodos e estratégias apropriados ao tratamento dos problemas alimentares conforme eles se configuram dentro da nossa realidade. Nós não temos uma literatura adequada a esse fim, nem profissionais que se dediquem mais especificamente a este campo.

A prevenção e o controle da obesidade constitui problema complexo que exige ação multidisciplinar. Como referiu um dos entrevistados, a sua prevenção passa pelo “equilíbrio da emoção” o que nos remete à questão da Saúde Mental, assim como pela diminuição do sedentarismo e por um controle sobre as propagandas de alimentos e de métodos de emagrecimento. Mas ela passa obrigatoriamente pelo estímulo à melhora dos hábitos alimentares e este papel cabe aos Serviços de Saúde.

4.4. Discussão

A Educação Nutricional ressurgiu timidamente após um “exílio” de quase vinte anos. Ressurgiu sobre um palco onde os atores são quase amadores: ou não receberam um “script” ou o “script” está incompreensível. Parece que a plateia fala uma língua diferente daquela que existe no “script”. Não há diretores experientes para ensinar os novos atores e os recursos materiais são pobres ou inexistentes. Por outro lado, a plateia está lá, aguardando. Apesar de tudo, os atores querem começar, mas não há patrocínio.

As atividades de Educação Nutricional estabelecem-se sobre um palco de contradições: em um extremo a fome e de outro os excessos alimentares, mesmo entre as classes sociais desfavorecidas, onde surgem como resposta à penúria experimentada em outras épocas; em um polo o “problema social” analisado do ponto de vista coletivo e populacional demandando políticas públicas e sociais adequadas para erradicação da miséria, e de outro os problemas humanos vistos em suas particularidades, que requerem do técnico atuação singular, encontrando em cada usuário dos Serviços de Saúde, ao mesmo tempo, o cidadão que tem direitos e deveres e o homem que busca assistência; no âmbito da Educação em Saúde nos Serviços Públicos de Saúde as propostas amplas, voltadas à promoção da saúde, com *“prioridade para as atividades preventivas”*, como consta da Constituição Brasileira (artigo 198, item II), conflitam com a realidade dos serviços, onde o cidadão busca prioritariamente tratamento para as doenças; para o profissional nutricionista, de um lado, a exigência do aprimoramento científico e tecnológico (o *status* de usar computador para calcular dietas!) e de outro o desafio de pisar o chão de um Centro de Saúde e, acreditando no mais antigo recurso da educação - a palavra, dar respostas significativas a esta legião de diabéticos, hipertensos, obesos, cujos hábitos seculares só são questionados e modificados pelos comerciais de televisão, que apresentam como modelos os hábitos alimentares das classes privilegiadas; aos cursos de Nutrição cabe decidir entre mantê-la como um apêndice da disciplina Nutrição em Saúde Pública ou entendê-la como um vasto campo de conhecimento aplicável a diferentes áreas de atuação do nutricionista, merecedora de verbas para a pesquisa, professores capacitados especificamente para ministrá-la e campos de prática condizentes com as propostas da disciplina.

Analisando criticamente o espaço que encontrei e que ocupei para desenvolver o trabalho proposto - Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde - cumpre reconhecer que houve uma mudança frente à proposta original, mais voltada à promoção da saúde. Entretanto, o espaço que existia nos serviços era primordialmente voltado ao tratamento de doenças, com excessão do “grupo de menopausa”. Por outro lado, as mulheres que freqüentavam este grupo como “pessoas saudias”, participando de uma atividade de promoção da saúde, no momento seguinte poderiam estar marcando uma consulta porque desejavam controlar o peso ou a hipertensão arterial. O que de fato acontece é que os serviços de saúde não estão estruturados para atividades de promoção à saúde, e a demanda por um serviço médico satisfatório para tratamento de doenças é a principal reivindicação da população e precisa ser atendida. Como mencionou um dos entrevistados, *“talvez se houvesse mais educação nutricional, precisaríamos menos orientação nutricional”*. Mas isto, por enquanto, é um ideal a ser perseguido, pois a demanda preponderante é para tratamento.

Por outro lado, analisando a questão sob uma perspectiva holística, entendendo a doença e a conseqüente necessidade de mudança de hábitos como uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal, cria-se um espaço para a Educação Nutricional. Numa ótica positivista, dislipidemia ou hipertensão arterial são doenças que devem ser tratadas. O paciente recebe uma orientação nutricional que se constitui numa dieta que ele segue alguns dias para reverter o quadro. Os hábitos e o estilo de vida não são questionados.

Os trabalhos em grupo - diabetes, hipertensão - até têm uma proposta teórica mais totalizadora, entretanto o pensamento positivista em relação ao tratamento da doença é dominante; o aspecto social fica excluído na medida em que não é objeto de trabalho específico de ninguém e cada membro da equipe dispõe de um tempo exíguo para trabalhar a sua parte. A busca de um sentido para os problemas vivenciados e a organização das pessoas para buscarem coletivamente soluções para seus problemas, o que efetivamente contribuiria para que os participantes dos grupos conseguissem integrar a experiência da doença, recuperando um estado relativo de equilíbrio e harmonia, alcançando assim a assimilação do fator doença dentro de um projeto positivo de vida, requer uma formação que poucos profissionais têm. Além disso, a prática multidisciplinar não se desenvolve numa visão dialética. Prevalece a visão tradicional (ver esquema à página 167), cada elemento da equipe fazendo a sua parte e “respeitando o campo do outro”.

A Educação Nutricional tem hoje um papel na promoção da Saúde, na prevenção de doenças e na recuperação da saúde; fragmentos dela são desenvolvidos por médicos e enfermeiros como orientação nutricional, porém não existe uma preocupação efetiva com a educação.

Afinal, quem é o responsável pelo hábito alimentar que leva a uma saúde boa ou má ? Esta questão levantada por ACHTERBERG & TREKNER (1990), já mencionada no item terceiro da Introdução, merece resposta. Retomando a questão dos momentos de universalidade, particularidade e singularidade das instituições no pensamento de LOURAU (1975) e a dimensão da universalidade, regionalidade e individualidade do discurso filosófico da educação segundo MORAIS (1989), podemos sugerir algumas respostas : em primeiro lugar, o hábito alimentar tem uma dimensão social advinda do modo de produção da sociedade, das inserções e das relações dos indivíduos no mercado de trabalho e da classe social a que pertencem; em segundo lugar, ele tem aspectos que contradizem os aspectos universais, aspectos estes que advem da história pessoal de cada indivíduo; em terceiro lugar, os problemas alimentares não são nem só universais e nem só individuais - eles precisam ser analisados dialeticamente na sua singularidade.

Nesta pesquisa eu me ative às ações de Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde, e a experiência foi desenvolvida em dois serviços com suas características específicas. Não é possível, portanto, tirar desta experiência, conclusões sobre a Educação Nutricional voltada a outros campos, como, por exemplo, escolas. Mas é muito pertinente afirmar, a partir desta experiência, que as Organizações de Saúde têm uma responsabilidade nesta área porque existe uma demanda para a Educação Nutricional por problemas de saúde, além de uma demanda espontânea, de pessoas que tem uma preocupação com a alimentação mesmo sem ter problemas de saúde. Esta é uma demanda relevante tendo em vista a importância da alimentação como fator de risco para doenças crônico-degenerativas (WHO..., 1990)

É evidente que o campo da Educação Nutricional transcende muito a experiência aqui relatada. Dentro dos Serviços Públicos de Saúde, por exemplo, é prioritário estudar o papel da Educação Nutricional junto aos programas materno-infantis. Acredito haver aí um espaço para uma Educação Nutricional que se constitua num *“amplo processo de desenvolvimento da pessoa”* - mãe/criança (L'ABBATE, 1992), que torne essas mulheres-mães *“mais capazes de conhecer os elementos de sua situação para intervir nela transformando-a”* (SAVIANI, 1991),

que busque fazer-se conscientizadora. Como concretizar esta tarefa é o desafio que se impõe hoje à Educação Nutricional, enquanto campo de pesquisa e prática profissional.

É incontestável o fato de que a Educação Nutricional retorna do exílio. Resta discutir que encaminhamento se dará a ela agora. A formação de nutricionistas exige o desenvolvimento da competência nesta área, mas também a promessa honesta de campo de trabalho. Se o profissional nutricionista foi definido na Lei 8.234/91 como profissional de saúde, compete à categoria e às suas instâncias representativas envidar esforços no sentido de construir uma nova realidade para o exercício da profissão e para o cidadão que busca auxílio neste campo.

IV. Conclusões

Em um trabalho no qual se emprega o método da pesquisa-ação, os resultados podem ser considerados sempre provisórios (HAGUETTE, 1995), pois a finalidade dele é saber mais sobre a realidade para agir sobre ela, transformando-a.

A finalidade precípua deste estudo foi discutir a implementação de atividades de educação nutricional por intermédio da visão de médicos e enfermeiros que atuam na linha de frente de serviços públicos de saúde, porém as análises feitas levaram a algumas conclusões que transcenderam os objetivos iniciais.

Assim, os itens foram dispostos de forma a expor primeiramente as quatro conclusões referentes à implementação de atividades de educação nutricional nos serviços de saúde. Em seguida, vêm as conclusões relativas à percepção dos problemas alimentares, bem como da influência do cotidiano pessoal sobre ela, influência das instituições formadoras e instituições profissionais. A seguir, as conclusões de números X a XIII referem-se à percepção da necessidade de intervenção do profissional nutricionista neste campo, e, finalmente, duas conclusões referentes ao ensino de nutrição nos cursos superiores da área da saúde e ao ensino de Educação Nutricional.

I. A Educação Nutricional deve estar presente em todos os níveis de atenção à saúde.

II. Programas de Educação Nutricional são necessários para enfrentar o atual quadro de morbi-mortalidade da população que tende a agravar-se pela tendência que vem sendo observada nos padrões de consumo de alimentos.

III. Há receptividade, interesse e necessidade social de ações de Educação Nutricional, porém inexistente o espaço institucional, entendido por cargos e funções nas Organizações de Saúde.

IV. O problema da fome no Brasil não é bem compreendido. A visão dos entrevistados sobre o tema dá indícios de que a “Ação da Cidadania contra a Miséria e pela Vida” falhou ao permitir que a “campanha do Betinho” se resumisse a um ativismo de arrecadação e distribuição de alimento sem desencadear a discussão do problema social em si junto à população.

V. Existe dificuldade dos profissionais de saúde para lidar com problemas alimentares, quer sejam dos pacientes, quer sejam próprios. É imprescindível a busca através da pesquisa de métodos e técnicas que façam “emergir” tais problemas, permitindo assim a busca de soluções para o seu enfrentamento.

VI. Os problemas alimentares existem independentemente dos problemas clínicos. Podem ser gerados por problemas clínicos, emocionais ou sociais, podem causar problemas clínicos ou emocionais e podem existir na ausência de ambos. O seu estudo é necessário para permitir o desenvolvimento de métodos e técnicas mais apropriados para abordá-los na educação nutricional, podendo constituir-se em linha de pesquisa.

VII. Médicos e enfermeiros têm dificuldade em identificar problemas alimentares. Frequentemente, tendem a considerá-los como uma questão do cotidiano, cujo tratamento foge aos objetivos dos serviços de saúde, ou a confundi-los com problemas econômicos, atribuindo sempre a estes a causa dos problemas alimentares de modo geral.

VIII. Médicos e enfermeiras têm formação deficiente em nutrição. As enfermeiras, embora tenham cursado uma disciplina específica sobre nutrição durante a graduação, consideram que este ensino foi insatisfatório. Elas contentam-se, menos do que os médicos, com os conhecimentos que possuem, julgando-os, em geral, insatisfatórios.

IX. As instituições profissionais estão alheias às questões de nutrição e alimentação, salvo o caso específico de algumas sociedades científicas cujo objeto de estudo tem uma relação muito direta com a nutrição.

X. O nutricionista é o profissional habilitado por formação para desenvolver programas e ações de Educação Nutricional e este fato é reconhecido pelas equipes e pelos usuários dos serviços, além de existir um dispositivo legal para respaldá-lo.

XI. A possibilidade de atuação do nutricionista em relação à equipe fica muito prejudicada pela própria dinâmica organizacional dos serviços de saúde que privilegia o trabalho individual, o atendimento individual e o autoritarismo nas relações hierárquicas.

XII. Os nutricionistas precisam empreender uma luta corporativa no sentido de criar o espaço institucional, com base na lei que regulamenta a profissão. Essa luta tem importância social, na medida em que a sociedade necessita deste trabalho e essa necessidade é pouco reconhecida nas instâncias administrativas e governamentais.

XIII. A realidade da atuação do nutricionista precisa ser mais estudada. Procurar desvelar como se dá a atuação deste profissional nos vários campos, qual é o uso que este profissional efetivamente faz do conhecimento técnico desenvolvido nos cursos de graduação, quais os óbices à sua atuação plena, são tarefas que dizem respeito ao campo da sociologia do conhecimento. O referencial teórico utilizado no presente estudo pode embasar pesquisas nesta área que muito viriam a enriquecer o ensino de nutrição e a aplicação dos conhecimentos na prática profissional.

XIV. A questão do ensino de nutrição nos cursos superiores da área da saúde precisa ser discutida em todos os níveis - Ministério da Educação, Universidades e Sociedades Científicas.

XV. O “exílio” pelo qual passou a Educação Nutricional ao longo de vinte anos não foi apenas das organizações e serviços, mas também do âmbito acadêmico, pois não há pesquisas e estudos desenvolvendo e aperfeiçoando teorias e métodos. É necessário investir em pesquisas neste campo e no aprimoramento dos profissionais que nele militam. Além disso, é imprescindível que os docentes que ministram esta disciplina nos cursos de graduação tenham formação específica na área.

“A existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os homens transformam o mundo. Existir, humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles um novo pronunciar.”

Paulo Freire

V. Considerações Finais

Algumas considerações concernentes ao trabalho devem ser feitas agora, no sentido de avaliar sua trajetória e, analisando-o prospectivamente, procurar traçar diretrizes de ação que possam, enfim, fazer jus à opção teórica do trabalho, cujo enfoque sociológico pressupunha uma proposta de interferir na realidade para modificá-la. Estas considerações serão feitas sob três ângulos: avaliando a consecução dos objetivos do trabalho, traçando linhas norteadoras que permitam embasar ações futuras e avaliando o próprio método empregado.

Em relação aos objetivos propostos é possível concluir que todos eles foram alcançados. Acredito que a leitura das quase 150 páginas nas quais os resultados foram apresentados e discutidos, permite ao leitor conhecer a percepção que os médicos e os enfermeiros entrevistados têm a respeito de Educação Nutricional, bem como seu posicionamento frente a estas práticas.

Com base na experiência realizada nos dois serviços pode-se dizer que a maioria dos médicos e enfermeiros não foi espontaneamente receptiva ao trabalho. Entretanto, a partir da abertura que a Organização dá e que alguns médicos e enfermeiros pessoalmente dão, o trabalho pode ser desenvolvido sem grandes obstáculos.

Os médicos entrevistados conhecem pouco sobre Nutrição e, de forma geral, não dão importância à alimentação, a menos que ela esteja diretamente relacionada ao motivo da consulta, ou quando a sua especialidade o leva a defrontar-se com problemas alimentares dos pacientes exigindo dele respostas satisfatórias. Entretanto, via de regra, não identificam problemas alimentares, pois as concepções que têm limitam-se à existência ou não de dietas específicas para determinadas doenças. Não percebem o espaço para ações educativas, que não se limitam à orientação de dietas, mas têm por objetivo auxiliar os clientes a solucionarem problemas alimentares, estejam estes ou não associados à necessidade de dieta especial. Para os médicos, Educação Nutricional é um conceito abstrato, ao qual eles atribuem certo valor, porém destituído de meios para aplicação. Os enfermeiros percebem melhor o espaço para as ações educativas e chegam a elaborar críticas muito objetivas em relação a métodos e técnicas empregados.

A percepção que o médico e o enfermeiro têm da necessidade do paciente ser ajudado a modificar seus hábitos alimentares é fortemente influenciado pela cotidianidade, ou seja, pela maneira como se lida com a alimentação no próprio cotidiano. O profissional que se preocupa

com esta questão na vida pessoal, o que por sua vez resulta mais da educação familiar e das experiências de vida do que do ensino formal, tende a ser mais receptivo aos problemas alimentares dos pacientes.

A influência das instituições formadoras sobre os conceitos emitidos pelos entrevistados se deu muito mais pelo menosprezo e desconsideração dispensado à Nutrição, tanto nos cursos de Medicina nos quais ela não estava inserida no currículo, como nos de Enfermagem, nos quais ela foi ministrada como disciplina, mas não deixou nos alunos impressão favorável.

As Instituições profissionais mostram-se muito ausentes desta questão. Em algumas especialidades verifica-se um interesse, desde que a Nutrição possa se transformar em técnica de tratamento a ser empregada pelo médico. Pode-se afirmar que a questão nutricional, enquanto afeita às práticas alimentares é vista como pertinente à esfera do cotidiano e não à esfera científica.

Passando às questões norteadoras de ações futuras, e tendo em vista a importância da Nutrição como arcabouço da saúde e sua influência em todos os processos fisiológicos, há necessidade dos profissionais da área envidarem esforços no sentido de incorporar o seu ensino ao currículo médico e mantê-lo no currículo de Enfermagem a despeito dele ter sido recentemente subtraído do currículo mínimo deste curso. A história revelará os resultados que advirão desta perda.

No campo da pesquisa, a sociologia constitui um instrumento de inestimável valor para auxiliar os pesquisadores em Nutrição e os nutricionistas a desvendarem caminhos de aplicação do conhecimento, construir relações profissionais mais sólidas e estabelecerem com mais objetividade os limites e as possibilidades de suas ações profissionais. A pesquisa em Nutrição e atuação do nutricionista poderiam estar muito mais disponíveis para outros profissionais e para a sociedade se houvessem estudos nessa linha.

Os métodos qualitativos constituem um recurso excelente para a pesquisa em Educação Nutricional, particularmente para o desenvolvimento de uma linha de pesquisa sobre problema alimentar. A teoria das representações sociais representa um avanço em relação aos estudos de

conhecimento, atitudes e práticas alimentares, pois permite trazer à luz o aspecto simbólico da alimentação que permeia a sua cotidianidade.

Vislumbra-se aí, portanto, três linhas de pesquisa: sociologia do conhecimento aplicada à atuação profissional do nutricionista, sociologia da ciência aplicada à ciência da Nutrição e pesquisa de problemas alimentares através de métodos qualitativos subsidiando ações educativas.

Por mais bem fundamentada tecnicamente que esteja uma proposta de trabalho, a sua incorporação terá sempre que enfrentar uma disputa de poder. Por isso, parece caber realmente aos nutricionistas empreender uma luta corporativa no sentido de abrir caminhos institucionais para o exercício do trabalho de Educação Nutricional. Acredito, hoje, com base no trabalho desenvolvido, na opinião dos entrevistados, nas leituras feitas e na reflexão profunda a respeito, que este trabalho é muito necessário, porém que o reconhecimento disto não advirá de ações técnicas isoladas. A mobilização da categoria, amparada por suas instâncias representativas é fundamental. Não se trata de uma mobilização corporativa visando apenas o interesse da categoria, mas uma mobilização corporativa apoiada na convicção da importância social do seu trabalho.

Finalmente, mediante a avaliação de resultados e o desvendamento de questões norteadoras para trabalhos futuros, abre-se um espaço para avaliar o método empregado. Sendo um método por meio do qual se buscava encontrar caminhos para intervir na realidade e modificá-la, entendo que ele foi eficaz, à vista das conclusões e das questões norteadoras a que pude chegar através dele. Elas são suficientemente objetivas para embasar trabalhos futuros.

Em relação à ação local, isto é, nos Serviços de Saúde onde o trabalho foi desenvolvido, ele tem sido útil porque mediante as conclusões a que cheguei encontro mais e melhores argumentos para discutir as propostas educativas com outros profissionais, o que favorece o trabalho em equipe. Conhecer a visão de outros sobre as questões que julgamos dominar, compreendê-la, respeitá-la, entendendo as razões pelas quais elas são tão diferentes da visão que construímos através da nossa formação (e talvez deformação...) profissional é condição fundamental ao exercício profissional em equipe multidisciplinar.

Com relação aos entrevistados, percebo, no dia-a-dia, que a experiência de ter sido sujeito desta pesquisa os levou a refletir mais sobre Nutrição, a respeitar mais o nutricionista. Se o processo parar aqui, possivelmente daqui a algum tempo tudo poderá ser esquecido. Mas o processo pode ter desdobramentos a partir deste trabalho.

Um aspecto que precisa ser comentado é o grande número de horas em que o pesquisador permanece nas Organizações desenvolvendo o trabalho técnico e realizando, concomitantemente, a pesquisa participante. A riqueza desta experiência em muitos momentos conflita com a necessidade do pesquisador dedicar-se mais ao trabalho teórico. Este conflito foi superado em todos os momentos em que ele se instaurou, mas é algo que deve ser previsto num trabalho de pesquisa-ação.

Posso dizer enfim que este trabalho serviu para incorporar num tecido contínuo as experiências passadas, a pesquisa atual e os projetos futuros, dando à minha trajetória profissional um sentido que além de clarear as razões dos fracassos e dos sucessos, poderá talvez contribuir para tornar mais nítido o caminho a ser percorrido por aqueles que acreditam na importância social da Educação Nutricional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHTERBERG, C. Contexts in Context. **J. Nutr. Educ.**, 20: 180-184, 1988a.
- ACHTERBERG, C. A perspective on nutrition education research and practice. **J. Nutr. Educ.**, 20: 240-3, 1988b.
- ACHTERBERG, C. & CLARK, K.L. A retrospective examination of theory use in nutrition education. **J. Nutr. Educ.**, 24: 227-33, 1992.
- ACHTERBERG, C. & TREKNER, L.L. Developing a working philosophy of nutrition education. **J. of Nutr. Educ.**, 22: 189-93, 1990.
- ALVES, E.L. Nível alimentar, renda e educação. **Rev., ABIA/SAPRO**, (30): 17-44, 1977.
- ALVES, A.R. **Conversas com quem gosta de ensinar**. 8ª ed. São Paulo, Cortez, 1984.
- AMATUZZI, M.M. **O resgate da fala autêntica**. Campinas, Papirus, 1989.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position paper: Nutrition - an essencial component of medical education. **J. Am. Diet. Assoc.**, 94: 55-7, 1994.
- BARBOSA, A.J. Evolução histórica dos cursos de nutrição. **Alim. Nutr.**, 4 (11): 52-4, 1983.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Editora. 70, s.d.
- BARLOW, D. H. & TILLOTSON, J.L. Behavioral science and nutrition: a new perspective **J. Am. Diet. Assoc.**, 72: 368-71, 1978.
- BARRETO, M.L. & CARMO, E.H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: Monteiro, C.A., org. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo, HUCITEC, 1995. p. 7-30.

- BEHAR, M. Analisis critico de los programas de nutrición aplicada en America Latina. **Rev. Nutr. PUCCAMP**, 4: 9-24, 1991.
- BERGER, P.L. & LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis, Vozes, 1985.
- BERLINGER, G. **A doença**. São Paulo, HUCITEC, 1988.
- BLOOM, B.S. et al. **Taxionomia de objetivos educacionais**. 6ª ed. Porto Alegre, Globo, 1979v.2: Domínio afetivo.
- BLOOM, B.S. et al. **Taxionomia de objetivos educacionais**. 8ª ed. Porto Alegre, Globo, 1983v.1: Domínio cognitivo.
- BOOG, M.C.F. Estágios de nutrição aplicada em comunidades periféricas I - Aspectos comunitários. **Alim. Nutr.**, 7 (32): 37-41, 1987a.
- BOOG, M.C.F. Estágios de nutrição aplicada em comunidades periféricas II - Aspectos acadêmicos. **Alim. Nutr.**, 7 (32): 42-4, 1987b.
- BOOG, M.C.F. et al. Reestruturação do projeto pedagógico: curso de Nutrição da PUCCAMP. **Rev. Nutr. PUCCAMP**, 1: 7-23, 1988a.
- BOOG, M.C.F. et al. Situação profissional dos nutricionistas egressos da PUCCAMP 1. Áreas de atuação, estabilidade, abandono da profissão, desemprego. **R. Nutr. PUCCAMP** 1: 87-138, 1988b.
- BOOG, M.C.F. et al. Ensino de Nutrição nos cursos de medicina e enfermagem no Estado de São Paulo I - Cursos de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, 8 (4), 1995 (no prelo).

- BOSLEY, B. Nutrition education. In: Beaton, G.H. & Bengoa, J.M. **Nutrition in preventive medicine - the major deficiency syndromes, epidemiology, and approaches to control.** Geneva, World Health Organization, 1976. p. 276-96. (WHO Monograph Series, 62).
- BOTOMÉ, S.P. & SANTOS, E.U. Ensino na área da saúde: o problema do objeto de trabalho. **Ciênc. Cult.**, 36: 910-23, 1983.
- BRANDÃO, C.R. **O que é educação.** 26a ed. São Paulo, Brasiliense, 1991.
- BRUN, J.K. & GILLESPIE, A.H. Nutrition education research: past, present and future. **J. Nutr. Educ.**, 24: 220-1, 1992.
- BURGESS, A. & DEAN, R.F.A. Educacion nutricional. In.: Organización Panamericana de la Salud. **La malnutricion y los hábitos alimentários.** Washington D.C., 1963. p. 106-26. (OPAS - Publicación Científica, 91)
- CAMARGO, R.M.S. & VEIGA, G.V. Ambulatório de Nutrição: uma experiência no hospital universitário Júlio Müller - Cuiabá, Mato Grosso. **Medicina**, 22 (47): 28-35, 1989.
- CAMPINO, A.C.C. **Economia da alimentação e nutrição - noções básicas.** São Paulo, Instituto de Pesquisas Econômicas, 1985.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação.** São Paulo, Cultrix, 1982.
- CARVALHO, M.J. et al. Projeto de implantação do serviço de nutrição no Hospital Universitário de João Pessoa. **Alim. Nutr.**, 5 (17): 47 50, 1984.
- CASTRO, C.M. & PELIANO, A.M. Novos alimentos, velhos hábitos e o espaço para ações educativas. In: Castro, C.M. & Coimbra, M. **O problema alimentar no Brasil.** São Paulo, ALMED, 1985. p. 195-213.
- CASTRO, J. **Geografia da fome.** 10ª ed. Rio de Janeiro, Antares, 1983.

CERQUEIRA, M.T. Educacion en nutricion: metas e metodologia. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, 99: 498-509, 1985.

CHERY, A. et al. Nutrition knowledge and misconceptions of university students: 1971 vs. 1984. **J. Nutr. Educ.**, 19: 237-41, 1987.

COITINHO, B.C. et al. **Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos.** Brasília, Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1991.

COMITE DE EXPERTOS DA LA OMS SOBRE FUNCIONES DEL SECTOR SALUD EN MATERIA DE ALIMENTACION Y NUTRICION, Ginebra, 1981. **Informe.** Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981. (OMS - Série de Informes Técnicos, 667)

COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS SOBRE PREVENCION EN LA NINEZ Y EN LA JUVENTUD DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DEL ADULTO, Ginebra, 1988. **Informe.** Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990. (OMS - Série de Informes Técnicos, 792)

COSTA, D. **Alimentação e progresso.** 2ª ed. Rio de Janeiro, SAPS, 1963.

COSTA FILHO, D.C. & PIMENTA, A.L. **Saúde para todos - desafio ao município.** São Paulo, HUCITEC, 1988.

CURY, J. Uma apresentação. In: Vasconcelos, E. **Educação popular nos serviços de saúde já.** São Paulo, HUCITEC, 1991. p. 11-4

DANISH, S.J. The anatomy of a dietetic counseling interview. **J. Am. Diet. Assoc.**, 75: 626-30, 1975.

DAVIS, C. & OLIVEIRA, Z. **Psicologia na educação.** 3ª ed. São Paulo, Cortez, 1991.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais.** 2ª ed. São Paulo, Atlas, 1989.

- DRUMMOND, T. **Using the method of Paulo Freire in nutrition educations: an experimental plan for community action in northeast Brazil.** Ithaca, Cornell University, 1975 [Cornell Internacional Nutrition Monograph Series, 3]
- DUARTE Jr., J.F. **O que é realidade.** São Paulo, Brasiliense, 1993.
- ESCOREL, S. Exclusão social - fenômeno totalitário na democracia brasileira. **Saúde Soc.**, 2: 41-58, 1993.
- EVANS, R.J. & HALL, Y. Social-psychologic perspective in motivating changes in eating behavior. **J. Am. Diet. Assoc.**, 72: 378-83, 1978.
- FAZENDA, I., org. **Metodologia da pesquisa educacional.** 3ª ed. São Paulo, Cortez, 1994.
- FERGUSON, J. Dietitians as behavior - change agents. **J. Am. Diet. Assoc.**, 73: 231-8, 1978.
- FINN, S.C. & FOLTZ, M.B. Image and role of the consultant dietitian in long term care: results from a survey of three midwestern states. **J. Am. Diet. Assoc.**, 91: 788-92, 1991.
- FRANKLE, R.T. Nutrition education for medical students. I. What is it? Where has it been? Why should it be taught? **J. Am. Diet. Assoc.**, 68: 513-9, 1976.
- FREIRE, P. **Educação e mudança.** 10ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 14ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- FREITAG, B. **Estado, escola e sociedade.** São Paulo, EDART, 1978.
- FREITAS, M.C.S. Fome endêmica: prognóstico. **R. Nutr. PUCCAMP**, Campinas, 6: 77-96, 1993.
- GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire.** 2ª ed. São Paulo, Scipione, 1991.

GADOTTI, M. **Pensamento pedagógico brasileiro**. 6ª ed. São Paulo, Ática, 1995.

GADOTTI, M., org. **Paulo Freire - uma biobibliografia**. São Paulo, Cortez / Instituto Paulo Freire; Brasília, UNESCO, 1996.

GARCIA, R.W. Um enfoque simbólico do comer e da comida. **Rev. Nutr. PUCCAMP**, 6: 70-80, 1992.

GILBOY, M.B. Multiple factors affect dietitian's counseling practices for high blood cholesterol. **J. Am. Diet. Assoc.**, 94: 1278-83, 1994.

GILLESPIE, A.H. & BRUN, J.K. Trends and challenges for nutrition education research. **J. Nutr. Educ.**, 24: 222-6, 1992.

GREENE, G. & YESENOSKY, J. Preparing nutrition counselors: perceptions of dietetic students in a counseling practicum. **J. Am. Diet. Assoc.**, 90: 274-6, 1990.

GRIFITH, W.H. The scope of nutrition. **Fed. Proc.** 66: 153-7, 1967.

GUTHRIE, H.A.W.O. Atwater memorial Lecture: the many faces of nutrition education. **J. Nutr. Educ.**, 21: 226-32, 1989.

HACKNEY, H. & NYE, S. **Aconselhamento: estratégias e objetivos**. São Paulo E.P.U., 1977.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4ª ed. Petrópolis, Vozes, 1995. p. 111-46: A pesquisa-ação.

HAUCHECORNE, C.M. et al. Evaluation of nutrition counseling in clinical settings: do we make a difference? **J. Am. Diet. Assoc.**, 94: 437-40, 1994.

HEIMBURGER, D.C. et al Dietary habits of first year medical students assessed during clinical nutrition course. **Nutrition** 10: 214-21, 1994.

- HOLLI, B.B. & CALABRESE, R.J. **Communication and education skills: the dietitian's guide.** Philadelphia, Lea & Febiger, 1986.
- JAPIASSU, H. **Introdução ao pensamento epistemológico.** 3ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1979.
- JELLIFFE, D.B. **La nutrición infantil en las zonas tropicales y sub-tropicales.** Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1970 p. 236-74: Enseñanza de la Nutrición: consideraciones generales. (OMS - Série de Monografias, 29)
- JELLIFFE, E.F.P. Nutrition education and the planning process. In: McLaren, D.S. **Nutrition in the community: a critical look at nutrition policy, planning and programs.** Chichester, John Wiley and Sons, 1983. p. 103-24.
- JORGE, I.M.G. Atuação do nutricionista no atendimento ambulatorial de adolescentes **Alim. Nutr., 4 (13): 54-5, 1983.**
- KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública, 21: 200-10, 1987.**
- KITAYAMA et al. Pesquisa de opinião sobre o atendimento ambulatorial por nutricionistas. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo, 5: 21-6, 1995.**
- L'ABBATE, S. Fome e desnutrição: os descaminhos da política social. São Paulo, 1982. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP].
- L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil 1. Período de 1940 a 1964. **Rev. Nutr. PUCCAMP, 1: 87-138, 1988.**
- L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil 2. A partir dos anos setenta. **Rev. Nutr. PUCCAMP, 2: 7-54, 1989.**

L'ABBATE, S. O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projetos de política de saúde em Campinas, São Paulo, 1990 [Tese de Doutorado - Departamento de Sociologia do IFLCH da USP].

L'ABBATE, S. et al. A educação em saúde como um exercício de cidadania. *Saúde em Debate* (37): 81-5, 1992.

LAPASSADE, G. *Grupos, organizações e instituições*. São Paulo, Francisco Alves, 1977.

LIMA, G.Z. *Saúde escolar e educação*. São Paulo, Cortez, 1985.

LING, L. et al. Guidelines for diet counseling. *J. Am. Diet. Assoc.*, 66: 571-5, 1975.

LOTUFO, P.A. & LOLIO, C.A. Tendências de evolução da mortalidade por doenças cardiovasculares: o caso do Estado de São Paulo. In: Monteiro, C.A., org. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças*. São Paulo, HUCITEC, 1995. p. 279-88.

LOURAU, A. A análise institucional. Petrópolis, Vozes, 1975. p. 9-18: Introdução.

LÜDKE, M. & ANDRE, M.E.D.A. *Pesquisa em educação*. São Paulo, E.P.U., 1986.

LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

MAHONEY, M.J. & CAGGIULA, A.W. Applying behavioral methods to nutrition counseling. *J. Am. Diet. Assoc.*, 72: 372-7, 1978.

MARCONDES, R. *Educação em Saúde Pública: conceituação, objetivos e princípios*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1979. [apostila da Disciplina Educação em Saúde Pública]

MARTINS, C.B. *O que é sociologia*. 32ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1993.

MONTEIRO, C.A. et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro, C.A., org. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo, HUCITEC, 1995. p. 247-255.

MORAIS, J.F.R. de. **O que é ensinar**. São Paulo, EPU, 1986.

MORAIS, J.F.R. de. Discurso humano e discurso filosófico. In: Moraes, R. de, org. **Filosofia, educação e sociedade: ensaios filosóficos**. Campinas, Papirus, 1989. p. 117-33.

MOTTA, D.G. Educação nutricional - educação em saúde: uma reflexão. **Rev. Ciênc. Tecnol.**, 2: 74-8, 1993.

MOTTA, D.G. & BOOG, M.C.F. **Educação nutricional**. São Paulo, IBRASA, 1984.

MOTTA, D.G. & BOOG, M.C.F. **Educação nutricional**. 2ª ed. São Paulo, IBRASA, 1988.

MOURA, E.C. O papel do nutricionista na equipe de saúde na rede de atenção primária. **Aliment. Nutr.**, 7 (29): 41-4, 1987.

MUSHKIN, S.J. La nutricion y los resultados de la educacion. In: Klein, R.E. et al., eds. **Evaluación del impacto de los programas de nutricion y de salud**. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1982. p. 141-59. (OPAS - Publicación Científica, 432)

NAJAS, M.S. et al. Tratamento dietético da obesidade. **Rev. Nutr. PUCCAMP**, 5: 143-56, 1992.

NOGUEIRA, M.J. de C. Abordagem holística: uma proposta para a enfermagem brasileira In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 37., Olinda, 1985. **Anais**. Olinda, 1985.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Pautas para capacitar a los agentes de salud comunitários en nutrición**. 2ª ed. Ginebra, OMS, 1988.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Pautas para capacitar en nutrición a trabajadores comunitarios de salud.** Washington D.C., 1983. (OPAS - Publicación Científica, 457)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Unidades didácticas de nutrición.** Washington D.C., 1990 (OPAS - Publicación Científica, 528)

ORKOW, B.M. & ROSS, J.L. Weight reduction through nutrition education and personal counseling. **J. of Nutr. Educ.**, 7: 65-7, 1975.

OSHAUG, A. et al. **Educational handbook for nutritionists.** Geneva, World Health Organization, 1988.

OSHIRO, J.H. Educação para a saúde nas instituições de saúde pública. São Paulo, 1988. [Dissertação de mestrado em Filosofia da Educação - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

OWEN, A.L. et al. Counseling patients about diet and nutrition supplements. **Nurs. Clin. North Am.**, 14: 247-68, 1979.

PAIVA, V. Anotações para um estudo sobre populismo católico e educação no Brasil. In: Paiva, V. **Perspectivas e dilemas da educação popular.** 2ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986. p. 227-65.

PATTISON, M. et al. **Ensañanza de la nutrición,** México D.F., Reverté, 1960.

PEREIRA, I.M.T.B. et al. Percepção do médico-chefe a respeito de atividades educativas em postos de assistência médica. **Rev. Saúde Pública**, 25: 306-14, 1991.

PILON, A.F. Desarrollo de la educación en salud - una actualización de conceptos. **Rev. Saúde Pública**, 20: 391-6, 1986.

- PILON, A.F. Educação, saúde e vivência. **Rev. Bras. Saúde Esc.**, 1: 27-34, 1990a.
- PILON, A.F. Muito além da problematização: visão conceitual e proposta metodológica. **Rev. Bras. Saúde Esc.**, 1: 27-34, 1990b.
- QUEIROZ, M.I.P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. 2ª ed. São Paulo, CERU/FFLCH/USP, 1983. (Col. Textos, 4).
- REBOUL, O. **Filosofia da educação**. São Paulo, Nacional/EDUSP, 1974.
- RITCHIE, J.A.S. **Buenos hábitos en la alimentación - métodos para inculcarlos al publico**. Roma, Food and Agriculture Organization, 1951. (FAO: Estudios sobre nutrición, 6)
- RITCHIE, J.A.S. **Estudemos la nutrición**. Roma, Food and Agriculture Organization, 1968. (FAO: Estudios sobre nutrición, 20)
- ROACH, R.R. et al. Improving dietitians' teaching skills. **J. Am. Diet. Assoc.**, 92: 1466-1473, 1992.
- ROGERS, C. **Liberdade para aprender**. Belo Horizonte, Interlivros, 1973. p. 257-73: O objetivo - a pessoa em pleno funcionamento.
- SÁ, C.P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink, M.J., org **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo, Brasiliense, 1993. p. 19-45.
- SANTOS, J.C. & GAMBOA, S.S. **Pesquisa educacional: quantidade - qualidade**. São Paulo, Cortez, 1995.
- SAVIANI, D. **Escola e democracia**. São Paulo, Cortez, 1984.
- SAVIANI, D. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. 10ª ed. São Paulo, Cortez, 1991. p. 39-44: Valores e objetivos da educação.

- SCIALABRA, M.A. Functions dietetic personal in ambulatory care. **J. Am. Diet. Assoc.**, 67: 545-52, 1975.
- SERAVALLE, L. Terapias alternativas - experiência da UNICAMP. Campinas, 1991. [Conferência proferida no 43º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Curitiba, 1991.]
- SILVA, M.H.G.G. et al. Dietoterapia ambulatorial: experiência de dois anos. **Alim. Nutr.**, 5 (20): 50-2, 1984.
- SOUZA, H. de. **Veja, 25 anos: reflexões para o futuro**. São Paulo, Editora Abril, 1993. p. 14-21.
- STEFANINI, M.L.R. Programas de suplementação alimentar: uma reflexão sobre o assunto. São Paulo, 1986. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla, V.V. & Stotz, E.N. **Participação popular, educação e saúde**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993. p. 11-22
- SULLIVAN, B.J. et al. Nutrition education and counseling: knowledge and skill levels expected by dietetic entershhip directors. **J. Am. Diet. Assoc.**, 90: 1418-22, 1990.
- TAKAHASHI, C. & LIMA, I.N. Abordagem ambulatorial do nutricionista em hospital-escola pediátrico. **Alim. Nutr.**, 4 (13): 50-2, 1983.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo, Cortez, 1992.
- THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 3ª ed. São Paulo, Polis, 1982.
- TRUDEAU, E. & DUBÉ, L. Moderators and determinants of satisfaction with diet counseling for patients consuming a therapeutic diet. **J. Am. Diet. Assoc.**, 95: 34-9, 1995.
- ULSON, G. **O método junguiano**. São Paulo, Ática, 1988.

VALENTE, F.L.S. **Fome e desnutrição - determinantes sociais.** São Paulo, Cortez, 1986. p. 66-94: Em busca de uma educação nutricional crítica.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**, 2ª ed. São Paulo, HUCITEC, 1991.

VASCONCELOS, F.A.G. Delimitação da prática profissional do nutricionista em saúde coletiva. **Alim. Nutr.**, 10 (47): 25-32, 1990.

WHAPEA, A. & HARRIS, J. Combining traditional and nontraditional approaches to nutrition counseling. **J. Am. Diet. Assoc.**, 93: 797-800, 1993.

WHO STUDY GROUP ON DIET, NUTRITION AND PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES, Geneva, 1989. **Report.** Geneva, World Health Organization, 1990. (WHO - Technical report series, 797).

WILLIAMS, T. et al. **Alimentos, medio ambiente y salud.** Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991.

WINICK, M. Nutrition education in medical schools. **Am. J. Clin. Nutr.**, 58: 825-7, 1993.

Anexo I - Roteiro da Entrevista

Roteiro da Entrevista

- 1 - Como você avalia o preparo que a faculdade lhe deu para lidar com as questões relativas à alimentação e nutrição?
- 2 - Como você elaborou o conhecimento sobre Nutrição que você tem hoje? Qual foi a contribuição relativa do curso de graduação, do estudo particular, da experiência pessoal e da experiência profissional?
- 3 - Como se dá a abordagem das questões relativas à alimentação e nutrição nas suas consultas e quais as dificuldades que você encontra na prática?
- 4 - Qual é a avaliação que você faz do tipo de atendimento que recebem os pacientes de SUS, convênios e de clínicas particulares com problemas de alimentação?
- 5 - O que as expressões Educação Nutricional e Orientação Nutricional significam para você?
- 6 - Qual é a responsabilidade dos Serviços de Saúde nessa área?
- 7 - Que responsabilidades e ações competiriam aos vários profissionais de saúde em relação ao desenvolvimento de atividades de Educação Nutricional e Orientação Nutricional?
- 8 - A prevalência de doenças crônico-degenerativas e a mortalidade por essas doenças vem aumentando na população brasileira. A prevalência de obesidade dobrou em 15 anos, de 1975 a 1990. Considerando que a alimentação tem relação com a obesidade e com as doenças crônico-degenerativas de modo geral, na sua opinião, que medidas deveriam ser tomadas em relação a esse fato?
- 9 - Qual é a visão que os membros de sua categoria profissional e as Instituições ligadas a sua profissão - Conselhos, Associações Profissionais, Científicas, etc - têm a respeito das questões relativas à alimentação e nutrição?

10 - Na sua opinião, porque até hoje o trabalho do profissional nutricionista não foi incorporado aos Serviços de Saúde?

11 - Que avaliação você faz da qualidade da sua alimentação e da alimentação da sua família?

12 - Você, ou alguém de sua família, tem ou já teve algum problema relativo à alimentação? Como ele foi ou vem sendo solucionado? Houve uma orientação profissional? Como você avalia a orientação recebida?

13 - O que você acha da Campanha do Betinho?

Anexo II - “Discutindo Nutrição”

Discutindo Nutrição

Prezado(a):

Este material é parte integrante de uma pesquisa para tese de doutorado sobre o tema “Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde: busca de espaço para ação efetiva”.

Você o está recebendo por ter sido um dos 17 entrevistados. Seu depoimento foi muito importante e sua opinião sobre este material é fundamental para a consecução do objetivo deste trabalho: discutir a implementação de atividades de educação nutricional em Serviços Públicos de Saúde.

O método que vem sendo utilizado é o método da pesquisa-ação, que entre outros procedimentos, prevê o retorno aos entrevistados da elaboração teórica que o pesquisador faz a partir dos dados coletados, de tal forma que eles possam influenciar a trajetória do estudo.

Para a elaboração deste documento foram feitos seis recortes no conteúdo das entrevistas, relativos a aspectos que se relacionam mais diretamente às questões de nutrição nos Serviços Públicos de Saúde.

Por se tratar de uma síntese preliminar, pedimos que este documento não seja xerocopiado ou divulgado a terceiros.

Juntamente com o texto, está sendo encaminhado um questionário, para o que vamos pedir, mais uma vez, a sua colaboração, no sentido de respondê-lo, após a leitura do material.

Agradecemos mais uma vez a colaboração, e pedimos que a devolução do questionário seja feita até o dia

Grata,

Maria Cristina Faber Boog

CONTEÚDO

- 1 - O papel das instituições formadoras.
- 2 - A construção do conhecimento
sobre nutrição na vivência profissional.
- 3 - O desafio do cotidiano profissional:
como eu lido com esse problema.
- 4 - Apesar da fome, um país de obesos.
- 5 - Educar ou orientar?
Quem educa e quem orienta?
- 6 - O nutricionista nos Serviços Públicos de Saúde:
da aceitação à institucionalização - um árduo percurso.

I. O papel das instituições formadoras

“Como você avalia o preparo que a faculdade lhe deu para lidar com as questões relativas à alimentação e nutrição?”

“O número de vidas salvas por uma alimentação adequada é substancialmente maior do que o número de vidas prolongadas através de uma cirurgia cardíaca. Nutrição não é, certamente, uma disciplina de importância secundária, mas uma questão primordial na promoção da saúde e prevenção de doenças. É nossa responsabilidade fazer com que nossos alunos percebam esta relação e atuem de acordo.”

LOPEZ-S, A. et al

Workshop on Nutrition Education for Medical/Dental Students and Residents -Integration of nutrition and medical education: strategies and techniques.

American Journal of Clinical Nutrition 47: 534-50, 1988

Parece haver um consenso entre os médicos de que constitui uma falha do currículo dos cursos de Medicina a inexistência de uma disciplina específica de nutrição.

- "...da medicina eu trago muito pouco, a não ser a questão da dieta. Você traz a idéia de que, dependendo da idade, a quantidade de comida é menor, a quantidade de gordura é menor, a quantidade de açúcar é menor. É isso que eu trago."

Médico(a), p.3

- "Na realidade, se eu te falar, eu acredito que eu não tive cadeira de nutrição, eu não tive. Eu não tive nada em termos de nutrição."

Médico(a), p.45

- "Muito deficitário, quase nenhum(...) Eu...eu não me lembro exatamente, porque já fazem muitos anos, mas eu acho que não existia, não."

Médico(a), p.75

- "...eu acho, assim, de modo geral, insuficiente, porque a gente não tem a informação muito precisa, inclusive, não é um objetivo assim, dirigido, né, pela parte específica em relação à alimentação(...)...por parte da faculdade eu creio que é pouca coisa."

Médico(a), p.141

- "...uma deficiência muito grande de formação nessa área, tá? Eu achava, sempre achei, que é uma falha do currículo do curso de medicina, tá, não ter **nenhuma** informação a respeito de nutrição."

Médico(a), p.146

Um dos médicos lembrou-se da situação na qual, em atividade prática durante os estágios, o aluno executa mecanicamente uma atividade para a qual ele não tem preparo técnico.

- "Eu não tenho preparo. Na época da graduação, nós tínhamos as...as enfermarias, onde a gente visitava e tinha a planilha do paciente...ah...a prancheta, né, com a prescrição e a dieta. Então, se tinha um nefropata, tinha lá a dieta e a gente simplesmente copiava a...a do dia anterior, né?"

Médico(a), p.101

E, entre os enfermeiros, para os quais, até o ano passado, Nutrição constituía disciplina obrigatória no currículo mínimo, a apreciação sobre o valor dessa disciplina em sua formação é, de maneira geral, muito negativa.

As respostas indicam que a disciplina Nutrição, ou Nutrição e Dietética, era vista pelos entrevistados, na época de estudantes, como uma disciplina de pouca importância, em alguns casos, até alvo de ironia ou chacota:

- "...Na época, realmente as coisas que mais me marcaram foram Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, agora, em relação...(pausa). Eu acho que era Noções de Dietética que tinha no curso (pausa)(...) Não me lembro porque era uma coisa que não se dava muita ênfase."

Enfermeira, p.12

- "Não foi uma...uma...vamos dizer assim, uma matéria em que, eu acho assim, especial, né?(...) nutrição é como aquelas...como aquelas matérias que ficam mesmo secundárias."

Enfermeira, p.89

- "(risos) É uma pergunta meio...(gargalhada) Olha, só me lembro de uma coisa. Só de uma. De um estágio que eu fiz numa creche, onde tinha uma nutricionista, que dizia que o importante para a criança era comer de tudo, e a gente colocava comidas de coloração diferente para dar estímulo visual à criança. Da faculdade eu não me lembro muita coisa...não me lembro nada...(risos) Eu não me lembro."

Enfermeira, p.25

- "Nossa, faz tempo(risos). Ah...que eu me lembre, ah...era passado uma...informações bem gerais, né, por exemplo, essa coisa de alimentos ricos em cálcio e fósforo(...)"

Enfermeira, p.35

Outra crítica ao ensino é a desvinculação da teoria com a prática.

- "...parece-me que nós tínhamos dois semestres, eu não me lembro se eram dois semestres de nutrição, né?(...) ...era uma coisa, assim, que chamava bastante atenção, mas não dava para aplicar muito, sabe, depois que eu me formei, na prática."

Enfermeira, p.126

- "Eu tenho algumas noções de nutrição, mas eu não me lembro se foi da faculdade que eu adquiri(...) Agora que você está falando, eu...ah...teve sim. Tive com relação à

nutrição parenteral, que é administrada nos hospitais, para pacientes. Daí eu tive, sim.”

Enfermeira, p.65

Observa-se também críticas duras à qualidade do ensino nesta área, quer sejam críticas voltadas diretamente à pessoa do docente, quer sejam críticas inerentes à metodologia, que direciona os conteúdos para detalhes, sem conseguir comunicar uma visão global desta área de conhecimento.

- “Havia uma...uma disciplina. Era Nutrição e Dietética, era o nome da disciplina. Dada por uma senhora, que não era nutricionista. Eu acho que ela era enfermeira, nem isso eu sei se ela era(...) Era uma aula muito...ela só escrevia na lousa, o tempo todo, ela passava a matéria, como se estivesse no primário. Ela escrevia na lousa e na prova a gente tinha que escrever de acordo com as palavras que ela escrevia na lousa. Então, foi...foi horrível, horrível.”

Enfermeira, p.56

- “...ficou aquela coisa mais de...de macetezinho, sabe? Ah, tem uma dieta assim que você pode passar, que é hipercalórica, essa é hiperproteica, essa...”

Enfermeira, p.40

Em suma, as análises feitas indicam que a disciplina Nutrição e Dietética não marcou a formação dos enfermeiros entrevistados positivamente. A qualidade do ensino nesta área deixou a desejar, os conteúdos eram muito estanques, desvinculados da prática e de uma visão mais abrangente desta área de conhecimento, muito voltada a questões pontuais, específicas, “macetes”, como referiu uma das enfermeiras entrevistadas.

Das 17 entrevistas feitas, em apenas quatro delas aparecem referências positivas a esta área do conhecimento. Destas, duas foram de profissionais que se formaram antes da década de 70.

- “...a faculdade que eu frequentei, naquela época, pôde, graças a Deus, me mostrar o valor da higiene, da alimentação, do equilíbrio na hora da alimentação.”

Médico(a), p.158

- “*eu tive uma formação muito boa.*”

Enfermeira, p.184

II. A construção do conhecimento sobre nutrição na vivência profissional

*“Como você elaborou o conhecimento
de nutrição que você tem hoje?”*

“Comer é tomar conta de si, se fazer bem e se dar prazer; é ficar de acordo com o mundo que nos cerca para dele tomar alguma coisa de disponível e de apropriado que se introduz na boca, que se destrói e de que se faz a própria substância. É apenas o caráter repetitivo desse gesto e o hábito que engendra que nos fazem perder de vista a dimensão extraordinária dessa experiência diária.”

Dufour

Para a maioria dos profissionais entrevistados, a realidade do exercício profissional exige que se aborde assuntos relativos à nutrição com os pacientes, porque o próprio paciente questiona e aí o profissional tem que buscar o conhecimento necessário.

- *“Que é que pesou mais? Falta de conhecimento, primeiro, senti falta de não conhecer nada. Segundo foi...eu ia atrás dos livros para estudar. Terceiro, dentro de muitas patologias(...) Então foi muito mais em pesquisas individuais que eu aprendi.”*

Enfermeira, p.25

- *“...o estudo particular e a vivência profissional.”*

Enfermeira, p.36

- *“Pela necessidade, pela necessidade, tá?(...) ...veio com a necessidade da prática, mesmo, com a experiência, né?”*

Médico(a), p.46

- *“O estudo particular e...e a experiência mesmo, a experiência. E aprendendo com outras pessoas.”*

Médico(a), p.76

- *“...necessitou, né? Porque entrou demais no atendimento com eles, e sempre eles estavam questionando isso, sempre...”*

Enfermeira, p.90

Nem sempre o questionamento surgido na prática remete à teoria. Às vezes, a própria prática torna-se a fonte primordial de conhecimentos, como parece indicar o depoimento abaixo:

- *“Em primeiro lugar, a experiência profissional. E, nós vamos dizer, a gente aprende até muito com o paciente, tá?”*

Enfermeira, p.58

Outra fonte significativa de conhecimentos vem da própria vida pessoal das pessoas, como se pode verificar nos depoimentos seguintes:

- *“A questão da alimentação, a gente vai enriquecendo como todas as outras coisas que a gente vai enriquecendo. Agora, a maneira de comer, a maneira de abordagem*

da alimentação, entra na minha cultura por várias razões, porque eu sou uma pessoa que nunca fui magrinha.”

Médico(a), p.3

- “A vivência profissional não, porque não...eu lido muito pouco nessa área(...) eu acho que é mais o dia a dia mesmo, quando a gente vai lidando com a vida e com os interesses voltados a ela.”

Enfermeira, p.66

Observa-se ainda que, mesmo quando à medida que sente necessidade, o profissional busca conhecimento, ele tem dificuldade em encontrar a informação que necessita, e, principalmente a informação adequada para enfrentar a situação prática, pois as informações contidas nos livros são, talvez, por demais técnicas para permitirem uma aplicação imediata.

- “...veio principalmente da prática, né? Ah,...da...da prática com os pacientes, principalmente os idosos, né?...ah...e estudos particulares mesmo, que eu fiz.(...) ...porque eu tenho alguma literatura a esse...mas são coisas assim, sabe, pouco, um pouquinho que se pega aqui, um pouquinho ali...”

Médico(a), p.116

- “Eu comprei um livro de nutrição, quer dizer, eu comprei o Solá, na época...(.) Mas é assim, até nisso eu senti dificuldade, porque a gente não tem...eu não sei, pelo menos, uma literatura que...que fosse mais adequada, adaptada ao trabalho médico, né?”

Médico(a), p.147

- “...quando eu comecei a atender(...) a literatura era muito pouca, a literatura era muito, realmente, difícil, a gente não tinha nada. Então, era tudo de boca. O que eu aprendi...o que me ensinaram lá na base, o que eu tinha que falar, eu falava. Era mais ou menos assim! (risos)”

Enfermeira, p.91

Assim, as fontes primordiais de informação são a própria experiência profissional e a vida pessoal. Os conhecimentos elaborados não são confrontados com a teoria, porque mesmo quando os profissionais buscam esse confronto, encontram grandes dificuldade para encontrar textos adequados a suas necessidades específicas. De forma geral os livros ensinam como elaborar dietas, mas não discutem nada sobre o significado da alimentação na vida das pessoas e

sobre as dificuldades para se modificar esta prática social. Os depoimentos parecem indicar que há uma carência de bibliografia sobre nutrição dirigida a médicos e enfermeiros.

III. O desafio do cotidiano profissional:
como eu lido com esse problema?

“Como se dá a abordagem das questões relativas à alimentação e nutrição nas suas consultas e quais as dificuldades que você encontra na prática?”

“ A vida cotidiana apresenta-se como realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente.

Enquanto as rotinas da vida cotidiana continuarem sem interrupção são apreendidas como não-problemáticas.

Mas mesmo o setor não-problemático da realidade cotidiana só é tal até novo conhecimento, isto é, até que sua continuidade seja interrompida pelo aparecimento de um problema.”

Peter BERGER & Thomas LUCKMANN

“A construção social da realidade”

O hábito alimentar faz parte das rotinas do nosso cotidiano. Entretanto, a alimentação e os problemas relacionados à alimentação, por sua estreita relação tanto com a saúde como com o tratamento das doenças, acabam por permear um outro cotidiano: o cotidiano profissional dos membros das equipes de saúde. As dificuldades que os médicos e os enfermeiros encontram para lidar com estas questões são de várias naturezas. Nos depoimentos abaixo vamos encontrar alguns exemplos.

- *“...o pessoal tem queixas gástricas, tem queixas reais, tem gastrites e você procura a bactéria e não acha, a gastrite é distúrbio de hábito alimentar, é decorrência de má alimentação.”*

Médico(a), p.160

- *“Veja, a dificuldade, eu não encontro porque eu sei que eu não vou fazer uma orientação dietética nos moldes de uma nutricionista. Isso eu tô sabendo. Então eu sigo, dentro da clínica médica, aquilo que é possível comer dentro de determinadas doenças. Pode ser que seja certo ou errado, não sei. É aquilo que eu aprendi.”*

Médico(a), p.1

- *“As dificuldade são minhas, né? Só se...são...são...é...é...deficiências particulares da minha base, porque eu não tenho experiência...é...nesse campo, que eu pudesse ampliar.”*

Médico(a), p.77

Sente-se nestas falas a insegurança advinda da **falta de informação teórica e sistematizada**. Acresça-se a isso a falta de literatura e, principalmente, de uma literatura que trate a nutrição como prática viva do cotidiano, conforme já se discutiu no capítulo anterior.

Outra dificuldade é a falta de profissionais na área, de nutricionistas, o que obriga profissionais a assumirem tarefas que não competem a eles.

- *“...há bastante tempo atrás, eu trabalhava num hospital que não tinha nutricionista, e éramos nós que tínhamos que fazer a orientação alimentar. E eu sentia assim uma grande dificuldade porque a gente não está preparado. Nós temos noções de dietética durante o curso. Mas isto não é tudo para você...”*

Enfermeira, p.10

As “noções” técnicas que foram aprendidas na faculdade ou através dos livros parecem mostrar-se insuficientes para lidar, na prática, com os problemas de nutrição e alimentação em toda a complexidade com que aparecem tanto no hospital como no cotidiano dos pacientes.

Quando o profissional se depara com as dificuldades do cotidiano dos pacientes, ele às vezes se dá conta de que estas dificuldades não são só **do outro** (do paciente) mas são suas também. Observe-se no texto que se segue, o conflito entre a responsabilidade do profissional de saúde em orientar para uma coisa que ele próprio não se propõe a fazer:

- *“Eu acho que eu precisava...é...me atualizar, tá? Na...nessa parte de...de alimentação, de nutrição. E também, eu deveria...eu ser um exemplo, para poder passar para outra pessoa, porque é difícil você não...não...não seguir e falar para a pessoa que ela tem que fazer tal, tal coisa. Então, é isso. Atualizar, e, eu teria que fazer também, atuar (silêncio). Coisa que eu não faço.”*

Enfermeira, p.54

Mesmo supondo-se que o enfermeiro teve a disciplina de Nutrição e Dietética no curso de graduação, poderíamos duvidar de que nesta disciplina o ensino teria ultrapassado a teoria dos “cálculos de dieta” para chegar à nutrição na vida, à nutrição no cotidiano, à nutrição conflito e desafio no dia-a-dia.

Dentro deste quadro da realidade em que a nutrição aparece como prática viva, outros problemas surgem, dos quais o mais gritante é o sócio-econômico.

- *“Dificuldade sócio-econômica. A primeira delas. A dificuldade sócio-econômica da população que procura o serviço, que tem dificuldades e, agora sim, a partir do momento em que a gente não trabalha mais em cima de tabelinhas “pré-fabricadas”...eu tenho mais questões a serem feitas.”*

Enfermeira, p.22

Em virtude da gravidade com que a questão sócio-econômica se apresenta em nosso meio, permeando a prática profissional dos enfermeiros e dos médicos, frequentemente ela encobre outras. Observe-se, no depoimento acima, como esta enfermeira inicialmente afirmou que sua dificuldade maior era a sócio-econômica, mas que a partir do momento em que deixou de trabalhar em cima de tabelinhas “pré-fabricadas...” outras questões surgiram. A situação que

este depoimento parece evidenciar é que quando o paciente se refere à “falta de condições econômicas” para seguir uma orientação, os profissionais sentem-se de mãos atadas, sem poder discutir mais nada. Entretanto, as dificuldades do paciente nem sempre são só econômicas. Esta dificuldade obrigatoriamente existe, mas pode acobertar outras que não chegam sequer a serem manifestadas. No depoimento acima, percebe-se que num primeiro momento a dificuldade importante seria a sócio-econômica, isso enquanto se trabalhava com “tabelinhas pré-fabricadas”. Quando se deixou de trabalhar desta forma, tornando a questão da alimentação uma questão viva do cotidiano, percebeu-se que havia outras dificuldades além da econômica.

O empenho do serviço de saúde para tratar um certo tema envolve investimento de recursos, de todo tipo de recursos:

- *“...a abordagem nutricional é outra consulta e a gente não tem esse tempo para isso. Então, fica difícil.”*

Médico(a), p.103

IV. Apesar da fome, um país de obesos.

“Que medidas deveriam ser tomadas frente ao aumento da prevalência de obesidade?”

“ A prevalência de obesidade no Brasil dobrou nos últimos quinze anos, sendo que a prevalência de obesidade entre as mulheres é maior do que a verificada em países como a Austrália, Reino Unido, Holanda e Canadá, nos quais a obesidade é reconhecida como problema de Saúde Pública.

Mesmo entre mulheres de baixa renda esta prevalência chega a 30% e excede a 40% para mulheres de classe de renda superiores a 2.0 salários mínimos mensais per capita.”

Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

INAN - 1991.

No levantamento do Estado Nutricional da População Brasileira realizado pelo INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - em 1989, publicado em 1991, constatou-se que o Brasil vive hoje situação similar a países do primeiro mundo.

Observou-se que este é um dado novo para a maioria dos profissionais entrevistados, gerando surpresa e até certo descrédito.

- “ - Bom, eu acho que...primeiro eu não sei assim...eu acho eles deveriam estar investigando...em primeiro lugar investigando, né? E atuando. Eu até acredito que...que exista mesmo, realmente, a falta...eu acho que é o profissional dentro do...isso deve estar sendo estudado e também os profissionais específicos...que esses são dados, assim, que foram levantados...

E - É...isso foi um estudo feito pelo INAN, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição.

- E aí eles...mas isso daí são dados específicos desse órgão só.

E - (...), mas foi uma pesquisa nacional.

- Nacional...

E - É...

- É...eu acho que é...eu acho que tem que, assim, investigar e até rever, né? E quando você revê, eu acho que até rever, eu acredito que além das doenças, que deve estar aí os hábitos, né, nutricionais da população, acredito eu, não sei nem se deve estar errado, mas eu acredito que deve ter um problema...”

Enfermeira, p.96

- “Mas eu tenho a impressão de que o aumento da obesidade, ela tem duas direções: uma obesidade por disfunção glandular, e outra onde as pessoas comem só arroz, só feijão, só hidrato de carbono. Eu tenho essa impressão.”

Médico(a), p.4

- “...compete muito mais às questões sócio-econômicas. Se você der condições para que essa população coma melhor, somado com a orientação, com certeza essas doenças crônicas degenerativas, ou outro tipo de doença, além, os índices estariam bem menores, né? No caso, verdura, fruta, é muito caro.”

Enfermeira, p.27

Observa-se uma certa tendência a atribuir a causa unicamente aos problemas econômicos e acreditar que a solução destes últimos traria como consequência soluções para todos os outros. Entretanto, há um número significativo de profissionais, que vislumbra uma tendência inversa. Observemos os depoimentos que se seguem:

- *"Eu...eu não sei exatamente como, mas é a educação mesmo, a educação em saúde. Um grande programa de esclarecimento, porque isso, numa perspectiva otimista do país vir a se desenvolver melhor, vai aumentar o consumo, vai aumentar o consumo de alimentos industrializados, também. Então, a perspectiva otimista é de melhora econômica, mas em termos de melhora de saúde a gente precisa pensar, se vai haver uma melhora, ou se vai haver uma piora, uma degradação de hábitos alimentares, né? Virar os Estados Unidos (risos), né? Fast-food. (inaudível) Um consumo grande. Nós vamos...nós corremos muito este risco. Eu acho que nas áreas urbanas, a gente até que está tendo uma...um comportamento semelhante ao das áreas urbanas dos países desenvolvidos. O consumo de fast-food, que são alimentos ruins, né? Junk-foods, né? Deixando de lado coisas tradicionais e que poderiam ser bem melhor aproveitadas."*

Médico(a), p.104-105

- *"...eu acho que é consequência, assim, do...do tipo de vida atual, né? Da indústria, tá? Essa questão aí da...da...do lançamento do tipo de alimentos, dos hábitos alimentares da população, aquela coisa que a gente vê nos Estados Unidos, né, da coisa da alimentação rápida. Você trabalha muito, você não tem tempo, você não pode perder tempo fazendo uma...sabe, aquela coisa que é mais difícil, você preparar alguns tipos de alimentos, então você vai rápido para alguma coisa mais prática, já preparada, que nem sempre é o ideal. (inaudível), nessa tentativa, assim, de se facilitar a vida das pessoas, né? Desse corre-corre da...da atualidade. Eu acho que...que...que tem que reforçar, pelo menos no setor saúde, continuar passando esses conceitos, né, continuar batalhando pela educação, tá?"*

Médico(a), p.151

- *"Olha, eu acho que, talvez, isso está muito relacionado com o que a gente está importando de fora. É...importando, que eu falo é o...o...o marketing, né? Tanto os Mac Donald's da vida, as Coca-Colas da vida e por aí assim."*

Enfermeira, p.60

O papel dos serviços de saúde em relação a esta questão e principalmente o potencial de resolutividade das ações não é claro para os profissionais entrevistados:

- "A gente pode orientar melhor os pacientes, a gente pode conduzir a um serviço especializado de trabalho nessa área. Agora, em nível populacional eu acho que não, sinceramente eu acho que...não sei, não funcionaria muito, porque não há recursos existentes, não há educação boa para se desenvolver, eu acho que não."

Médico(a), p.144

- "Eu acredito que esse programa seria bem encaminhado a nível de unidades básicas de saúde. As pessoas no seu...no seu lar, as pessoas no seu...é...habitat, no seu local de...de moradia, né, porque aí você tem muito mais condição de ter uma aderência maior à educação."

Médico(a), p.49

- "Eu acho que esse...que aqui, onde eu estou, tem os grupos, a gente tente trabalhar com isso, mas eu acho que a nível de posto, tudo isso é muito fraco, né? Eu não sei, o que eu tive contato, são poucos que dão sequência, que tem realmente o grupo, que desenvolvem e tal, onde eu moro, o posto de saúde de lá, inclusive a enfermeira de lá tinha ido uma vez me procurar, pegou um monte de bibliografia e disse que ia montar um grupo de hipertensão, de diabetes e tal e esses dias eu dei uma passadinha lá no posto para conversar com o pessoal e não tem, né? Não foi criado nada. Então, eu acho que isso que deveria estar sendo implementado e o pessoal não...acaba não fazendo."

Enfermeira, p.133

Alguns profissionais relacionam a atenção específica para este problema ao profissional nutricionista.

- "...eu acho que entraria a educação nutricional, entendeu? Tem que tratar a fonte e nutricionistas que tratassem, trabalhando com isso."

Enfermeira, p.38

- "(silêncio) A introdução de nutricionistas dentro da equipe de saúde. (silêncio) Porque a equipe de saúde, você sabe que não pode funcionar sem um médico, você sabe que a equipe não pode funcionar sem um enfermeiro. Foi duro, por exemplo, para a enfermagem conscientizar que quem deveria tra...tratar dos pacientes não eram atendentes de enfermagem. Foi duro. A própria equipe, a própria instituição...äh...com muita luta...äh...houve essa lei, que fica proibindo a atendentes a aplicar injeção, cuidar dos pacientes. Essa mesma coisa deve ser introduzida, eu não sei direito como, mas a nível da nutrição. Nutrição é um setor básico dentro de

uma área da saúde. Uma pessoa não vai ter saúde, se ela se alimentar de forma errada."

Enfermeira, p.71

- "Eu acho que dentro do serviço de saúde deveria haver um profissional capacitado, que fizesse esse tipo de atendimento, talvez. Você fala num posto...num...?(...) Eu acho que deveria haver um nutricionista trabalhando em conjunto com os médicos.(...) O controle da obesidade já é uma coisa muito difícil, né? É uma coisa muito complicada, talvez na questão preventiva. Talvez, de uma maneira preventiva."

Médico, p.82

- "Educação Nutricional, a mudança de comportamento nutricional é extremamente importante e de competência do nutricionista. Ahn...a orientação, em cima de tabelinhas pré-elaboradas é muito fácil. Mas orientação nutricional, do jeito que a gente tem trabalhado, não compete ao enfermeiro, ao psicólogo, ao próprio médico, tá? E sim ao nutricionista mesmo."

Enfermeira, p.26

V. Educar ou orientar?

*“O que as expressões **educação nutricional** e **orientação nutricional** significam para você?”*

“Eu diria que os educadores são como as velhas árvores. Possuem uma face, um nome, uma estória a ser contada. Habitam um mundo em que o que vale é a relação que os liga aos alunos, sendo que cada aluno é uma entidade sui generis, portador de um nome, também de uma estória, sofrendo tristezas e alimentando esperanças. E a educação é algo para acontecer neste espaço invisível e denso, que se estabelece a dois. Espaço artesanal.”

Rubem ALVES
Conversas com quem gosta de ensinar.

Educar ou orientar?

Quem educa e quem orienta?

Quem faz a educação nutricional e quem faz a orientação nutricional?

Os entrevistados caracterizaram a educação nutricional como um processo mais **básico**, que se inicia com o nascimento, mais **amplo e abrangente**, mais **longo** e mais **profundo**.

Já a orientação nutricional tem um enfoque mais **terapêutico**, é mais **pontual** ou **instantânea**, é mais dirigida a um **tipo de paciente ou patologia**, diz respeito a **proibições**.

- “É, educação nutricional eu acho que seria uma coisa bem **mais abrangente**, né? Eu...eu penso assim. Que você estaria educando uma pessoa a se alimentar, ãh...por exemplo, não só a nível de...de...de quantidade, mas o tipo de alimentação diferente, alimentações mais adequadas. A orientação me dá a impressão de ser uma coisa **mais...ãh...instantânea**. Você orienta uma dieta e pronto. A educação, eu acho que se tem todo um trabalho de estar reestruturando a alimentação da pessoa, né, eu acho que é bem mais...mais complexo.”

Enfermeira, p.37

- “Eu acho que desde o momento que ele nasce, o próprio hospital onde ele nasce deveria ter uma **educação nutricional**, né, para a mãe e para o bebê, né, uma orientação toda a nível de...de posto de saúde, do mesmo nível de consultório particular, tudo. Eu acho que tudo isso entraria, a nível de **escolas inclusive também**. Eu acho que seria interessante. Teria que ser uma coisa geral mesmo.”

Enfermeira, p.38

- “A orientação você dá para aquelas pessoas que já têm alguma...**algum conhecimento**, alguma coisa...você pode...só, às vezes, só com alguns dados essa pessoa pode...é...caminhar sozinha, vamos dizer assim, né? E na **educação**, você tem que falar desde o **básico**...”

Médico(a), p.48

- “Educação, e-eu acho, não sei se está certo, mas eu acho que a educa...a **educação alimentar**, seria você desde o **início**, você educar a pessoa como comer, a como...até

como escovar os dentes. Seria assim, sabe? Seria uma educação de...de quais os alimentos, ela deveria...pra uma vida boa, para uma prevenção de...de doenças, tal. E a orientação seria a pessoa...é...como é que eu vou dizer...seria a pessoa...na educação ela vai ter aquele...o dia-a-dia e na orientação ela teria para coisas mais específicas, ela teria uma orientação mais...mais chegada, mais próxima a ela."

Enfermeira, p.60

- "No dia-a-dia, eu tento educar o meu filho a comer coisas boas. Eu...eu oriento, eu fiscalizo, eu imponho, muitas vezes, aquilo que eu quero que ele coma, que é completamente diferente de você orientar, orientar aquilo que você está passando. A pessoa vai fazer aquilo se ela quiser ou não, tá?."

Enfermeira, p.70

- "(silêncio) Eu acho que se houver uma educação nutricional, eu acho que diminui o trabalho da orientação nutricional, eu penso dessa maneira. Que houvesse...Porque nós estamos falando a nível de...de esclarecimento...é... nutricional, talvez. E eu acho que a orientação nutricional é uma coisa mais direta ao...ao indivíduo, enquanto a educação nutricional seria direcionada a um maior número de pessoas, um maior número de indivíduos. Talvez, as duas estão ligadas, é óbvio, né? As duas estão interligadas, só que eu acho que a...se houvesse uma educação nutricional, haveria menos, talvez, orientação nutricional, no caso."

Médico(a), p.81

- "Eu estou divagando aqui com você. Talvez a orientação nutricional é uma coisa, penso eu, uma coisa mais dirigida para algum tipo de paciente, para algum tipo de patologia. Então, suponhamos: nós temos um paciente obeso que come mal, que come errado e acha que está fazendo tudo certo, então, nós temos este paciente individualizado, que nós vamos tratar a obesidade deste paciente. Nós temos um diabético que precisa de uma orientação nutricional, para levar o seu diabetes. Nós temos um...nós temos um indivíduo desnutrido que precisa de uma orientação nutricional para poder ser um indivíduo nutrido novamente. A educação nutricional, penso eu, serve de uma maneira abrangente a todo tipo de população. Então, a gente está fazendo a campanha: Olha! Não coma carne com muita gordura, porque aumenta seu colesterol! Coma trigo, porque ele diminui o câncer intestinal! Coma...Entendeu como é que é mais ou menos o que eu quis dizer?"

Médico(a), p.82

- "Orientação é aquilo, na minha cabeça, um pouco fechado, né? "Você pode comer isso...é...evita...", porque o que é proibido, o que você deve comer, o que você não

deve, o que você pode, o que você não pode, o que faz mal, o que faz bem. Eu acho que a educação nutricional já é...a meu ver ela já tem um enfoque mais...mais, assim, específico para determinadas...para a pessoa, um enfoque mais, assim, dentro do que você come, das suas possibilidades, do que você gosta, dentro do teu gosto e do que normalmente você come...em termos até, assim, de reeducação, mesmo, nutricional."

Enfermeira, p. 94

- "Educação, eu acho que envolve um trabalho...um trabalho mais longo, do que a...do que a outra. O trabalho de conhecer a dieta de uma população, de um grupo, ou até individual, e a partir daí, tentar melhorar. Melhorar ou manter, de repente até é uma nutrição adequada, então não tem muito o que mexer. E a orientação eu acho que é uma coisa mais pontual, quando a situação é específica, alguma coisa assim. Quando eu tento fazer uma orientação dietética, quando é necessário aqui no consultório, né? Educação nutricional até compete ao médico também, mas deveria competir ao médico também, mas já é um trabalho que a gente não faz e seria feito melhor por um nutricionista, sendo um trabalho mais completo de educação, assim como educação e saúde."

Médico(a), p.103

- "É bom, eu, talvez, até confunda um pouco as duas coisa, sabe? Eu acho que, no meu entender, né, educação nutricional seria alguma coisa, talvez eu até erre, né, que seja o conhecimento...ãh...a respeito, vamos dizer, da...da própria alimentação, das próprias condições, né, que possa fazer o...a nutrição. E orientação eu vejo como a necessidade já mais digamos mais terapêutica, mais no sentido, assim, de você dirigir uma dieta com fins específicos."

Médico(a), p.142

- "A orientação nutricional, no meu entender, é quando você passa, né, no trabalho de programa que a gente queira fazer. Então, a gente orienta o que seria o ideal. Agora, educação seria um processo demorado, um processo mais profundo, uma coisa que você tenha que mexer com estrutura, que reformular conceitos, né, de tentar passar para a população uma série de...de...de costumes e conceitos, você está, realmente é ambicioso, aquilo, né? Eu acho que a educação tem um sentido muito mais amplo."

Médico(a), p.149

Percebe-se uma tendência, entre os profissionais da saúde, de imputar à escola a responsabilidade pela educação em saúde, mas parece faltar clareza quanto aos aspectos práticos, operacionais. Quem faz o que, como, onde?

- “(...) nas escolas, né, porque a base tem que ser dada, é dada nos...nas escolas, né? Nas...E outros já tem...tem alguma coisa caminhando em termos de nutrição a nível esco...escola. Eu não sei, porque a gente não vivencia isso, mas já tenho ouvido falar, né, merendas balanceadas e eles estão procurando melhorar em condições. Eu não posso te dizer nada, né, porque eu não tenho a vivência. Mas eu acho que caberia, basicamente, às secretarias de educação e de saúde promover programas, né, de nutrição, de palestras, simpósios. Eu acho que isso cabe bem às secretarias, ou à secretaria municipal, né? A secretaria do estado com municipalização fica com uma gerência muito a nível municipal.”

Médico(a), p.47

Dentro do serviço de saúde a participação do nutricionista é questionada. No depoimento baixo, ele é visto como **um técnico** que não atua diretamente junto ao cliente, mas através de médicos ou enfermeiros.

- “Eu acho que deveria ter, realmente, um serviço público...é...orientação nutricional para estes...é...pacientes, vamos dizer assim, de grupo, tá? E orientação individual também, eu acho que é importante, né? Quer dizer, tanto a orientação, ou para os profissionais de saúde, para que eles possam repassar para os grupos e...ahn...do nutricionista, porque eu acho que o nutricionista é muito caro, né, em termos de...de custo para a unidade, mas se você tiver um nutricionista, ele pode passar para, ahn, por exemplo, o grupo da enfermagem e esta para...é...para os...os grupos formados de hipertensão, diabéticos...”

Médico(a), p.114

- “O que deveria ser feito, teria...eu...eu penso assim, treinamentos de...principalmente das pessoas que trabalham diretamente com a população...é...atendentes de enfermagem, as enfermeiras, elas deveriam...é...receber...é...orientação nutricional, educação nutricional, para que...ãh...dentro do serviço de orientação nutricional para grupos específicos. Tem que ser através da nutricionista, né? É...penso também, que...que a nutricionista do local, da unidade, né, deveria também além...além de dar essas orientações tanto para...para o pessoal da enfermagem, promover, assim, promover também...é...orientações para os médicos, sabe, de um modo geral para os médicos, é...para que isso possa ser divulgado, né, de uma maneira geral. E além disso também, a orientação nutricional individual das pessoas de uma forma...ãh...por exemplo, é...que estejam em um estado nutricional, num hiper estado nutricional, né,

os obesos e tal. Eu acho, assim, que isso deveria ser implantado nas unidades de saúde.”

Médico(a), p.118

Por que razão está se considerando o nutricionista um profissional caro? Não se poderia supor também, que aí estivesse oculta uma resistência a incorporar um outro profissional na equipe, além do médico e do enfermeiro? Ou ainda, este posicionamento poderia estar refletindo uma percepção do nutricionista como um técnico que lida com “dietas” e não com “pessoas”.

Além disso, está embutida nesta fala uma percepção da educação como um processo meramente de informação: o nutricionista “treina” o atendente, o enfermeiro, o médico, que por sua vez, vai informar a população. Passa-se ao largo das enormes dificuldades para se modificar práticas alimentares que foram estruturadas no período de socialização primária, isto é, nos primeiros anos de vida das pessoas, tendo portanto um significativo componente emocional e necessitando reformulações na vida cotidiana que exigem muito mais do que uma simples informação sobre o que “pode” e o que “não pode” ser consumido.

VI. O nutricionista nos Serviços Públicos de Saúde:
da aceitação à institucionalização - um árduo percurso.

“Na sua opinião, porque até hoje o trabalho do profissional nutricionista não foi incorporado aos Serviços de Saúde?”

Art. 3º - São atividades privativas dos nutricionistas:

VII - assistência e educação a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas ou privadas e em consultório de nutrição e dietética;

Lei 8234, de 17 de setembro de 1991.

Se por um lado alguns profissionais naturalmente se lembram do nutricionista quando o problema em pauta é educação nutricional, por outro nem sequer existe o cargo de nutricionista nos Serviços Públicos de Saúde do município de Campinas. Portanto, entre a aceitação do profissional e a institucionalização do serviço especializado existe um longo e árduo caminho a percorrer. Vejamos como é percebida e pensada a atuação do nutricionista entre os profissionais entrevistados:

- *“você é uma das...é a primeira neste quarto de século, que vem como nutricionista...”*

Médico(a), p.176

- *“É muito difícil você ver nutricionistas fazendo atendimento em consultórios ou em clínicas, mesmo porque, talvez, a visão do...do profissional em relação ao nutricionista seja um pouco distorcida. No Brasil, eu acho que é uma especialidade, é uma...é uma...é uma área profissional pouco explorada. O nutricionista está mais dirigido para a indústria, para restaurantes, para outro tipo de...de área que não...que...que deixa de ser a de atendimento ao paciente.”*

Médico(a), p.80

- *“...eu acho que você pode se sentir meio desbravadora no campo, não é?”*

Enfermeira, p.203

Na opinião deste profissional, o nutricionista não é visto como elemento da equipe de saúde, muito menos de uma equipe de Saúde Pública, como reforça o depoimento seguinte, que mostra a percepção do nutricionista pelo leigo como um profissional “elitizado” e até, porque não dizer, como um “artigo de luxo”, “utilizado” por quem pode se dar ao luxo de gastar com o supérfluo.

- *“Alguns casos...é...eu acho que está muito, vamos dizer assim, de “elite”, que vai para o endocrinologista para emagrecer, pra...sabe? Uma...nesse nível a situação, num nível mais elitizado. Tinha uma artista aí, que estava grávida e não sei o que, “que a minha nutricionista” e eu falei “puxa, que chique” (risos). E falavam coisas assim, sabe? “Minha nutricionista, eu sigo o que a minha nutricionista fala”. Eu acho que nesse meio pode até ser difundido, mas na saúde pública, assim, eu não conheço nada.”*

Médico(a), p.102

Na falta de uma percepção mais objetiva do papel do profissional nutricionista, muitas vezes são percepções criadas em cima de uma determinada situação ou pessoa que passam a caracterizar o profissional de modo geral, como mostram os exemplos abaixo:

- "...agora eu estava lembrando, da que deu aula para a gente, né, então, fica sempre aquilo "ah, porque a nutricionista, depois...ah, ela era chata, não ela é bacana", aquela coisa bem de que "ah, com aquela dá para conversar, porque..." já numa outra situação, como no hospital, "ah, porque com ela nem dá para conversar, porque ela é chata", sabe? Fica umas coisas...e não tem nada a ver, né?"

Enfermeira, p.132

- "(...) nós tínhamos até um certo atrito com a nutricionista, no caso. Isso foi numa ocasião que nós tínhamos nutricionista, pois ela vinha, prescrevia a dieta, aí nós discutíamos. Mas o paciente está vomitando, a alimentação não está indo toda, ele está com diarreia, ele não tem condições de ingerir este tipo de alimento, principalmente quando era alimentação por sonda. Ele não está ingerindo a quantidade que deveria ser ingerida. "Mas é essa alimentação que ele tem que comer e é isso que tem que ser feito" e nada mudava. Então, eu acho que a preocupação era só cumprir a obrigação, sem se preocupar com o objeto principal da coisa, que é o paciente."

Enfermeira, p.11

- "Talvez, não sei se é o perfil da...da nutricionista, de ser um pouco mais à parte, mas eu...eu...eu nunca vi uma nutricionista, assim, atuante, preocupada. Entendeu? Eu nunca vi. A....lógico, depois que eu te conheci, que eu comecei a conhecer mais o que é que uma nutricionista, mas até então, eu trabalhava com elas, mas é aquela coisa bem...elas fazem o serviço de compras, administram o serviço, administram o pessoal, fazem escalas de...de horários, sabe? Colar na parede o que é que é dieta tal, dieta tal, e as cozinheiras fazem. Agora, eu não sei se isso é do profissional, ou...não sei."

Enfermeira, p.55

A pouca importância atribuída às questões relativas à nutrição, também é apontada por alguns profissionais como causa para a demora na assimilação do nutricionista pelos serviços de saúde e para a institucionalização do atendimento.

- "Eu acho que é...é feito muito, assim, "todo mundo entende de alimentação", né, e fica bem assim entre aspas, né? Eu não acho que seja uma coisa tão valorizada

assim, tanto é que o CECOM nunca teve nutri...nutricionista. Outros serviços que eu trabalhei, a nutrição sempre foi muito colocada à parte. Até mesmo, por nós mesmos, profissionais da saúde, a gente não dá essa devida importância. Seria, assim, um serviço paralelo e não uma-uma...todo mundo junto para fazer o bem-estar da...do ser humano, né, do paciente. Então, eu acho que isso fica muito...muito jogado."

Enfermeira, p.54

- "Eu acho que é uma questão de consciência do próprio sistema, né? Não...não vê a importância, não vê o trabalho que ele tem, o campo que faz, que é dele e está parado."

Enfermeira, p.198

- "A gente aprende dentro da profissão. Eu acho que eu aprendi muito mais a partir do momento que eu tive o profissional do lado. Eu sempre tive dúvidas sobre alimentação. Hoje tenho também, acho que até mais, mas antigamente eu tentava suprir o que o paciente perguntava. Hoje não. O paciente pergunta, eu tenho o profissional do lado, é diferente a abordagem. É diferente o todo."

Enfermeira, p.24-25

Alguns profissionais entendem que este espaço deve ser conseguido através da luta da categoria.

- "...eu tenho a impressão que...que isso é um pouco da luta de classes, da...da classe dos nutricionistas como uma classe médica que conquista...tem conquistas e derrotas, né, e os nutricionistas também...um pouco, tem a ação política também, em cima disso. Você criar o cargo numa...na rede pública, um nutricionista junto ao posto de saúde, como é que você vai criar? Tem todo um caminho político aí, né, que, infelizmente, tem que ser percorrido...ãh...Eu acho, por exemplo, que o seu trabalho aqui dentro é muito importante, porque faz criar junto aos profissionais a necessidade de...de ter um nutricionista aqui dentro. ãh...agora, porque é que o nutricionista não está tendo o seu lugar, o seu papel...o papel tem, não está tendo o seu lugar no mercado de trabalho...é o mercado. Eu acho que tem aí coisas políticas misturadas. Que estão faltando...falta um pouco de pressão da classe, deveria haver uma...uma organização melhor na classe dos nutricionistas."

Médico(a), p.108

- " E - Na sua opinião, por que até hoje o trabalho do profissional nutricionista não foi incorporado aos serviços de saúde?

- Não foi ainda?

E - Aqui em Campinas, pelo menos, não.

- Não, por exemplo...por exemplo, não tem em todos os hospitais, não...não tem a nutricionista?

E - Hospital, sim, mas a rede de saúde...

- A rede de saúde...(...) Você não acha, Cristina, que no caso, aí, eu acho que a classe deveria se movimentar e exigir, ou tem se movimentado e não consegue?"

Enfermeira, p.188

Seria uma luta por mercado de trabalho, ou uma luta para mostrar o trabalho, o resultado do trabalho, como pensa a enfermeira cujo depoimento se segue:

- "Mas eu acho que a maioria, que gerencia o serviço de saúde, são os médicos, também. Eu não sei como que é a formação deles. Porque eu vejo assim, é...você não consegue, você só consegue mostrar as necessidades de um...de uma determinada coisa, se você vai e mostra que aquilo tem que valer, entendeu? É como você, você veio até aqui, e vem e está participando, então, é...só isso, porque se for depender do que está no gerenciamento lembrar, né, que tem que existir uma nutricionista, é que eu falo, não é só ele, todos da equipe tem essa formação bem desvinculada, então eu acho que isso acaba deixando de lado, né?"

Enfermeira, p.134

Mas aí encontra-se um outro obstáculo. Alguns profissionais mostram-se extremamente desacreditados na sensibilidade, principalmente dos médicos, para perceberem a importância que o trabalho de um outro profissional possa ter para o paciente.

- "(...) os próprios profissionais que seriam, que deveriam estar encaminhando talvez não conheçam, não sintam o quanto importante é a alimentação ou talvez não estejam preocupados com isso também, né, eles estão preocupados em dar o atendimento deles e o resto que...se eu tenho uma, uma dieta que já está pré-fabricada, que eu posso pegar o papelzinho e simplesmente dar para a pessoa, por que é que eu vou ficar me preocupando em estar encaminhando para um profissional que eu nem conheço, né...Não sei, pode ser por aí."

Enfermeira, p.14

A hegemonia do médico sobre a equipe de saúde vem sendo criticada pelos próprios médicos, como se pode constatar no depoimento seguinte.

- “(...) aquela questão antiga, né, de se sentir um *Deus*, que vem da postura do médico, a questão do status, a questão do poder que ele tem em cima do corpo, tá? Isso é até uma questão filosófica aí, aquela coisa já...E eu acho que isso vem sendo um pouco combatido pelo próprio meio que o médico vai encontrar para trabalhar, depois que ele se forma, tá? Ele vai ter que virar gente, de novo, ele vai ter que por os pezinhos no chão, ele vai ter que batalhar demais para conseguir ter uma sobrevivência, eu não digo nem viver, assim, maravilhosamente bem, não. Para sobreviver, só, simplesmente. Então, eu acho que é uma questão, assim, inerente a formação do médico, todos os médicos. Eles...a partir do momento, que tem o diploma na mão, eles já se sentem, assim, deuses, né? Eu controlo, eu deixo viver, eu deixo morrer e aquela coisa...e não é bem por aí, né? Fica muita coisa faltando...(risos), desde...aquela questão da hierarquia. Ele é...tá lá, ó. Tem até, ele até admite que existe uma equipe, mas ele está lá em cima, né? Ele fica lá na...no topo dessa hierarquia.”

Médico(a), p.153-154

Foi citada ainda, como possível causa da não assimilação do trabalho do nutricionista, o despreparo dos profissionais que ocupam os cargos de direção nos Serviços de Saúde.

- “...vamos dizer assim, que falta a esse pessoal a hierarquia de ter chegado ao cargo máximo, para poder, então, saber lá embaixo como é que funciona a coisa.(...) Não quer dizer que o outro seja...seja um incompetente. Eu acho que é insuficiente a sua experiência.”

Médico(a), p.168-169

Qual é pois o caminho para institucionalizar o papel do nutricionista como membro da equipe nos Serviços Públicos de Saúde? Modificar os currículos da graduação dos demais profissionais de saúde? Divulgar mais o trabalho do nutricionista através das Associações Científicas de outras categorias? Analisar as experiências negativas anteriores e talvez rever o próprio currículo do nutricionista? Publicar mais? Impor medidas legais? Ou sensibilizar?

Mas, afinal, é necessário realmente ter um nutricionista na equipe?

Questionário

PARTE A: EM RELAÇÃO A SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA.

1. Como você se sentiu sendo entrevistado?

☐ Gostei da experiência. Justifique por favor: _____

☐ Não gostei da experiência. Justifique por favor: _____

☐ Indiferente.

2. A participação como sujeito desta pesquisa e agora, recebendo este material, acrescentou-lhe algo em termos de conhecimento, reflexão ou experiência?

☐ Não.

☐ Sim. Por favor, justifique: _____

3. A participação como sujeito desta pesquisa, na entrevista, na leitura deste texto, na situação de estar vivenciando uma experiência piloto de implementação de atividades de Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde fez com que você modificasse ou adquirisse algum conceito novo em relação a algum dos itens abaixo?

a) Importância do fator nutricional na promoção da saúde, prevenção ou controle de doenças.

☐ Sim.

☐ Não.

b) Eficácia da Educação Nutricional para solucionar problemas de alimentação.

☐ Sim.

☐ Não.

c) Papel do nutricionista nos Serviços de Saúde.

☐ Sim.

☐ Não.

Observações: _____

4. Como foi o seu contato com este documento:

☐ Não li.

☐ Li superficialmente.

☐ Li integralmente.

☐ Outra resposta: _____

PARTE B: QUANTO A ESTE DOCUMENTO QUE VOCÊ ACABOU DE LER.

5. Em relação à síntese feita no capítulo sobre “Papel das instituições formadoras”, você:

☐ Considera coerente.

☐ Considera parcialmente coerente. Justifique, por favor: _____

☐ Considera incoerente. Justifique, por favor: _____

Críticas ou sugestões relativas a este item: _____

6. Em relação à síntese feita no capítulo sobre “Construção do conhecimento sobre nutrição na vivência profissional”, você:

☐ Considera coerente.

☐ Considera parcialmente coerente. Justifique, por favor: _____

☐ Considera incoerente. Justifique, por favor: _____

Críticas ou sugestões relativas a este item: _____

7. Em relação à síntese feita no capítulo sobre “Desafio do cotidiano profissional”, você:

☐ Considera coerente.

☐ Considera parcialmente coerente. Justifique, por favor: _____

☐ Considera incoerente. Justifique, por favor: _____

Críticas ou sugestões relativas a este item: _____

8. Em relação à síntese feita no capítulo sobre “Apesar da fome, um país de obesos”, você:

☐ Considera coerente.

☐ Considera parcialmente coerente. Justifique, por favor: _____

☐ Considera incoerente. Justifique, por favor: _____

Críticas ou sugestões relativas a este item: _____

9. Em relação à síntese feita no capítulo sobre “Educar ou orientar”, você:

☐ Considera coerente.

☐ Considera parcialmente coerente. Justifique, por favor: _____

☐ Considera incoerente. Justifique, por favor: _____

Críticas ou sugestões relativas a este item: _____

10. Em relação à síntese feita no capítulo sobre “O nutricionista nos Serviços Públicos de Saúde: da aceitação à institucionalização - um árduo percurso”, você:

☐ Considera coerente.

☐ Considera parcialmente coerente. Justifique, por favor: _____

☐ Considera incoerente. Justifique, por favor: _____

Críticas ou sugestões relativas a este item: _____

PARTE C: SUGESTÕES.

11. Você tem alguma sugestão à autora deste trabalho em relação a este texto?

☐ Não.

☐ Sim. Qual: _____

12. Você tem alguma sugestão à autora relativa à proposta propulsora deste trabalho: implementação de atividades de Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde?

☐ Não.

☐ Sim. Qual: _____

13. A autora deste trabalho não pertence ao quadro de profissionais do serviço ao qual você pertence e onde você foi entrevistado. Você considera que o serviço precisa contar com um nutricionista no seu próprio quadro?

☐ Sim, imediatamente. Antes de você participar desta pesquisa, esta já era a sua opinião?

☐ Sim.

☐ Não.

☐ Sim, mas não é prioridade. Por quê? _____

☐ Não. Por quê? _____

14. Coloque aqui qualquer outra opinião ou contribuição que você julgar oportuna e relevante. O método da pesquisa-ação permite que os entrevistados influenciem a trajetória da pesquisa e consiste numa construção conjunta de conhecimentos entre pesquisador e entrevistados. Tudo o que você pensar a respeito deste trabalho é importante para a autora.

NOME: _____

Anexo III - Lei Federal nº 8.234/91

Atos do Poder Legislativo

LEI Nº 8.234, DE 17 DE SETEMBRO DE 1991

Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte

Lei:

Art. 1º - A designação e o exercício da profissão de Nutricionista, profissional de saúde, em qualquer de suas áreas, são privativos dos portadores de diploma expedido por escolas de graduação em nutrição, oficiais ou reconhecidas, devidamente registrado no órgão competente do Ministério da Educação e regularmente inscrito no Conselho Regional de Nutricionistas da respectiva área de atuação profissional.

Parágrafo único - Os diplomas de cursos equivalentes, expedidos por escolas estrangeiras iguais ou semelhantes, serão revalidados na forma da lei.

Art. 2º - A carteira de identidade profissional, emitida pelo Conselho Regional de Nutricionistas da respectiva jurisdição, é, para quaisquer efeitos, o instrumento hábil de identificação civil e de comprovação de habilitação profissional do nutricionista, nos termos da Lei nº 6.220, de 7 de maio de 1975, e da Lei nº 6.553, de 20 de outubro de 1978.

Art. 3º - São atividades privativas dos nutricionistas:

- I - direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição;
- II - planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços de alimentação e nutrição;
- III - planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos;
- IV - ensino das matérias profissionais dos cursos de graduação em nutrição;
- V - ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins;
- VI - auditoria, consultoria e assessoria em nutrição e dietética;
- VII - assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética;
- VIII - assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

Art. 4º - Atribuem-se, também, aos nutricionistas as seguintes atividades, desde que relacionadas com alimentação e nutrição humanas:

- I - elaboração de informes técnico-científicos;
- II - gerenciamento de projetos de desenvolvimento de produtos alimentícios;
- III - assistência e treinamento especializado em alimentação e nutrição;
- IV - controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios;
- V - atuação em marketing na área de alimentação e nutrição;
- VI - estudos e trabalhos experimentais em alimentação e nutrição;
- VII - prescrição de suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta;
- VIII - solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico;
- LX - participação em inspeções sanitárias relativas a alimentos;
- X - análises relativas ao processamento de produtos alimentícios industrializados;
- XI - participação em projetos de equipamentos e utensílios na área de alimentação e nutrição.

Parágrafo único - É obrigatória a participação de nutricionistas em equipes multidisciplinares, criadas por entidades públicas ou particulares e destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar políticas, programas, cursos nos diversos níveis, pesquisas ou eventos de qualquer natureza, direta ou indiretamente relacionados com alimentação e nutrição, bem como elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área.

Art. 5º - A fiscalização do exercício da profissão de Nutricionista compete aos Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, na forma da Lei nº 6.543, de 20 de outubro de 1978, ressalvadas as atividades relacionadas ao ensino, adstritas à legislação educacional própria.

Art. 6º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º - Revogam-se as disposições em contrário, em especial a Lei nº 5.276, de 24 de abril de 1967.

170º da Independência e 103º da República.

Brasília, em 17 de setembro de 1991;

FERNANDO COLLOR
Antonio Magri

Anexo IV - Siglas usadas no trabalho

Siglas usadas no trabalho

ASCOFAM - Associação Internacional de Luta Contra a Fome.

ENDEF - Estudo Nacional de Despesa Familiar.

FAO - Organização para a Alimentação e a Agricultura das Nações Unidas.

GRÃO - Grupo de Apoio ao Ostomizado.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

INCAP - Instituto de Nutrición de Centro-America y Panamá.

MEC - Ministério da Educação e Cultura.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

OPAS - Organização Panamericana da Saúde.

PUCCAMP - Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

SESI - Serviço Social da Indústria.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas.

USAID - United States Agency for International Development.

Anexo V - Critérios adotados para transcrição

Crterios adotados para transcrio

(...)	Foi suprimida parte da fala na qual a sequência da idéia que estava sendo expressa foi interrompida, dando lugar a observações paralelas.
E	Fala do entrevistador.
(risos, gargalhadas)	Quando o entrevistado manifestava suas impressões sobre o assunto a respeito do qual falava, através de risos ou gargalhadas.
(pausa)	Quando o entrevistado parava de falar durante alguns instantes, pensando.
ahn	Hesitações manifestadas através de sons.
negrito	O entrevistado deu ênfase � idéia levantando a voz.
negrito seguido de - (grifo do autor)	O entrevistado não deu ênfase, mas a autora deseja chamar a atenção do leitor para aquele ponto.