



Revista Brasileira de Ciência do Solo

ISSN: 0100-0683

revista@sbc.org.br

Sociedade Brasileira de Ciência do Solo

Brasil

Jadavi Pereira da Silva, Alisson; Ferreira Coelho, Eugênio
ESTIMATION OF WATER PERCOLATION BY DIFFERENT METHODS USING TDR
Revista Brasileira de Ciência do Solo, vol. 38, núm. 1, 2014, pp. 73-81
Sociedade Brasileira de Ciência do Solo
Viçosa, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180230053007>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

Grupos de educação nutricional em dois contextos da América Latina: São Paulo e Bogotá

Kellem Regina Rosendo Vincha^(a)
 Alexandra Pava Cárdenas^(b)
 Ana Maria Cervato-Mancuso^(c)
 Viviane Laudelino Vieira^(d)

Vincha KRR, Cárdenas AP, Cervato-Mancuso AM, Vieira VL. Nutritional education groups in two contexts in Latin America: São Paulo and Bogotá. Interface (Botucatu). 2014; 18(50):507-20.

This study compared nutritional education groups regarding their theoretical and practical dimensions, within primary health care, between São Paulo and Bogotá. A descriptive study was conducted in stages: identification of the professionals; characterization of educational groups; identification of social representations about nutritional education; and comparison of the linkage between theory and practice in the groups, per city. Through interviews with 54 nutritionists 17 central ideas were identified, which were classified into thematic axes that related to the groups. In both contexts, the importance of participant empowerment was highlighted, with similarities in the profile of actions, but with differentiation of the mediators' autonomy. It was found that the theory/practice of the groups was in transition from the traditional to a more humanistic approach. However, this was at a slow speed, compared with healthcare policies and needs.

Keywords: Primary Health Care. Health Education. Food and nutritional education. Educational groups.

Este estudo comparou grupos de Educação Nutricional (EN), na dimensão teórica e prática, dentro da Atenção Primária à Saúde, entre São Paulo e Bogotá. A pesquisa descritiva foi realizada em momentos: identificação dos profissionais; caracterização dos grupos educativos; identificação das representações sociais sobre EN; e comparação da articulação entre teoria e prática dos grupos por cidade. Foram identificadas, por meio de entrevista com 54 nutricionistas, 17 Ideias centrais, classificadas em eixos temáticos, que se relacionaram com os grupos. Nos dois contextos, destacou-se a importância do empoderamento dos participantes com semelhanças no perfil das ações, mas com diferenciação na autonomia dos mediadores. Verificou-se que a teoria/prática dos grupos está em transição da abordagem tradicional para outra mais humanista. Entretanto, em uma velocidade lenta comparada às políticas e necessidades de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Educação alimentar e nutricional. Grupos educativos.

^(a-d) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Avenida Dr. Arnaldo, 715, Consolação. São Paulo, SP, Brasil. 01255-000.
 kellemvincha@usp.br;
 apavac@usp.br;
 cervato@usp.br;
 vivianevieira@usp.br

Introdução

A Promoção da Saúde (PS) é uma estratégia propagada mundialmente para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam às populações¹. Recomenda-se que seja um processo de capacitação da comunidade, voltado à melhoria da qualidade de vida e saúde, e que seja, sobretudo, desenvolvida pela Atenção Primária à Saúde (APS). Dessa forma, países da América Latina, como Brasil e Colômbia, caracterizados pela desigualdade social e iniquidade, encontram-se em um momento de fortalecimento da APS².

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui um cenário da APS privilegiado para a PS, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que preconiza uma equipe multiprofissional dentro de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em 2008, com o intuito de reforçar a ESF, criaram-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que contam com profissionais de diferentes áreas do conhecimento para apoiar e ampliar as ações da ESF^{3,4}. De outro lado, na Colômbia, o sistema de saúde, denominado *Sistema General de Seguridad Social en Salud*, é formado por serviços privados e públicos, enquanto a APS, conhecida como *Plan de Intervenciones Colectivas* (PIC), é gratuita à população⁵.

Diante das demandas da APS, uma prática reconhecida da PS são os grupos educativos, já que proporcionam discussão entre os indivíduos, de modo que possam superar suas dificuldades e viver mais harmonicamente com sua condição de saúde. Assim, tem-se observado sua crescente utilização, cada vez mais descritos em trabalhos acadêmicos e incentivados pelas políticas públicas de saúde^{6,7}.

As metrópoles de São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia), consideradas centros econômicos, assemelham-se no perfil populacional, dado que ambas possuem a peculiaridade do aumento das taxas de doenças crônicas não transmissíveis, o que exige ações de prevenção e tratamento de doenças e de Promoção da Saúde⁸.

São Paulo, atualmente, é a cidade que possui o maior número de equipes de ESF e NASF do país, sendo que, em 2010, verificou-se que os nutricionistas destas equipes possuem os grupos educativos como a principal atuação⁹. Já em Bogotá, devido à ausência de uma política nacional da APS, a *Secretaría Distrital de Salud* (SDS) desenvolveu *La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud*, em 2005, cujas ações são realizadas por equipes multiprofissionais, incluindo o nutricionista. Recentemente, o governo nacional assumiu a APS como estratégia central de reorganização do sistema onde se atua com os PIC. Desde então, assim como no Brasil, esse nível de saúde é pensado na lógica da territorialização, buscando a prerrogativa de os profissionais estarem mais próximos da população, além de ter o enfoque na PS^{10,11}.

O presente estudo aproximou a mesma prática, grupos educativos, em dois países diferentes, com problemáticas de saúde similares, mas com magnitudes distintas entre contextos, histórias e desenvolvimento da saúde. Este estudo forneceu subsídios para discussões acerca dos conteúdos da PS, APS e Educação em Saúde, que se encontram em um momento de fortalecimento nas localidades, tanto da dimensão prática quanto teórica. Estudos que contrastam essas dimensões possibilitam a reflexão sobre o conhecimento e a percepção dos referenciais teóricos dos profissionais da saúde e seu impacto no cotidiano prático de trabalho. Assim, o artigo teve por objetivo comparar os grupos educativos, que trabalham a alimentação e nutrição, na sua dimensão teórica e prática, dentro da APS, entre São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, que usou o método comparativo para reconhecer as características dos grupos educativos nas cidades de São Paulo e Bogotá, explicando as semelhanças e as diferenças que apresentam os processos de articulação entre teoria e prática de meios sociais distintos¹².

A coleta de dados foi formada por três momentos: (1) mapeamento dos profissionais; (2) questionário para a caracterização do profissional e dos grupos educativos, e (3) entrevista sobre Educação Nutricional (EN). Concretizou-se no período de julho a dezembro de 2012, primeiramente,

em Bogotá e, posteriormente, em São Paulo. Previamente foi realizado o teste-piloto dos instrumentos e a tradução transcultural dos instrumentos¹³.

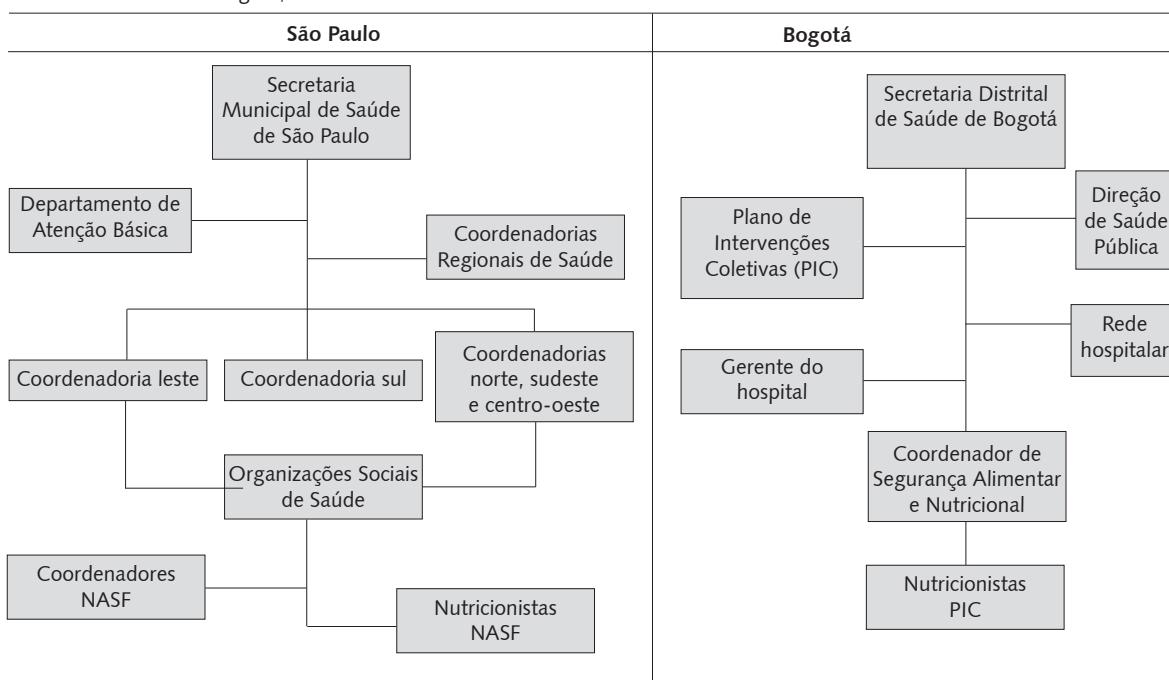
Consideraram-se, como dimensão prática, os dados coletados sobre as características dos grupos educativos e, como teórica, as percepções dos participantes sobre a EN em paralelo com os referenciais teóricos das políticas públicas que abrangem o campo dos dois países, como o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas¹⁴ e as *Guías Alimentarias*¹⁵.

A população do estudo foi composta por nutricionistas, mediadores de grupos educativos, de São Paulo e Bogotá, que atuassem na APS. Optou-se pelo nutricionista, dado o reconhecimento do campo da Educação Nutricional dentro da PS. O mapeamento foi construído a partir de informantes-chave: em São Paulo, pelas Organizações Sociais de Saúde^(e) e, em Bogotá, pela SDS. Diante da participação voluntária, os profissionais foram selecionados de acordo com a estrutura organizacional dos programas de APS das cidades, apresentado na Figura 1. Foram identificados 27 nutricionistas em cada cidade.

Para a dimensão prática, aplicou-se o questionário *online* “Identificação dos Grupos de Educação Nutricional”, por Google docs. O questionário contemplou informações sobre: sexo, idade, formação, tempo no cargo atual e atividades de trabalho. Dos 54 participantes da pesquisa, 42 responderam ao questionário, sendo 18 de São Paulo e 24 de Bogotá. Para a caracterização dos grupos, foram identificados: nome, tipo de grupo (aberto ou fechado), população, número de participantes, local, frequência da ação, profissionais, temas abordados e materiais e/ou equipamentos utilizados. Para a análise dos grupos por convenção, selecionou-se o primeiro descrito por cada profissional que continha todas as informações solicitadas. Calcularam-se as médias aritméticas da idade, tempo de formação e tempo no cargo atual.

(e) A gestão de unidades de saúde do estado de São Paulo tem por característica possuir uma parceria com Organizações Sociais de Saúde, que são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que colaboram, de forma complementar, para a consolidação do SUS.

Figura 1. Fluxograma percorrido para o mapeamento da localização dos nutricionistas que atuam na Atenção Primária à Saúde em São Paulo e Bogotá, 2012.



Em relação à dimensão teórica, aplicou-se entrevista por um pesquisador previamente treinado, que se utilizou da questão: O que é ou o que significa a Educação Nutricional para você? As entrevistas, aplicadas no local de trabalho, foram gravadas e transcritas pelos pesquisadores. A análise deu-se por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), técnica fundamentada na teoria das representações sociais, que consiste em selecionar, de cada depoimento individual, expressões-chave, que são os trechos mais significativos de uma resposta. Estas correspondem às Ideias Centrais (IC) que sintetizam o conteúdo discursivo e, a partir delas, constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSC, os quais visam expressar o pensamento de uma coletividade. Assim, foram executadas as etapas: análise e extração das IC de cada depoimento; conexão das Ideias Centrais equivalentes, e formação dos discursos propriamente ditos. Após, categorizaram-se os dados por meio de unidades dos textos que se repetiram, agrupados e classificados em eixos temáticos, nomeados empregando-se parte dos discursos¹⁶.

Para a comparação, obteve-se a segmentação dos dados por cidade, comparação e contextualização dos achados na ótica de Educação em Saúde, Educação Nutricional, grupo educativo, e contexto da Atenção Primária à Saúde nas duas cidades. Para a apresentação dos achados, realizou-se um paralelo da dimensão teórica, percepções encontradas nas entrevistas, com a prática, características dos grupos descritos no questionário.

Por conveniência, adotou-se "S" para designar São Paulo e "B" para Bogotá na identificação dos discursos. Esta pesquisa faz parte do estudo "Educação Nutricional na Atenção Primária em Saúde", consentida pela SDS de Bogotá, aprovada pelos Comitês de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Resultados e discussão

Verificaram-se características semelhantes dos profissionais em relação ao sexo, idade, tempo de formação e tempo no cargo. Uma diferença a destacar é a formação profissional: enquanto todos os entrevistados de São Paulo possuem, pelo menos, um curso de pós-graduação, em Bogotá, apenas 25,0% contam com esse nível de formação. Sugere-se que essa diferença seja consequência do mercado de trabalho, dado que, em São Paulo, há 19 cursos de graduação em nutrição para uma população de 10.434.252 pessoas^{17,18}, e, em Bogotá, há dois cursos para uma população de 7.363.782^{19,20}. Dessa forma, devido ao número de profissionais formados em São Paulo, estes possuem, muitas vezes, a necessidade de se especializarem para se destacarem no mercado de trabalho.

Observou-se que, entre os 18 participantes de São Paulo, somente quatro optaram por se especializar na área de atuação atual, enquanto a maioria buscou por cursos da área da nutrição clínica, como "Nutrição Funcional", "Terapia Nutricional, Obesidade e Emagrecimento", ao contrário dos profissionais colombianos.

Verificou-se semelhança na descrição das atividades de trabalho, uma vez que a mais citada foi a mediação de grupos educativos, indicando que estes são efetuados devido às vantagens verificadas em comparação ao cuidado individual: favorece a comunicação entre os atores e propicia o encontro dos semelhantes no sentido da constituição de redes sociais e do estímulo à autonomia^{6,7}.

Dimensão teórica e prática dos grupos educativos em nutrição

Como resultado das entrevistas, dimensão teórica, identificaram-se 17 Ideias Centrais distintas, classificadas em seis eixos temáticos (Quadro 1). Esses eixos foram relacionados com as características práticas dos grupos educativos descritos, apresentados na sequência.

Quadro 1. Classificação das Ideias Centrais por eixos temáticos, segundo a percepção dos entrevistados sobre a educação nutricional, em São Paulo e Bogotá, 2012.

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

É transmitir os conhecimentos

Os entrevistados das duas cidades assinalaram a importância do conhecimento, especialmente o científico, conforme evidenciado: “É transmitir os conhecimentos acerca do consumo dos alimentos, a maneira como devem serem consumidos, a maneira que devem estar higienizados [...]” (DSC-B1). Essa abordagem centra-se em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe. A lógica é a de transmissão de conhecimentos com a expectativa de que o outro mude seu comportamento em função do que lhe foi ensinado¹. Estudos questionam essa abordagem, pois mostram que o comportamento humano é influenciado por uma variedade de fatores – fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Além disso, experiências concluíram que ela é eficiente em aumentar conhecimentos, mas, com raras exceções, é ineficaz na mudança de práticas^{21,22}.

Contudo, verificou-se que as políticas públicas colombianas mencionam que o aumento de conhecimento dos indivíduos favorece mudanças nas escolhas alimentares, corroborando com o achado. Diferentemente do Brasil, que coloca a importância da valorização do conhecimento prévio dos participantes, porém, historicamente, essa abordagem era incentivada pelos serviços de saúde^{14,15}. Dessa forma, averiguou-se uma herança histórica na concepção dos participantes brasileiros.

Além da valorização do conhecimento científico, na prática, a demanda que o profissional necessita atender em função da sua disponibilidade de tempo pode interferir no formato e no tamanho do grupo. Os grupos descritos mostraram semelhança nesse aspecto. Em São Paulo, foram apontados grupos de sete a 55 participantes e, em Bogotá, de cinco a 55. Tal característica pode influenciar no processo educativo, pois sugere-se que grupos maiores tendem à transmissão de conhecimento, pois as trocas emocionais entre os membros ficam mais superficiais.

São padrões de alimentação sadia

Foi verificado que os entrevistados de ambas as localidades reconhecem que a EN é uma prática que tem como essência a mudança de comportamento:

"Para o meu conceito, o primeiro paradigma que desvirtuei nos meus grupos comunitários foi que nós não ensinamos nutrição, porque nutrição é uma ciência que tem de aprender os médicos, as enfermeiras e as nutricionistas, o que nós ensinamos são padrões de alimentação sadia [...]" . (DSC-B2)

Compreende-se que essa percepção vai ao encontro da abordagem comportamentalista de Promoção da Saúde, que entende o homem como um produto do meio, que vivencia, constantemente, em todas as etapas da vida, três eventos: estímulo, resposta e reforço²³. Observa-se que educar, segundo a percepção, é o profissional disseminar padrões de alimentação saudável, possivelmente, desconsiderando as realidades locais e singularidades individuais.

Ainda nesse eixo, São Paulo apresentou a percepção da EN como uma conscientização:

"Então o que a gente tem que conscientizar? [...] a importância de você ter uma alimentação saudável, os benefícios que você vai ter e aí você cita os benefícios e os malefícios, com isso você consegue conscientizar muita gente [...]" . (DSC-S8)

O comportamentalismo de PS e a conscientização também estão vinculados ao histórico da Educação em Saúde, que se respaldou nas recomendações de condutas certas e erradas de saúde, novamente dominado pelo poder científico²⁴.

Nesse eixo, responsabiliza-se unicamente o indivíduo pela saúde, já que o profissional expõe as condutas, oferecendo a opção de este seguir ou não. Aqui, segundo Gazzinelli et al.²⁴, sempre há um agente externo causador da doença, que deve ser combatido como um 'inimigo', como o açúcar, o diabetes, o sal, as gorduras, não se relacionando a outros fatores do processo saúde-adoecimento, como sociedade, desigualdades sociais e de saúde, que são apontados como essências, na EN, pelas políticas públicas dos dois países^{14,15}.

Como observado no presente estudo, práticas educacionais em saúde empregadas em momentos históricos não desapareceram absolutamente. Não implica desconsiderá-las, mas, trata-se:

[...] de perguntar se estas representações são suficientemente inclusivas para dar conta dos desafios colocados à educação em saúde nas sociedades contemporâneas ou se elas podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade vivenciada por pessoas que não se incluem em suas descrições.²² (p. 1340)

Um dos desafios atuais da prática nas duas cidades é o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Nesse sentido, observou-se que os grupos descritos em São Paulo relacionam-se com tais doenças, especialmente a obesidade, apontados pelos nomes: *perder para ganhar, emagrecendo com saúde, pesos e medidas, apertando o cinto, medida certa*, entre outros. Já em Bogotá, verificaram-se nomes mais amplos, como *tú vales e muévete comunidad*, que são nomes dos programas da SDS. Assim, se diferenciam dos grupos de São Paulo, que são nomeados pelos profissionais de saúde e/ou participantes, além de possuírem o foco na Promoção de Saúde¹¹.

As características dos grupos, incluindo nome e população, podem influenciar no tipo de abordagem utilizada para a educação. Igualmente, sugere-se que o eixo temático aqui discutido ocorra com maior frequência em grupos de população homogênea, como os achados em São Paulo. Já que, "o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe alguma regularidade e produz uma igualdade"²⁵ (p. 9), aludindo à tendência da desconsideração das singularidades individuais. Quanto à população para a qual os grupos se destinam, encontrou-se semelhança, dado que, nas duas cidades, as mais citadas foram idosas.

Um espaço de negociação do hábito alimentar

O eixo temático destaca a importância de se considerarem as experiências e conhecimentos dos participantes na ação, que são realçadas nas políticas públicas de ambas as localidades^{14,15}. Nessa direção, houve semelhança nos DSC:

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

O discurso direciona para a abordagem humanista de Promoção da Saúde, que tem o conceito de que o homem é arquiteto de si mesmo. A base do conhecimento repousa na experiência individual subjetiva e se concretiza a partir da interpretação pessoal e das relações com pessoas autorrealizáveis, flexíveis e adaptáveis criativamente²³.

Assinala-se a importância de uma escuta qualificada para o reconhecimento e o envolvimento das experiências e conhecimentos no processo educativo. Indica-se que esta pode ser ampliada na presença de mais de um profissional na ação, já que profissionais distintos possuem olhares diferentes do cuidado. Nesse aspecto, averiguou-se semelhança nos achados, pois ambas as cidades possuem mediação exclusiva do entrevistado ou compartilhada com outros mediadores. Em São Paulo, os mais citados foram: educador físico, psicólogo, fisioterapeuta e auxiliar de enfermagem. Já em Bogotá: assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e agente educativo.

Outro item importante de uma prática educativa humanista de PS é o espaço, pois se sugere que esta pode ser favorecida quando ocorre no local onde os indivíduos vivem e se relacionam, devido à aproximação da realidade em questão. No presente estudo, foi encontrada diferença entre as cidades. São Paulo destacou as Unidades Básicas de Saúde, enquanto, Bogotá, os equipamentos sociais, como *salão comunal* (espaço da comunidade), igrejas e escolas. Sugere-se que esse fato seja consequência da diferença de configuração de trabalho, pois os NASF possuem, por diretriz, estarem junto das equipes saúde da família que, por sua vez, localizam-se nas UBS⁴. Já em Bogotá, os profissionais dos *Plan de Intervenciones Colectivas* são favorecidos por atuarem nos cenários da vida cotidiana da população, classificados em: familiar, escolar, comunitário, trabalho e institucional¹⁰.

Processo de troca

Foi verificada semelhança na percepção dos entrevistados brasileiros e colombianos, uma vez que se constatou a valorização da EN como uma educação mais inclusiva:

"Eu entendo que é um processo de troca né, do conhecimento teórico do profissional de nutrição com o conhecimento de vida né do usuário, do paciente em que tá no grupo. Acho que só acontece a Educação Nutricional se ambos têm abertura pra tal [...]" . (DSC-S7)

Essa abordagem, também localizada nas referências teóricas dos dois contextos^{14,15}, assemelha-se, de acordo com Barker e Swift²¹, ao modelo de cognição social, que se respalda na construção coletiva de uma nova aprendizagem com base nos conhecimentos, atitudes e crenças dos participantes; e esses, por sua vez, são influenciados "[...] pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, expressos, em parte, nas práticas sociais e modificados para servir à vida cotidiana"²⁴ (p. 202).

Indica-se que a construção coletiva relaciona-se, na prática, diretamente aos temas abordados nos encontros, já que eles podem ou não serem construídos entre profissionais e participantes. Nesse aspecto, os grupos de São Paulo apresentaram temas como: pirâmide alimentar, porções de alimentos, fracionamento da dieta, leitura de rótulos, dietas da moda, oficina culinária e espaço para temas

sugeridos pelos participantes. Em Bogotá: alimentação saudável, conceitos básicos de alimentação e nutrição, higiene e manipulação dos alimentos, frutas e verduras, alimentação por idade e ajustada para a família, rótulos de alimentos, trem da alimentação, segurança alimentar e nutricional, e direito à alimentação.

Sugere-se que a variedade de temas entre os países seja decorrência da diferença das propostas de trabalho, pois os profissionais dos NASF são orientados a realizar ações que promovam a alimentação saudável, havendo uma abertura na escolha dos temas, seja pelos profissionais e/ou participantes, corroborando com o achado⁴. Pressupõe-se que as características dos grupos de São Paulo, incluindo os temas, são influenciadas pela experiência e formação do profissional. Todavia, retomando a informação de que a maioria é especialista na área da nutrição clínica, sugere-se a necessidade do cuidado para que, no desenvolvimento da ação, não prevaleça o conhecimento científico, pois segundo Campos, citado por Ribeiro, Pires e Blank²⁶, a especialização excessiva cria, autoriza e legitimiza a fragmentação do cuidado.

Já em Bogotá, foi observado que os temas citados pertencem aos guias dos programas, principalmente do *tú vales* e do *muévete comunidad*. Ambos os programas utilizam a metodologia de ações baseada na comunidade, usando a informação, comunicação, educação e o social como abordagem, apresentada pela secretaria da cidade como uma nova proposta de cuidado em saúde para a América Latina²⁷. O primeiro tem por intenção incentivar o consumo de frutas e verduras, a prática de atividade física e a redução do tabagismo, enquanto o segundo tem o foco na atividade física¹¹. Aponta-se, assim, que os membros dos grupos de Bogotá possuem menor autonomia nas escolhas dos temas, comparados aos de São Paulo.

Ter autonomia na escolha

Com relação à postura dos participantes no grupo, São Paulo diferenciou-se por apresentar a percepção da EN como estímulo à autonomia: "Pra mim Educação Nutricional é você capacitar ou passar essa educação pra pessoa ao ponto dela ter a ferramenta, de ser autônoma, dela ter autonomia na escolha [...]" (DSC-S6).

A definição de autonomia é próxima do empoderamento, pois se refere à capacidade de os indivíduos e grupos poderem decidir sobre as questões que lhes dizem respeito nas múltiplas esferas, como saúde, política, economia, social e cultural, mobilizando-os para perceberem-se como parte integrante desse conjunto. Essa abordagem vai em direção à Educação Popular em Saúde (EPS), conceituada como uma filosofia e metodologia de educação²⁸ que "busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos [...] de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento"²⁹ (p. 21).

De acordo com Vasconcelos²⁹, referenciado nas políticas públicas de saúde brasileiras, a EPS visa à ruptura da educação autoritária e normatizadora, concepção ainda enraizada, conforme verificado nesse estudo, pois "em vez de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo os atores" (p. 21), delineando soluções. O autor refere que a EPS é um elemento inovador e pioneiro na saúde, sendo considerado um jeito latino-americano de fazer Promoção da Saúde.

Todavia, constata-se que, apesar de seu reconhecimento teórico, há desafios de incorporá-la na prática, devido à complexidade institucional, como o pesado fardo das doenças, e da vida social como os apelos para o consumismo e o individualismo, além da dificuldade do diálogo entre profissional e população, devido à existência de bloqueios culturais e distanciamentos pela desigualdade de poder³⁰.

A SDS de Bogotá recomenda que os profissionais estimulem a autonomia da comunidade, com a articulação do saber científico e popular, para a construção de uma melhor qualidade de vida. Essa recomendação faz parte dos programas³¹, entretanto não foi encontrada nos discursos analisados. Esse achado vai ao encontro de um estudo realizado com 34 nutricionistas, de Medellín, que teve o intuito de explorar a percepção desses sobre o papel do saber popular na alimentação; e verificou-se que os profissionais reconhecem a sua importância, todavia com o sentido de explorá-los para removê-los da população, dado que não é um saber científico³².

Sugere-se que a diferença do achado entre as cidades seja decorrência do destaque que o Brasil possui frente à EPS, tendo o papel pioneiro na sistematização metodológica do autor Paulo Freire. Ressalta-se que, recentemente, devido a sua importância dentro do país, foi aprovada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, com o intuito de fortalecer o protagonismo popular no cuidado e na gestão do SUS^{4,33}.

A EPS oportuniza a construção/desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais, sendo uma delas o desenvolvimento da postura de multiplicador na comunidade³⁴. Nessa perspectiva, São Paulo novamente diferenciou-se pelo discurso: “É de uma certa forma eles serem multiplicadores também, então conseguir atuar não só no grupo, mas em casa, em eventos” (DSC-S10). Apesar de essa percepção não ter sido apontada no discurso dos entrevistados de Bogotá, os programas *tú vales e muévete comunidad* possuem, na metodologia, o fornecimento de materiais educativos para os participantes, como cartilhas, financiados pela *Secretaria Distrital de Salud*, com o objetivo que esses sejam multiplicadores na comunidade¹¹.

Uma revisão realizada por Wiggins²⁸ apontou que a EPS visa às melhorias: PS, mudança de comportamento, conhecimento em saúde, transformações de saúde e segurança alimentar. Todavia, é um método longo, já que implica um processo contínuo de reflexão-transformação. Nesse ponto de vista, foi verificado em São Paulo:

“Acho que a Educação Nutricional é uma coisa que vai entrando na cabeça e que tem o exercício de mudar os hábitos alimentares durante toda a vida, então é um período um pouquinho longitudinal dizendo [...]”. (DSC-S3)

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

Observa-se que essa diferença é novamente consequência dos programas. Em Bogotá, a SDS orienta a efetivação do grupo em quatro momentos: articulação do programa com a população, reconhecimento das necessidades, realização da ação com o número de encontros preestabelecido e avaliação¹¹. Já em São Paulo, não há determinação para a prática, cabendo novamente ao profissional decidir tais características. Ambos os achados são questionáveis na proposta da presente abordagem, dado que, em Bogotá, são poucos encontros para um processo educativo e, em São Paulo, os grupos abertos podem dificultar a aproximação entre os membros e, consequentemente, a construção da educação.

Como? Quando?

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

Enquanto São Paulo diferenciou-se pela percepção da EN como uma estratégia de prevenção de doenças: “[...] é uma grande ferramenta que a gente tem pra agir na prevenção das doenças” (DSC-S5). Retoma-se aqui um dos princípios da APS – Promoção da Saúde. Entretanto, conforme

apresentado por Chiesa et al.³⁵, há uma dificuldade da operacionalização de ações promotoras nos serviços de saúde, referindo que um dos motivos é a falta de compreensão dos profissionais em relação ao conceito, reduzindo-o, muitas vezes, à prevenção de doenças, como encontrado nessa pesquisa.

No campo, várias estratégias práticas podem ser utilizadas para favorecer a participação de todos os atores de um grupo. Nesse sentido, São Paulo trouxe apreensão sobre os materiais educativos:

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

Apesar de os discursos diferenciarem-se no conteúdo, foi observado que as percepções centram-se na prática, que podem relacionar-se com o uso de recursos materiais e/ou equipamentos. Nos grupos descritos, verificou-se que, em São Paulo, os mais citados foram: vídeos, pirâmide alimentar, fotos ou figuras de alimentos, folhetos, embalagem de alimentos e *slides*. Já em Bogotá: cartaz, trem da alimentação, vídeos, *slides*, alimentos *in natura*, fotos e figuras de alimentos e cartilhas educativas dos programas. Ressalta-se a similaridade no uso de representações gráficas de recomendações de consumo alimentar, pirâmide alimentar e trem da alimentação, e a diferenciação de Bogotá pelo fornecimento de materiais educativos pela SDS, apontando um apoio institucional de recursos para o desenvolvimento dos grupos. A utilização dessas estratégias pode favorecer a ação, como verificado em experiências, com o uso de vídeos³⁶ e folhetos³⁷.

Considerações finais

Foi possível verificar semelhanças e diferenças entre São Paulo e Bogotá em relação à teoria/prática dos grupos de Educação Nutricional. Considera-se que os eixos temáticos apresentados são permeáveis, porém acredita-se que há preponderância de uma abordagem em relação à outra na ação educativa.

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

O estudo contrastou a dimensão teórica e seu impacto na prática de trabalho; e sugere-se que São Paulo se destacou em relação a Bogotá na dimensão teórica, devido ao reconhecimento do estímulo da autonomia e de multiplicador, apontando um avanço no enfrentamento da complexidade dos cuidados primários. Porém, devido aos achados da dimensão prática, questiona-se se a presença do reconhecimento dessas subjetividades garante novos modos de produzir saúde.

Compreende-se a existência de múltiplas barreiras que os profissionais enfrentam, no cotidiano de trabalho, para romper a atual lógica da saúde. Entretanto, foi possível verificar que as duas cidades, dentro de cada contexto político de saúde, possuem potencialidades dentro das ações promotoras de saúde coletiva, associada ao saber popular, que necessitam ser valorizadas e fortalecidas institucionalmente. Pois, se acredita que, por meio de um respaldo político, econômico e de gestão, a ideologia do cuidado integral se dissemine para outros espaços, conquistando o seu real valor.

Quanto aos grupos, observou-se ampla variedade das características, em ambas as localidades. Compreende-se que algumas encontradas podem favorecer a educação em grupo, como: encontros nos territórios, número de participantes, mediação compartilhada, grupos fechados e uso de materiais educativos. Além das características, recomenda-se explorar o objetivo do grupo e o papel dos atores envolvidos, pois a formulação e o planejamento destes itens podem direcionar o tipo de abordagem

que será utilizada. O papel do profissional aqui sugerido é de mediar a aprendizagem dos participantes e, esses, por sua vez, de serem produtores de novas subjetividades.

Conclui-se que as práticas e as percepções dos profissionais encontram-se em um momento de transição de uma abordagem tradicional (focada no conhecimento científico) para outra mais humanista de Promoção da Saúde. Entretanto, considera-se urgente a qualificação dos recursos humanos de ambas as cidades para atender às demandas atuais das necessidades e das políticas de saúde. Dado que os dois países reconhecem que a abordagem vai em direção à Educação Popular em Saúde, sugere-se a sua incorporação como um instrumento de formação profissional, pois esses, assim como os participantes dos grupos, também possuem suas singularidades de saúde e de vida que devem ser acolhidas e problematizadas.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). Cienc Saude Colet. 2011; 17 Supl. 1:1547-54.
2. Organización Pan-Americana de Salud. La Atención Primaria en Salud Renovada en el contexto mundial y regional: un enfoque renovado para transformar la práctica en salud [Internet]; 2007 [acesso 2012 Dez 9]. Disponível em: <http://www.gestarsalud.com/cms/files/aps.pdf>
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaría de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3a ed. Brasília (DF): MS; 2010.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2009.
5. Lei nº 100, de 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá (DC): Republica de Colômbia; 1993.
6. Neto JL, Kind L. Promoção da Saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2011.
7. Furlan PG, Campos GWS. Os grupos na Atenção Básica à Saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Brasília (DF): MS; 2010. p. 105-16.
8. Di Cesare M. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones [Internet]. Chile: Colección Documentos de proyectos; 2011 [acesso 2013 Dez 16]. Disponível em: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/44309/lcw395.pdf>
9. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. Cienc Saude Colet. 2012; 17(2):3289-300.
10. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Plan de Intervenciones Colectivas. Bogotá (DC): SDS; 2012.
11. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Âmbito Comunitário. Guía Operativa: fortalecimiento de organizaciones desde la integralidad de los programas Tú Vales, Muévete Comunidad. Bogotá (DC): SDS; 2011.

12. Schneider S, Schmitt CJ. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. *Cadernos de Sociologia* [Internet]; 1998 [acesso 2014 Jan 11]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/pgdr/arquivos/373.pdf>
13. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Publica*. 2004; 6(3): 302-18.
14. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília (DF): MDS; 2012.
15. Ministerio de Salud. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. *Guías Alimentarias: para la población colombiana mayor de dos años*. Bogotá (DC): SDS; 1999.
16. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Texeira J. O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2003.
17. Ministério da Educação. Instituição de ensino superior e cursos cadastrados: nutrição [Internet]. Brasília (DF): MEC; 2013 [acesso 2013 Abr 6]. Disponível em: <http://emeec.mec.gov.br/>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [Internet]; 2010 [acesso 2013 Dez 19]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Indicadores demográficos y tablas abreviadas 2005 – 2020 [Internet]. 2010 [acesso 2012 Dez 19]. Disponível em: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121
20. Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición y Dietética. Formación de recurso humano en nutrición y dietética: bases para la formulación de políticas. Medellín: Catédra litográfica; 2004.
21. Barker M, Swift JA. The application of psychological theory to nutrition behaviour change. *Proc Nutr Soc*. 2009; 68(2):205-9.
22. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(6):1335-42.
23. Macena RHM. Tendências pedagógicas e Educação em Saúde. *Anima*. 2002; 1(5):29-36.
24. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(1):200-6.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular. 2a ed. Brasília (DF): MS; 2007.
26. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(2):438-46.
27. Lucumí DI, Sarmiento OL, Forero R, Gomez LF, Espinosa G. Community intervention to promote consumption of fruits and vegetables, smoke-free homes, and physical activity among home caregivers in Bogotá, Colombia. *Prev Chronic Dis*. 2006; 3(4):1-13.
28. Wiggins N. Popular education for health promotion and community empowerment. *Health Promot Int*. 2012; 27(3):356-71.

29. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): MS; 2007. p. 19-29.
30. Vasconcelos EM. O significado e Educação Popular na realidade e na utopia da Atenção Primária à Saúde brasileira. In: Mano MAM, Prado EV, organizadores. Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde: a realidade e a utopia. São Carlos: EDUFSCar; 2010. p. 13-8.
31. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Análisis de situación de Salud y gestión del conocimiento: Plan de Intervenciones Colectivas – PIC. Bogotá (DC): SDS; 2012.
32. Montoya LMA. Significado del saber popular en alimentación en un grupo de nutricionistas dietistas. Perspect Nutr Hum. 2007; 9(1):49-60.
33. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS, SUS na segurança social, política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília (DF): MS; 2012.
34. Lopes R, Tocantins FR. Promoção da saúde e a educação crítica. Interface (Botucatu). 2012; 16(40):235-48.
35. Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELPC, Maeda ST, Castro DFA, Barros DG, et al. Possibilidades do WHOQOL-bref para a promoção da saúde na estratégia saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(spe2):1743-7.
36. Mcclinchy J, Dickinson A, Barron D, Thomas H. Practitioner and lay perspectives of the service provision of nutrition information leaflets in primary care. J Hum Nutr Diet. 2011; 24(6):552-9.
37. Ramsay SA, Holyoke L, Branen LJ, Fletcher J. Six characteristics of nutrition education videos that support learning and motivation to learn. J Nutr Educ Behav. 2012; 44(6):614-7.

Vincha KRR, Cárdenas AP, Cervato-Mancuso AM, Vieira VL. Grupos de educación nutricional en dos contextos de América Latina: São Paulo y Bogotá. Interface (Botucatu). 2014; 18(50):507-20.

Ese estudio comparó grupos de Educación Nutricional (EN) en la dimensión teórica y práctica, dentro de la Atención Primaria de la Salud, entre São Paulo y Bogotá. La encuesta se realizó en momentos: identificación de los profesionales; caracterización de los grupos educativos; identificación de las representaciones sociales sobre EN; comparación de la articulación entre teoría y práctica de los grupos por ciudad. Se identificaron, por medio de entrevista con 54 nutricionistas, 17 Ideas centrales, clasificadas en ejes temáticos, que se relacionaron con los grupos. Se destacó la importancia del empoderamiento de los participantes con semejanzas en el perfil de las acciones, pero con diferenciación en la autonomía de los mediadores. La teoría/práctica de los grupos está en transición pasando del abordaje tradicional para otro más humanista. No obstante, a una velocidad lenta en comparación con las políticas y necesidades de salud.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud. Educación en Salud. Educación alimentaria y nutricional. Grupos educativos.

Recebido em 02/03/14. Aprovado em 28/04/14.