

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA-PPGNH

**A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAÚDÁVEL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
DO DISTRITO FEDERAL: A IMPORTÂNCIA E A ADEQUAÇÃO DAS FONTES DE
INFORMAÇÕES NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

SIMONE ARMOND SERRÃO

BRASÍLIA
2011

SIMONE ARMOND SERRÃO

**A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAÚDÁVEL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
DO DISTRITO FEDERAL: A IMPORTÂNCIA E A ADEQUAÇÃO DAS FONTES DE
INFORMAÇÕES NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Nutrição em Humana da Universidade de Brasília-UNB para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Dra Denise Oliveira e Silva

Brasília

2011

SIMONE ARMOND SERRÃO

**A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAÚDÁVEL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
DO DISTRITO FEDERAL: A IMPORTÂNCIA E A ADEQUAÇÃO DAS FONTES DE
INFORMAÇÕES NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Esta Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Universidade de Brasília -UNB para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovada em: 19/12/2011

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Denise Oliveira e Silva
(Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Elisabetta Recine
(Membro)
Universidade de Brasília

Dra. Denise Cavalcante Barros
(Membro)
Fundação Oswaldo Cruz

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a “*alegria*” de:

amar e viver ao lado de João Pedro, Daniel e Gustavo
brincar e celebrar a vida com amigos
ser irmã de Pedro, Darcy e Mônica
ter sido cuidada e amada por minha mãe Maria Helena,
Vó Helena e Vô Rui e Tia Rosa
e de ter um pai que proporcionou a minha chegada até aqui hoje.

AGRADECIMENTOS

Salve a **vida**; a ela agradeço em primeira ordem!

Denise Oliveira, minha orientadora presencial e virtual, agradeço pela disposição, carinho e confiança a mim sempre ofertada. Muito grata por tudo!

Denise Barros muito grata pelas ótimas referências de leitura para construção do meu trabalho e pelos momentos descontraídos que proporcionou para diluir a ansiedade.

Érica, minha amiga de coração, pela paciência em me ouvir e pelas sugestões oportunas e inteligentes em momentos difíceis dessa construção.

Junia, obrigada pela atenção e contribuições valorosas e decisivas do percurso metodológico do estudo.

Gustavo, grata pela aceitação amorosa mais do que nunca na reta final quando mais precisei de suporte, atenção e muita paciência para conseguir concluir meu trabalho.

Mari, minha grande amiga e terapeuta, sou grata pelo cuidado, carinho e atenção dedicada a mim e aos meus filhos nessa jornada profissional. Eternamente grata por suas mãos de luz, suas captações transformadoras e a leitura revigorante do seu oráculo.

Fernanda, irmã da vida, sempre grata pela amizade suave e verdadeira que me acalenta o coração, sejam os momentos difíceis ou muito felizes, valeu pisciana, você é linda.

Romilson, Marília e Cássia, meus queridos colegas de trabalho, muito agradecida pela atenção e auxílio nessa trajetória.

Aos **colegas, amigos e familiares** que de alguma forma estiveram por perto passando bons fluidos e conselhos carinhosos, e também aqueles que deram suporte aos meus filhos enquanto eu estava presa ao computador: marido Guga, irmão Pedro, cunhada Flávia, amiga Cláudia, Nicole e Evandro, Erli, Sandra, Cintila, Fê e Del, Márcia, Lelo, Vó Marília, Tia Ana Paula, Tia Alê e Tio Biel. Valeu galera!

Oxalá proteja a todos!!

“... eu era movido por aquilo que o tao chama de espírito do vale, “que recebe todas as águas que afluem a ele”. Mas não me vejo como um vale majestoso; vejo-me, antes, como uma abelha que se inebriou de tanto colher o mel de mil flores, para fazer dos diversos polens um único mel”. Edgar Morin.

“Onde está o conhecimento que perdemos na informação? E onde está a sabedoria que perdemos
no conhecimento?” T.S.Eliot

RESUMO

Esta dissertação teve por objetivo descrever quais são as fontes de informações consideradas adequadas e importantes por nutricionistas, médicos, enfermeiros e odontólogos da atenção básica o Distrito Federal para comunicar alimentação saudável à população assistida. O estudo sugere a existência simbólica de um mosaico comunicacional da saúde, alimentação e nutrição, construído pelos profissionais para promover alimentação saudável. Foram utilizados dados secundários da pesquisa Promoção da Alimentação Saudável do SUS-DF: conhecimentos atitudes e práticas, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Os dados examinados foram: sociais, perfil profissional e a importância e adequação das doze fontes de informações descritas no questionário de auto resposta. Para realização da análise, foram adotadas estatísticas não paramétricas, como teste da soma dos postos de Wilcoxon juntamente com o teste de Mann-Whitney para apontar as diferenças das fontes de informação entre as categorias profissionais. As fontes de informação técnico-científicas, tais como, publicação científica, treinamento em serviço, guias alimentares e manuais técnicos foram valoradas por todas as categorias como importantes e adequadas. Já as fontes de informações midiáticas como: televisão, rádio, internet, jornais e revistas sobre alimentação, tenderam para adequadas para todos os profissionais, com exceção dos nutricionistas, que valoraram como nada adequada e nada importante. As fontes de informações técnico-científicas se destacaram na perspectiva dos profissionais de saúde obterem informações e conhecimento para promoverem alimentação saudável à população assistida da atenção básica do Distrito Federal.

Palavras-chave: promoção da alimentação saudável, profissionais de saúde, fonte de informação técnico-científica, fonte de informação da mídia, mosaico comunicacional

ABSTRACT

This paper aims to describe what are the sources of information deemed appropriate and important by nutritionists, doctors, nurses and dentists who work with primary care in the Federal District to communicate healthy eating to the assisted population. The study suggests the symbolic existence of a health, food and nutrition communication mosaic built by these professionals to promote healthy eating. It was used secondary data from the SUS -DF research called Promotion of Healthy Eating: knowledge attitudes and practices - conducted by the Oswaldo Cruz Foundation, 2008. The information examined were collected from a questionnaire based on social and professional profile data and on the evaluation whether or not a list of twelve sources of information were important and appropriated. To perform the analysis, nonparametric statistics such as the sum of test stations Wilconson with the Mann-Whitney test were taken to point out the differences of the sources of information between the professional categories. The sources of technical and scientific information such as scientific publication, in-service training, food guides and technical manuals were valued by all categories as important and appropriate. On the other hand, the sources of media information such as television, radio, internet, newspapers and magazines about food tended to adequate for all professionals, with the exception of nutritionists who valued nothing as appropriated and nothing important. The sources of techno-scientific information stood out to health professionals to promote healthy food to the assisted population of primary care of the Federal District.

Keywords: promoting healthy eating, health professionals, sources of technical and scientific, source information media, mosaic communication.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Saudável
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAPB	Guia Alimentar para População Brasileira
GNUT	Gerência de Nutrição
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LOSAN	Lei de Segurança Alimentar e Nutricional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PCS	Programa Comunidade Solidária
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
SAPS	Serviços de Alimentação da Previdência Social
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SES-DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 - Distribuição percentual da carga horária de trabalho segundo categorias profissionais, da atenção básica do Distrito Federal, Brasília, 2008.

Gráfico 2 - Distribuição percentual da especialização profissional segundo categorias profissionais da atenção básica do Distrito Federal, Brasília, 2008.

Gráfico 3 – Distribuição percentual das áreas temáticas da especialização profissional segundo categorias profissionais da Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008

Gráfico 4 - Distribuição percentual da importância das fontes de informação, segundo a categoria profissional dos nutricionistas da atenção básica saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.

Gráfico 5 – Distribuição percentual da adequação das fontes de informação, segundo a categoria profissional dos nutricionistas da atenção básica saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.

Gráfico 6 – Distribuição percentual da importância das fontes de informação, segundo a categoria profissional dos médicos da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.

Gráfico 7 – Distribuição percentual da adequação das fontes de informações, segundo a categoria profissional dos médicos da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.

Gráfico 8 – Distribuição percentual da importância das fontes de informações, segundo a categoria profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.

Gráfico 9 – Distribuição percentual da adequação das fontes de informações, segundo a categoria profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.

Gráfico 10 – Distribuição percentual da importância das fontes de informações, segundo a categoria profissional dos odontólogos da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.

Gráfico 11 – Distribuição percentual da adequação das fontes de informações, segundo a categoria profissional dos médicos da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.

Tabela 1 – Média aritmética e desvio padrão relativos às fontes de informações consideradas importantes por profissionais médicos, nutricionistas, enfermeiros e odontólogos da atenção básica à saúde para comunicar alimentação saudável na atenção básica no Distrito Federal, 2008.

Tabela 2 – Média aritmética e desvio padrão relativos às fontes de informações consideradas adequadas por profissionais médicos, nutricionistas, enfermeiros e odontólogos da atenção básica à saúde para comunicar alimentação saudável no Distrito Federal, Brasília, 2008.

Tabela 3 – Distribuição da diferença das médias dos postos entre adequação e importância das fontes de informação para profissionais de saúde de atenção básica comunicar sobre alimentação saudável aos seus pacientes, Distrito Federal, Brasília, 2008.

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS	
INTRODUÇÃO	10
1-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
1.1-Transição epidemiológica e seus efeitos para a informação e comunicação da saúde	13
1.2- As políticas de alimentação e nutrição: percurso histórico em direção ao direito à alimentação saudável	18
1.3 -O mosaico comunicacional da saúde, alimentação e nutrição	21
2- OBJETIVOS	32
2.1-Objetivo geral	32
2.2-Objetivos específicos	32
3-JUSTIFICATIVA	33
4-PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
4.1- Aspectos conceituais de investigação CAPs	36
4.2- Descrição da área do estudo	37
4.3- Descrição do desenho metodológico e operacional	39
4.4- Análise dos dados	41
5-RESULTADOS	43
5.1-Informações sociodemográficas	43
5.2-As fontes de informações adequadas e importantes referidas pelos profissionais de saúde	45
5.3- Importância e Adequação: localização das diferenças por fontes de informações segundo categorias profissionais	53
6-DISCUSSÃO	58
6.1- Consensos e dissensos entre as categorias profissionais na utilização das fontes de informações adequadas e importantes para promoção da alimentação saudável	58
6.2- O nutricionista e a valoração de uso das fontes de informações para comunicar alimentação saudável	64

CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	77
Anexo A – Lista dos Centros e Hospitais pesquisados no DF	77
Anexo B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	82
Anexo C – Questionário de auto resposta	83
Anexo D – Termo de Consentimento	97
Anexo E – Análise estatística	99
Anexo F – Tabela 3	113

Introdução

O padrão alimentar da população brasileira tem incentivado as instituições públicas a direcionarem ações de promoção da alimentação saudável à população. As mudanças sociais e econômicas ocorridas nessas últimas décadas no país tem alterado o estado de saúde assim como o consumo alimentar da população. A transição nutricional, como apontam os diagnósticos de saúde, mostram a diminuição da desnutrição e o aumento da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) da população.

Para superar esse quadro nutricional da população brasileira, políticas de saúde pública foram e tem sido elaboradas para atuarem nas várias dimensões da nutrição e alimentação que clamam por intervenções articuladas com os diversos setores governamentais e não governamentais da sociedade. Hoje, temos uma política nacional de alimentação e nutrição (PNAN) composta por diretrizes que pretendem melhorar a condição nutricional e alimentar e assegurar a segurança alimentar e nutricional da população.

A nova edição da PNAN publicada em 2011 coloca a atenção nutricional e alimentar no sistema único de saúde (SUS) integrada às demais ações da atenção básica e dá destaque as seguintes diretrizes: produção de materiais informativos e estratégias de informação e educação para população sobre essa temática, desenvolvimento de capacidades e formação de recursos humanos com objetivo de treinar e instrumentalizar gestores e profissionais de saúde da atenção primária em saúde (APS) para a abordagem da promoção de hábitos alimentares saudáveis. Essas diretrizes destacadas na PNAN compõem o foco temático deste estudo.

Dentro do sistema de saúde brasileiro, a APS constitui um espaço relevante como porta de entrada e de coordenação de cuidados da população assistida e torna-se um *locus* prioritário para práticas e ações de promoção da alimentação saudável. Assim, precisa compor seus serviços com profissionais e gestores imbuídos de atitude frente aos problemas e distúrbios nutricionais da população.

Hoje, a busca é por um modelo de atenção à saúde que garanta e priorize ações voltadas à melhoria da qualidade de vida da população assistida. Tornando-se, dessa forma, imprescindível a reorientação do sistema único de saúde (SUS) que, frente à transição epidemiológica, necessita de mudanças em todos os níveis de atenção.

A complexidade dos problemas de saúde que será abordada no primeiro capítulo desta dissertação, aponta para necessidade do fortalecimento das ações de promoção da saúde e da alimentação saudável e prevenção de doenças por meio do trabalho multiprofissional e ações intersetoriais do Estado.

Apesar de o quadro de saúde da população brasileira apontar para necessidade de realizar ações voltadas para promoção da saúde e prevenção de doenças, o modelo positivista da saúde continua a valorar as práticas curativas e incentivar as especializações durante os cursos de formação em saúde, em detrimento do investimento em conteúdos disciplinares com foco no cuidado integral da saúde da população como, por exemplo, o aspecto alimentar e nutricional. Conteúdo que acaba por passar à margem da graduação em saúde - formando profissionais sem conhecimento básico no campo da nutrição.

Essa deficiência trazida da graduação faz com que os profissionais da saúde, ao se depararem com a necessidade de comunicar com os usuários sobre alimentação e saúde, busquem o conhecimento em outras fontes de informação quando não é possível realizar um encaminhamento ao profissional nutricionista.

Essa falta de habilidade para abordar a temática alimentação saudável durante a prática assistencial nos serviços de saúde induz os profissionais a desenvolverem estratégias individuais de atuação frente às problemáticas nutricionais e alimentares trazidas pelos usuários. Além de não se sentirem aptos a comunicar sobre promoção à saúde e alimentação saudável, quando imbuídos da certeza que precisam incorporar na sua prática essa vertente comunicativa, esses profissionais também vivenciam nos serviços de saúde certo abandono e carência gerencial para a sistematização de estratégias específicas e a de falta de materiais educativos sobre a temática.

Os profissionais de saúde que passam dificuldades para comunicar alimentação saudável, estão expostos no seu cotidiano a uma expressiva circulação de informações sobre alimentação saudável veiculada por diversos canais midiáticos e fontes de informação técnico-científicas, tais como artigos e revistas científicos e eventos acadêmicos.

A revolução tecnológica iniciada a partir da segunda metade do século XX possibilitou a disponibilização de informações, sejam elas científicas ou não, a um número cada vez maior de pessoas. Hoje, a profusão de mensagens divulgadas cotidianamente pelos vários meios e fontes de informações gera na população insegurança para determinar a adequação e a credibilidade das informações recebidas, uma vez que muitas são efêmeras e imprecisas. O profissional de saúde também está suscetível a esse mesmo bombardeio da mídia.

Em meio a esse excesso de mensagens, o discurso informativo da grande mídia e o científico se misturam; o senso comum e a ciência mesclam suas mensagens como na construção de um mosaico, onde pedaços de vidro com cores diversas são colados com o objetivo de apresentar um desenho final. O receptor, sem o conhecimento dessa construção, torna-se um expectador desse mosaico fabricado e aprecia o produto final sem perceber que cada pedacinho de vidro foi fixado pensando na criação de uma mensagem maior que atrai e sensibiliza o consumidor.

Os profissionais de saúde, frente a essa profusão informacional sobre alimentação e a todas adversidades enfrentadas nos serviços para orientar seus usuários sobre alimentação saudável, tendem a construir seu discurso sobre saúde baseado nas informações de procedência científica. Porém, devido à falta de habilidade e conhecimento no campo da nutrição, parecem fazer uso de informações veiculadas pela mídia e pelo senso comum que embora não sejam cientificamente comprovadas, podem ser prescritas pelos profissionais de saúde.

A formação biomédica que reforça o saber científico como o único produtor de verdades é o quadro reproduzido nos serviços de saúde. Dessa forma, é possível levantar o pressuposto de que os profissionais somente utilizam as fontes midiáticas para obtenção de informações práticas e utilitárias que venham ajudá-los na comunicação com os usuários.

Dessa forma, fragmentos informativos científicos se juntam a outros fragmentos empíricos e formam o mosaico comunicacional da saúde, alimentação e nutrição utilizado pelos profissionais de saúde para obterem conhecimento e, assim, comunicarem com seus usuários sobre alimentação saudável.

Diante do exposto, esta dissertação pretende descrever quais fontes de informações são consideradas adequadas e importantes para os profissionais de saúde promoverem a alimentação saudável nos serviços de atenção básica à saúde do Distrito Federal (DF) e apontar, por meio de dados empíricos e conceituais, como esses profissionais constroem o mosaico comunicacional da saúde, alimentação e nutrição.

1-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1-Transição epidemiológica e seus efeitos para informação e a comunicação da saúde.

A população brasileira, a partir da década de 1960, tem passado por grandes transformações nos perfis de morbimortalidade; uma complexa mudança dos padrões de saúde e doença e das suas interações denominadas “transição epidemiológica” (CHAIMOWICZ, 2001). Segundo Schramm et. al. (2004), esse quadro se caracteriza pela diminuição das doenças infecciosas, pelo aumento tanto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como das causas externas e pela morbimortalidade maior nas faixas etárias mais idosas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que as DCNT são responsáveis por 58,5% das mortes no mundo e por 45,9% da carga global de doença, destacando-se o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, a obesidade, o consumo excessivo de gorduras saturadas e a baixa ingestão de frutas e verduras como fatores contribuintes para este quadro (OMS, 2003).

Wood e Carvalho (1994) afirmam que esse perfil de morbimortalidade é um indicador sensível para avaliar as condições de vida e do processo de desenvolvimento de uma população. Quando visto por meio da interação de vários determinantes interdependentes, como, por exemplo, a produção econômica e a reprodução humana interagindo na determinação da mortalidade, fertilidade e migração.

No Brasil, os mecanismos para essa mudança vieram tanto do padrão de mortalidade como da adoção de medidas preventivas de saúde e do desenvolvimento econômico. Todos acontecem simultaneamente à difusão de tecnologias de controle e a melhoria do padrão de vida da população. Como bem colocam Batista & Batista (2010) o homem hoje nasce, vive, adoce e morre de forma bem diferente do modo prevalente da primeira metade do século XIX.

O termo “transição da saúde” é usado por abranger concepções e comportamentos sociais básicos ampliando a conceituação “transição epidemiológica” ao utilizar o conceito de saúde. Partindo dessa visão ampliada, a transição da saúde caracteriza-se por dois aspectos: o lado das condições de saúde, expresso pela magnitude e frequência de mortes e doenças e, do outro lado, a resposta social organizada dada através da instrumentalização por meio dos sistemas de atenção à saúde (LERNER, 1973 apud SCHRAMM et. al., 2004).

A necessidade de instrumentalização do sistema de saúde para atender ao novo perfil de saúde/doença apresentado no país configura-se em um dos grandes desafios a ser enfrentado pelos gestores da saúde e também pelos profissionais de saúde que trabalham na interlocução com a população assistida.

No Brasil o aumento das DCNT caminha em paralelo com epidemias de dengue, febre amarela e outras doenças infecciosas. A extensão territorial brasileira apresenta quadros de morbidade muito diferenciados entre as regiões revelando um contraste entre as necessidades de saúde em um mesmo país. (BATISTA; RISSIN, 2003)

Cabe também ao sistema de saúde, além do controle de doenças transmissíveis e dos surtos epidêmicos, assistir às populações que passam por situações de catástrofes naturais, como também intervir na redução da mortalidade infantil em bolsões de pobreza e em algumas regiões do país. O grande desafio é pensar em uma agenda de políticas de saúde capaz de superar tamanha adversidade ocasionada pela transição epidemiológica, frente ao modelo de atenção à saúde brasileira (BATISTA; BATISTA, 2010).

Segundo Barreto (2005), a transformação concreta para superar essas adversidades é dada a partir da *práxis* em uma dada realidade social e sanitária, contextualizada dentro de um processo político. A nova prática na gestão da saúde precisa lidar com os problemas ocasionados pelo aumento da carga de doenças e também atender as doenças do atraso econômico e social. É fato que o sistema de saúde necessita tanto do auxílio da tecnologia como do investimento em promoção à saúde para sua reorganização.

A nova *práxis* na gestão da saúde precisa romper com as prioridades imediatistas fragmentadas e buscar equidade e justiça social e realizar ações intersetoriais e transversais em todas as áreas do governo. A reforma na gestão da saúde, na perspectiva de alguns autores, estabelece a dimensão do cuidado como fator imprescindível para estruturar a assistência dos serviços de saúde (CAMPOS, 2007; PAIM, 2011)

A dimensão do cuidado precisa incorporar a promoção, a educação e assistência para saúde, por meio de canais dialógicos entre serviço e sociedade, para assim conseguir trabalhar em equipe interdisciplinar com o usuário e não para, na perspectiva de uma efetiva melhora das condições sanitárias e de saúde dos indivíduos (CAMPOS, 1999).

O atual perfil epidemiológico da população brasileira pede por uma nova *práxis* e demanda um modelo de atenção à saúde que amplie sua eficiência, eficácia e, acima de tudo, a sua humanização. Essa reorganização precisa atingir todos os níveis de atenção do sistema de saúde brasileiro - SUS (DESLANDES, 2004). O modelo de atenção à saúde no Brasil, ao mesmo tempo

em que pede por uma nova *práxis*, vive uma crise de credibilidade que precisa ser sanada para enfrentar as demandas que são geradas pelo atual perfil de morbimortalidade brasileiro.

A questão do financiamento é mais um dos problemas de credibilidade enfrentado pelo SUS, principalmente no que tange aos recursos para a expansão da sua infraestrutura. Entretanto, da década passada para o ano de 2011, os recursos foram quadruplicados, mas ainda é considerado pelo autor um valor orçamentário insuficiente na perspectiva de um sistema que pretende ser universal e integral com vistas a oferecer serviços de saúde a toda população brasileira (PAIM, 2009).

Outro ponto crucial que reflete diretamente na qualidade e credibilidade do SUS é a gestão de recursos humanos. Não é suficiente apenas investir em melhores condições de trabalho, remuneração e capacitação desses profissionais sem atentar para a satisfação profissional desses servidores públicos. Como motivá-los rumo a uma realização profissional diante de um quadro de sobrecarga de funções, baixos salários, precárias condições de trabalho e carência de treinamentos que geram desestímulo e desgaste físico? Na discussão da nova *práxis*, o processo de trabalho do SUS é apontado como um dos elementos centrais da saúde coletiva que necessita de um novo rumo, tanto prático como conceitual (PAIM, 2011).

O descompasso vivenciado e praticado no dia-a-dia dos serviços assistenciais e na gestão do SUS reflete a formação profissional atrelada ao modelo positivista, embora as instituições formadoras em saúde abram espaços nas graduações e especializações para conteúdos e práticas interdisciplinares na perspectiva da construção do conceito ampliado da saúde. O tecnicismo biomédico da formação sobressai perante a necessidade de compreensão das subjetividades dos sujeitos e o cuidado integral.

Ayres (2001) chama atenção para a necessidade da reconstrução de pontes linguísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum para comunicar saúde. O compartilhamento do conhecimento sobre saúde entre usuários e profissionais de saúde com objetivo de provocar mudanças é um dos desafios que tem sido enfrentado não só pelo SUS como por outros sistemas de saúde no mundo. Como fazer que esse processo comunicativo seja efetivo e consiga realmente promover mudanças ou, ao menos sensibilize as populações sobre os riscos de saúde a que estão expostas?

É fundamental entender que ação comunicativa, mencionada acima, não é sinônimo de ato informativo. São termos que aparecem sempre juntos, mas expressam sentidos diferentes. A informação, neste estudo, é entendida como um elemento utilizado no processo educativo e comunicativo. Já, o termo comunicação a que nos referimos faz parte de um processo dialógico,

onde os atores participantes produzem, fazem circular e, assim, consomem os sentidos produzidos no ato comunicativo - cada um ao seu modo de estar no mundo (ARAÚJO, 2002).

Então, pode-se dizer que a informação por si só não consegue provocar mudanças no estilo de vida das populações, muitos outros fatores estão envolvidos nesse processo, como as condições socioeconômicas, identidades culturais, a bagagem de conhecimento, quem o produz, quem o recebe, assim como o desejo e o interesse em recebê-la e utilizá-la como algo vantajoso a ser colocado em prática (COSTA, 2010).

A mudança no padrão de ocorrência de doenças impõe vários desafios ao setor saúde, e no que tange a promoção da saúde e prevenção de doenças, o processo informativo e comunicativo de saúde à população tem sido uma das prioridades apontadas pelas políticas públicas da área, uma vez que o aumento das DCNT como também da obesidade e morbidades correlacionadas requerem cuidados contínuos e direcionados à mudança de hábitos de vida como, por exemplo, a questão alimentar que constitui um aspecto fundamental no tratamento de indivíduos portadores de doenças crônicas ou com distúrbios alimentares.

O aumento de doenças crônicas abre espaço no setor saúde para o campo da epidemiologia dos fatores de risco, com intervenções voltadas não mais para agentes causais específicos, mas sim para uma rede de causalidade. Esse quadro complexo de saúde pública não consegue ser amenizado ou revertido só com prescrições comportamentais que correspondam às expectativas e desejos dos indivíduos (CASTIEL; GUILAN; FERREIRA, 2010 p.40).

Nessa linha de raciocínio, os mesmos autores acima postulam que os indivíduos não conseguem enxergar o risco como a epidemiologia explica, dentro de uma racionalidade técnica objetiva, mas sim dentro do seu contexto sociocultural com todas suas subjetividades. Essas crenças e valores morais precisam ser considerados por todos profissionais que assistem à população, assim como também pelas campanhas de comunicação e estratégias comunicativas do governo sobre saúde, uma vez que o processo comunicativo é um elemento estratégico e necessário para diminuir os riscos na tentativa de estimular hábitos saudáveis para a vida.

A ABS é considerada pelo modelo de saúde um componente essencial para reorientação e operacionalização das suas ações e diretrizes, portanto, necessita de gestores e equipes multiprofissionais capacitadas e sensibilizadas para atuarem na nova *práxis*, na tentativa de superar o modelo biomédico por meio da humanização do cuidado e da compreensão de que o processo

comunicativo dialógico¹ é parte integrante das ações educativas voltadas à promoção e prevenção da saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF) surgem com a proposta das equipes multiprofissionais na tentativa de romper com fragmentação da saúde rumo à construção de redes de atenção e cuidado na busca da integralidade (BRASIL, 2010a; CONILL, 2008). A produção do cuidado é um desafio organizacional dos serviços públicos de saúde uma vez que ultrapassa a competência técnica-científica do modelo biomédico. (COTTA et. al. 2006)

Assim, diante do exposto, percebe-se que o modelo biomédico hegemônico no setor saúde não tem conseguido responder de forma positiva ao quadro de morbimortalidade que a população está exposta. Portanto, pressupor que as estratégias informativas e comunicacionais, no formato em que são elaboradas e utilizadas por esse modelo, irão por si só desencadear mudanças no estilo de vida e melhoria no quadro sanitário da população é inviabilizar a possibilidade de que a nova *práxis* descrita nesse capítulo venha ser desempenhada pelo setor saúde no Brasil. É preciso romper com o modelo difusionsita da comunicação e biologicista da saúde.

Inegavelmente, a adoção de estratégias informativas adequadas à realidade dos serviços e do quadro sanitário apresentado, assim como a prática comunicativa dialógica, são ações intrínsecas da nova *práxis* da saúde que precisam acontecer de forma planejada rumo à intervenção do quadro de morbimortalidade apresentado hoje na sociedade brasileira. A prática informacional desempenhada atualmente no setor saúde é limitante para alcançar os avanços necessários para ampliar a capacidade do Estado brasileiro na busca de melhorias do quadro de saúde da população (MORAES; GÓMEZ, 2007). Cada ato de comunicação de mensagens sobre saúde é muito mais que a simples emissão e recepção de informações, uma vez que existem complexos processos de trocas de significados e ressignificações sociais culturais.

¹ Capacidade do sujeito de se colocar no lugar do outro, concebendo o outro também como sujeito da ação comunicativa que é carregada de valores e significados. (Paulo Freire. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.)

1.2 As políticas de alimentação e nutrição: percurso histórico em direção ao direito à alimentação saudável

A trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil tem início com o polêmico e original pensador Josué de Castro. Arruda (2007) pontua que o propósito de Josué de Castro foi “colocar o conhecimento científico a serviço da ação política e da defesa das classes menos favorecidas” (p.319), sendo o primeiro pesquisador de sua época a apontar, por meio de suas pesquisas para necessidade da superação do subdesenvolvimento e da fome em regiões geográficas brasileiras.

Ao contextualizar as especificidades regionais e as determinações sócio-políticas, Josué de Castro abriu novos caminhos para superação das desigualdades sociais na década de 1930. Outras contribuições em pesquisas apontaram na época para o problema alimentar e nutricional e suas consequências no processo produtivo da classe trabalhadora.

A era Vargas, em 1940, cria os Serviços de Alimentação da Previdência Social (SAPS), e o estado brasileiro assume o problema nutricional e começa a promover uma alimentação adequada à população trabalhadora e aos estudantes Tartaglia (2003). Na prática, é a primeira política de alimentação e nutrição no Brasil executado pelo Estado sem a parceria da iniciativa privada. Os serviços eram dirigidos por um conselho de médicos nutrólogos com Josué de Castro à frente. Nas palavras de Barros e Tartaglia (2003), “a nutrologia, assim, entra no estado e se politiza” (p.112). Os SAPS, além do fornecimento de refeições a baixo custo, realizavam ações de educação nutricional, cursos técnicos e pesquisas nessa área. Seus objetivos técnicos foram alterados diversas vezes até sua extinção em 1967.

A década de 1950 marca uma nova forma de se fazer política de alimentação e nutrição com o início de programas de distribuição de alimentos a segmentos específicos da população. O primeiro programa foi o da merenda escolar de abrangência nacional – Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). É o mais antigo, e considerado até hoje como o mais efetivo e abrangente programa em execução no Brasil (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

O envolvimento de diferentes instâncias governamentais no gerenciamento e execução de programas de alimentação e nutrição aumenta a burocracia tanto para o financiamento quanto para implementação de programas (L'ABBATE, 1998). Com a experiência do PNAE, fica instituída a

lógica de programas específicos para grupos populacionais distintos e assim surge uma nova forma de execução e implementação dos programas.

O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), criado em 1972, assim como as outras instituições que o precederam, se diferenciaram da lógica de programas descrita. O INAN, além de assistir ao governo na formulação da política de alimentação e nutrição e estimular pesquisas na área, teve também como meta promover, fiscalizar e avaliar o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). O INAN foi instinto em 1997 em meio as graves denúncias de corrupção governamental e ascendência do modelo neoliberal (PINHEIRO; CARVALHO, 2008).

Nesse percurso histórico é interessante destacar a organização da sociedade civil que, em 1993, com o movimento Ação da Cidadania Contra a Fome, levou o governo a elaborar o Plano de Combate à Fome e à Miséria e teve como conquista a criação do CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar - composto por oito ministros de estado e 21 representantes da sociedade civil.

Pinheiro e Carvalho (2008) analisaram que o grande desafio para o Plano de Combate à Fome e à Miséria foi reconstruir toda estrutura administrativa arruinada pelo governo anterior. O CONSEA enfrentou problemas políticos e foi extinto pelo Ex-Presidente da República Fernando Henrique Cardoso (FHC). Em 1995, FHC cria o Programa Comunidade Solidária (PCS) vinculado ao Governo Federal com ações nas áreas da alimentação e nutrição e social que cumpria, por meio de um conselho administrativo, uma agenda básica coordenada por vários programas prioritários.

Nesse espaço de tempo, técnicos, gestores e acadêmicos se manifestam pela necessidade de construir a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) com a perspectiva de valorizar o campo da alimentação e nutrição e ocupar espaço político dentro do Ministério da Saúde (MS). Em 1999, a PNAN foi homologada e estabeleceu um marco da alimentação e nutrição no setor da saúde na medida em que evidenciou a dupla carga de doenças, a valorização da intersetorialidade e incorporação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) como princípio (BRASIL, 2003a). O pleno exercício do DHAA só virá a acontecer através de medidas institucionais que garantam a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

A PNAN tem fortalecido o setor saúde em decorrência do trabalho intersetorial realizado no decorrer desses anos, como por exemplo, a interface com o SISAN – Sistema de Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, discutido desde 2006, com a publicação da Lei de Segurança Alimentar Nutricional (LOSAN) que se “fundamentou junto à sociedade civil, à academia e ao setor produtivo” (Coutinho; Gentil; Toral, 2008, p.335). Na visão de Recine e Vasconcellos (2011), as várias dimensões das políticas de alimentação e nutrição desenvolvidas pelo Estado ganham um novo encaminhamento com a LOSAN.

O novo período governamental iniciado em 2003 coloca as ações relacionadas a segurança alimentar no centro de uma política de desenvolvimento e institui o Fome Zero, que frente a vários percalços operativos leva o governo a unificar os quatro programas de transferência de renda em um só: o Bolsa Família. Esse episódio veio com a tentativa de aperfeiçoar o que já tinha sido feito e oferecer maior racionalidade à concessão dos benefícios e possibilidade de melhor controle e avaliação (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Os programas de transferência de renda utilizados como política social foram unificados pelo governo Lula e mantidos pela Presidente da República Dilma Russel. Embora sejam alvo de críticas controversas, o governo os mantém porque sabe da importância que esses programas representam, na medida em que cumprem tanto o papel de propaganda governamental como servem de instrumento para o enfrentamento da miséria e da exclusão social. Ademais, eles proporcionam uma maior disponibilidade alimentar e nutricional.

No ano de 2006, a publicação da Política da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), se destacou ao estabelecer um importante espaço à promoção da saúde no conjunto de ações sobre a responsabilidade da APS. (BRASIL, 2006c; Malta et. al., 2009).

Logo em seguida, também é publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que no bojo das suas ações priorizou a Estratégia de Saúde da Família - ESF (BRASIL, 2006a). A ESF é composta por equipes multiprofissionais e tem como propósito a reorientação do modelo de atenção à saúde. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da ABS e melhorar a resolutividade das suas estratégias. Os NASF são constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais da ESF e priorizam o atendimento compartilhado por meio da troca de saberes com intuito de passar orientações e melhorar atendimento à população assistida (BRASIL, 2010a).

É nesse cenário apresentado, que o NASF pretende ampliar a abrangência das ações da atenção básica na perspectiva de promover alimentação saudável e avançar enquanto *práxis* multidisciplinar no cuidado à população assistida. Atualmente o nutricionista é o terceiro profissional mais presente nos NASF e possuem atribuições amplas desde diagnóstico coletivo, cuidado nutricional no curso da vida, intervenção nos distúrbios e deficiências nutricionais até treinamentos sobre alimentação e nutrição para as equipes dos NASF e da ESF (BRASIL, 2010a).

Assim, percebe-se que o investimento do setor saúde em recursos humanos qualificados repercute de forma estratégica no fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na ABS. Por fim, destaca-se a importância da comunicação com a população assistida direcionada para a

promoção da alimentação saudável e também para PNAN que atua como elemento articulador entre a SAN e o direito humano a alimentação adequada.

1.3. O mosaico comunicacional da saúde, alimentação e nutrição.

Neste capítulo, ousamos apontar para a existência de um mosaico comunicacional que, guardada a devida proporção, é apresentado neste estudo de forma figurativa para representar a integração das várias mensagens recebidas e assimiladas na construção do conhecimento dos profissionais de saúde sobre alimentação e nutrição. O sentido figurativo² da palavra mosaico é um conjunto de elementos justapostos e pode também ser considerado qualquer trabalho intelectual ou manual composto de várias partes distintas. Quem faz mosaicos é chamado de mosaicista³ - reúne pedaços de vários elementos e imbrica-os de forma harmônica até o aparecimento de uma figura maior.

A escolha das peças para construção do mosaico comunicacional neste estudo se deu pelo entendimento de que o conhecimento científico, cognitivo e informacional estão disponíveis no mundo contemporâneo para a formação do conhecimento humano sobre saúde, como também, pela definição clássica de Aristóteles e Platão que postulam que o conhecimento consiste de crença verdadeira e justificada, sendo dividido em três áreas: científica, prática e técnica (KENNY, 2011).

Assim, partimos do entendimento empírico de que o conhecimento cognitivo, técnico-científico e informativo integram o saber sobre alimentação saudável dos profissionais de saúde deste estudo. Definir e abordar uma teoria sobre a formação do conhecimento humano e suas formas de comunicação é tarefa complexa e não é a intenção deste estudo aprofundar na definição desses conceitos.

O senso comum associa a palavra cognição ao aprendizado, à assimilação de informações e ao raciocínio. Hoje, quem estuda os processos cognitivos é o campo da psicologia cognitiva, na tentativa de entender os processos, as estruturas e as funções mentais do cérebro humano (EYSENCK; KEANE, 1994).

² Definição retirada do Dicionário HOUAISS – Dicionário da língua portuguesa

³ Definição retirada do Dicionário Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa

A teoria social cognitiva aponta a importância da cognição no comportamento humano como uma interação entre as capacidades individuais e a informação que recebe do exterior. O campo temático se subdivide em diferentes linhas de abordagem e muitas discordam entre si. De um lado, há afirmações de que a cognição somente acontece no aparato cerebral. A outra vertente defende que o processo cognitivo não acontece de forma exclusivamente cerebral e acrescenta os valores individuais e suas dimensões subjetiva, cultural e social ao processo cognitivo. São abordagens excludentes que dificultam a compreensão integral do que seja cognição (VOSS, 2009). Neste estudo, optou-se pela teoria do conhecimento cognitivo ampliado.

Como definição de conhecimento científico, considerou-se o conceito clássico que é racional, sistemático e neutro e que permite ser verificado por meio de metodologias científicas apropriadas. Esse conhecimento exige a constatação de fatos e sua verificação e é tanto o alicerce do mundo acadêmico como o responsável pelo constante crescimento da ciência. Nessa visão, o científico é o método que faz a ciência ser a representante da verdade, e por meio de um discurso objetivo e exato busca entender a razão comum entre os fenômenos, usando da racionalidade científica que rejeita qualquer explicação que não esteja dentro da dimensão física (CHALMERSS, 1993).

As informações e mensagens adquiridas através das diversas e diferentes fontes de informações disponibilizadas pela mídia eletrônica e impressa foi a composição escolhida para definir conhecimento informacional neste estudo.

A construção do conhecimento, por ser constante e processual, incorpora todas as informações e sensações disponíveis no meio ambiente. (SOUZA, 1991). A sociedade moderna bombardeia os indivíduos com uma diversidade de informações, por vezes imprecisas e outras subliminares, e essas mensagens são misturadas ao conhecimento técnico-científico adquirido nos cursos acadêmicos. Surge assim, uma amálgama de informações do senso comum e técnico-científicas que são internalizados no sistema de signos dos sujeitos sociais.

As transformações relacionais e tecnológicas nas últimas décadas são pontos de partida para novos processos sociais e produtivos do saber. A tecnologia passa a impor outro ritmo às sociedades, a influenciar a todos e conseqüentemente à construção do conhecimento. As fronteiras espaciais e temporais desapareceram com o avanço tecnológico da comunicação eletrônica e dessa forma possibilitou o deslocamento de saberes e o entrelaçamento de modos diferentes de sentir e apreender. (MORAES, 2007)

A tecnologia moderna proporcionou avanços significativos e abriu porta para a operacionalização da comunicação no mundo. A relação com o saber sofreu também mudanças, a

produção de conhecimento em todos os campos cresceu demasiadamente e esse excesso tornou-se foco de muitos estudos e pesquisas na atualidade (RONCA; COSTA, 2002).

A sociedade do excesso informacional apresenta aos indivíduos uma infinidade de peças informacionais e de conhecimento científico que estão disponíveis para a construção do mosaico comunicacional. Essa enorme oferta tem gerado insegurança e inquietação no que diz respeito à veracidade e adequação das escolhas.

Ao trazer para a prática dos profissionais na ABS, pode-se dizer, que o único conhecimento considerado adequado e verdadeiro para os profissionais de saúde utilizarem na prática assistencial e nas orientações sobre saúde com a população assistida é o científico (AMMERMAN et. al., 1993; MOLIARE, 2001). Partindo dessa idéia, o que é comprovado cientificamente passa a ser um elemento certo usado para compor o mosaico comunicacional da saúde, alimentação e nutrição dos acadêmicos da saúde.

O saber científico por ser considerado irrefutável pelos profissionais de saúde confere segurança para a tomada de decisão sobre conceitos teóricos e de práticas profissionais mais adequadas a serem empregadas na profissão. Proporciona segurança ética para atuação profissional e evidencia a presença da crença da verdade técnico-científica como a única e melhor opção para muitos profissionais de saúde realizarem seu trabalho sem questionamentos quanto a resolutividade das prescrições e orientações prestadas (DOMINGUES; CHAVES, 2005).

O discurso hoje da saúde científica faz juízo de valor favorável a determinados padrões de dietas, linhas de tratamentos específicos, medicamentos e práticas físicas que são incorporados pela sociedade como os melhores e mais eficientes. Tomar decisões sobre qual estilo de vida seguir não é mais uma opção, mas sim uma “obrigatoriedade existencial”. Nem sempre seguimos estilos de vida voluntariamente, mas somos impelidos a escolher um e essa escolha depende, muitas vezes, das possibilidades do padrão de consumo do indivíduo (CASTIEL, 2010. p.48). O conhecimento científico, padroniza estilos de vida que prometem o alcance da saúde com mais qualidade de vida e maior longevidade e passam a ser seguidos pela população como caminho da única verdade.

Assim, os profissionais de saúde buscam competência em seu campo profissional dentro da polifonia do discurso da mídia e da sociedade científica. Na tentativa de valorar o seu mosaico comunicacional com mensagens e informações aceitas pela ciência da saúde, os profissionais podem se confundir uma vez que as mesmas informações asseguradas pela academia como as mais adequadas são também veiculadas pela grande mídia disvirtuadas ou acrescidas com dados empíricos.

Castiel (2003) aponta para “informação enganosa” (*misleading*) como uma problemática que tem sido enfrentada no processo comunicacional em saúde e que aspectos bioéticos relevantes precisam ser considerados mundialmente tanto para ciência como para mídia. Os profissionais de saúde sofrem o impacto das falsas ou disfarçadas mensagens veiculadas pela grande mídia e aparentemente pode-se considerar que eles se resguardam em favor da ética profissional e utilizam somente o que é considerado verdade científica.

Dessa forma, percebe-se que o papel do profissional de saúde como elemento interlocutor das informações sobre saúde e doença está em transformação. Se outrora, o acesso a informações científica sobre saúde era obtido em consultórios privados, públicos, livros e artigos científicos, atualmente, com o crescimento da tecnologia da informação essa situação se transformou.

O conhecimento cognitivo referenciado neste estudo como o intelecto e todas as aquisições adquiridas no decorrer da vida, por si só, compõe o mosaico comunicacional uma vez que são aquisições que paulatinamente formam os indivíduos. O conhecimento adquirido e as experiências alimentares pessoais do profissional de saúde também podem influenciá-lo nas suas orientações alimentares e nutricionais, levando-o a incorporar na sua prática profissional o tema como relevante e necessário. (GARCIA,1997).

Para Fischler, na condição de omnívoro, o homem vive uma contradição na qual o comportamento alimentar é influenciado por conteúdos fisiológicos e por conteúdos cognitivos ligados ao sistema nervoso central determinado por crenças e superstições. Esses dois elementos fazem com que a alimentação seja compreendida para além da ciência da nutrição (FISCHLER apud GARCIA, 1997 p.55).

Diante do que foi exposto, a peça do mosaico definida como conhecimento informacional, pode ser considerada uma ponte entre os outros dois conhecimentos - científico e o cognitivo.

Segundo Neto (2003) “A ação comunicativa é larga, pois se funda em construções teóricas e nas diversidades estruturais e simbólicas” (p.45), o que pode ser verificado cada dia mais nas mensagens de saúde veiculadas pela mídia que são pautadas tanto por informações fornecidas pela academia e documentos técnicos governamentais como por informações do senso comum que dão audiência e proporcionam maiores vendas aos canais midiáticos.

A mídia, por vezes, se apropria do discurso técnico-científico sobre alimentação e confere ao alimento um caráter medicamentoso que cria uma nova linguagem na qual nutrientes, vitamínicos e outras substâncias são ressaltadas na tentativa de associar a alimentação a uma prática unicamente terapêutica. Assim, a laranja se transforma em vitamina c, o peixe em ômega três e frutas e verduras em fibras. (POLLAN, 2008 p.16).

O conhecimento informacional como pode ser visto é a peça do mosaico comunicacional que acrescenta elementos novos nesse processo de aquisição do conhecimento na sociedade atual. Com a mesma intensidade que esclarecem a população sobre vários assuntos, as informações veiculadas pelas diversas fontes midiáticas também suscitam dúvidas e levantam discussões, gerando opiniões contraditórias. Aos olhos de uns, é considerado o grande vilão, e para outros, a solução do aniquilamento de muitos problemas informacionais.

A informação existe com uma possibilidade de se tornar comunicação, por outro lado, não há comunicação sem informação (MARTINHO, 2003 apud COSTA, 2010). Nessa perspectiva, é relativo pensar que a veiculação de uma simples mensagem é por si só, comunicação.

Os profissionais de saúde no papel de comunicadores precisam reconhecer a amplitude do processo educativo e comunicativo como uma instância própria de uma determinada cultura no processo de formação de sujeitos e identidades sociais (AYRES, 2001).

Esse reconhecimento do indivíduo pertencente a uma cultura é um processo complexo porque bruscas mudanças de valores humanos ocorrem no mundo globalizado, onde todas as culturas se misturaram. O mundo moderno vangloria-se de seus meios poderosos de difusão cultural como a internet, a televisão, o rádio, a imprensa escrita. Apesar da ampliação desses horizontes tecnológicos e comunicacionais, os profissionais de saúde continuam a valorar e praticar a educação bancária na formação dos indivíduos, na prática realizada nos serviços de saúde pública e nos consultórios médicos.

A trajetória do campo da comunicação na saúde, historicamente, sempre esteve dentro das instituições de saúde voltadas ao apoio da implantação e divulgação tanto de suas políticas institucionais como de informações prescritivas sobre saúde e doença. O avanço no campo da comunicação, da mesma forma que ocorre com o campo da saúde, tem acontecido atrelado às exigências do novo perfil epidemiológico e, por conseguinte, demanda novas estratégias comunicacionais para promover saúde e alimentação saudável. A aproximação dos dois campos questiona o modelo difusionista da comunicação e, de certa forma, aponta para uma provável mudança na natureza e qualidade das práticas dos serviços de saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007)

A inexistência de uma teoria de comunicação voltada para a saúde abriu espaço para este estudo abordar o modelo comunicacional do mercado simbólico de Araújo (2002) com a proposta de apresentar um novo olhar para a prática comunicativa em saúde.

A pesquisadora Araújo, desenvolve em sua tese de doutorado um modelo comunicacional⁴ com a premissa de que o espaço da comunicação constitui um mercado simbólico, onde os sentidos são produzidos, circulam e são consumidos (ARAÚJO, 2002).

A autora analisou modelos teóricos da comunicação quanto ao poder da fala e afirma que sua teoria admite a luta pelo poder sem perder de vista a questão da desigualdade. O modelo proposto é esboçado com as seguintes palavras:

A comunicação opera ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais ou chamados bem simbólicos, são produzidos, circulam e são consumidos. As pessoas e as comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria – seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade – em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade (ARAÚJO, 2002, p. 294).

O modelo acima traz para esse cenário o lugar da interlocução e o ato comunicativo. Cada indivíduo preenche o espaço discursivo com fatores de várias ordens: individual, experiências, conhecimentos e o modo de estar no mundo. Será a partir desse lugar, que as relações de poder serão configuradas. Como bem coloca a idealizadora desse modelo, “a possibilidade de uma comunicação bem sucedida passa pela legitimação do lugar dos interlocutores” (ARAÚJO, 2002, p.294).

Um dos conceitos que levam a compreender o modelo proposto por Araújo é o “dialogismo”. Nas palavras de Bakhtin (1997), “a vida é por natureza dialógica e sendo assim, viver significa dialogar com o mundo” (p.45). No entendimento do autor, qualquer que sejam os objetivos de um estudo, o ponto de partida só pode ser o texto e ele assim define:

Devo identificar-me com o outro e ver o mundo através do seu sistema de valores, tal como ele o vê; devo colocar-me em seu lugar, e depois, de volta ao meu lugar, completar seu horizonte com tudo o que se descobre do lugar que ocupo, fora dele; devo emoldurá-lo, criar-lhe um ambiente que o cabe mediante o excedente de minha visão, de meu saber, de meu desejo e de meu sentimento (BAKHTIN, 1997, p.45).

⁴ A formulação básica do modelo veio do postulado de Eliseo Verón, em “A produção do sentido”(1980), que revisitou autores como Benveniste, Ladowski e Bahba.

Com essa colocação de Bakhtin, é possível perceber que capacidade de comunicar é a mesma de contextualizar, e assim, as pessoas trazem para a prática comunicativa suas construções de vida, de poder e suas expectativas de outras experiências. (ARAÚJO, 2002).

Assim, a partir da explanação do modelo do mercado simbólico constata-se a necessidade de avançar para uma comunicação dialógica, na tentativa de romper com o modelo difusionista da comunicação linear e bipolar⁵ que não se adequam mais à nova *práxis* da saúde para promover, educar e comunicar saúde.

A cooperação inter ou transdisciplinar da saúde pública e da comunicação faz com que as áreas em primeiro plano compreendam o simbolismo das ações comunicativas em saúde e o complexo processo social de produção, circulação e recepção das mensagens nos diferentes meios e canais de informação que veiculam mensagens sobre saúde:

[...] a complexa implicação da cultura comunicacional em face à saúde significa abandonar os encontros interdisciplinares em termos de pura instrumentalidade e estendê-los para compreensão ampla, do sentido e da cultura contemporânea [...] (NATANSOHN, 2004, p.44).

Compreender como a comunicação participa do processo de criação, difusão e transformação do estado permanente de saúde e doença é penetrar no inexorável e criticado consumo massivo dos meios de comunicação.

Para analisar a mídia como instrumento de poder que induz comportamentos e influencia as formas de viver e de sentir, é necessário primeiro enxergar como são concebidas as relações de poder no âmbito das relações em sociedade.

A indústria cultural lida com a produção em série e homogeniza os padrões culturais que descaracterizados passam a ser vistos como mercadorias carregadas de ideologias dominantes. (LIPOVESTSKY, 2007)

Atualmente é indiscutível a presença massiva do tema saúde disseminado pelas diferentes mídias, desde referências mais imediatas que fazem parte das nossas necessidades diárias até promessas de uma vida longa com mais qualidade (MOLIARI, 2001).

⁵ Modelo difusionista, concebe a prática comunicativa de forma unidirecional e vertical, com dois pólos (receptor e emissor). Idéia apresentada por dois pesquisadores, um matemático e um físico, para otimizar a transmissão telegráfica durante a guerra; buscaram através de uma fórmula matemática a melhor forma de passar a informação de um pólo a outro com o mínimo de interferência possível (ruído).

A sociedade moderna e do consumo usa a mídia como uma ferramenta informacional para impulsionar os indivíduos a terem sempre novos desejos de aquisição e apregoar a falsa idéia de que a felicidade e o estilo de vida saudável estão associados a aquisições mercantis (CASTIEL, 2010, p.48).

A teoria de Lipovetsky fala sobre a sociedade do hiperconsumo que induz a população a múltiplas escolhas e, com esse incentivo, os indivíduos acabam por passar de simples comensais a potentes agentes consumidores. Nessa constelação de dimensões plurais, o individualismo aparece fortemente em meio a uma sociedade extremamente desigual na distribuição de renda. “A sociedade do objeto, apresenta-se como civilização do desejo, prestando um culto ao bem estar material e aos prazeres imediatos” (LIPOVESTSKY, 2007, p.102).

Na visão de Santos (2005b) o mundo de hoje aponta uma diferença significativa do mundo de 50 anos atrás, onde o comando é atribuído aos objetos que são carregados de ideologia do mundo da mídia e do marketing. É imprescindível na análise do autor a elaboração de um novo discurso capaz de “desmitificar a competitividade e o consumo”:

A necessidade da construção de um novo discurso capaz de desmitificar a ideologia da saúde enquanto mercadoria de consumo é um percurso que deverá ser trilhado pelas instituições públicas de saúde. Nesse contexto, a cobertura do campo da saúde realizada pela grande mídia precisa auxiliar a construção da cidadania por meio da divulgação de informações voltadas para os direitos dos indivíduos, orientando-os a acessarem seus direitos sociais básicos previstos em várias instâncias legais do Estado. Divulgar informações qualificadas sobre saúde é papel do Estado comprometido com os direitos dos cidadãos (DUARTE, 2009).

As funções da mídia na esfera pública tem sido definidas e estudadas por alguns pesquisadores como comunicação pública e por ainda não serem consideradas um conceito, não possuem um potencial explicativo, mas tem como denominador comum a defesa do interesse público - como bem coloca Duarte (2009):

Os autores que associam comunicação pública a um padrão de Estado enfatizam dois atributos desse Estado ideal: o Estado que atende a todos os requisitos modernos do direito de informar e de ser informado, e que, além disso, instaura políticas públicas voltadas para democratização da informação, estimulando o pluralismo e coibindo o domínio do “mercado da informação” por monopólios privados que produz e vende a informação como mercadoria (DUARTE, 2009, p. xii).

Matos (2009) analisa que a comunicação pública precisa ser compreendida para além do ato de informar. É necessário e urgente dar ao cidadão a possibilidade de expressar sua opinião na certeza de que ele seja visto como protagonista do que lhe é de direito. Assim é importante disponibilizar instrumentos comunicativos de diálogos para a população que possibilitem uma interlocução ativa no processo de construção do conhecimento tais como blogs, redes sociais, ligações telefônicas gratuitas que atualmente se destacam pelo grau de interação com as instituições públicas.

É incontestável a importância do papel exercido pela mídia no mundo contemporâneo. As sociedades modernas ditas como do conhecimento e da informação convivem hoje diariamente com inúmeras informações principalmente trazidas pela TV, internet e mídias impressas de grande circulação. O modo pelo qual o conceito de saúde e os padrões alimentares da modernidade são veiculados pela mídia de massa no Brasil e no mundo é um tema delicado e de grande complexidade e cada vez mais tem sido debatido por instituições de ensino e pesquisa do campo da saúde pública e comunicação social.

A mídia pauta a temática alimentação saudável como a ordem do dia e a apresenta por meios de discursos de diferentes campos: publicitário, técnico-científico representado por profissionais com diferentes opiniões, crenças religiosas e outros tantos mais que vão se destacando (AMPARO, 2008 p.33.). O público que recebe ou que busca por essas informações no seu dia a dia se perde em meio a tantos discursos diferenciados que pregam ou afirmam muitas vezes informações divergentes.

Comer é uma atividade diária e a decisão do que comer, onde comer e com quem comer passa pela decisão individual. São escolhas que passam a constituir um estilo de vida. A ciência e a mídia tem dado uma parcela significativa de contribuição para a incorporação de novas representações sobre a comida. É possível perceber que vários termos da ciência da nutrição tais como, proteínas, gorduras saturadas, glúten, fibras, sais minerais e outros já fazem parte do vocabulário de grande parte da população, e assim, o vocabulário científico e suas definições são incorporadas ao discurso diário proferido pelo senso comum (SANT'ANNA apud AMPARO, 2008 p.36).

Hoje, no que tange às práticas alimentares, os veículos de comunicação incentivam a população, por meio de notícias, propagandas e informações, por um lado, a consumir produtos dietéticos, estimulando a busca por um corpo magro e jovem, e de outro, instigar o consumo de fast food e de comidas industrializadas com alto teor calórico. Os grandes veículos de comunicação de massa estão vendidos a prestarem tal papel, e essa postura frente à população integra um contexto

empresarial junto às crenças do modelo biomédico hegemônico e dos desejos sociais (MOLIARI, 2001).

A mídia tem conseguido propagar através de informações massivas a medicalização da comida ao tentar vender uma alimentação saudável através de pílulas, fórmulas e compostos alimentares destinados a substituírem os alimentos *in natura*, com a propaganda de serem muito mais eficientes e concentrados em nutrientes e vitaminas. (POLLAN, 2008)

As fontes de informação tanto oferecem contribuições ao informar a população sobre bons hábitos e práticas alimentares pertinentes como também contribuem para dúvidas e incertezas. Como Silva (2002) demonstrou em seu estudo, “o dia seguinte ao Fantástico da TV Globo, é muito difícil para os profissionais de saúde”. Essa situação por um lado contribui para trazer a discussão sobre a promoção da alimentação saudável nos serviços de saúde pelos profissionais e usuários, mas também é envolta em dúvidas e incertezas.

Observa-se um crescente aparecimento de profissionais nutricionistas que representam a ciência nutrição em programas de entrevistas de culinária saudável, em matérias jornalísticas Assim como em muitos sites e blogs da internet.

A disseminação do conhecimento científico no campo da alimentação e nutrição através da mídia tem aberto espaço para que o nutricionista possa se posicionar frente a importância e necessidade de divulgar informações com qualidade e de utilidade aos consumidores carentes de conhecimento e, assim, estabelece uma relação de pró-atividade na formação de opinião confiável.

Cabe salientar que, nesse contexto da busca por um status profissional, a mídia se tornou um eficiente e disputado meio para os especialistas da saúde representantes do conhecimento científico se projetem profissionalmente. Essa situação coloca no mesmo lugar profissionais reconhecidos por mérito e aqueles que apenas querem projeção social.

Outro fato alertado pelo autor Servan-Schreiber é que essa hiperinformação atual tem a intenção de ocultar o que de fato interessa. Para ele “a manipulação de informações é uma das práticas mais correntes no exercício do poder”, e assim questiona, se realmente o excesso de informações é útil à sociedade. (SILVEIRA, 2000 apud SERVAN-SCHREIBER)

Nesse sentido, Demo (1995) volta a atenção para diferenciação entre a falta de conhecimento e conhecimento truncado, pois na primeira situação, temos o conhecimento negado e na segunda possibilidade, o conhecimento é distorcido em função da tecnologia usada ou do tipo de discurso realizado para sua divulgação ou para qualquer outro fim que não o do exercício da cidadania.

Por fim, as informações sobre alimentação e nutrição veiculadas hoje, seja através da mídia ou através do conhecimento transmitido por profissionais de saúde, são construídas com perspectivas distintas e mesmo que queiram atingir o mesmo público, as intenções e mediações podem ser muito diferentes. O processo de construção do sugerido mosaico comunicacional passa pelos mesmos pressupostos, uma vez que envolve escolhas mediadas pelo cognitivo e determina quais fontes são necessárias e adequadas para obtenção de conhecimento sobre alimentação saudável.

2- OBJETIVOS

2.1-Objetivo Geral

Analisar a importância e a adequação das fontes de informações para promover alimentação saudável com os usuários, segundo os profissionais de saúde da atenção básica à saúde do Distrito Federal.

2.2-Objetivos específicos:

- Identificar diferenças quanto à importância e quanto à adequação das fontes de informações segundo as categorias profissionais dos nutricionistas, médicos, odontólogos e enfermeiros.
- Discutir as características de valoração do USO das fontes de informação segundo o profissional nutricionista para promover alimentação saudável

3 – JUSTIFICATIVA

A principal justificativa para realização deste estudo, passa pelo entendimento de que os profissionais de saúde da atenção básica à saúde do DF pedem por atenção para desempenharem com conhecimento e habilidade a promoção da saúde e da alimentação saudável à população assistida. Estudos apontam que os profissionais de saúde da ABS do DF não possuem conhecimento sobre a temática, e nem tão pouco materiais instrutivos e educativos adequados para comunicar à população sobre alimentação saudável. (SILVA, 2002; OLIVEIRA, 2010).

O estudo de Silva (2002) que serviu como referência para pesquisa de 2008-2009, e de onde foram extraídos os dados secundários para construção desta dissertação, analisa uma das perguntas do mesmo questionário. Os resultados apontam que 81% dos profissionais carecem de conhecimento na área de alimentação e nutrição e muitos deles em virtude de deficiência acadêmica e 46% dos profissionais relataram necessidade de treinamentos e capacitações em serviço. Interessante que 86% pontuaram a inserção da disciplina de nutrição como uma necessidade acadêmica. Outro achado da mesma pesquisa mostra que os profissionais valoram a mídia de massa (televisão, rádio, revistas e jornais de grande circulação) e as fontes de informações científicas (artigos científicos e congressos e seminários) com a mesma preferência para obter informações sobre alimentação saudável.

Diante do exposto, este estudo realizou uma análise descritiva sobre quais fontes de informações são consideradas adequadas e importantes para que os profissionais de saúde promovam alimentação saudável nos serviços de atenção básica do DF.

No que concerne às ações de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde, o profissional de saúde precisa desempenhar o papel de promotor da alimentação saudável, porém sente-se muitas vezes incapacitado devido a aspectos ligados a sua formação acadêmica cartesiana, assim como falta de treinamentos sobre o tema (BOOG, 1999).

A saúde pública aspira por um modelo de saúde que eleja como prioridade ações que proporcionem melhorias na qualidade de vida das populações assistidas pelo SUS, e o direito humano a alimentação com qualidade é um assunto relevante que precisa ser considerado prioritário para atender as necessidades do novo perfil epidemiológico brasileiro. Os profissionais de saúde necessitam de conhecimento sobre a temática alimentação saudável para assim conseguirem comunicar com habilidade orientações alimentares e nutricionais com ênfase no cuidado integral do indivíduo, uma vez que alimentação e saúde caminham juntas em busca da vida com qualidade.

A sociedade tecnológica conduz hoje o indivíduo a buscar sempre por novas informações, e a exigência do novo, da novidade enquanto uma melhor opção toma conta da vida de todos, como uma obrigação da era do conhecimento que nos obriga a disponibilizar de tempo e de lucidez constante para dar conta de separar as informações jogadas diariamente pelo mundo virtual e informacional nas nossas contas eletrônicas. Assim, selecionamos o que é importante, e descartamos o resto como lixo virtual. Da mesma maneira selecionamos os canais de televisão e as estações de rádio e outras fontes de informações disponíveis.

No campo da saúde não é diferente, pelo contrário, é um terreno fértil para a disseminação informacional de novos produtos ou novas condutas frente ao desequilíbrio da saúde mundial, pedindo por novos hábitos alimentares e estilo de vida.

A tomada de decisão frente a qual estilo de vida seguir ou qual alimentação fazer, apesar de ser influenciado por vários determinantes sociais, passa pelo âmbito individual, e as atividades de promoção da alimentação saudável na ABS podem ser decisivas na efetivação dessa mudança, uma vez que incluem o determinante individual que é mais passível de controle e mudança. A atuação do profissional de saúde, nesse momento pode ser decisiva ao fortalecer os indivíduos dando apoio e orientações para situações específicas de risco, como por exemplo, parar de fumar ou uma mudança alimentar.

Frente a todos esses desafios e necessidades, encontra-se o profissional de saúde com a missão de promover alimentação saudável aos seus assistidos, e para que consiga efetuar tal proeza com segurança e habilidade, empiricamente podemos dizer que, os profissionais utilizarão de um mosaico comunicacional construído a partir do seu conhecimento cognitivo e informacional adquirido, assim como do aprendizado técnico-científico conquistado na graduação e na sua prática profissional.

Pretende-se, neste estudo, olhar para a composição desse mosaico proposto e retirar os elementos representados pelo conhecimento informacional e científico, como possibilidade de descrever, quais as fontes de informação midiáticas e científicas estão sendo utilizadas pelos profissionais de saúde da ABS do DF para comunicar aos seus usuários sobre alimentação saudável.

Assim, diante dessas considerações, este estudo levanta duas hipóteses. A primeira, diz respeito ao excesso de informações sobre alimentação e saúde hoje veiculada pelas diversas fontes de informação. Esse exagero informacional, tanto gera uma indecisão na escolha das fontes de informação necessárias, como também causa desconfiança quanto à veracidade da informação recebida. Assim, acreditamos que esse profissional por ter uma formação acadêmica biologicista

embasada pelo conhecimento científico, na dúvida, valorizará a fonte científica em detrimento a qualquer outra.

A segunda hipótese aponta para o profissional nutricionista se destacando entre as demais categorias profissionais (médicos, enfermeiros e odontólogos) na valoração das fontes técnico-científicas, como as mais importantes e adequadas para comunicação com seus usuários sobre a temática alimentação saudável. Entendemos que, por ser o único especialista da área de nutrição, a responsabilidade frente à escolha de fontes que não sejam científicas é muito maior. A importância da reflexão ética na tomada de decisão sobre qual conhecimento é aceitável, exige mais dessa categoria profissional por informações coerentes com a ciência da nutrição.

Diante a essas inquietações, vimos à possibilidade neste estudo de sugerir empiricamente a existência de um mosaico comunicacional usado pelos profissionais de saúde, com o intuito de destacar a peça do conhecimento científico como legítimo da própria formação em saúde, e o conhecimento informacional como a peça que levanta dúvidas e controvérsias quanto a sua utilização. E assim, pretende-se entender um pouco melhor como esses elementos se encaixam no mosaico comunicacional dos profissionais de saúde a fim de valorarem a escolha das fontes de informações adequadas e importantes para comunicar alimentação saudável na ABS do DF

4 – PROCEDIMENTOS METODÓLOGICOS

O estudo desta dissertação caracteriza-se por ser descritivo, quantitativo e com corte transversal, sendo elaborado a partir de dados secundários da pesquisa Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde no Distrito Federal entre 2008-2009 pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com a Fundação de Amparo a Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF).

4.1 – Aspectos conceituais de investigação CAPs

Estudos sobre conhecimentos, atitudes e práticas, denominados *KAP* (nomenclatura inglesa - knowledge, attitudes and practices) e *CAP* (nomenclatura brasileira - conhecimentos, atitudes e práticas), são largamente utilizados por inúmeros pesquisadores há cerca de 40 anos (GIL, 1999). O seu desenho metodológico caracteriza-se por levantamentos (*surveys*), com os mesmos requisitos estabelecidos segundo o conceito epidemiológico, cujos objetivos buscam medir conhecimentos, atitudes e práticas em resposta a uma determinada intervenção. Apresentam limitações na descrição de alguns aspectos cruciais do ponto de vista cognitivo e comportamental, mas podem ser caminhos metodológicos que permitem trazer à tona aspectos fundamentais que estão na produção do processo de informação, comunicação e educação à saúde.

Os *CAPs* podem utilizar dados coletados por meio de instrumentos estruturados e questionários padronizados. A Organização Mundial de Saúde publicou um guia, “Developing knowledge, attitude and practice surveys”, onde são descritos os requisitos necessários de desenvolvimento desses estudos (OMS, 2008).

Esse tipo de questionário oferece menor custo para sua aplicação em comparação a instrumentos preenchidos por entrevistadores. Sua aplicação é mais rápida, permite anonimato e privacidade. Sua aplicação mais comum é voltada a conhecer como se distribuem uma ou mais características individuais e/ou coletivas em uma população.

O desenho desses estudos pode incorporar o componente qualitativo com depoimentos orais, e devem ser essencialmente desenvolvidos para avaliar ações e programas. Os seus resultados podem identificar “*gaps*” de conhecimento, aspectos culturais e comportamentais, bem como

contribuir para facilitar a compreensão das barreiras e problemas para o desenvolvimento de ações e propor medidas de controle.

Os “*gaps*” desses estudos são relacionados ao fato de que as pessoas possuem conhecimentos diferentes sobre um determinado tema e tomam atitudes e assumem práticas diferenciadas, muitas vezes até defendidas pelo próprio núcleo familiar (KLEIN; BLOCH, 2006; PEREIRA, 2000). Têm ainda como desvantagem a interpretação imprópria em função de respostas incompletas e menor taxa de resposta. Este último item em geral tem a média de adesão de taxa de resposta de 60%.

4.2 – Descrição da área do estudo

O presente estudo foi realizado no DF, território que ocupa o centro do Brasil com uma área de 5.789km² e população de 2.455.903 habitantes. Por uma limitação constitucional, o DF não pode ser dividido em municípios, sendo formado por Brasília e 30 Regiões Administrativas (RAs) que, na sua maioria se situam no entorno e são consideradas cidades dormitórios. A RA Brasília é o denominada Plano Piloto, é o centro funcional principal concentrador de atividades geradoras de empregos e com população de maior renda. (DISTRITO FEDERAL, 2008)

As RAs apresentaram na última década as maiores taxas de crescimento populacional da região, mostrando o intenso processo de periferização da população. Apesar das especificidades, a ocupação no entorno do DF não destoa das grandes metrópoles nacionais, pois está submetida ao mesmo processo de segregação socioespacial intrametropolitana, onde a população menos favorecida ocupa as periferias (CAIADO, 2005).

A rede de saúde pública do DF é composta por 15 hospitais (02 militares), 61 centros de saúde, 05 postos de saúde urbanos, 21 postos de saúde rurais, 01 policlínica e 01 unidade mista de saúde distribuídos por todas regionais (ANEXO A).

A Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) é dividida em sete subsecretarias responsáveis pela coordenação de programas de saúde, tais como: saúde da criança, do idoso, do adolescente, da família, bucal, saúde ambiental, internação domiciliar, saúde prisional, acidentes e violência, saúde mental, populações vulneráveis e combate à asma.

A Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAS) vem trabalhando na reorganização da APS como forma de ampliar e qualificar o acesso às ações e aos serviços da atenção primária através do desenvolvimento de ações com previsão de execução para o período de 2007 a 2014. As ações que já estão em andamento são: construção e organização de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e dos NASFs; estratégias de qualificação da gestão através da hierarquização das ações e serviços ofertados; pactuação das diretrizes das linhas do cuidado e dos programas; assim como estratégias de valorização aos profissionais empenhados na missão de valorizar a APS através de parcerias com o Governo do Distrito Federal (GDF) e instituições de ensino.

A SAS tem como expectativa uma visão renovadora dos valores e princípios organizativos da APS no DF, com destaque para socialização dos saberes e práticas voltadas a informação, educação e comunicação em saúde, tendo os Agentes Comunitários como profissionais estratégicos para estabelecimento de vínculos entre população e serviços de saúde (SES/DF, 2011).

A Gerência de Nutrição (GNUT) é uma gerência orgânico-normativa e está ligada diretamente à SAS, e tem como uma de suas missões a implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição-PNAN na SES/ DF, integrando-se à Política Nacional de Saúde e inserindo-se no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. Entre várias competências do GNUT, cabe promover a adoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis no DF mediante mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas de comunicação. (SES/DF, 2011).

As ações que foram desenvolvidas pelo GNUT no ano de 2010 e continuam sendo implementadas são referentes a capacitações e oficinas temáticas, onde os temas abordados são escolhidos conforme a demanda apresentada nos vários programas desenvolvidos na gerência: Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Programa Saúde na Escola do DF, Programa Bolsa Família, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, e Estratégia Nacional para Alimentação Saudável (ENPACS).

A ENPACS tem como finalidade a formação de profissionais de saúde na ABS para implementar a orientação alimentar como atividade de rotina nos serviços de saúde, com foco nos hábitos alimentares saudáveis da infância à fase adulta, respeitando a identidade cultural e alimentar da população, fomentando a inserção das ações de alimentação e nutrição de forma multidisciplinar e qualificada.

No ano de 2010 a cobertura de nutricionistas na Atenção Básica da SES-DF aumentou em números absolutos de 33 para 59 profissionais ficando com uma cobertura de 78,6% nas UBS. Esse aumento de profissionais na atenção básica para o GNUT é bastante significativo, uma vez que

permite o fortalecimento e continuidade das ações já desenvolvidas com um maior direcionamento e efetividade.

A cobertura de profissionais nutricionistas nas UBS do DF há muitos anos, devido a uma série de peculiaridades é bastante insatisfatória. Os dados de 2011 mostram um número de aproximadamente 500 nutricionistas da SES para atender aos 15 hospitais públicos do DF em contraponto com 59 vinculadas a atenção primária. Esse quadro numérico discrepante serve para ilustrar a história apresentada por Gottens et. al. (2009) em sua pesquisa teórica e documental sobre o sistema de saúde do DF marcado por maciços investimentos no modelo hospitalocêntrico.

As mudanças estruturais necessárias apesar de estarem acontecendo de forma tímida, parecem não querer incluir o treinamento profissional enquanto fator que efetive mudanças na qualidade assistencial oferecida a população. Os investimentos em infraestrutura sejam eles hospitalares ou nos centros de saúde, desarticulados da valorização do profissional, acabam fragilizando a resolutividade não só da atenção básica, como de todos os níveis do sistema de saúde.

4.3 – Descrição do desenho metodológico e do operacional

A pesquisa Conhecimento, Atitudes e Práticas, realizada no DF pela FIOCRUZ foi concebida e executada com base numa metodologia *CAPs*. A população do estudo foi composta por profissionais de saúde, sendo eles nutricionistas, enfermeiros, médicos e odontólogos lotados nas 112 unidades de atenção primária em 14 unidades hospitalares do Distrito Federal (ANEXO A). As unidades hospitalares foram incluídas por recomendação da Gerência de Nutrição da Secretaria de Saúde do DF (GNUT/DF) com o objetivo da participação das nutricionistas enquanto profissionais estratégicos para abordagem da pesquisa.

A realização da pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, tendo sua aprovação em 09/09/2008 (ANEXO B).

A amostra foi selecionada a partir dos registros do Setor de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) que, conforme o levantamento de novembro de 2008 registrou 1.057 profissionais.

Foi utilizada a equação para população finita e amostragem sem reposição para estimar o tamanho da amostra, sendo essa do tipo aleatória simples com um nível de significância de 0,05 e

uma ordem de 3% de margem de erro. Através dos critérios amostrais apresentados estimou-se uma amostra de 650 profissionais.

Do total amostral de 650 respondentes da pesquisa, foram validados como resultado final da amostra 624 questionários, sendo desconsiderados 26 questionários devido à recusa de preenchimento, férias e mau preenchimento do questionário. A amostra totalizou 237 médicos, 243 enfermeiros, 84 odontólogos e 60 nutricionistas. O software utilizado para realizar a escolha aleatória dos 650 profissionais da base de dados com os 1.057 profissionais de saúde foi o SPSS 13.0.

A pesquisa realizada nesse estudo utilizou um questionário de auto resposta com 30 questões fechadas de múltipla escolha, contendo 39 itens e ancorados na escala de Likert crescente de 1 a 5 níveis de resposta, considerando: 1-Nada Importante/Adequado e 5- Muito importante/Muito adequado (ANEXO C). O uso dessa escala está diretamente relacionado ao o tipo de análise e objetivo da pesquisa, a partir de respostas a serem preenchidas pelo entrevistado que variam segundo o grau de intensidade sobre a concordância ou a discordância em categorias ordenadas, igualmente espaçadas e com o mesmo número de categorias em todos os itens. É largamente utilizada em pesquisas organizacionais que investigam as práticas e atitudes (ALEXANDRE; FERREIRA, 2001; BADRI; DONALD, 1995; SARAPH; BENSON; SCHROEDER, 1989; TAMIMI, 1995).

O questionário foi construído com referência no instrumento desenvolvido por Silva (2002), em sua pesquisa desenvolvida no ano de 2002 nos centros de saúde do DF sobre a mesma temática com o objetivo de garantir a comparabilidade desejada entre as pesquisas. Nesse instrumento, além dos dados sociais e de identificação, foram abordadas as concepções dos profissionais de saúde sobre alimentação saudável, fontes de informação e barreiras encontradas no serviço para promover alimentação saudável.

O teste piloto foi realizado com a participação voluntária de profissionais da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGPAN), do Centro de Saúde nº10 do Lago Norte, Centro de Saúde nº8, alunos do Curso de Mestrado em Nutrição Humana da Universidade de Brasília e de profissionais do Setor de Comunicação Social - ASCOM da FIOCRUZ Brasília.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado a cada participante da pesquisa (ANEXO D). A coleta de dados foi realizada por uma equipe de aplicadores treinados que levaram os questionários aos serviços de saúde logo após o contato telefônico e a entrega da carta de autorização para realização da pesquisa. O aplicador no dia da entrega para preenchimento do

instrumento ficou disponível na unidade para retirada de dúvidas por parte dos respondentes. Foi observado um tempo médio de 40 minutos para o preenchimento dos questionários.

O banco de dados foi estruturado pelo software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 1.5 para Windows e com a digitação dupla de dados e conferência por meio de tabelas de frequência simples das variáveis, sendo realizada por auxiliares da pesquisa devidamente treinados, com o objetivo de minimizar e controlar possíveis erros de digitação.

4.4 – Análise dos dados

Os dados utilizados para análise do objeto desta dissertação foram referentes a características sociodemográficas, perfil profissional e sobre a importância e a adequação das fontes de informação para os profissionais de saúde comunicarem sobre alimentação saudável com usuários dos serviços de atenção básica do DF.

A pergunta utilizada neste estudo sobre a adequação e importância das fontes de informação, está apresentada na página 5 do questionário a partir de 12 itens afirmativos ancorados em 05 categorias da Escala de Likert (GIL, 1999), por ordem crescente de 1 a 5 níveis de resposta, considerando do 1-Nada Importante/Adequado até 5- Muito importante/muito adequado (ANEXO C). O enunciado da pergunta foi o mesmo tanto para adequação como para importância das fontes de informação, de forma que o respondente analisasse os 12 itens da escala de Likert.

Foi considerado “adequado” assim como “importante” a soma dos itens 4 e 5 da escala do questionário de auto resposta (4-adequado/importante e 5-muito adequado/importante). Da mesma maneira foi considerado “nada adequado” e “nada importante” a soma dos itens 1 e 2 (1-nada adequado/importante e 2-pouco adequado/importante). O item 4 referente ao nível de resposta indiferente permaneceu como apresentado na escala.

Foram agrupados os mesmos itens da escala de Likert e assim estabelecidos três níveis de parâmetros atitudinais para adequação e para a importância das fontes de informação, ficando assim estabelecidos: parâmetro atitudinal favorável (nível importante/nível adequado), parâmetro atitudinal mais ou menos favorável (nível indiferente) e parâmetro atitudinal nada favorável (nível nada importante/nível nada adequado)

O processo de análise utilizou teste de Kolmogorov-Smirnov (Lilliefors) para verificar a normalidade dos dados, o qual apresentou um $P < 0,05$, indicando variáveis com uma distribuição significativamente diferente de uma distribuição normal.

Com base nesses achados, foram adotadas análises estatísticas não paramétricas. Os testes não paramétricos trabalham com a idéia de categorizar os dados no intuito de encontrar o menor valor e atribuir a ele um posto (posição 1) e assim achar o próximo maior valor e atribuí-lo ao posto 2, e assim sucessivamente. Esse processo resulta em escores altos representados por altos postos e escores baixos sendo representados por postos baixos. A análise foi executada sobre os postos (ranks) e não sobre os dados observados: a soma de postos de Wilcoxon juntamente com o teste de Mann-Whitney (MW) aponta a existência de diferenças nas médias entre variáveis fixando em 0,05 o nível de rejeição de hipótese de nulidade (ANEXO F).

Na verificação da diferença ente os grupos de profissionais, foi utilizada a análise *Post hoc não paramétrica*, que utiliza os testes de (MW) para detectar a diferença das médias. Com o intuito de não inflacionar o erro tipo I, utilizou-se a correção de Bonferrone, que em vez de adotar o valor crítico de 0,05 para cada teste, utilizou esse valor dividido pelo número de testes (seis testes), logo o nível de significância estabelecido foi de 0,008 (ANEXO F).

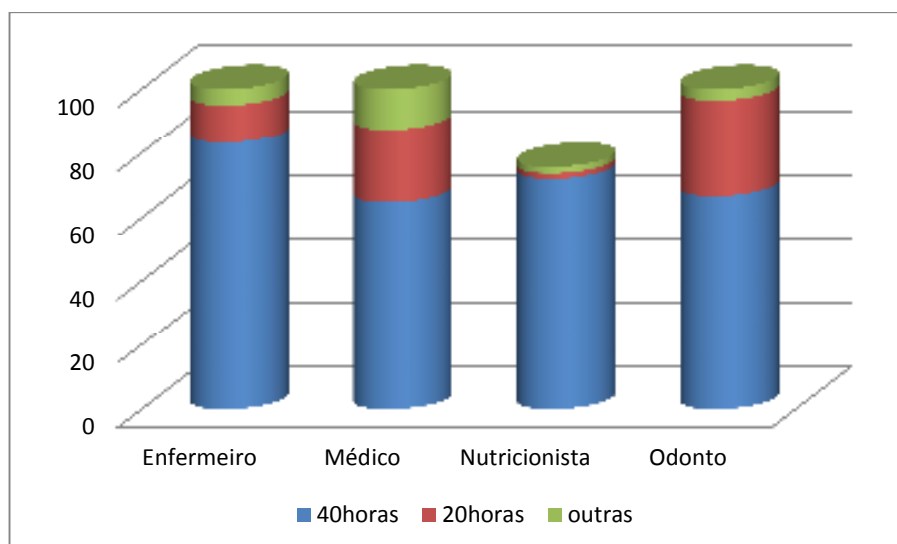
5- RESULTADOS

5.1 – Informações sociodemográficas

Dos 624 respondentes da pesquisa, 243 (38,6%) são enfermeiros, 237 (37,6%) médicos, 84 (13,3%) odontólogos e 60 (9,5%) nutricionistas. A distribuição do sexo por categoria profissional ficou constituída de 150 homens (24,0%) e 474 mulheres (75,9%). A idade variou entre 23 a 72 anos, ficando a média geral em 43,2 anos (Dp=9,63). A idade média das mulheres foi de 42,9 anos (Dp=9,45) e a dos homens foi de 43,5 anos (Dp= 10,13).

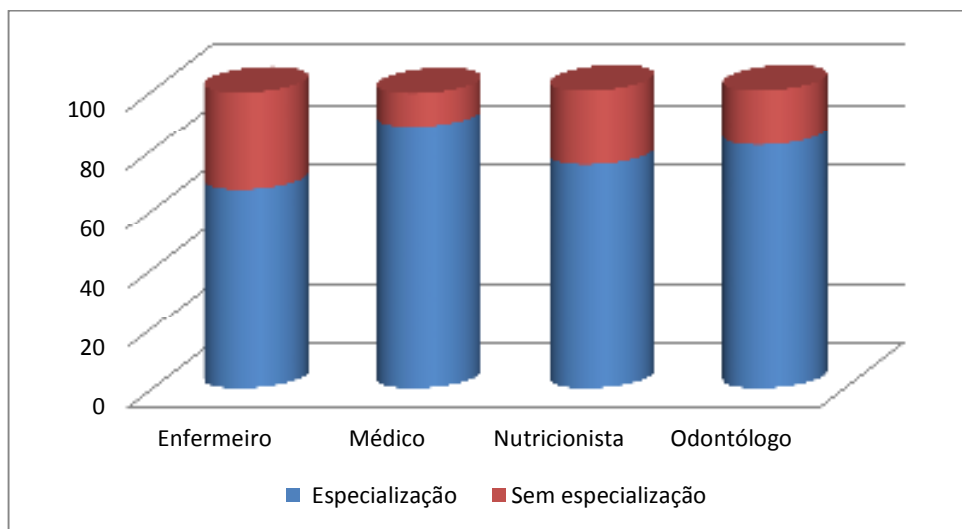
No Gráfico 1, podemos observar que a maior parte dos profissionais trabalhavam 40 horas semanais (71,1%). Quanto à carga horária de trabalho realizada nas unidades de saúde, 71,1% dos profissionais trabalhavam e 17,2% deles atuavam 20 horas semanais. Os odontólogos (29,8%) seguidos pelos médicos (11,6%) e enfermeiros (11,6%) apresentaram as frequências mais altas para carga horária de 20 horas semanais de trabalho. Entre os nutricionistas 20,0% apresentaram uma carga horária de 24 horas semanais de trabalho.

Gráfico 1 - Distribuição percentual da carga horária de trabalho segundo categorias profissionais, da Atenção Básica do Distrito Federal, Brasília – Brasil, 2008.



Quanto a especialização profissional, os dados apontam mais da metade dos profissionais do estudo com cursos de pós-graduação (66%), ficando os médicos com 88,9% de profissionais especialistas, seguidos dos odontólogos, com 81,5% e nutricionistas e enfermeiros, respectivamente, com 75% e 66,7% (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição percentual da especialização profissional, segundo categorias profissionais da Atenção Básica do Distrito Federal, Brasília, 2208

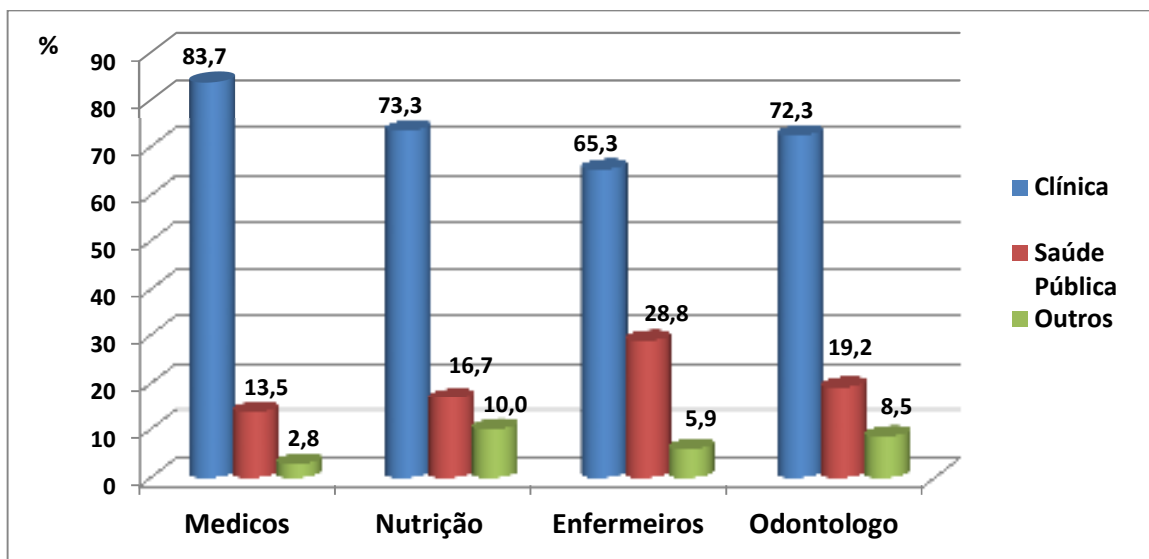


As áreas temáticas de especialização para todas as categorias profissionais tiveram maior destaque no campo da clínica, com destaque para os médicos com 83,7% (Gráfico 3).

Entre os nutricionistas, 73,3% eram especializados nas áreas temáticas de nutrição clínica, seguidos pelas especialidades do campo da saúde pública/coletiva (16,7%) Gráfico3.

Enquanto a categoria profissional dos enfermeiros obteve o maior percentual das especialidades do campo da saúde pública dentre todas as categorias (28,8%), os médicos apresentaram o menor (13,5) - Gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição percentual das áreas temáticas de especialização profissional segundo categorias profissionais da Atenção Básica do Distrito Federal, Brasília – Brasil, 2008-2009.

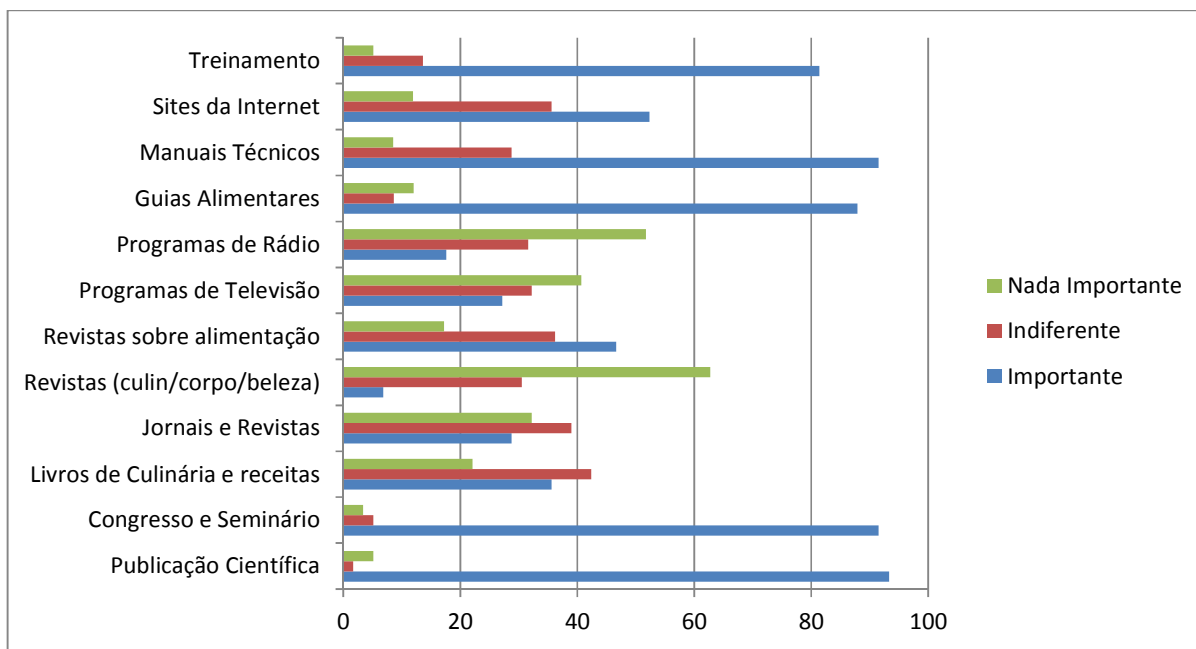


5.2- As fontes de informação adequadas e importantes referidas pelos profissionais de saúde

Iniciando a apresentação das distribuições percentuais da adequação e da importância das fontes de informação por categoria profissional, descreveremos primeiramente a categoria dos nutricionistas.

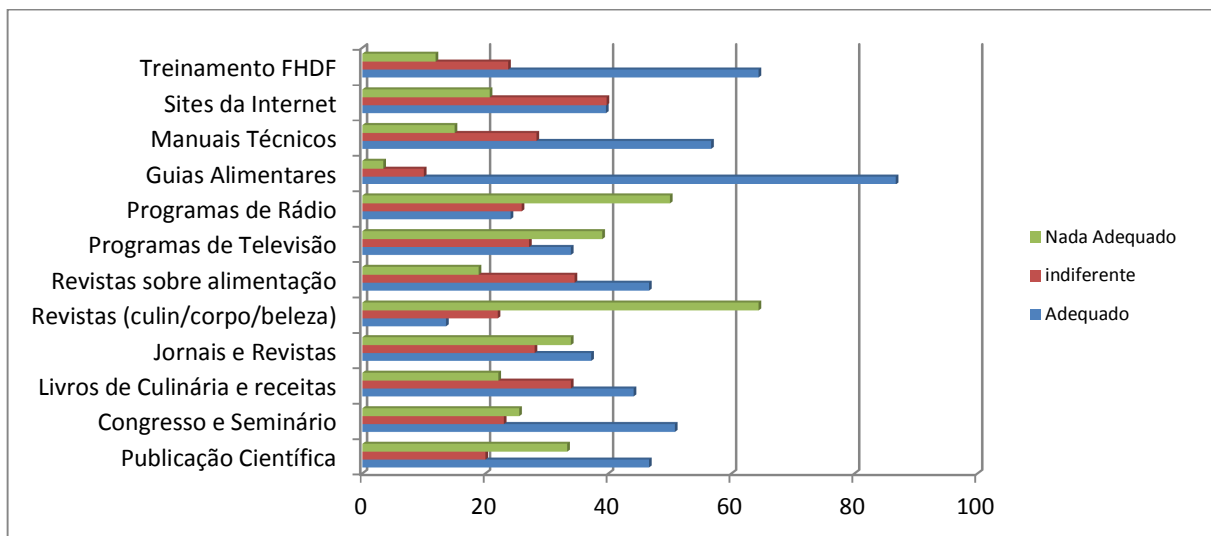
Observando o Gráfico 4, é possível verificar que as fontes com percentuais mais elevados para a categoria dos nutricionistas segundo a importância, ficaram para publicação científica (93,5%), congressos e seminários e manuais técnicos respectivamente com 91,5%, guias alimentares (87,9%) e treinamento em serviço (81,4%). Quanto às fontes indiferentes, a valoração foi para: livros de culinária (42,4,9%), revistas sobre alimentação (36,2%) e internet (35,6%). Já para o nível nada importante as fontes que se destacaram com os percentuais mais altos foram: revistas culinária, corpo e beleza (62,7%), programas de rádio (51,7%) e programas de televisão com (40,7%).

Gráfico 4 – Distribuição percentual da importância das fontes de informações, segundo a categoria profissional dos nutricionistas da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.



Quanto à adequação das fontes, a categoria dos nutricionistas, para o nível de resposta adequado, considerou mais favorável as seguintes fontes: guia alimentar (86,7%), treinamento em serviço (64,4%) e manuais técnicos (56,7%). Os percentuais mais significativos para as fontes consideradas indiferentes ficaram para: sites da internet (39,7%), revistas sobre alimentação (34,5%) e livros de culinária e beleza. Quanto a valoração da não adequação os destaques foram para as fontes: revistas culinária, corpo e beleza (64,4%) e programas de rádio e programas de televisão respectivamente com 50% e 39,0% – Gráfico 5.

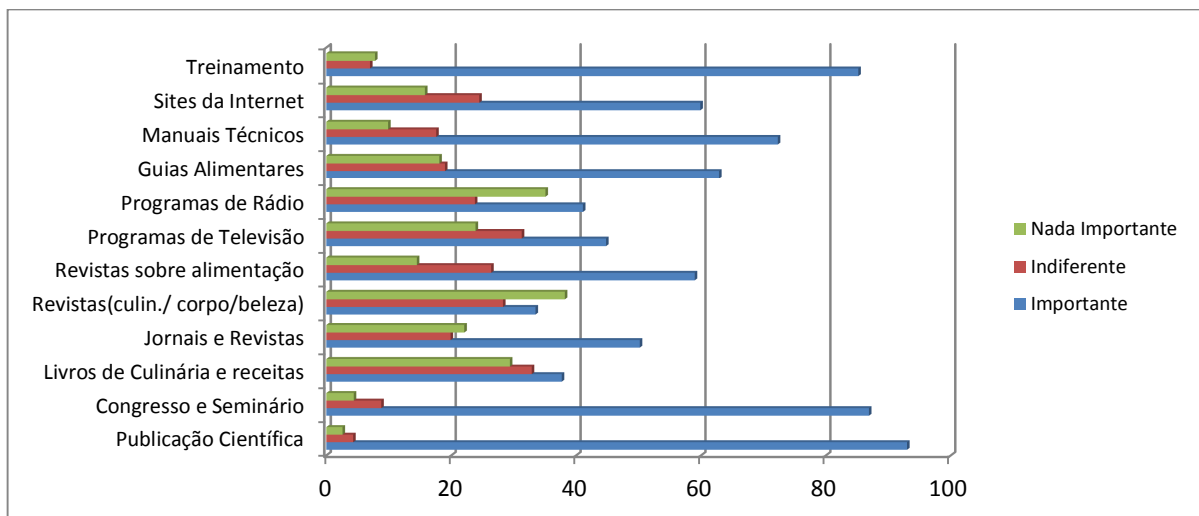
Gráfico 5 - Distribuição percentual da adequação das fontes de informações, segundo a categoria profissional dos nutricionistas da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília 2008.



Na categoria dos médicos, foi possível observar uma semelhança com os nutricionistas, nos percentuais mais elevados quanto à importância das fontes para: publicação científica (93,0%), congressos e seminários (86,9%), treinamento em serviço (85,2%) e manuais técnicos com 57,2% (Gráfico 6).

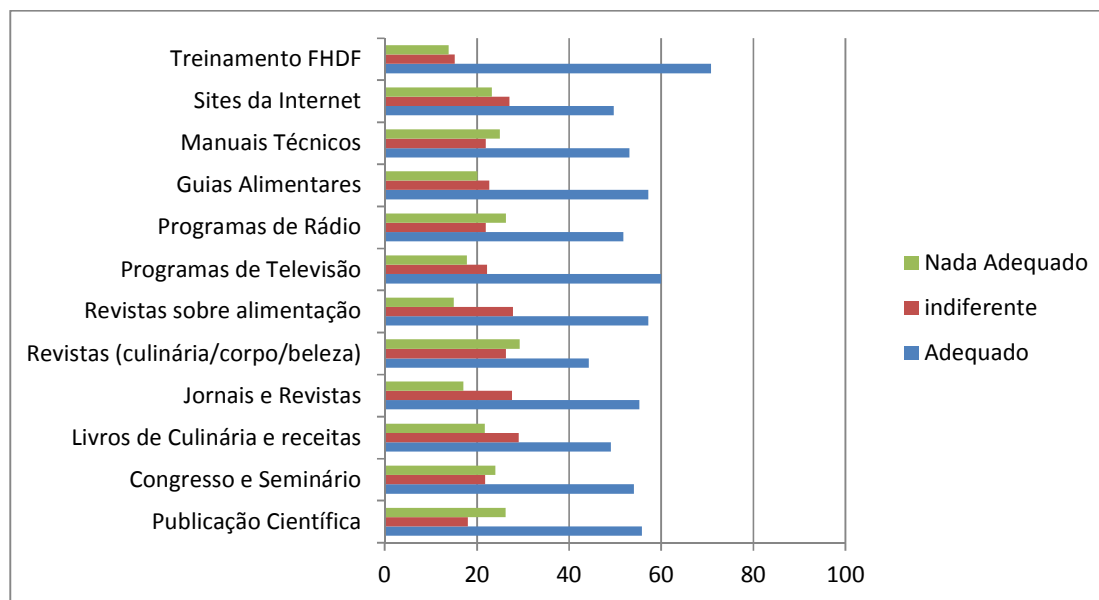
Os percentuais que apontaram para maiores valores da importância das fontes no nível de resposta indiferente ficaram para: livros de culinária e receita (32,9%), televisão (31,3%), revista culinária, corpo e beleza (28,3%) e revista sobre alimentação (26,4%). Essa mesma categoria, não foi favorável a importância das seguintes fontes de informação: revistas de culinária, corpo e beleza (38,2%) rádio (35,1%), livros culinária e receitas (29,4%) e programas de televisão com 23,9% (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição percentual da importância das fontes de informações, segundo a categoria profissional dos médicos da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.



No que se refere a variável adequação das fontes para a categoria dos médicos, é possível observar, conforme apresentado no Gráfico 7, valores percentuais constantes para todas as fontes de informação nos três níveis de valoração. A fonte treinamento em serviço se destacou como a mais adequada (70,8%) e as revistas de culinária, corpo e beleza como as nada adequadas (29,3%).

Gráfico 7 - Distribuição percentual da adequação das fontes de informações, segundo a categoria profissional dos médicos da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.



Podemos observar no Gráfico 8, para categoria profissional dos enfermeiros, que as fontes de informação consideradas importantes, apresentaram da mesma forma que os médicos e nutricionistas, certa similitude, ficando os maiores percentuais para: treinamento (89,7%), publicação científica (88,4%), congressos e seminários (87,6%) e manuais técnicos com 81,9%. As fontes mais valoradas como nada importantes para os enfermeiros foram: revistas de culinária, corpo e beleza (30,6%), programas de radio (28,7%) e livros de culinária e receitas (25%). Já para o nível de resposta indiferente, verificam-se percentuais elevados para os livros de culinária (25,6%), revista culinária, corpo e beleza (24,1%) e programas de televisão (22,2%) - Gráfico 8.

Quanto à adequação das fontes apresentada no Gráfico 9, da mesma forma que os médicos, a categoria dos enfermeiros, apresentou valores percentuais constantes e próximos para todas as fontes de informação nos três níveis de resposta, como também valoraram a fonte treinamento em serviço, como a mais adequada com 78,1%. A fonte de informação revista de culinária, corpo e beleza apresentou o maior percentual para nada adequada (28,8%).

Gráfico 8 - Distribuição percentual da importância das fontes de informações, segundo a categoria profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.

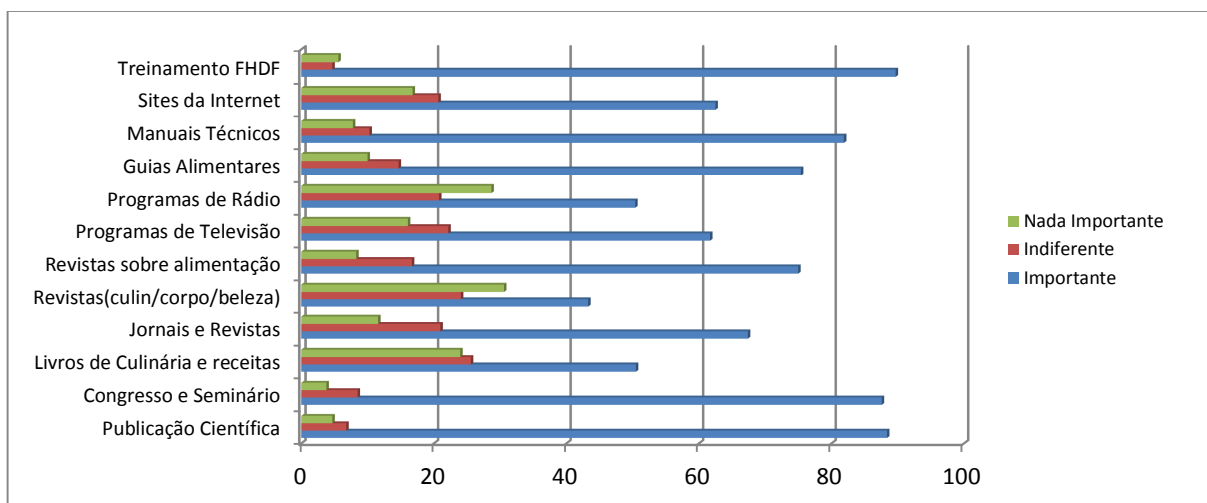
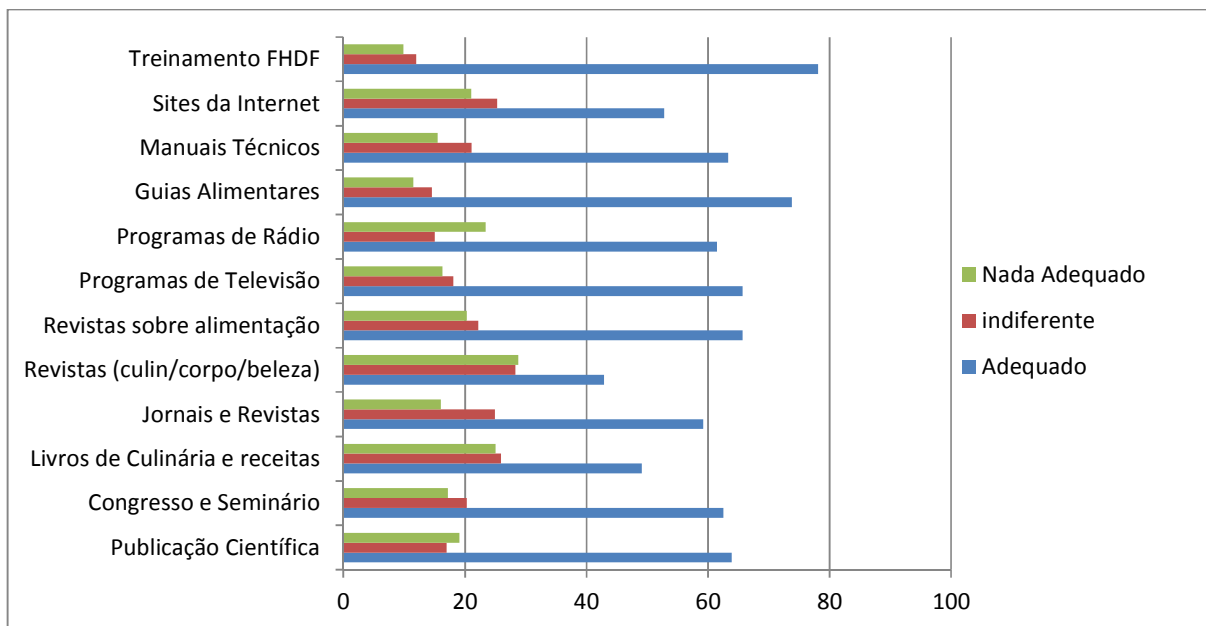


Gráfico 9 -Distribuição percentual da adequação das fontes de informações, segundo acategoria profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.



Finalizando com a categoria dos odontólogos, quanto à importância das fontes, observa-se que os maiores percentuais também incluem como nas demais categorias, as fontes de informação treinamento em serviço (92,5%), congressos e seminários (86,4%), publicações científicas (83,9%), e guias alimentares com 75,3 (Gráfico 10).

Quanto à adequação para os odontólogos os valores percentuais destacados ficaram para as fontes treinamento em serviço (80%) e guia alimentar com 69,9%. (Gráfico 8). Já para o nível de resposta indiferente e nada adequado as fontes apresentaram valores percentuais relativamente próximos (Gráfico 11).

Grafico10 - Distribuição percentual da importância das fontes de Informações, segundo a categoria profissional dos odontólogos da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.

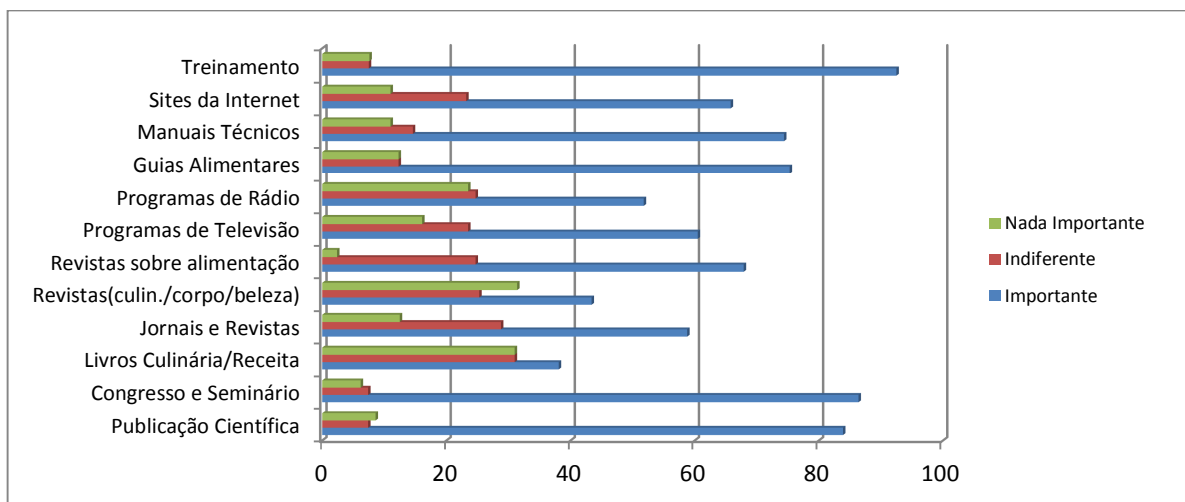
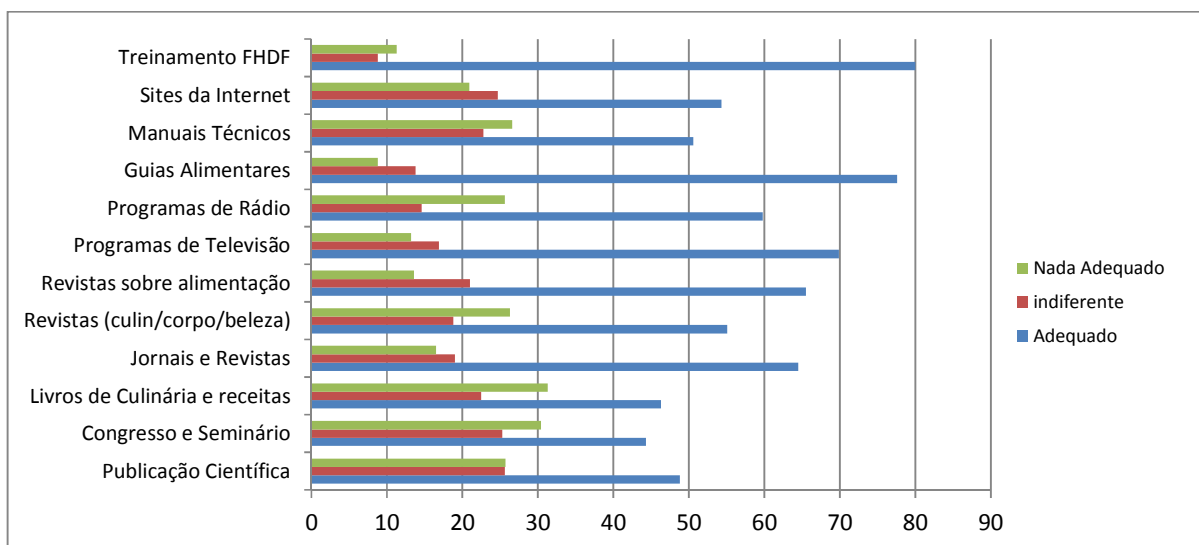


Gráfico 11 - Distribuição percentual da adequação das fontes de informação, segundo a categoria profissional dos odontólogos da atenção básica à saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.



5.3- Importância e Adequação: localização das diferenças por fontes de informação segundo categorias profissionais

O teste de Mann Whitney (MW) mostrou que a maioria das fontes de informação apresentou diferença entre as médias dos postos da adequação e importância quando analisado com todas as categorias profissionais. As diferenças encontradas ficaram para: publicação científica, congresso e seminário, livro de culinária e receitas revistas de culinária, corpo e beleza, programas de TV, programas de rádio, manuais técnicos, sites da internet e treinamento em serviço. As fontes que não apresentaram diferenças foram: jornais e revistas de grande circulação, revistas de sobre alimentação, e guias alimentares (ANEXO G).

Os valores das médias apresentados na tabela 1 são as médias correspondentes à escala de Likert composta com 5 níveis de resposta crescente (1-nada importante/nada adequado; 2-pouco importante/pouco adequado; 3- mais ou menos importante/ mais ou menos adequado; 4-importante/adequado; 5- muito importante/muito adequado).

As fontes de informação, publicação científica, congresso e seminários, manuais técnicos e treinamento FHDF são as que apresentaram as médias mais altas em todas as categorias profissionais, oscilando com médias entre 4,0 e 5,0, correspondentes a importante e muito importante (Tabela 1).

Não foram localizadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias das categorias profissionais quanto à importância das fontes, nas seguintes variáveis: congressos e seminários, livros de culinária e receitas e sites de internet. Os valores das médias para congressos e seminários (4,47-4,61) apontam para todas as categorias como uma fonte de importância para comunicar alimentação saudável. Já internet e livros de culinárias, as médias tenderam para todas as categorias de indiferente para importante, respectivamente, 3,63-3,89 e 3,11-3,41 (Tabela 1).

As diferenças entre as categorias profissionais podem ser visualizadas na Tabela 2, na última coluna. Para publicações científicas, a diferença ficou entre enfermeiros e nutricionistas e médicos e enfermeiros. Já para as fontes jornais e revistas, revistas de culinária, corpo e beleza, programas de rádio e televisão, a diferença aparece entre nutricionistas e as demais profissões, com as médias mais baixas para a importância das fontes de informação. Por outro lado, a fonte guia alimentar, para os profissionais nutricionistas, apresentou a média mais alta com diferença entre os demais profissionais (Tabela 1).

Para a fonte manual técnico, foi encontrada diferença entre médicos e enfermeiros, como também para médicos e nutricionistas, ficando os médicos com a menor média (4,00) (Tabela).

Por último, os médicos e odontólogos, assim como médicos e enfermeiros, apresentaram diferenças significativas nas médias da fonte de treinamento em serviço, estando a média mais alta atribuída à categoria dos odontólogos (4,7).

Tabela 1- Média aritmética e desvio padrão das variáveis relativas às fontes de informação consideradas **importantes** por profissionais médicos, nutricionistas, enfermeiros e odontólogos da Atenção Básica para comunicar aos pacientes sobre alimentação saudável no DF, 2008.

IMPORTÂNCIA DAS FONTES DE INFORMAÇÃO					
Fontes de Informação	Profissionais de Saúde da FHDF				Valor de p*
	Enfermeiro- E	Médico-M	Odontólogo-O	Nutricionista-N	
	Média DP	Média DP	Média DP	Média DP	(Teste MW)
1-Publicação Científica	4,48 (0,894)	4,71(0,728)	4,47 (1,073)	4,73(0,861) ²	ExM (0,000) ExN (0,002)
2-Congresso e Seminário	4,47 (0,884)	4,48 (0,907)	4,48(0,963)	4,61(0,810)	NS
3-Livros de Culinária e receitas	3,41 (1,244)	3,11 (1,249)	3,11(1,344)	3,15(1,014)	NS
4-Jornais e Revistas	3,85 (1,101)	3,51 (1,264)	3,76 (1,161)	3,02(1,225)	ExM,(0,004) NxO,E,M ≤(0,007)
5-Revistas (culinária, corpo e beleza)	3,25 (1,272) ¹	2,95 (1,339) ²	3,13 (1,368) ³	2,17(1,225) ¹²³	NxO,M,E (0,000) ¹²³
6-Revistas sobre alimentação	4,09 (0,998) ¹	3,70 (1,170) ²	3,93 (1,046)	3,33(1,082) ^{1 3}	ExM (0,000) ¹² ExN,(0,00) ¹³ OxN(0,001)
7-Programas de Televisão	3,72 (1,134) ¹²	3,38 (1,322) ²	3,72(1,207) ³	2,83(1,220) ¹²³	NxO,M,E(≤ 0,003)
8-Programas de Rádio	3,37 (1,283) ¹	3,10 (1,417) ²	3,44(1,285) ³	2,54(1,181) ¹²³	NxO,M,E(≤ 0,006)
9-Guias Alimentares	4,09 (1,088) ¹	3,66 (1,269) ²	4,11(1,183) ³	4,52(0,800) ¹²³	NxO,M ,E (0,00) ¹²³ OxM(0,002) ³²
10-Manuais Técnicos	4,27 (1,001) ¹	4,00 (1,119) ¹²	4,01(1,160) ²	4,51(0,751)	MxE,N ≤ (0,04) ¹²
11-Sites da Internet	3,75 (1,181)	3,70 (1,147)	3,89(1,144)	3,63(1,158)	NS
12- Treinamento FHDF	4,55 (0,955) ¹	4,36 (1,051) ¹²	4,70(0,863) ³	4,41(1,019)	MxE, (0,007) ¹² MxO (0,000) ¹³

* Significância estatística extraída por meio do teste Mann Whitney (p<=0,008)

OBS: Os números subscritos são marcadores para localizar as diferenças encontradas pelo teste de MW

As fontes de informação guias alimentares e treinamento em serviço são as variáveis que apresentaram as médias mais altas para adequação das fontes, variando de 3,0 e 4,0 da escala de Likert. As médias descritas na Tabela 3 para todas as fontes tendem para indiferente e nada adequadas e com pouca variação de valores entre as médias, apontando para uma oscilação maior somente para categoria dos nutricionistas, ficando essa categoria com médias entre 2,0 e 4,0 (nada importante e muito importante).

Conforme apresentado na Tabela 3, as fontes publicação científicas, congressos e seminários, livros de culinária e receitas e sites da internet, não apresentaram diferença significativa entre as categorias profissionais (Tabela 2).

Observando na Tabela 2 as fontes de informações jornais e revistas, revistas culinária, corpo e beleza, revistas sobre alimentação, televisão e rádio, a diferença significativa ficou para nutricionistas e demais profissionais, com a média destacada para os nutricionistas entre 2,0 e 2,6, apontando para fontes de pouca adequação.

Já a fonte guia alimentar para o profissional médico apresenta-se com diferença significativa entre as outras categorias, em comparação com os níveis das médias das demais categorias, que apontam para uma fonte adequada (4,0). Já para fonte manuais técnicos a diferença significativa aparece entre médicos e enfermeiros, tendendo a média mais alta para os enfermeiros (Tabela 2).

Finalizando com a fonte treinamento em serviço como observado na Tabela 3, a diferença das médias está entre odontólogos e nutricionistas e odontólogos enfermeiros, onde se pode observar os odontólogos apontando para os treinamentos em serviços como uma fonte adequada (4,31), quando comparada com as médias dos nutricionistas, tendendo de indiferente para adequada (3,90).

Tabela 2- Média aritmética e desvio padrão das variáveis relativas às fontes de informação consideradas **adequadas** por profissionais médicos, nutricionistas, enfermeiros e odontólogos da Atenção Básica para comunicar aos pacientes sobre alimentação saudável no DF, 2008.

Profissionais de Saúde da FHDF					
	Enfermeiro	Médico	Odontólogo	Nutricionista	
Fontes de Informação ADEQUAÇÃO	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Valor de p*
1-Publicação Científica	3,81 (1,310)	3,58 (1,428)	3,51(1,390)	3,37(1,414)	NS
2-Congresso e Seminário	3,81 (1,258)	3,56 (1,383)	3,33(1,412)	3,39(1,326)	NS
3-Livros de Culinária e receitas	3,39 (1,259)	3,42 (1,254)	3,24(1,460)	3,27 (1,127)	NS
4-Jornais e Revistas	3,65 (1,148) ¹	3,64 (1,207) ²	3,84 (1,285) ³	3,05 (1,305) ¹²³	NxO,M,E ≤0,002
5-Revistas (culinária, corpo e beleza)	3,24 (1,253)	3,27 (1,323)	3,44 (1,386)	2,22 (1,100) ¹²³	NxO,M,E ≤ 0,001
6-Revistas sobre alimentação	3,90 (1,059)	3,67 (1,171)	3,95 (1,161)	3,31 (1,096) ¹²³	NxO,M, ≤ 0,001
7-Programas de Televisão	3,86 (1,195)	3,70 (1,227)	3,95 (1,209)	2,98 (1,252) ¹²³	NxO,M,E ≤ 0,00
8-Programas de Rádio	3,66 (1,256)	3,42 (1,346)	3,59 (1,387)	2,66 (1,148)	NxM,E,O ≤ 0,00
9-Guias Alimentares	4,04 (1,089)	3,59 (1,259) ¹²³	4,13 (1,259)	4,38 (0,865)	MxE,N,O (0,00)
10-Manuais Técnicos	3,85 (1,180) ¹	3,43 (1,301) ²	3,41(1,107)	3,70 (1,139)	ExM (0,01)
11-Sites da Internet	3,56 (1,247)	3,46 (1,237)	3,58 (1,373)	3,16 (1,105)	NS
12- Treinamento FHDF	4,22 (1,114)	3,95 (1,270)	4,31(1,303) ¹²³	3,90(1,227)	OxE,N ≤ 0,07

* Significância estatística extraída por meio do teste Mann Whitney ($p \leq 0,008$)

OBS: Os números subscritos são marcadores para localizar as diferenças encontradas pelo teste de MW

6- DISCUSSÃO

6.1- Consensos e dissensos entre as categorias profissionais na utilização das fontes de informações adequadas e importantes para a promoção da alimentação saudável.

Neste estudo, quando o profissional foi abordado sobre a importância e adequação do uso de um meio e/ou canal de comunicação para falar sobre alimentação saudável com seu usuário, o objetivo foi de que ele valorasse o uso das 12 fontes de informações citadas no questionário de auto resposta.

A importância, no que diz respeito à semântica⁶, aponta para uma escala comparativa, onde foi escolhido o que é considerado ser mais essencial em detrimento de outro que não é valorado tanto nessa mesma escala comparativa. A importância de algo é sinônimo de mérito, o que tem um caráter essencial, é algo vultoso e fundamental atribuição de valor. A importância traz a idéia do conhecer, processar e acumular para compreender.

Quanto à adequação⁷ das fontes e/ou canais de comunicação para comunicar sobre alimentação saudável com o usuário, o intuito foi de que o profissional identificasse o sentido de uso das fontes descritas na pergunta. O profissional, ao observar as 12 fontes descritas na pergunta, pode tomar conhecimento da fonte mais apropriada ou conveniente para o contexto do comunicar alimentação saudável com o usuário.

Levando em consideração as definições descritas, o estudo partiu do princípio de que a importância das fontes de informação tem relação com o conhecimento necessário para que o profissional adquira informação e habilidade para comunicar sobre alimentação saudável a população assistida. Já a adequação, define a escolha por fontes de informações que lhe ofereçam suporte instrumental e prático no ato comunicativo sobre a temática apresentada.

A valoração do profissional da saúde sobre quais fontes de informações são importantes e adequadas para aquisição de conhecimento que irá subsidiá-lo no processo de comunicar

⁶ Segundo o Dicionário Houaiss, **Importância** é o destaque em uma escala comparativa, valor, mérito, interesse. Digno de elogio; tem autoridade e apreço. Tem um caráter essencial e determinante, necessário e básico, fundamental. Que é digno de atenção. Importante em latim é trazer para dentro, introduzir trazer para si. Vultoso.

⁷ Segundo o Dicionário Houaiss, **Adequação** é o que está em perfeita conformidade com algo, apropriado ou conveniente; ajustamento exato entre o intelecto e a realidade material; que está em perfeita conformidade com algo. Se uma gramática (sistema de regras) é capaz apenas de enumerar o conjunto de frases, ela é fracamente adequada. Agora, se além de enumerar ela é também capaz de dar a cada uma delas a descrição estrutural, é correta. É oportuno.

alimentação saudável para população assistida, se expressa, na devida proporção como no mosaico comunicacional sugerido neste trabalho. Os resultados obtidos neste estudo mostram que as informações técnico-científicas são as mais utilizadas e validadas entre os profissionais de saúde na busca pelo conhecimento e estão em consonância com vários outros realizados no Brasil e no mundo sobre o campo da comunicação e saúde (AMMERMAN et. al., 1993; BUTTRISS, 1997; CHEW; PALMER; KIM, 1995; HELMAN, 1997; MOLIARE, 2001; SANTOS; BARROS FILHO, 2002).

Em meio à profusão de informações oferecidas pela mídia, tanto profissionais de saúde como a população sofrem da incerteza da credibilidade das informações divulgadas, embora alguns estudos demonstrem que a confiança da população nos profissionais de saúde tende a ser maior que nos meios de comunicação de massa (SANTOS; BARROS FILHO, 2002).

No Reino Unido, EUA e Ucrânia, os especialistas da saúde são menos citados como fontes de informação do que os veículos de comunicação de massa, entretanto, as orientações passadas pelos mesmos são consideradas mais confiáveis e são mais valorizadas pela população como informações nutricionais. Porém, os contatos que a população tem com os profissionais de saúde são bem mais esporádicos do que o bombardeio diário das informações veiculadas pelas outras fontes midiáticas (BILOUKHA; UTERMOHLEN, 2001; BUTRISS, 1997).

A imagem de porta vozes da verdade científica obriga os profissionais não somente a possuírem conhecimento sobre o tema a ser comunicado como também a terem habilidade para transmiti-lo. Segundo Chew, Palmer e Kim (1995) e Abbott (1997), os médicos tendem a dar maior importância às fontes científicas sobre a temática nutrição e saúde do que às fontes de informação midiáticas. Esse quadro pode ilustrar como o modelo biologicista induz os profissionais de saúde a reproduzi-lo sem grandes questionamentos sobre a utilidade e eficácia de outras formas de conhecimento sobre saúde.

A apropriação do conhecimento como é referenciado no mosaico deste estudo, fala de escolhas pessoais, das influências culturais e da mídia assim como da formação cognitiva que é adquirida durante a vida. No caso específico dos profissionais de saúde desta pesquisa, que são os nutricionistas, médicos, odontólogos e enfermeiros, pode-se dizer que cursaram formações diferentes e, conseqüentemente, assimilações cognitivas distintas foram construídas durante a formação acadêmica e no decorrer na prática profissional. Porém, fazem parte do mesmo universo biologicista e positivista da saúde, onde o foco continua sendo a ser na doença e na verdade da ciência como absoluta.

Entre as doze fontes de informações analisadas neste estudo, cinco delas são fontes e veículos técnico-científicos: publicações científicas, congressos e seminários, treinamento em serviço, guias alimentares e manuais técnicos. A internet foi considerada uma fonte de característica mista por disseminar informações científicas e não científicas. As demais são fontes de informação da mídia.

As categorias profissionais que participaram da pesquisa demonstraram diferenças significativas sobre a valoração da adequação e importância das fontes de informação para comunicar sobre alimentação saudável e apontaram para consensos e dissensos sobre as doze fontes referenciadas neste estudo.

Dentre os consensos observados entre as categorias profissionais, destacou-se a importância e a adequação dada para as seguintes fontes: publicação científica, congressos e seminários, guias alimentares, treinamento em serviço e manuais técnicos. Essas fontes tenderam para valores de médias altos e aproximados entre todas as categorias profissionais, demonstrando consenso sobre a importância das fontes técnico-científicas. Cabe aqui uma pergunta quanto a esse consenso da importância e adequação dessas fontes: será que a formação com viés biologicista desses profissionais pode influenciá-los a atribuir uma importância maior às fontes técnico-científicas?

Esse achado vem de encontro com outros estudos realizados na atenção básica à saúde do Distrito Federal, onde os resultados mostram a necessidade de treinamentos e de materiais instrucionais sobre a temática alimentação e nutrição para que os profissionais possam promover alimentação saudável com conhecimento e segurança (SILVA, 2002).

A falta de treinamento dos profissionais de saúde para a realização de atividades educativas é fato presenciado hoje de forma assustadora nos diversos serviços de saúde no Brasil. A falta de materiais educativos e informacionais ocorrem da mesma forma. São inexistentes ou inapropriados para auxiliar no processo complexo da promoção da alimentação saudável de forma não verticalizada e com espaços de interlocução (CASTRO et al apud COSTA, 2010 p.42).

Os poucos treinamentos quando oferecidos aos profissionais são reforçados pela lógica biologicista, centrada basicamente em temas específicos de alimentação e nutrição, baseados em palestras e nas orientações individuais voltadas para o tratamento das doenças (LUZ, 2003). A perspectiva educativa de auxiliá-los na interlocução com a visão ampliada da saúde e seus determinantes sociais é substituída por um treinamento normativa e prescritiva com foco informacional (SANTOS, 2002).

Apesar da priorização no investimento na ABS no Distrito Federal como proposta política governamental, os profissionais de saúde continuam abandonados e a solicitar treinamentos em serviço sobre temáticas básicas como, por exemplo, promoção da alimentação saudável.

Segundo Eaton (2003), os profissionais de saúde devem ser treinados para desenvolver atenção nutricional com efetividade, precisam receber treinamentos adequados e o serviço de saúde precisa estar organizado de forma a permitir um processo de formação continuada. Para isso, os profissionais precisam ter acesso a fontes de informações adequadas e efetivas para se qualificarem sobre a temática nutrição e alimentação.

Para o Governo Federal, no que diz respeito à CGAN como a representante do campo da gestão e implementação das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, os guias e demais manuais técnicos são ferramentas estratégicas produzidas para auxiliarem na implementação das diretrizes políticas. Vários materiais foram produzidos com a intenção de orientar e subsidiar os profissionais que atuam no campo de alimentação e nutrição e percebeu-se nesse estudo que os guias alimentares e manuais técnicos se destacaram como fontes de informações importantes e adequadas pelos profissionais da ABS do DF.

Nos limites deste estudo podemos inferir que há interesse desses profissionais por estarem instrumentalizados por meio de guias alimentares, manuais técnicos e treinamentos em serviço. Estes resultados coincidem com a pesquisa desenvolvida por Silva (2002) que apontou que profissionais da atenção básica do DF declaram ter necessidade de treinamento e materiais para comunicarem sobre o tema alimentação saudável a população.

Outra fonte técnico-científica valorada por todos como importante foi congressos e seminários. Esse resultado vem de encontro também à necessidade do profissional em buscar conhecimento e pode considerar esse fato como uma expressão profissional em busca de reconhecimento e desejo de ser valorizado no seu *locus* de atuação.

Um dissenso importante a ser destacado é a pouca valoração atribuída às fontes de informação midiáticas manifestada pela categoria profissional dos nutricionistas. Para esses, as fontes consideradas como nada importante foram: programas de rádio e de televisão, revistas de culinária corpo e beleza. Os nutricionistas apresentaram para essas fontes midiáticas uma tendência a médias muito mais baixas quando comparada as demais categorias e as fontes programas de rádio e de televisão foram mais desvalorizadas dentre todas.

Os programas de rádio e de televisão foram as fontes midiáticas menos valoradas por todas as categorias profissionais para auxiliarem na promoção da alimentação saudável com os usuários. Esse resultado induz à reflexão sobre a falta de credibilidade nos canais da grande mídia para os

profissionais se informarem sobre alimentação. Porém, chama a atenção a desvalorização dada a esses grandes canais midiáticos como instrumentos de auxílio adequados para promover alimentação saudável uma vez que são espaços de grande alcance nacional a serem ocupados por campanhas e matérias locais e nacionais como, por exemplo, o que sido produzido pela CGAN/MS em parceria com a rádio Câmara e UNICEF sobre alimentação saudável nesses últimos anos (COSTA, 2010).

Já a fonte de informação revistas de culinária corpo e beleza foi a que obteve o consenso entre todas as categorias profissionais como a menos valorada. É interessante destacar que enquanto a população, principalmente o público feminino, utiliza essa fonte como um guia de receitas e dietas da moda ou como orientações para obter um corpo magro, os profissionais não a considera confiável e precisa alertar a população sobre as informações errôneas e simplistas divulgadas por essas revistas tão utilizadas pelo universo feminino.

Ainda nesse tópico, merece atenção a questão do discurso sobre alimentação e saúde apresentado nessas revistas. As matérias pautadas não favorecem a construção de um saber de promoção da saúde e da alimentação saudável, mas induzem as leitoras a consumirem alimentos ou fazerem dietas que as celebridades relatam seguir sobre a orientação de especialistas da saúde renomados. Dessa forma, o discurso midiático veiculado por essas revistas tentam construir conceitos e referências que passam a fazer parte do dia a dia dos indivíduos (TEO, 2010). O que mostra a mídia como uma relevante forma de poder capaz de influenciar hábitos alimentares e estilos de vida da população.

As fontes midiáticas foram valoradas pelos profissionais de saúde, com exceção dos nutricionistas, com pouca diferença entre sua adequação e importância. Os valores de média dessas fontes foram baixos mais os profissionais não foram desfavoráveis a todas elas. Nesse sentido, pode-se pensar em uma limitação do estudo que levou os profissionais a não discernirem entre uma fonte midiática adequada de uma fonte midiática importante. Da mesma forma, Silva (2002) demonstrou em seu estudo com profissionais de saúde do DF que a mídia de massa (televisão, rádio, revistas e jornais de grande circulação) e as fontes científicas (artigos científicos e congresso e seminários) foram valoradas com a mesma preferência para obter o conhecimento sobre alimentação saudável.

Diante do contexto apresentado, os dissensos e consensos encontrados entre os profissionais de saúde sobre a importância das fontes para comunicar sobre alimentação saudável podem ter sido determinados com base em três aspectos: (1) pela influência do efeito da pluralidade de informações disseminadas pela sociedade contemporânea; (2) pela ausência e pouca frequência de treinamento

de profissionais de saúde sobre alimentação saudável; (3) pela insuficiência e baixa qualidade de materiais sobre nutrição e promoção da alimentação saudável.

O consenso sobre a valoração favorável por todas as categorias sobre a importância e a adequação das fontes de informação técnico-científica confirmam que a ciência ainda é o principal elemento de consulta para os especialistas promoverem alimentação saudável. As fontes midiáticas, mesmo com médias mais baixas, aparecem com maior valor de uso para os profissionais de saúde como fontes adequadas; mostrando que não foram descartadas, mas sim bem menos valoradas do que as técnico-científicas. E assim, pode-se sugerir que o mosaico comunicacional de saúde, alimentação e nutrição dos profissionais de saúde seja construído com esses os dois conhecimentos, porém, com elementos técnico-científicos em maior quantidade do que os elementos informacionais midiáticos e tendo o conhecimento cognitivo como o alicerce na escolha dessa construção.

6.2- O nutricionista e a valoração de uso das fontes de informações para comunicar alimentação saudável.

Observa-se que as fontes adequadas para comunicar aos usuários sobre alimentação saudável tenderam a um consenso entre médicos, enfermeiros e odontólogos do estudo, com exceção dos nutricionistas, que foi a categoria profissional que apresentou valores de médias mais baixas na valoração das fontes de informação da mídia.

Com base nessa tendência apresentada pelos nutricionistas pode-se inferir que as fontes midiáticas para essa categoria não são adequadas ou, podemos dizer, não servem como instrumentos para auxiliá-los na promoção da alimentação saudável e muito menos como fonte de conhecimento segura sobre alimentação e saúde.

Hoje as informações veiculadas sobre alimentação e nutrição na televisão, assim como em outras fontes de grande abrangência, são foco de muitas discussões sobre o processo de simplificação da mensagem que é transmitida ao público. “Pode-se observar um predomínio de opiniões ou de falsas ideologias em detrimento do conhecimento técnico, como também uma subordinação à linguagem da televisão” (CAMARGO; BARBARÁ; BERTOLDO, 2008, p.181), o que coloca o espetáculo acima da informação correta e impossibilita, dessa forma, a credibilidade da mídia na divulgação de informações sobre saúde.

Os nutricionistas, ao desconsiderarem as fontes midiáticas neste estudo como nada adequadas para comunicar alimentação saudável, podem mostrar a ponderação do seu papel mediador e tradutor da informação científica à sociedade, pois como especialista da área de alimentação e nutrição, ao consentir com tudo o que é pautado pela mídia, confere credibilidade às informações veiculadas que correm o grande risco de serem enganosas ou pautadas com outro fim que não o de promover alimentação adequada à população.

As fontes midiáticas rádio e televisão foram consideradas as mais desvalorizadas pela categoria dos nutricionistas tanto no que se refere à adequação quanto à importância. Se por um lado, pode ser considerado um resultado positivo por demonstrar o quão são criteriosos e conscientes sobre a manipulação da mídia televisiva na sociedade atual, por outro, é preciso ponderar que a televisão e o rádio podem e devem servir de canais midiáticos de utilidade pública (ASSUMPÇÃO, 2005).

Pode-se considerar que o profissional nutricionista na equipe de saúde é o único que tem especialidade técnico-científica no campo da alimentação e nutrição. Essa característica o diferencia ao lhe atribuir competência técnica diferenciada das outras profissões de saúde no que concerne ao

conhecimento profundo sobre nutrição e alimentação. Assim, nos limites dos resultados, pode-se dizer que o conhecimento da ciência da nutrição está na base de sua formação profissional, o que o faz ter um senso crítico mais apurado na busca por informações veiculadas pelo rádio e a televisão.

Se por um lado, os nutricionistas desconsideraram a importância das fontes midiáticas neste estudo, por outro, observa-se o crescente aparecimento desses profissionais na televisão e rádio através de entrevistas, de documentários e programas de culinária saudável nas reportagens de jornais de grande circulação assim como em outras fontes como sites da internet.

No decorrer dos últimos 10 anos, a temática alimentação e nutrição tem sido veiculada no rádio por meio de spots elaborados e pautados pela CGAN/MS em parceria com a rádio Câmara e UNIC com foco em campanhas educativas sobre alimentação saudável. Essa é uma alternativa tecnológica popular que consegue atingir parcelas diferenciadas da população e tem demonstrado um bom uso dessa fonte na formação de opinião confiável (COSTA, 2010).

A televisão, considerada pela população e por vários autores a maior invenção do século XX, é uma fonte de informação que consegue envolver os telespectadores muito mais que a linguagem escrita. As mensagens veiculadas ganham vida própria, entram diariamente nos lares e são transmitidas em todos os lugares possíveis tais como elevadores e ônibus. Moran (2000) pontua que a TV mexe com todos os sentidos, inclusive o racional, e mescla o real e o imaginário e assim os mais jovens são seduzidos pelo audiovisual e não mais pelos livros e mensagens escritas.

Até hoje se observa na prática o monopólio dos canais televisivos e de rádio no Brasil. Esse cenário permite a esses grupos uma criteriosa seleção das mensagens a serem veiculadas que, em verdade, representam, tão somente, o interesse próprio ou de grupos políticos empresariais que não dão o devido espaço para temas relevantes de saúde pública e educação.

Portanto, a não valorização de fontes da mídia pelo nutricionista pode ser compreendida como atitude relacionada à sua formação e a manutenção de seu papel como formador de opinião confiável entre os profissionais de saúde e a população.

Outra fonte de informação que foi valorada como mais importante pelos nutricionistas dentre as outras três categorias profissionais, foi guia alimentar. Essa fonte de informação tão preciosa foi distribuída a nível nacional para todos os serviços de saúde antes deste estudo ter sido desenvolvido, sugerindo que os profissionais estudados possam o conhecer e já ter utilizado enquanto material informativo sobre alimentação saudável. O atual guia alimentar produzido em 2006 pela CGAN/MS nomeado Guia Alimentar para População Brasileira: promovendo a alimentação saudável (GAPB) cumpre com o papel de prevenir doenças causadas por deficiências nutricionais e reduzir as DCNT por meio da alimentação saudável e foi elaborado com a intenção de

atingir diferentes públicos, desde famílias e profissionais de saúde até o setor produtivo de alimentos. (BRASIL, 2006b)

Oliveira (2010) e Amparo (2005) apontam em seus estudos que, embora a confiabilidade na opinião do profissional nutricionista seja fundamental, este também já começa a reconhecer que a sociedade atual exige uma abordagem mais humanizada sobre a situação de saúde e os problemas nutricionais. A comida é considerada uma riqueza para o homem e a vida social se organiza em conjunto com a alimentação como uma criação histórico-cultural cheia de significados que possibilitam a comunicação. O nutricionista necessita incorporar nas suas ações de promoção da alimentação saudável a dimensão sociocultural.

Em meio às questões sobre o que é ou não um alimento ruim ou uma alimentação saudável trazida pelas diversas fontes de informação, sejam científicas ou não, é inquestionável que a mídia estimulou uma reação denominada por jornalistas americanos como “*too much information*”, expressão com a qual convivemos diariamente circulando nos meios de comunicação assim como nos periódicos científicos sobre nutrição, pesquisas e estudos que bombardeiam a mídia e as revistas científicas sobre as contradições dos efeitos protetores e prejudiciais dos alimentos (AZEVEDO, 2008).

Cabe aqui destacar algumas limitações deste estudo. Os resultados não podem ser generalizados para os mesmos profissionais de saúde no Brasil uma vez que ilustram a atuação dos profissionais do DF. Outra limitação diz respeito à apresentação da pergunta estudada, uma vez que no questionário de auto resposta, as variáveis importância e adequação foram expostas no mesmo enunciado, o que pode ter induzido o respondente a marcar as mesmas respostas para as duas variáveis.

Enfim, o momento atual é bem oportuno para as reflexões e questionamentos aqui apresentados, tendo em vista que a temática alimentação saudável e comunicação e saúde fazem parte da agenda governamental como também da sociedade contemporânea que demanda novos padrões alimentares.

Diante do quadro apresentado, os profissionais nutricionistas estão sofrendo os reflexos da sociedade do conhecimento e do imperativo midiático da indústria dos alimentos e do mercado da saúde. Estabelecer uma prática comunicativa dialógica de alimentação, nutrição e saúde com a população, na tentativa de desmistificar a ciência da nutrição e permitir que a população minimize suas incertezas sobre o consumo alimentar é um caminho possível a ser trilhado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O saber científico da nutrição formal é caracterizado como o produtor de verdades provisórias; alimentos considerados ruins em um passado recente, hoje são orientados pelos nutricionistas e profissionais como excelentes para saúde. Nesse cenário, percebe-se a ciência da saúde subsidiando um discurso hermético e de controle social, e com hora certa para se transformar em outra verdade, moldando assim atitudes e comportamentos alimentares dos indivíduos (FERRARETO, 2005 apud TEO, 2010).

O excesso do discurso científico em saúde e alimentação veiculado por diferentes fontes de informações pode-se dizer ser uma das certezas que paradoxalmente tornou-se uma dúvida. Na ABS do DF em parte, essa situação parece querer ser resolvida pelos profissionais de saúde ao considerarem o treinamento em serviço como a principal e mais adequada fonte de informação para obterem conhecimento sobre alimentação saudável. Nos limites dessa investigação, percebe-se uma chamada de ajuda por esses profissionais para o auxílio a sua prática na atenção básica à saúde.

Sendo os profissionais de saúde formados por uma lógica bancária e biologicista, se sentem incapacitados muitas vezes para comunicar sobre alimentação e nutrição e buscam suprir as deficiências de conhecimento e a falta de habilidade atrás de materiais técnicos e informativos por reconhecerem dificuldade em se aproximar de uma linguagem do senso comum, como por exemplo, aquela que aborda os aspectos socioculturais do indivíduo (OLIVEIRA, 2010).

A demanda que se coloca nesse ponto, é que os profissionais de saúde desfaçam a significação dos materiais instrucionais e educativos como “próteses comunicativas. Esses recursos de apoio quando disponíveis, serão melhor utilizados não de forma prescritiva e sim articulados a estratégias pedagógicas ou comunicacionais na perspectiva de uma relação dialógica entre profissional-usuário. (VASCONCELLOS-SILVA; RIVERA; ROSEMBERG, 2003)

De uma forma geral, muitos dos materiais informativos são produzidos sem a participação de quem os utiliza e sem um treinamento para sua incorporação enquanto prática educativa, não possibilitando dessa forma a valorização do material (ROZEMBERG; SILVA; VASCONCELLOS-SILVA, 2002).

O cuidar e promover saúde coloca em cena dois interlocutores, profissional e usuário, e o ato comunicativo requer o reconhecimento de ambos quanto aos aspectos sócio-culturais envolvidos nessa troca. Nesse processo comunicativo, o discurso do senso comum pode contribuir para

aproximação dos interlocutores, por ser uma forma de “conhecimento efetivamente prático que cria imagens úteis para representar o dia a dia, transformando saberes produzidos em campos simbólicos” (TEO, 2010 p.335).

E assim, este estudo aponta o mosaico comunicacional de saúde, alimentação e nutrição dos profissionais de saúde constituído com fontes informacionais e científicas tendo o conhecimento cognitivo como o alicerce na escolha dessa construção.

Finalizando, é relevante lembrar que os profissionais de saúde, sujeitos ouvintes e/ou leitores desta pesquisa, não são meros receptores passivos, mas atores sociais capazes de produzir sentidos, reelaborar o já conhecido e de fazer escolhas rumo à construção do seu mosaico comunicacional. E, como diz Chauí (2006), existe ainda hoje a ideologia de que o discurso do conhecimento só pode operar através do discurso do especialista, “instituindo assim a divisão social entre competentes que sabem e incompetentes que obedecem” (p.75), e esses mesmos profissionais que ainda operam no modelo informacional, presos às nuances biológicas e do fazer saúde, começam a acordar ao perceber que o conhecimento científico sozinho é insuficiente para promover saúde e alimentação saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOTT, R. Food and nutrition information: a study of sources, uses and understanding. *British Food Journal*, v.99, n.2, 1997, pp. 43-49.

ASSUMPÇÃO, Zeneida A. de. A divulgação da saúde e da medicina preventiva na radiofusão sonora paranaense. *Revista Digital Comunicação e Saúde*, v.2, n.3, 2005, [online].

ALEXANDRE, João Welliantre C. & FERREIRA, José Joaquim do Amaral. Um estudo empírico da aplicação da GQT nas empresas manufatureiras de portes médio e grande do estado do Ceará. *Revista Produto & Produção*, v. 5, n. 3, 2001, [online], pp. 33-38.

AMMERMAN, Alice S. et. al. Physician-Based counseling for cholesterol reduction: current practices, determinants, and strategies for improvement. *Preventive Medicine*, v.22, 1993, pp. 96-109.

AMPARO, Ligia. *O corpo, o comer e a comida*. Bahia: Editora UFBA, 2008

ARAÚJO, Inesita Soares de & CARDOSO, Miranda. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

ARAÚJO, Inesita Soares de. *Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder*. Um modelo de comunicação para políticas públicas. Tese (Doutorado em Comunicação). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

_____. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n.14, 2004, pp. 165-78.

ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande & ARRUDA, Ilma Kruse Grande. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, v.7, n.3, 2007, pp. 319-326.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciências Saúde Coletiva*, v.6, n.1, 2001, pp. 63-72.

AZEVEDO, Elaine de. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. *Revista de Nutrição*, v.21, n.6, nov./dez., 2008, pp. 717-723.

BADRI, M. A. & DONALD, Davis. A study of measuring the critical factors of quality management. *International Journal of Quality & Reliability Management*, v.12, n.2, 1995, pp. 36-53.

BAKHTIN, Mikhail. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BARRETO, Sandhi Maria, PINHEIRO, Anelise R. de O.; SCHIERI, Rosely; MONTEIRO, Carlos Augusto; FILHO, Malaquias Filho; SCHIMIDT, M.Inês, et all. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde da OMS. *Epidemiologia Serviços de Saúde*, v.14, n.1, 2005, pp. 41-68

BARROS, Maria Sylva Carvalho & TARTAGLIA, José Carlos. A política de alimentação e nutrição no Brasil: breve histórico, avaliação e perspectivas. *Alimentação e Nutrição*, v.14, n.1, 2003, pp. 109-121.

BATISTA, Malaquias Filho & BATISTA, Luciano Vidal. Transição alimentar/nutricional ou mutação antropológica? *Cienc.Cult.*, v.62, n.4, 2010, pp.26-30.

BATISTA, Malaquias Filho & RISSIN, Anete. Transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19 (Sup. 1), 2003, pp. 181-191.

BILOUKHA, Oleg & UTERMOHLEN, Virginia. Healthy eating in Ukraine: attitudes, barriers and information sources. *Public Health Nutrition*, v.4, n.2, 2001, pp. 207-215.

BOOG, Maria Cristina Faber. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Revista de Nutrição*, v. 12, n.3, set./dez. 1999, pp. 261-272.

BOURDIEU, Pierre *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2004.

BRASIL. *Distrito Federal*. Síntese de Informações Socioeconômicas/Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2008. Disponível em:
< <http://www.codeplan.df.gov.br>. Acesso em 17 de out. de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de alimentação e nutrição*. 2 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia Alimentar para população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: Ministério da saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>. Acesso em 20 de out. de 2011.

BUTTRISS, J.L. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. *American Journal of Clinical Nutrition*, Bethesda, v.65 (supl.), n.6, 1997, pp. 1985S-1995S.

CAIADO, M.C.S. Estruturação intraurbana na região do DF e entorno: a mobilidade e a segregação socioespacial da população. *Rev. Bras. Est. Pop.*, v.22, n.1, 2005, pp. 55-88.

CAMARGO, Brígido Vizeu; BARBARÁ, Andréa; BERTOLDO, Raquel Bohn. A influência de vídeos documentários na divulgação científica de conhecimento sobre AIDS. *Psicologia Reflexo e Crítica*, v.21, n.2, 2008, [online], pp.179-185.

CAMPOS, E.A. *Centros municipais de saúde do Rio de Janeiro: reconstrução da trajetória de uma organização sanitária*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). USP, São Paulo, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12 (supl.), out. 2007, pp. 1865-1874.

CASTIEL, L.D. & VASCONCELOS-SILVA, P.R. *Precariedades do Excesso: informação e comunicação em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

CASTIEL, L.D. Insegurança, ética e comunicação em saúde pública. *Revista Saúde Pública*, v.37, n.2, 2003, pp.161-167.

CASTIEL, L.D.;GUILAN, M.C.Rodrigues; FERREIRA, Marcos S.; *Correndo o Risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

CASTRO, Regina Célia Figueiredo. *Comunicação científica na área de saúde pública: perspectivas para tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento*. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública). USP, São Paulo, 2003.

CHAIMOWICZ, Flavio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do séc. XXI. *Saúde Public*, v.31, n.2, 2001, pp. 184-200.

CHALMERS, A.F. *O que é ciência afinal?* São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

CHAUÍ, Marilena. *Simulacro e Poder: uma análise da mídia*. São Paulo: Perseu Abramo, 2006, p.75.

CHEW, F.; PALMER, S.; KIM, S. Sources of information and knowledge about health and nutrition: can viewing one television program make a difference? *Public Understanding of Science*, Bristol, v.4, n.1, 1995, pp. 17-29.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre atenção primária à saúde: desafios para organização de serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24(sup.), n.1, 2008, pp. S7-S27.

COSTA, Kátia Meneses Rodrigues Peres da. *Análise das estratégias de informação e educação sobre alimentação e nutrição produzidas no âmbito da Política de Alimentação e Nutrição no período de 1999 e 2010*. Tese (Doutorado em ciências na área de saúde pública). ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

COTTA, Rosangela M. Mitre ; AZEVEDO, C.M.; SCHOTT, M.; MARTINS, P.C.; FRANCESCHINI, S.C.C. ; PIORE, S.E.Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Revista Médica Minas Gerais*, v.16, n.1, 2006, pp. 2-8.

COUTINHO, Janine; GENTIL, Patricia; TORAL, Natacha. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24(supl.2), 2008, pp. S322-S340.

DEMO, Pedro. *Cidadania tutelada e cidadania assistida*. Capminas: Ed. Autores Associados, 1995.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.1, 2004, pp. 7-14.

DUARTE, Jorge. *Comunicação Pública: Estado, Mercado, Sociedade e Interesse Público*. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

EATON, C.B. Teaching nutrition skills to primary care practitioners. *J. Nutr.*, v.133, n.2, 2003, pp. 563s-566s.

EYSENCK, Michael W.; KEANE, Marke. *Psicologia cognitiva: um manual introdutório*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1994.

GARCIA, Rosa Wanda D. Representações sociais da alimentação e saúde e repercussões no comportamento alimentar. *Revistas de Saúde Coletiva*, v.7, n.2, 1997, pp.51-58.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Ed. Atlas, 1999.

GOTTENS, Leila B. Donato; EVANGELISTA, M S.Nantua; PIRES, M.R.G.Maia; SILVA, A.F.Melgaço da; SILVA, Priscila A. da. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico neo-institucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.6, 2009, pp. 1409-1419.

KENNY, Anthony. As ciências teóricas de *Aristóteles*. Disponível em: <http://www.cfh.ifcs.br/aristociencia.htm>. Acesso em 15 de janeiro de 2012.

HELMAN, Anthony. Nutrition and general practice: na Australian perspective. *American Journal of Clinical Nutrition*, v.65 (suppl), pp. 193S-1939S, 1997.

KLEIN, Carlos Henrique; BLOCH, Katia Vergetti. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R.A. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006, cap.9, pp. 125-150.

L'ABBATE, Solange. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: período de 1940 a 1964. *Revista Nutrição PUCAMP*, v.1, n.2, 1988, pp. 87-138.

LAZZARATO, M. & NEGRI, A. *Trabalho imaterial: Formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro, RJ: DP&A, 2001.

LIPOVESTSKY, G. *A felicidade paradoxal*. Ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2007.

LUZ, Madel Terezinha. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva*: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Editora Hucitec, 2005a.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Revista Saúde Coletiva PYSIS*, v.15(sup.), 2005b, pp. 145-176.

LUZ, Zelia Maria Profeta da.; PIMENTA, Denise Nacif; RABELLO, Ana; SCHALL, Virgínia. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.2, 2003, pp. 561-569.

MALTA, Deborah Carvalho; CASTRO Adriana Miranda de; GOSCH, Cristiane Scolari; CRUZ, Danielle Keylla; ALENCAR, Bressan Aline; NOGUEIRA, Júlia Devidé et al. A política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia Serviços de Saúde*, v.18, n.1, 2009, [online], pp. 79-86.

MATOS, Heloiza. Comunicação pública, esfera pública e capital social. In: DUARTE, Jorge. (Org.). *Comunicação Pública*: Estado, Mercado, Sociedade e Interesse Público. São Paulo: Editora Atlas, 2009, pp. 47-58.

MOLIARI, Giane. Saúde e nutrição na adolescência: o discurso sobre dietas na revista capricho. Tese (Doutorado em Comunicação e Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

MONTEIRO, Graça França. A singularidade da comunicação pública. In: DUARTE, Jorge. (Org.). *Comunicação Pública*: Estado, Mercado, Sociedade e Interesse Público. São Paulo: Editora Atlas, 2009, pp. 34-46.

MORAES, Ilara H. Sozzi de; GOMEZ, M.N. Gonzáles de. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.3, 2007, pp.553-565.

MORAN, José Manuel; MASETTO, Marcos; BEHRENS, Marilda. *Novas Tecnologias e Mediação Pedagógica*. São Paulo: Papyrus Editora, 2000.

NATANSOHN, Graziela. Comunicação e Saúde: interfaces e diálogos possíveis. *Rev. de Economia Política de las Tecnologías de la Información y Comuniación.*, v. 1, n.2, 2004, [online].

NETO, Antônio Fausto. AIDS e novas Políticas de reconhecimento. In: SILVA, J.O & BORDIN, R. (Orgs.). *Máquinas do Sentido*: processos comunicacionais em saúde. Porto Alegre: Ed. DaCasa, 2003, pp. 39-52.

OLIVEIRA, Kathleen S. Barreiras para promoção da alimentação saudável enfrentadas pelos profissionais de saúde do Distrito Federal. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Diet nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO – *Technical Report Series*, 916. Geneva, 2003.

_____. *Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing, knowledge, attitude and practice surveys*. 2008.

PAIM, Jairnilson da Silva et. al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*, v.377, 2011, pp. 1778-1797.

PAIM, Jairnilson da Silva. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.3, 2009, pp. 899-901.

PEREIRA, Mauricio Gomes. *Epidemiologia. Teoria e Prática*. 1 ed., 4 reimp., 2000.

PINHEIRO, Anellise Rizzolo de Oliveira & CARVALHO, Denise Bomtempo de. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. *Rev. Saúde e Soc.*, v.17, n.2, 2008, pp. 170-183.

POLAN, Michel. *Em defesa da comida, um manifesto*. Rio de Janeiro: Ed. Intrínssica, 2008.

RECINE, Elisabetta & VASCONCELLOS, Ana Beatriz. Políticas nacionais e o campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva: cenário atual. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 16, n.1, 2011, pp. 73-79.

ROZEMBERG, Brany; SILVA, Ana Paula P. da Silva; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo.R. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, n.18, 2002, pp. 1685-1694..

SANTOS, Karina M. Olibrich dos & BARROS FILHO, Antonio de Azevedo. Fontes de Informação sobre nutrição e saúde utilizadas por estudantes de uma universidade privada de São Paulo. *Revista de Nutrição*, v.12, n.2, 2002, pp. 201-210.

SANTOS, M. *Por uma globalização do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2005b.

SARAPH, J.V.; BENSON, P.G.; SCHROEDER, R.G. An instrument for measuring the critical factors of quality management. *Decision Sciences*, v. 20, n. 4, 1989, pp. 810-829.

SCHRAMM, J.M. de Andrade; OLIVEIRA, A.F.de.; LEITE, Yuri da Costa; VALENTE, J. Gonçalves; GADELHA, Angela Maria J.; PORTELA, Margareth C.; CAMPOS, Mônica R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.4, 2004, pp. 897-908.

SILVA, Denise Oliveira. *O conhecimento, atitudes e práticas de profissionais de saúde da atenção básica sobre a promoção da alimentação saudável no Distrito Federal*. Tese (Doutorado em saúde pública) Faculdade de Ciência da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

SOUZA, Solange Jobim & KRAMER, Sonia. O debate Piaget/Vygotsky e as políticas educacionais. *Cad. Pesqui.*, n.77, 1991, [online].

TAMBELLINI, Anamaria Testa. Questões introdutórias: razões, significados e afetos-expressões do dilema preventivista, então e agora. In: AROUCA, Sergio. *O Dilema preventivista contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Ed. Fiocruz/UNESP, 2003, pp. 48-58.

TAMIMI, N.; GERSHON, M.; CURRALL, Steven C. Assessing the psychometric properties of Deming's 14 principles. *Quality Management Journal*, v. 2, n. 3, spring 1995, pp. 38-52.

TEO, Carla Roseane Paz Arruda. Discursos e a construção do senso comum sobre alimentação a partir de uma revista feminina. *Rev. Saúde Sociedade*, São Paulo, v.19, n.2, 2010, pp.333-346.

VASCONCELLOS-SILVA P.R.; RIVERA F.J.U.; ROZEMBERG, B. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental sobre impressos hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, v.37, n.4, 2003.

VOSS, Rita de Cássia Ribeiro. Cognição e valores: dois aspectos da educação. *Ciência & Cognição*, v.14, n.1, , pp.255-264, 2009 [online].

WOOD, C.D. & CARVALHO, J.A.M. Desigualdades de renda e expectativa de vida. In: *A demografia da desigualdade no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 1994, cap. 4.

ANEXO A



GDF - SES - SUPRAC
DICOAS - GECOAS - NCET

GDF - SES - SUPLAN
DICOAS - NDI

ESTABELECIMENTOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

R E G.	UNIDADES		ENDEREÇO	TELEFONE	
RA 1	HBDF – Hospital de Base do DF		SMHS - Área Especial - Plano Piloto	3325-5050	
	DISAT – Diretoria de Saúde do Trabalhador		Av. W 5 Sul Q. 912 – Plano Piloto	3346-6222 3346-7622 3346-2220	
	COMPP – Centro de Orient. Médico Psico-Pedagógica		Q. 907/908 Sul - Prédio da Antiga Escola Normal de Brasília - P. Piloto	3244-0728 3242-9638 3443-4976	
	CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento		Rodoviária do Plano Piloto - Mesanino	3325-6173 6079 / 6711	
RA 17	I.S.M – Instituto de Saúde Mental		Granja do Riacho Fundo	3399-4545 3399-6554	
DGS - DIRETORIAS GERAIS DE SAÚDE		ENDEREÇO	TELEFONE		
DGS ASA SUL RA's 01 e 16	HRAS – Hospital Regional da Asa Sul		SGAS-Quadra 608/609-Modulo A-L2 Sul- Plano Piloto (RA 01)	3445-7500 3445-7626 3244-5302	
	Centros de Saúde	Unidade Mista da Asa Sul	EQS 508/509 - Plano Piloto (Hospital Dia) Plano Piloto	3445-7685 3445-7521 3445-7522	
		05	SHIS - QI 21 Lago Sul (RA 16)	3366-1037 3366-5399	
		06 (Adolescento)	SGAS - Quadra 605 - lote 32/33 Plano Piloto	3445-7573 3445-1855	
		07	SGAS - Quadra 612 - lote 38/39 Plano Piloto	3345-2874 3345-2873	
		08	EQS - 514/515 Plano Piloto	3245-2177 3245-2066 3346-4496	
	Núcleo de Inspeção de Brasília		SAIS – Área Especial nº 10 Plano Piloto	3245-4110 3345-8426	
	Núcleo de Inspeção Lago Sul		Área Especial – QI 3 Lago Sul	3248-1376 3248-1294 3248-1291	
REGIÃO CENTRO SUL	H.R.Gu – Hospital Regional do Guarã		Área Especial - QI 06 - lote "C" - Guarã I	3353-1500	
	Centros de Saúde	01	Área Especial - QI 06 - Guarã I	3568-3296 3381-9428 3567-0510	
		02	QE 17 - Guarã II - Área Especial	3568-3476 3567-0503 3381-7555	
		03	QE 38 - Guarã II - Área Especial	3301-1994 3301-1187 3301-1995	
	Postos de Saúde Urbano	01	QELC - EQ 2 /3 - Conjunto Lúcio Costa	3567-9231 3382-3555 3382-6586	
		03	A/E Próximo ao Posto Policial-Entrada da Estrutural - Vila Estrutural	3036-1993 3036-2449	
	DGS GUARÃ RA 10	1 Equipe do PSF		Q. 11 Conj. C Casa 02 - Vila Estrutural	Não tem telefone
		2 Equipes do PSF		Q.04 Av. Luiz Estevão nº 34 - Vila Estrutural	Não tem telefone
		1 Equipe do PSF		Q. 08 Conj. H Casa 07 - Vila Estrutural	Não tem telefone
		1 Equipe do PSF		Q. 15 Conj. L Casa 03 - Vila Estrutural	Não tem telefone
		CAPS-Centro de Atenção Psicossocial		QE 17 - Guarã II - Área Especial (mesmo end. do CS 02)	3381-6957 3567-1967
		Laboratório Regional do Guarã		QE 17 - Guarã II - Área Especial (mesmo end. do CS 02)	3568-3174 3568-6462
		Núcleo de Inspeção do Guarã		QE 12 Área Especial "B" - Guarã I	3568-7867 3382-6303
	DGS NÚCLEO BAND. RA's 08, 17, 19 e 21	Centros de Saúde	01	E.Q 05/07 - Área Especial nº 38 Candangolândia (RA 19)	3301-6221 3301-6763
02			3ª Avenida - Área Especial nº 03 N. Band. (RA 08)	3552-0086 3386-0680 3386-6319	
03			NA 07 - Área Especial nº 09 Riacho Fundo I (RA 17)	3399-3064 33992031	
1 Equipe do PSF		QN 01 Conj. 20 Casa 22 - Riacho Fundo I	Não tem telefone		
Posto de Saúde Urbano		01	Q.N 07 A e B Lts. 1 e 2 A/E Riacho Fundo II (RA 21)	3434-1155	
		02 (1 Eq. PSF)	A/E QC 01 Riacho Fundo II	Não tem telefone	

	1 Equipe do PSF	QN 15 D	Riacho Fundo II	Não tem telefone
	1 Equipe do PSF	QN 14 C	Riacho Fundo II	Não tem telefone
Postos de Saúde Rural	01 (1 Eq. PSF)	Núcleo Rural de Vargem Bonita (RA 24)	Park Way	Não tem telefone
	CAUB (1 Eq. PSF)	CAUB – Combinado Agro-urbano de Brasília 1 - Perto do Catetinho - Riacho Fundo II		3338-7810
	Núcleo de Inspeção da Candangolândia	Rua dos Transportes – QR 0-A conj. RT Área Esp.		3301-5200
	Núcleo de Inspeção do Núcleo Bandeirante	3ª Avenida - Área Especial nº 03		3552-1255
	Núcleo de Inspeção do Riacho Fundo	Área Especial – Feira Permanente		3399-3825

R E G.	UNIDADES		ENDEREÇO	TELEFONE	
	DGS ASA NORTE RA's 01, 11, 18 e 23	H.A.B – Hospital de Apoio de Brasília		SAI Nº 04 - Hospital de Apoio – Plano Piloto	3322-6020 3322-6027 3322-6068
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública do DF		SGAN Q. 601 lote "O" e "P"	3316-9810 3321-2772 3226-0794		
FHB – Fundação Hemocentro de Brasília		SMHN - Quadra 03 - Bloco "A"- Edifício Hemocentro	3327-4466 3327-4442 3327-4447		
DGS - DIRETORIA GERAIS DE SAÚDE		ENDEREÇO	TELEFONE		
HRAN -Hospital Regional da Asa Norte		SMHN - Área Especial Plano Piloto (RA 01)	3325-4300 3325-4313		
Centros de Saúde		09	SHCE/SUL - Quadra 611 - Lote 01 (RA 11)	Cruzeiro Novo	3233-0040 3233-0064 3361-0920
		10	SHIN - QI 0 SHIN QI 03 - Área Esp. (RA 18)	Lago Norte	3577-2092 3577-3181
		11	SGAN - Quadra 905 - Modulo "D"	Plano Piloto	3274-3155 3273-3962 3274-8118
		12	EQN - 208/408 - Área Especial	Plano Piloto	3274-3455 3274-9158
		13	EQN - 114/115	Plano Piloto	3272-2948 3273-9233 3274-4423
		14	SHCE - Setor Escolar - lote 14 - (RA 11)	Cruzeiro Velho	3234-1666 3234-1485 3361-6182 3233-0511
		15	Acampam. Pacheco Fernandes A/E 02 - Vila Planalto Plano Piloto		3306-2182 3306-2191 3306-1900
		Varjão	Vila Varjão - Q. 05 conj. A lote 17 (RA 23)	Varjão	3368-1555 3468-5773 3577-2092
Núcleo Inspeção do Cruzeiro Novo		Rua das Jaqueiras Q.104 - Administração do Sudoeste	3368-5855		
Núcleo Inspeção do Cruzeiro Velho		Q. 02 Área Esp. "B" Cruzeiro Velho	3341-2146 3344-5527		
Núcleo Inspeção do Lago Norte		SHIN - QI 03 - Área Esp. C. Saúde nº 10 Lago Norte	3368-5855		
Núcleo Inspeção de Brasília Norte		SGAN Quadra 601 Lote O/P (prédio do LACEN)	3225-6653		

R E G.	DGS- DIRETORIAS GERAIS DE SAÚDE		ENDEREÇO	TELEFONE
	REGIÃO SUL DGS GAMA RA 02	H.R.G – Hospital Regional do Gama		Área Especial nº 01 - Setor Central - Gama
Centros de Saúde		01	Quadra 06 - Área Especial - Setor Sul	3556-6678 3556-6099
		02	Quadra 11 - lotes A,B,C - Área Especial - Setor Sul	3556-5678 3556-5424
		03	EQ 1/5 - Área Especial - Setor Leste	3556-6689 3556-6273
		04	EQ 39/40 - Área Especial - Setor Leste	3556-6878 3484-3897
		05	Quadra 38 - Área Especial - Setor Central	3556-6478 3484-0174
		06	EQ. 12/16 - Área Especial - Setor Oeste	3556-0980 3556-0029
		08	Área Especial nº 17 - Setor Central (antigo PAM)	3556-1344 3556-1366
		Policlínica	QI 06 - lote 1580 - Setor de Industrias	3901-3301 3901-3302 3901-3303
Postos de Saúde Rurais		01	Núcleo Rural de Ponte Alta de Cima	3500-2188 (orelhão)
		03 (1 Eq. PSF)	Núcleo Rural - DVO – Gama	3392-1572
		04 (1 Eq. PSF)	Rua Libânio nº 13 - Engenho das Lages	3559-1600 (orelhão)
1 Equipe do PSF		Chácara Jade nº 02 - Ponte Alta	Não tem telefone	
1 Equipe do PSF		DF 475 Km 02 - Ponte Alta Norte	Não tem telefone	
Núcleo de Inspeção do Gama		Setor Central – Área Especial nº 07	3556-5089	

DGS STª MARIA RA 13	Centros de Saúde	01	Q.R 207/307 - Conjunto "T" - Lote 02	3393-1157 3393-3737 3394-9552
		02	E.Q 218/318 - Lote "E" - Área Especial (DRS)	3394-4517 3394-9552 3394-5070
	Posto de Saúde Urbano	01 (2 Eq. PSF)	QR 212 / 313 Área Esp. - Stª Maria Norte	3394-3988
		02 (2 Eq. PSF)	QR 202 / 303 - Stª Maria Sul	3392-2154 33931864
		03 (1 Eq. PSF)	QR 100 - Área Especial	3393-2901
	1 Equipe do PSF		Av. Brigadeiro - Sítio do Gama	3399-9901
	Núcleo de Inspeção de Santa Maria		Setor Central - Área Especial nº 07 - Gama	3385-4755 3484-8942

R E G. REGIÃO SUDOESTE	UNIDADE		ENDEREÇO	TELEFONE
	RA 3	H.S.V.P – Hospital São Vicente de Paula		QSC - Área Especial - Taguatinga
DGS TAGUA TINGA RA 03	DRS - DIRETORIAS GERAIS DE SAÚDE		ENDEREÇO	TELEFONE
	H.R.T – Hospital Regional de Taguatinga		QNC -Área Especial nº 24 - Taguatinga Norte	3351-2200 3353-1000
	Centros de Saúde	01	QNG - Área Especial nº 18/19	3354-4080 3354-1441 3355-1412
		02	QND - lote "A" - Praça do Bicalho	3354-1040 3354-3020
		03	Setor L Norte - Área Especial nº 02	3563-6005 3562-5056 3562-5053 3336-3028
		04	Setor "C" Norte - Lote 16	3563-4304 3563-6913
		05	Setor "D" Sul - Área Especial nº 23	3563-7913 3561-2072 3563-5548
		06	Setor "C" Sul - Área Especial nº 01	3563-7055 3351-5043 3563-8913
		07	QNM 38 - Área Especial nº 10	3371-2030 3371-2888 3371-3371
		08	QNL 24 - Área Especial	3475-1012 3475 1996
	Posto de Saúde Urbano	Areal (1 Eq. PSF)	QS 08 - Águas Claras - Areal (RA 20)	3356-7797 (Orelhão)
	Central Radiológica de Taguatinga		QNG 10 - Área Especial nº 02	3354-4766 3354-4215 3354-3010
	Unidade Mista		C 12 – Área Especial	3353-8320 3353-8311
	CAPS - Centro de Atenção Psicossocial		QSA 09 casa 09 - Taguatinga Sul - Rua das Lojas Americanas	3351-7332
	Núcleo de Inspeção de Taguatinga Norte		QNJ - Área Especial nº 02 – Taguatinga Norte	3475-5949 3475-6281
	Núcleo de Inspeção de Taguatinga Sul		QSE 11/13 - Área Especial nº 02 – Taguatinga Sul	3356-1093 3356-7982 3356-1630
	DGS SAMAM BAIA RA 12	HRSA – Hospital Regional de Samambaia		QS 614, conj. "C" Lotes 01 e 02
Centros de Saúde		01	QR 408 - Área Especial Nº 01	3358-2811 3358-3204
		02	QR 611 - Área Especial	3359-1001 3359-6444
		03 (3 Eq. PSF)	QN 429 - Conjunto F – Lote 01	3359-5500 3359-1177 3359-1174
		04	QN 512 - Conjunto 02 – Lotes 01, 02 e 03	3358-2828 3358-1335 3358-1317
Posto de Saúde Urbano		01 (1 Eq. PSF)	QR 317 conj. 01 casa 01 Área Esp. - Samambaia Sul	Não tem telefone
1 Equipe do PSF		QR 125 conj. 03 casa 31 - Samambaia Sul	Não tem telefone	
1 Equipe do PSF		QR 501 conj. 21 casa 16 - Samambaia Sul	Não tem telefone	
Núcleo de Inspeção de Samambaia		Centro Comunitário – Área Especial	3357-5161 3358-4149 3458-6572	
DGS RECANTO DAS EMAS RA 15	Centro de Saúde	01	Quadra 307 - Área Especial 06 – Conjunto "D"	3331-2822 3331-2566
		02	Quadra 102 - Área Especial (DRS)	3434-1124 3334-2975
	Posto de Saúde Urbano	01 (1 Eq. PSF)	Quadra 311 lote 01 - Av. Monjolo	3331-5217
	1 Equipe do PSF		Residencial Guarapari Quadra 03 casa 07 - São Francisco	3559-1492
	1 Equipe do PSF		Chácara 04 M.A. II Casa Grande	Não tem telefone
	1 Equipe do PSF		Q. 115 Conj. 08 casa 01 - RE	Não tem telefone
	Núcleo de Inspeção do Recanto das Emas		Av. Vargem da Benção – Chácara nº 03 (Adm.Reg.)	3334-1377
R	DGS - DIRETORIAS GERAIS DE SAÚDE		ENDEREÇO	TELEFONE

REGIÃO OESTE	DGS CEILÂNDIA RA 09		H.R.C - Hospital Regional de Ceilândia		QNM 17 - Área Especial 01	3371-1022 3371-4458	
REGIÃO OESTE	Centros de Saúde	01	QNM 17 - Área Especial nº 01		3371-1022	3371-4458	
		02	QNN 15 - lote "F"		3585-2998	3585-3611 3585-3322	
		03	QNM 15 - lote "D" - Área Especial		3371-1106	3371-3049 3371-3530	
		04	QNN 16 - lote "F"		3376-1946	3376-2977 3376-2211	
		05	QNM 16 - lote "F"		3371-1004	3371-1672	
		06	EQNP 10/14 - lotes E,F,G,H		3376-1335	3376-7512 3376-7814	
		07	QNO 10 - Área Especial E,D		3585-2722	3585-3233	
		08	EQNP 13/17 - lotes A,B,C,D		3585-3654	3585-3622	
		09	EQNP 28/32 - lotes A,B,C,D		3376-1346	3376-7369	
		10	QNN 12 - Área Especial nº 01		3371-3048	3371-3040	
		11	EQNO 17/18 Área Especial		3374-0246	3585-2288	
		12	QNP 3/4 Área Especial		3374-6556	3375-9643	
		Posto de Saúde Urbano	Privê (1 Eq. PSF)	Área Especial 01 - Entre as ruas 01 a 13 - Condomínio Privê		3375-1341	
	Posto de Saúde Rural	01 (1 Eq. PSF)	Núcleo Rural de Boa Esperança		3506-2082	(orelhão)	
	Laboratório Regional de Ceilândia		EQNP 11/07 Setor P Norte		3585-2622	3585-3644 / 1622	
	Núcleo de Inspeção de Ceilândia		QNM 15 - lote "D" - Área Especial		3371-3466	3471-2409	
REGIÃO OESTE	DGS BRAZ LÂNDIA RA 04	H.R.B - Hospital Regional de Brazlândia		Área Especial nº 6 - Setor Tradicional		3479-9600	
		Centro de Saúde	01	EQ. 6/8 - lote 3 - Setor Norte		3391-1533	3391-1649
		Posto de Saúde Urbano	01	Á. E. Quadra Central - Vila S.José-E.Q 36/37			
			Veredas I (1 Eq. PSF)	Área Especial nº 03 lote 06 - Setor Veredas I		3391-3711	
		Postos de Saúde Rurais	01 (1 Eq. PSF)	Núcleo Rural de Almécegas, Fazenda Almécegas DF 180/BR 080		3500-2211	
			02 (1 Eq. PSF)	N. Rural Alexandre Gusmão-Q.16-Lt 02 (INCRA 08)		3540-1282	
		1 Equipe do PSF		Chác. Nossa Sra. Aparecida - Cabeceira do Pulador nº 27 - Chapadinha		3461-3679	
		1 Equipe do PSF		Quadra 04 lote 06 lojas 01 e 02 - Veredas II		3479-2900	
		Núcleo de Inspeção de Brazlândia		Área Esp. nº 04 lote 09 - Praça Administrativa - Setor Tradicional		3391-1530	

REGIÃO NORTE	DGS - DIRETORIAS GERAIS DE SAÚDE		ENDEREÇO		TELEFONE		
REGIÃO NORTE	DGS SOBRADINHO RA 5	H.R.S - Hospital Regional de Sobradinho		Quadra 12 - Área Especial - Setor Central		3487-9200	3487-9328
		Centros de Saúde	01	Quadra 14 - Área Especial nº 22/23		3591-2779	3591-1829
			02	Quadra 03 - Área Especial (entre conj. D/E)		3591-2744	3591-6342
			03	AR 13 Conjunto 07 Lote 01 - Sobradinho II		3485-6775	3485-7596
		CAPS - Centro de Atenção Psicossocial		Área Residencial 17 Chácara 14 - Sobradinho 02		3485-2286	
		Postos de Saúde Rurais	01 (1 Eq. PSF)	DF 205 Oeste Km 13 - Núcleo Rural de Catingueiro		3500-2373	
			02	DF 205 Núcleo Rural Córrego do Ouro		3500-2375	
			03	Rodovia 205 Km 04 - Fercal Siplan - Núcleo Rural de Queima Lençol		3500-2115	
			04	Rod. DF 150 Km 11 Rua do Mato Chác. 02 - Núcleo Rural Rua do Mato		3500-3302	
		1 Equipe do PSF		Rodovia DF 150 Km 12 rua 01 conj. C - Engenho Velho		3454-2296	
		1 Equipe do PSF		DF 001 Km 120 rua 08 Chácara 187 - Lago Oeste		3478-1436	
		2 Equipes do PSF		Condomínio Nova Dignéia I Conj. C lote 05 loja 02 - Nova Colina		3453-2403	
		Núcleo de Inspeção de Sobradinho		Setor Tradicional e Cultural lote "D" - Quadra Central		3591-6280	
DGS	H.R.P - Hospital Regional de Planaltina		Via W/L 4 - Área Especial - Setor Hospitalar		3388-9700/9710-telefonista	3388-	

PLANA LTINA RA 06			3264/9733 - DReSP	
	Centros de Saúde	01	Área Especial - Entre Vias NS - 01/WL-4	3389-1412 3389-4408 3389-9627
		02	EQ 1 e 2 - Área Especial "A" - Vila Buritis	3389-3766 3389-1866
		03	Avenida Goiás - Quadra 47 nº 380 - Lt 11 - S.Tradicional (alugado)	3389-1945 3389-1520
	Posto de Saúde Urbano	01	SRNA Q-04 AE N°02 - Jardim Roriz	3388-8070 / 8061
	Postos de Saúde Rurais	01 (1 Eq. PSF)	Núcleo Rural de Taquara - Agrovila Taquara - Rua 02	Não tem telefone
		02 (1 Eq. PSF)	Núcleo Rural de Rio Preto - Colônia Agrícola Rio Preto	Não tem telefone
		03 (1 Eq. PSF)	Núcleo Rural Tabatinga	3500-2230 (orelhão)
		04 (1 Eq. PSF)	Núcleo Rural de Pipiripau	3506-2049 (orelhão)
		07 (1 Eq. PSF)	Núcleo Rural de São José - DF 021 - Colônia São José	Não tem telefone
		09 (1 Eq. PSF)	Núcleo Rural Santos Dumont - DF 130 - Km 25	3388-6301
		Arapoangas	Q. 8 conj. I s/n°	
	1 Equipe do PSF		Núcleo Rural de Rajadinha Chácara 13 Riacho Doce	Não tem Telefone
	1 Equipe do PSF		CR 71 casa 177 - Vale do Amanhecer	Não tem telefone
1 Equipe do PSF		Condomínio Cachoeira, lote 01 - Área Especial - Bica do DER	3467-6246	
1 Equipe do PSF		Condomínio Morumbi Q. N Lote 15 - Jardim Morumbi	Não tem telefone	
Núcleo Inspeção de Planaltina		Quadra 2 - Bloco "J" - Setor Comercial Central	3389-1066 3386-1904	

REG.	DGS - DIRETORIAS GERAIS DE SAÚDE	ENDEREÇO	TELEFONE		
REGIÃO LESTE	HRPa – Hospital Regional do Paranoá	Quadra 02 Área Especial	3369-9800/3369-9988		
	Centro de Saúde	01	Quadra 21 - Área Especial	3369-1467 3369-4489 3369-8446	
	Postos de Saúde Rurais	01 (1 Eq. PSF)	Rodovia DF 120 - Colônia Agrícola Cariru	35002289 (orelhão)	
		05 (1 Eq. PSF)	Rodovia DF 285 Km 19 - Área Esp. Núcleo Rural de Jardim II	3501-1994	
		06 (1 Eq. PSF)	Rodovia DF 130 Km 31 - Colônia Agrícola de Capão Seco	3506-4000	
		08 (1 Eq. PSF)	Colônia Agrícola BR 251 Km 40 - Núcleo Rural do PAD-DF	3369-6565	
	Postos de Saúde Urbano	Itapua (2 Eq. PSF)	Fazenda Mandala - A/E em frente à Q. 53 - Cond. Del Lago (RA 28)	3467-2951	
	1 Equipe do PSF		Quadra 18 PA	3369-7491	
	CAPS-Centro de Atenção Psicossocial		Quadra 02 - Área Especial - Ao lado do HRPa	3369-9933	
	Núcleo de Inspeção do Paranoá		Quadra 03 - Área Especial 07	3369-1900 3369-1472	
	DGS SÃO SEBASTIÃO RA 14	Centro de Saúde	01	Quadra 02 - Área Especial	3335-5661 3335-1155 R. 304
		Posto de Saúde Urbano	01 (2 Eq. PSF)	Rua da Escola 540 Bairro Vila Nova (atrás do colégio do Bosque)	3335-5570
			02 (2 Eq. PSF)	Q. 301 conj. 6 lote 01 Residencial Oeste	3339-3711 (orelhão)
		Posto de Saúde Rural	02 (1 Eq. PSF)	Nova Betânia - DF 140 - KM 7,5 (Vizinho à EMATER)	Não tem telefone
1 Equipe do PSF		Quadra 11 conj. N casa 19 - Morro Azul	3339-4462 (orelhão)		
1 Equipe do PSF		Rua 53 casa 81 - Residencial Vila Nova	Não tem telefone		
1 Equipes do PSF		Conjunto 05 casa 01 - São Francisco	Não tem telefone		
1 Equipe do PSF		Rua 20 conj. A casa 24 - Residencial do Bosque	Não tem telefone		
1 Equipe do PSF		Rua 07 casa 400 - Vila do Boa	Não tem telefone		
1 Equipe do PSF		Rua 06 casa 70 - Setor Tradicional	Não tem telefone		
1 Equipe do PSF		Rua 14 lote 21 lojas 01, 02 e 03 - João Cândido	Não tem telefone		
1 Equipe do PSF		Chácara 10 - Morro da Cruz	Não tem telefone		
Unidade Mista de Saúde		Contíguo ao Centro de Saúde	3339-2136		
Núcleo de Inspeção de São Sebastião		Rua 47 lote 50 A - Bairro Centro	3335-7104 3335-2931		

ANEXO B



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Carla
Nº 252/08- CEP/SES.
Ilmª (a) Senhor(a)

Brasília, 09 de setembro de 2008.

Diretor(a) Da: DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA DA FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ

Assunto: aprovação projeto de pesquisa - 241/08- CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto **Promoção da alimentação saudável no SUS-DF; conhecimento, atitudes e práticas**, foi aprovado em 12/09/2008 por um período de 2 anos, em conformidade com a Resolução 196/93 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Pesquisador responsável: DENISE OLIVEIRA E SILVA – FONE: 34476160

Os dados serão coletados no (a): FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/93 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à unidade de saúde devem seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao diretor da unidade de saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novais
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

CNSA.11956216

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua do ABC, 1308 - Vila do ABC - São Paulo, SP - 09126-900
Fone: (11) 4901-5000 - Fax: (11) 4901-5001 - E-mail: cep@fapesp.br

ANEXO C



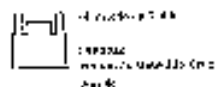
PESQUISA PROMOÇÃO
**Alimentação Saudável
no SUS-DF**



Prezado Participante,

Relacionado ao seu interesse em promover a alimentação em casa, neste trabalho de saúde e nutrição, vamos avaliar sua opinião. Este questionário é do projeto Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e coordenado pelo(a) profissional de saúde responsável por você de forma livre e sem qualquer remuneração. O prazo para a entrega do questionário é de 15 (quinze) dias para ser entregue. O preenchimento será acompanhado por um(a) profissional de saúde devidamente credenciado(a) para esclarecer qualquer dúvida que você tiver. Agradecemos sua valiosa contribuição e esperamos que as respostas auxiliem a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo a aprimorar os serviços de saúde e nutrição oferecidos.

FAPESP/Brasília



INSTITUTO DE SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Data da lista de preenchimento: _____

Local: _____

Número do questionário: _____

Você participou de cursos sobre promoção da alimentação saudável nos últimos 12 meses?

(1) sim (2) não

Você gostaria de fazer um curso sobre alimentação saudável?

(1) sim (2) não

Quanto tempo (em meses) faz que você tem alguma informação sobre alimentação saudável?
(marque apenas uma opção)

- Nunca c/ta
- Até 30 dias
- De 30 dias a 6 meses
- De 6 a 12 meses

Avalie os itens abaixo. Marque X para cada um dos itens

Alimentação saudável está relacionada?	Dieta com grãos	Dieta com frutas	Com o exercício físico	Com o consumo de álcool	Com o consumo de drogas
Com o leite					
Com o equilíbrio					
Com a variedade					
Com a salinidade					
Com a ingestão de alimentos					
Com o consumo de água					
Com o consumo de fibras					



Utilizando a escala de 1 a 5, marque um X para opinar sobre cada item de Informação Relatada a sua solicitação para comunicação com os pacientes quando você atende sobre a alimentação casleira:

	2					3					4					5				
	Nada importante Nada apropriado															Muito importante/ Muito apropriado				
Fruitas (Marque X para cada um dos itens)	Quanto a Informação										Quanto a adequação para comunicação aos pacientes									
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
Parceiros de filhos de nível superior																				
Compreensão verbalizada																				
Trabalho realizado em hospitais																				
Jornal de notícias semanal de 10/10/2000 a 10/10/2000																				
Redes sobre o nível de conhecimento																				
Trabalho sobre o nível de conhecimento																				
Atividades de educação																				
Empreendimento																				
Trabalho realizado																				
Estado de saúde																				
Taxa de mortalidade																				



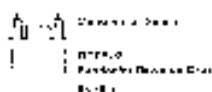
Leia os itens abaixo e marque com X para indicar o que considera importante sobre o conceito de ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, conforme a escala de 1 a 5:

1 2 3 4 5

Nada importante

Muito importante

Marque X para cada um dos itens	Quanto à importância				
	1	2	3	4	5
Balanceda com todos os nutrientes necessários					
Benefícios para a qualidade a saúde					
Adequada às características sócio-econômicas					
Natural sem alimentos industrializados					
Pouca caloria					
Higiénica					
Baixo teor de gordura					
Conter variedades de alimentos					
Natural sem agrotóxicos					
Legumes, verduras e frutas					
Oferecer prazer ao paladar					
Ter fibras e cereais integrais					
Trazer lembranças de nossa cultura					
Comer com os outros					
Mais tempo para se alimentar					
Lembranças de nossa família					



Leia os itens abaixo e marque com X para indicar o que considera importante para o curso de ALIMENTAÇÃO MODERNA:

	2		3		4		5	
	Nada importante		Muito importante					
Marque X para cada um dos itens								
Entrevista de campo								
Tipo de avaliação alimentar								
Atividade de avaliação de alimentos								
Atividade de avaliação de alimentos								

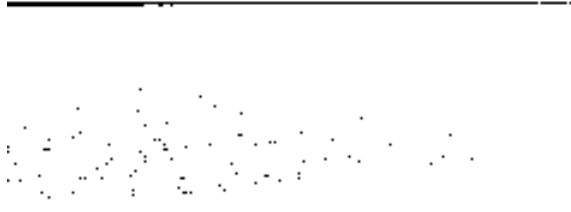
Expresse sua opinião sobre cada uma das frases abaixo:

Marque X para cada um dos itens	Completamente	Parcialmente	Completamente	Parcialmente	Completamente
É melhor avaliar a ingestão alimentar					
É melhor avaliar a ingestão alimentar					
É melhor avaliar a ingestão alimentar					
É melhor avaliar a ingestão alimentar					
É melhor avaliar a ingestão alimentar					
É melhor avaliar a ingestão alimentar					
É melhor avaliar a ingestão alimentar					
É melhor avaliar a ingestão alimentar					

Opine: manter uma alimentação saudável é difícil para você por quê?

Marque X para cada um dos itens	Usando	Usando	Usando	Usando	Usando
Exercício					
Alimentação					
Marque de alimentos					
Marque de alimentos					
Marque de alimentos					
Marque de alimentos					
Marque de alimentos					
Marque de alimentos					

13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100



2014-2015

Eu verifique as informações referentes às características, guardaras, vitaminas, etc., antes de comprar ou consumir alimentos.

Assinale X em uma das opções a seguir	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente

Eu verifico o prazo de validade antes de comprar ou consumir alimentos.

Assinale X em uma das opções a seguir	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente

Para informar o seu paciente sobre o que é "alimento light" opte sobre as opções abaixo:

Assinale X para cada uma das opções a seguir	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
Alimento light significa que o produto contém 25% a menos de gordura, açúcar ou sal em relação ao produto original.					
Alimento light significa que o produto contém 50% a menos de gordura, açúcar ou sal em relação ao produto original.					
Alimento light significa que o produto contém 75% a menos de gordura, açúcar ou sal em relação ao produto original.					

Para informar o seu paciente sobre o que é "alimento diet" opte sobre as opções abaixo:

Assinale X para cada uma das opções a seguir	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
Alimento diet significa que o produto contém 50% a menos de gordura, açúcar ou sal em relação ao produto original.					
Alimento diet significa que o produto contém 75% a menos de gordura, açúcar ou sal em relação ao produto original.					
Alimento diet significa que o produto contém 100% a menos de gordura, açúcar ou sal em relação ao produto original.					

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

$\int_{a_1}^{a_2} f(x) dx$

$\int_{a_1}^{a_2} f(x) dx = F(a_2) - F(a_1)$

Qual é o seu peso atual em quilos? _____

Foi difícil ganhar (ou) com meu peso atual:

Assinale a em uma das caixas abaixo	Dificuldade planejada	Dificuldade	Não difíceis, mas cansado	Difícil de	Facilmente alcançado

Qual é sua estatura? _____

Não há tempo suficiente na consulta para promoção de alimentação saudável.

Assinale a em uma das caixas abaixo	Usando planejamento	Dificuldade	Não difíceis, mas cansado	Difícil de	Facilmente planejados

Avalia o quanto cada um dos itens abaixo interfere na sua promoção de alimentação saudável em seus pacientes:

Muito interfere em cada um dos itens	Dificuldade planejada	Dificuldade	Não difíceis, mas cansado	Facilmente
Como tempo de consulta por hora				
Dificuldade para usar ferramentas disponíveis				
Dificuldade para avaliar os pacientes				
Como falta de assistência técnica				
Dificuldade para obter resultados em curto prazo				
Como a falta de interesse				

Atividade 1

Análise: De que vez você gostava de falar com os seus pacientes sobre alimentação saudável?

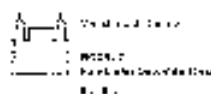
Marque X para cada um dos itens	Dificuldade de lembrar	Ótimo	Com Dificuldade, Mas Consegui	Bastante	Com muita Facilidade
1) Quando eu estava fazendo a consulta					
2) Quando eu estava fazendo a avaliação nutricional					
3) Quando eu estava fazendo a intervenção nutricional					
4) Quando eu estava fazendo a avaliação nutricional					
5) Quando eu estava fazendo a intervenção nutricional					
6) Quando eu estava fazendo a avaliação nutricional					
7) Quando eu estava fazendo a intervenção nutricional					
8) Quando eu estava fazendo a avaliação nutricional					
9) Quando eu estava fazendo a intervenção nutricional					
10) Quando eu estava fazendo a avaliação nutricional					
11) Quando eu estava fazendo a intervenção nutricional					

Resposta: 1. Como eu estava fazendo a avaliação nutricional

Observe as variáveis da situação que o entrevistado está lhe apresentando e escolha aquela que considera mais apropriada para cada um dos itens abaixo:

Itens	Figuras correspondentes
1) Quando eu estava fazendo a avaliação nutricional	
2) Quando eu estava fazendo a intervenção nutricional	
3) Quando eu estava fazendo a avaliação nutricional	
4) Quando eu estava fazendo a intervenção nutricional	
5) Quando eu estava fazendo a avaliação nutricional	
6) Quando eu estava fazendo a intervenção nutricional	
7) Quando eu estava fazendo a avaliação nutricional	
8) Quando eu estava fazendo a intervenção nutricional	

13



As técnicas que enfrenta em sua rotina de atuação no Centro de Saúde, para promover a alimentação saudável, são:

Resposta para cada questão	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo, não concordo	Concordo	Concordo plenamente
1. Educar através de palestras					
2. Realizar visitas domiciliares					
3. Realizar campanhas					
4. Realizar reuniões comunitárias					
5. Realizar atividades físicas					
6. Realizar atividades culturais					
7. Realizar atividades de lazer					
8. Realizar atividades de trabalho					
9. Realizar atividades de voluntariado					
10. Realizar atividades de pesquisa					
11. Realizar atividades de extensão					
12. Realizar atividades de ensino					
13. Realizar atividades de pesquisa					
14. Realizar atividades de extensão					
15. Realizar atividades de ensino					
16. Realizar atividades de pesquisa					
17. Realizar atividades de extensão					
18. Realizar atividades de ensino					
19. Realizar atividades de pesquisa					
20. Realizar atividades de extensão					
21. Realizar atividades de ensino					
22. Realizar atividades de pesquisa					
23. Realizar atividades de extensão					
24. Realizar atividades de ensino					
25. Realizar atividades de pesquisa					
26. Realizar atividades de extensão					
27. Realizar atividades de ensino					
28. Realizar atividades de pesquisa					
29. Realizar atividades de extensão					
30. Realizar atividades de ensino					
31. Realizar atividades de pesquisa					
32. Realizar atividades de extensão					
33. Realizar atividades de ensino					
34. Realizar atividades de pesquisa					
35. Realizar atividades de extensão					
36. Realizar atividades de ensino					
37. Realizar atividades de pesquisa					
38. Realizar atividades de extensão					
39. Realizar atividades de ensino					
40. Realizar atividades de pesquisa					
41. Realizar atividades de extensão					
42. Realizar atividades de ensino					
43. Realizar atividades de pesquisa					
44. Realizar atividades de extensão					
45. Realizar atividades de ensino					
46. Realizar atividades de pesquisa					
47. Realizar atividades de extensão					
48. Realizar atividades de ensino					
49. Realizar atividades de pesquisa					
50. Realizar atividades de extensão					

10 3488973

O profissional de saúde precisa praticar a alimentação saudável para poder promovê-la?

Resposta para cada questão	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo, não concordo	Concordo	Concordo plenamente
1. Sim					
2. Não					
3. Talvez					
4. Não sei					
5. Não					
6. Talvez					
7. Não sei					
8. Não					
9. Talvez					
10. Não sei					
11. Não					
12. Talvez					
13. Não sei					
14. Não					
15. Talvez					
16. Não sei					
17. Não					
18. Talvez					
19. Não sei					
20. Não					
21. Talvez					
22. Não sei					
23. Não					
24. Talvez					
25. Não sei					
26. Não					
27. Talvez					
28. Não sei					
29. Não					
30. Talvez					
31. Não sei					
32. Não					
33. Talvez					
34. Não sei					
35. Não					
36. Talvez					
37. Não sei					
38. Não					
39. Talvez					
40. Não sei					
41. Não					
42. Talvez					
43. Não sei					
44. Não					
45. Talvez					
46. Não sei					
47. Não					
48. Talvez					
49. Não sei					
50. Não					

Em posição de professor de um curso sobre a temática alimentação saudável?

() Sim () Não

12/2016

Escreva sua Mãe: _____

Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

Escreva em que Estado você nasceu: _____

Marque com um X sua profissão:

(1) Advogado(a) (2) Médico(a)

(3) Dentista (4) Nutricionista

(5) Engenheiro(a) (6) Outro

Tem alguma especialidade? (1) sim (2) não

Qual? _____

Quantas horas semanais você dedica ao centro de estudo? _____ horas

Escreva o ano que você concluiu sua graduação: _____

Você fez alguma pós-graduação? (1) sim (2) não

Em que ano você concluiu sua última pós-graduação? _____

Qual foi a temática abordada? _____

Sua última pós-graduação foi de:

(1) especialização (2) mestrado (3) doutorado (4) outra

(5) não sei (6) Outra _____

Horário de finalização _____

Objetivo geral preenchimento e entrega:

Pesquisa Preenchida em 4 minutos usando o aplicativo SUS-CP

12/2016

12/2016

ANEXO D

Termo de consentimento livre e esclarecido para Diretores ou Profissionais de Saúde nos Centros de Saúde

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ – FIOCRUZ
FIOCRUZ - Brasília

Nome da Pesquisa: Promoção da Alimentação saudável no SUS-DF: conhecimento, atitudes e práticas.

Pesquisadora: Dra. Erica Eil / **Coordenação:** Dra. Denise Oliveira e Silva

O (A) Sr.(Sra.) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre análise de estratégias de informação, comunicação e educação para a promoção da alimentação saudável, coordenada Fundação Oswaldo Cruz. Os objetivos da pesquisa têm por finalidade apoiar a análise de estratégias de informação, comunicação e educação para implementar ações que colaborem com o desenvolvimento de programas de promoção da alimentação saudável em nível da atenção básica à saúde na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da FIOCRUZ-RJ.

Esse trabalho será dividido em duas fases: Quantitativa, consistindo no preenchimento de questionário estruturado pelos diretores e profissionais de saúde para caracterização das atividades de alimentação e nutrição desempenhadas no centro de saúde. Qualitativa, onde será desenvolvido um estudo de caso para conhecer as representações dos profissionais e usuários dos centros de saúde visando a construção de uma nova proposta de promoção da alimentação saudável.

O tempo previsto para o preenchimento do questionário é de 15 minutos.

Ressalta-se o sigilo de todas as informações que serão coletadas e a análise dos dados ocorrerá de forma coletiva, podendo se necessário, revelar o sexo e a idade do entrevistado. Além disso, em qualquer fase da pesquisa, o entrevistado poderá recusar-se em participar ou retirar seu consentimento sem penalização alguma por parte das pesquisadoras.

Telefone de contato dos pesquisadores responsáveis pelo estudo:

Denise Oliveira e Silva (61- 3446160 ou 33490659/ 9141-4527) e Erica Eil (61- 3446160 ou 33490659/61- 9642-2968)

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, pelo telefone 61-3325-4955.

Termo de consentimento

Eu, _____, em pleno gozo das minhas faculdades mentais, declaro que estou ciente de todas as informações relativas à pesquisa ***“Promoção da Alimentação saudável no SUS-DF: conhecimento, atitudes e práticas”***, como seus objetivos e metodologia e as implicações de minha participação voluntária, incluindo a natureza e o objetivo do estudo, os métodos e meios através dos quais foram explicadas a mim. Tive a oportunidade de esclarecer outras dúvidas. Entendo também que em qualquer momento posso revogar minha participação e sair do estudo sem sofrer nenhuma punição ou perda de direitos. Eu receberei uma cópia da declaração e do documento de consentimento.

Nome do Voluntário

Assinatura

Data e Hora da assinatura

Declaração do investigador:

Expliquei o objetivo deste estudo ao voluntário. No melhor do meu conhecimento ele entendeu o objetivo, procedimentos, riscos e benefícios deste estudo.

Nome

Assinatura

Data e Hora da assinatura

ANEXO E

Análise Descritiva - IMPORTÂNCIA

Enfermeira(o)

Statistics^a

		Quanto à importância: Publicações científicas (livros e artigos)	Quanto à importância: Congressos e seminários	Quanto à importância: Livros de culinária e de receitas	Quanto à importância: Jornais e revistas semanais de grande circulação
N	Valid	234	234	234	233
	Missing	8	8	8	9
	Mean	4,48	4,47	3,41	3,85
	Median	5,00	5,00	4,00	4,00
	Percentiles				
	25	4,00	4,00	3,00	3,00
	50	5,00	5,00	4,00	4,00
	75	5,00	5,00	4,00	5,00
		Quanto à importância: Revistas sobre culinária, corpo e beleza	Quanto à importância: Revistas sobre alimentação	Quanto à importância: Programas de televisão	Quanto à importância: Programas de rádio
N	Valid	232	228	230	226
	Missing	10	14	12	16
	Mean	3,25	4,09	3,72	3,37
	Median	3,00	4,00	4,00	4,00
	Percentiles				
	25	2,00	3,25	3,00	2,00
	50	3,00	4,00	4,00	4,00
	75	4,00	5,00	5,00	4,00
		Quanto à importância: Guias alimentares	Quanto à importância: Manuais técnicos	Quanto à importância: Sites da internet	Quanto à importância: Treinamentos da FHDF
N	Valid	231	232	232	233
	Missing	11	10	10	9
	Mean	4,09	4,27	3,75	4,55
	Median	4,00	5,00	4,00	5,00
	Percentiles				
	25	4,00	4,00	3,00	4,00
	50	4,00	5,00	4,00	5,00
	75	5,00	5,00	5,00	5,00

Médica(o) IMPORTÂNCIAStatistics^a

		Quanto à importância: Publicações científicas (livros e artigos)	Quanto à importância: Congressos e seminários	Quanto à importância: Livros de culinária e de receitas	Quanto à importância: Jornais e revistas semanais de grande circulação
N	Valid	230	228	231	231
	Missing	6	8	5	5
	Mean	4,71	4,48	3,11	3,51
	Median	5,00	5,00	3,00	4,00
	Percentiles				
	25	5,00	4,00	2,00	3,00
	50	5,00	5,00	3,00	4,00
	75	5,00	5,00	4,00	5,00
		Quanto à importância: Revistas sobre culinária, corpo e beleza	Quanto à importância: Revistas sobre alimentação	Quanto à importância: Programas de televisão	Quanto à importância: Programas de rádio
N	Valid	230	227	230	231
	Missing	6	9	6	5
	Mean	2,95	3,70	3,38	3,10
	Median	3,00	4,00	3,00	3,00
	Percentiles				
	25	2,00	3,00	3,00	2,00
	50	3,00	4,00	3,00	3,00
	75	4,00	5,00	5,00	4,00
		Quanto à importância: Guias alimentares	Quanto à importância: Manuais técnicos	Quanto à importância: Sites da internet	Quanto à importância: Treinamentos da FHDF
N	Valid	232	227	229	230
	Missing	4	9	7	6
	Mean	3,66	4,00	3,70	4,36
	Median	4,00	4,00	4,00	5,00
	Percentiles				
	25	3,00	3,00	3,00	4,00
	50	4,00	4,00	4,00	5,00
	75	5,00	5,00	5,00	5,00

Odontóloga(o) IMPORTÂNCIA

Statistics^a

		Quanto à importância: Publicações científicas (livros e artigos)	Quanto à importância: Congressos e seminários	Quanto à importância: Livros de culinária e de receitas	Quanto à importância: Jornais e revistas semanais de grande circulação
N	Valid	81	81	84	80
	Missing	3	3	0	4
	Mean	4,47	4,48	3,11	3,76
	Median	5,00	5,00	3,00	4,00
	Percentiles				
	25	4,50	4,00	2,00	3,00
	50	5,00	5,00	3,00	4,00
	75	5,00	5,00	4,00	5,00
		Quanto à importância: Revistas sobre culinária, corpo e beleza	Quanto à importância: Revistas sobre alimentação	Quanto à importância: Programas de televisão	Quanto à importância: Programas de rádio
N	Valid	83	81	81	81
	Missing	1	3	3	3
	Mean	3,13	3,93	3,72	3,44
	Median	3,00	4,00	4,00	4,00
	Percentiles				
	25	2,00	3,00	3,00	3,00
	50	3,00	4,00	4,00	4,00
	75	4,00	5,00	5,00	5,00
		Quanto à importância: Guias alimentares	Quanto à importância: Manuais técnicos	Quanto à importância: Sites da internet	Quanto à importância: Treinamentos da FHDF
N	Valid	81	82	82	80
	Missing	3	2	2	4
	Mean	4,11	4,01	3,89	4,70
	Median	5,00	4,00	4,00	5,00
	Percentiles				
	25	3,50	3,00	3,00	5,00
	50	5,00	4,00	4,00	5,00
	75	5,00	5,00	5,00	5,00

Nutricionista IMPORTÂNCIA

Statistics^a

		Quanto à importância: Publicações científicas (livros e artigos)	Quanto à importância: Congressos e seminários	Quanto à importância: Livros de culinária e de receitas	Quanto à importância: Jornais e revistas semanais de grande circulação	
N	Valid	60	59	59	59	
	Missing	0	1	1	1	
	Mean	4,73	4,61	3,15	3,02	
	Median	5,00	5,00	3,00	3,00	
	Percentiles	25	5,00	4,00	3,00	2,00
		50	5,00	5,00	3,00	3,00
		75	5,00	5,00	4,00	4,00
		Quanto à importância: Revistas sobre culinária, corpo e beleza	Quanto à importância: Revistas sobre alimentação	Quanto à importância: Programas de televisão	Quanto à importância: Programas de rádio	
N	Valid	59	58	59	57	
	Missing	1	2	1	3	
	Mean	2,17	3,33	2,83	2,54	
	Median	2,00	3,00	3,00	2,00	
	Percentiles	25	1,00	3,00	2,00	2,00
		50	2,00	3,00	3,00	2,00
		75	3,00	4,00	4,00	3,00
		Quanto à importância: Guias alimentares	Quanto à importância: Manuais técnicos	Quanto à importância: Sites da internet	Quanto à importância: Treinamentos da FHDF	
N	Valid	58	59	59	59	
	Missing	2	1	1	1	
	Mean	4,52	4,51	3,63	4,41	
	Median	5,00	5,00	4,00	5,00	
	Percentiles	25	4,00	4,00	3,00	4,00
		50	5,00	5,00	4,00	5,00
		75	5,00	5,00	5,00	5,00

Análise Descritiva - ADEQUAÇÃO

Enfermeira(o)

Statistics^a

		Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Publicações científicas (livros e artigos)	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Congressos e seminários	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Livros de culinária e de receitas	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Jornais e revistas semanais de grande circulação
N	Valid	230	232	228	225
	Missing	12	10	14	17
Percentiles	Mean	3,81	3,81	3,39	3,65
	Median	4,00	4,00	3,00	4,00
	25	3,00	3,00	2,25	3,00
	50	4,00	4,00	3,00	4,00
	75	5,00	5,00	4,00	5,00

a. Marque com um X sua profissão = enfermeira(o)

Statistics^a

		Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Revistas sobre culinária, corpo e beleza	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Revistas sobre alimentação	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Programas de televisão	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Programas de rádio
N	Valid	226	230	227	226
	Missing	16	12	15	16
Percentiles	Mean	3,24	3,90	3,86	3,66
	Median	3,00	4,00	4,00	4,00
	25	2,00	3,00	3,00	3,00
	50	3,00	4,00	4,00	4,00
	75	4,00	5,00	5,00	5,00

a. Marque com um X sua profissão = enfermeira(o)

Statistics^a

		Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Guias alimentares	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Manuais técnicos	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Sites da internet	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Treinamentos da FHDF
N	Valid	226	232	229	233
	Missing	16	10	13	9
Percentiles	Mean	4,04	3,85	3,56	4,22
	Median	4,00	4,00	4,00	5,00
	25	3,00	3,00	3,00	4,00
	50	4,00	4,00	4,00	5,00
	75	5,00	5,00	5,00	5,00

Médica(o) ADEQUAÇÃO

Statistics^a

		Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Publicações científicas (livros e artigos)	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Congressos e seminários	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Livros de culinária e de receitas	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Jornais e revistas semanais de grande circulação
N	Valid	233	229	230	228
	Missing	3	7	6	8
	Mean	3,58	3,56	3,42	3,64
	Median	4,00	4,00	3,00	4,00
	Percentiles				
	25	2,00	3,00	3,00	3,00
	50	4,00	4,00	3,00	4,00
	75	5,00	5,00	4,00	5,00
		Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Revistas sobre culinária, corpo e beleza	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Revistas sobre alimentação	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Programas de televisão	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Programas de rádio
N	Valid	228	227	225	228
	Missing	8	9	11	8
	Mean	3,27	3,67	3,70	3,42
	Median	3,00	4,00	4,00	4,00
	Percentiles				
	25	2,00	3,00	3,00	2,00
	50	3,00	4,00	4,00	4,00
	75	4,00	5,00	5,00	5,00
		Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Guias alimentares	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Manuais técnicos	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Sites da internet	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Treinamentos da FHDF
N	Valid	229	228	229	230
	Missing	7	8	7	6
	Mean	3,59	3,43	3,46	3,95
	Median	4,00	4,00	3,00	4,00
	Percentiles				
	25	3,00	2,25	3,00	3,00
	50	4,00	4,00	3,00	4,00
	75	5,00	5,00	5,00	5,00

Odontóloga(o) ADEQUAÇÃO

Statistics^a

		Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Publicações científicas (livros e artigos)	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Congressos e seminários	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Livros de culinária e de receitas	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Jornais e revistas semanais de grande circulação	
N	Valid	82	79	80	79	
	Missing	2	5	4	5	
	Mean	3,51	3,33	3,24	3,84	
	Median	3,00	3,00	3,00	4,00	
	Percentiles	25	2,00	2,00	2,00	3,00
		50	3,00	3,00	3,00	4,00
		75	5,00	5,00	5,00	5,00
		Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Revistas sobre culinária, corpo e beleza	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Revistas sobre alimentação	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Programas de televisão	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Programas de rádio	
N	Valid	80	81	83	82	
	Missing	4	3	1	2	
	Mean	3,44	3,95	3,95	3,59	
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Percentiles	25	2,00	3,00	3,00	2,00
		50	4,00	4,00	4,00	4,00
		75	5,00	5,00	5,00	5,00
		Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Guias alimentares	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Manuais técnicos	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Sites da internet	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Treinamentos da FHDF	
N	Valid	80	79	81	80	
	Missing	4	5	3	4	
	Mean	4,13	3,41	3,58	4,31	
	Median	4,00	4,00	4,00	5,00	
	Percentiles	25	4,00	2,00	3,00	4,00
		50	4,00	4,00	4,00	5,00
		75	5,00	5,00	5,00	5,00

Nutricionista ADEQUAÇÃO

Statistics^a

		Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Publicações científicas (livros e artigos)	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Congressos e seminários	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Livros de culinária e de receitas	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Jornais e revistas semanais de grande circulação	
N	Valid	60	59	59	59	
	Missing	0	1	1	1	
	Mean	3,37	3,39	3,27	3,05	
	Median	3,00	4,00	3,00	3,00	
	Percentiles	25	2,00	2,00	3,00	2,00
		50	3,00	4,00	3,00	3,00
		75	5,00	5,00	4,00	4,00
		Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Revistas sobre culinária, corpo e beleza	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Revistas sobre alimentação	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Programas de televisão	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Programas de rádio	
N	Valid	59	58	59	58	
	Missing	1	2	1	2	
	Mean	2,22	3,31	2,98	2,66	
	Median	2,00	3,00	3,00	2,50	
	Percentiles	25	1,00	3,00	2,00	2,00
		50	2,00	3,00	3,00	2,50
		75	3,00	4,00	4,00	3,25
		Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Guias alimentares	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Manuais técnicos	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Sites da internet	Quanto à adequação para comunicação aos pacientes: Treinamentos da FHDF	
N	Valid	60	60	58	59	
	Missing	0	0	2	1	
	Mean	4,38	3,70	3,16	3,90	
	Median	5,00	4,00	3,00	4,00	
	Percentiles	25	4,00	3,00	3,00	3,00
		50	5,00	4,00	3,00	4,00
		75	5,00	5,00	4,00	5,00

Enfermeiros**Ranks**

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
public_científ	Importância	234	265,26	62071,00
	Adequação	230	199,17	45809,00
	Total	464		
livro_culin_recei	Importância	234	232,50	54404,50
	Adequação	228	230,48	52548,50
	Total	462		
congres_semin	Importância	234	267,88	62683,00
	Adequação	232	198,83	46128,00
	Total	466		
jorn_revi	Importância	233	243,30	56688,00
	Adequação	227	217,37	49342,00
	Total	460		
revi_culi_corp_bel	Importância	232	230,34	53439,50
	Adequação	226	228,63	51671,50
	Total	458		
revi_alim	Importância	228	240,89	54923,00
	Adequação	230	218,21	50188,00
	Total	458		
program_televis_20	Importância	230	219,02	50374,50
	Adequação	227	239,11	54278,50
	Total	457		
program_rádio	Importância	226	211,69	47842,50
	Adequação	226	241,31	54535,50
	Total	452		
guias_aliment	Importância	231	232,11	53618,00
	Adequação	226	225,82	51035,00
	Total	457		
manuais_técnic	Importância	232	255,63	59305,50
	Adequação	232	209,37	48574,50
	Total	464		
sites_internet	Importância	232	240,50	55797,00
	Adequação	229	221,37	50694,00
	Total	461		
treinam_FHDF	Importância	233	254,43	59281,50
	Adequação	233	212,57	49529,50
	Total	466		

	public_cientif	livro_culin_recei	congres_semin	jorn_revi	revi_culi_corp_bel
Mann-Whitney U	19244,000	26442,500	19100,000	23464,000	26020,500
Wilcoxon W	45809,000	52548,500	46128,000	49342,000	51671,500
Z	-5,860	-,167	-6,060	-2,172	-,142
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,867	,000	,030	,887
	revi_alim	program_telev_20	program_rádio	guias_aliment	manuais_técnic
Mann-Whitney U	23623,000	23809,500	22191,500	25384,000	21546,500
Wilcoxon W	50188,000	50374,500	47842,500	51035,000	48574,500
Z	-1,934	-1,693	-2,482	-,544	-3,979
Asymp. Sig. (2-tailed)	,053	,091	,013	,587	,000
	sites_internet	treinam_FHDF			
Mann-Whitney U	24359,000	22268,500			
Wilcoxon W	50694,000	49529,500			
Z	-1,595	-3,995			
Asymp. Sig. (2-tailed)	,111	,000			

MÉDICOS

Ranks

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
public_cientif	Importância	230	285,99	65778,50
	Adequação	233	178,70	41637,50
	Total	463		
livro_culin_recei	Importância	231	214,95	49654,50
	Adequação	230	247,12	56836,50
	Total	461		
congres_semin	Importância	228	272,94	62229,50
	Adequação	229	185,26	42423,50
	Total	457		
jorn_revi	Importância	231	223,33	51589,00
	Adequação	222	230,82	51242,00
	Total	453		
revi_culi_corp_bel	Importância	230	214,14	49253,00
	Adequação	228	244,99	55858,00
	Total	458		
revi_alim	Importância	227	229,34	52060,50
	Adequação	227	225,66	51224,50
	Total	454		
program_telev_20	Importância	230	212,70	48922,00
	Adequação	225	243,64	54818,00

	Total	455		
program_rádio	Importância	231	215,79	49846,50
	Adequação	228	244,40	55723,50
	Total	459		
guias_aliment	Importância	232	235,27	54582,00
	Adequação	229	226,68	51909,00
	Total	461		
manuais_técnic	Importância	227	256,46	58216,00
	Adequação	228	199,67	45524,00
	Total	455		
sites_internet	Importância	229	241,88	55391,50
	Adequação	229	217,12	49719,50
	Total	458		
treinam_FHDF	Importância	230	252,27	58021,00
	Adequação	230	208,73	48009,00
	Total	460		

Test Statistics^a

	public_cientif	livro_culin_recei	congres_semin	jorn_revi	revi_culi_corp_bel
Mann-Whitney U	14376,500	22858,500	16088,500	24793,000	22688,000
Wilcoxon W	41637,500	49654,500	42423,500	51589,000	49253,000
Z	-9,820	-2,666	-7,719	-,628	-2,552
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,008	,000	,530	,011

	revi_alim	program_telev_20	program_rádio	guias_aliment	manuais_técnic
Mann-Whitney U	25346,500	22357,000	23050,500	25574,000	19418,000
Wilcoxon W	51224,500	48922,000	49846,500	51909,000	45524,000
Z	-,310	-2,590	-2,365	-,716	-4,782
Asymp. Sig. (2-tailed)	,756	,010	,018	,474	,000

	sites_internet	treinam_FHDF
Mann-Whitney U	23384,500	21444,000
Wilcoxon W	49719,500	48009,000
Z	-2,067	-3,871
Asymp. Sig. (2-tailed)	,039	,000

ODONTÓLOGOS

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
public_cientif	Importância	81	98,30	7962,00
	Adequação	82	65,90	5404,00
	Total	163		
livro_culin_recei	Importância	84	80,11	6729,50
	Adequação	80	85,01	6800,50
	Total	164		
congres_semin	Importância	81	98,93	8013,50
	Adequação	79	61,60	4866,50
	Total	160		
jorn_revi	Importância	80	79,91	6393,00

	Adequação	81	82,07	6648,00
	Total	161		
revi_culi_corp_bel	Importância	83	76,73	6369,00
	Adequação	80	87,46	6997,00
	Total	163		
revi_alim	Importância	81	80,02	6482,00
	Adequação	81	82,98	6721,00
	Total	162		
program_telev_20	Importância	81	77,31	6262,00
	Adequação	83	87,57	7268,00
	Total	164		
program_rádio	Importância	81	78,80	6382,50
	Adequação	82	85,16	6983,50
	Total	163		
guias_aliment	Importância	81	81,72	6619,50
	Adequação	80	80,27	6421,50
	Total	161		
manuais_técnic	Importância	82	91,07	7467,50
	Adequação	79	70,55	5573,50
	Total	161		
sites_internet	Importância	82	87,21	7151,00
	Adequação	81	76,73	6215,00
	Total	163		
treinam_FHDF	Importância	80	86,78	6942,50
	Adequação	80	74,22	5937,50
	Total	160		

Test Statistics^a

	public_cientif	livro_culin_recei	congres_semin	jorn_revi	revi_culi_corp_bel
Mann-Whitney U	2001,000	3159,500	1706,500	3153,000	2883,000
Wilcoxon W	5404,000	6729,500	4866,500	6393,000	6369,000
Z	-4,858	-,676	-5,506	-,307	-1,486
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,499	,000	,759	,137
	revi_alim	program_telev_20	program_rádio	guias_aliment	manuais_técnic
Mann-Whitney U	3161,000	2941,000	3061,500	3181,500	2413,500
Wilcoxon W	6482,000	6262,000	6382,500	6421,500	5573,500
Z	-,421	-1,447	-,887	-,215	-2,902
Asymp. Sig. (2-tailed)	,674	,148	,375	,830	,004

	sites_internet	treinam_FHDF
Mann-Whitney U	2894,000	2697,500
Wilcoxon W	6215,000	5937,500
Z	-1,474	-2,348
Asymp. Sig. (2-tailed)	,140	,019

NUTRICIONISTAS

Ranks

Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks	
public_cientif	Importância	60	77,22	4633,00
	Adequação	60	43,78	2627,00
	Total	120		
livro_culin_recei	Importância	59	57,34	3383,00
	Adequação	59	61,66	3638,00
	Total	118		
congres_semin	Importância	59	75,96	4481,50
	Adequação	59	43,04	2539,50
	Total	118		
jorn_revi	Importância	59	52,04	3070,50
	Adequação	57	65,18	3715,50
	Total	116		
revi_culi_corp_bel	Importância	59	59,64	3519,00
	Adequação	59	59,36	3502,00
	Total	118		
revi_alim	Importância	58	58,72	3406,00
	Adequação	58	58,28	3380,00
	Total	116		
program_telev_20	Importância	59	57,58	3397,50
	Adequação	59	61,42	3623,50
	Total	118		
program_rádio	Importância	57	56,35	3212,00
	Adequação	58	59,62	3458,00
	Total	115		
guias_aliment	Importância	58	62,41	3620,00
	Adequação	60	56,68	3401,00
	Total	118		
manuais_técnic	Importância	59	72,40	4271,50
	Adequação	60	47,81	2868,50
	Total	119		
sites_internet	Importância	59	65,52	3865,50
	Adequação	58	52,37	3037,50
	Total	117		
treinam_FHDF	Importância	59	66,91	3947,50

Adequação	59	52,09	3073,50
Total	118		

Test Statistics^a

	public_cientif	livro_culin_recei	congres_semin	jorn_revi	revi_culi_corp_bel
Mann-Whitney U	797,000	1613,000	769,500	1300,500	1732,000
Wilcoxon W	2627,000	3383,000	2539,500	3070,500	3502,000
Z	-5,997	-,717	-5,630	-2,162	-,048
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,473	,000	,031	,962
	revi_alim	program_telev_20	program_rádio	guias_aliment	manuais_técnic
Mann-Whitney U	1669,000	1627,500	1559,000	1571,000	1038,500
Wilcoxon W	3380,000	3397,500	3212,000	3401,000	2868,500
Z	-,075	-,625	-,544	-1,053	-4,165
Asymp. Sig. (2-tailed)	,940	,532	,586	,292	,000
	sites_internet	treinam_FHDF			
Mann-Whitney U	1326,500	1303,500			
Wilcoxon W	3037,500	3073,500			
Z	-2,187	-2,608			
Asymp. Sig. (2-tailed)	,029	,009			

ANEXO F

Tabela 3 – Distribuição da diferença das médias dos postos entre adequação e importância das fontes de informação para comunicar sobre alimentação saudável, profissionais de saúde, SUS, DF, 2008

Fontes de Informação	Importância Média	Adequação Média	*(p)
1-Publicação Científica	726,61	484,39	0,00
2-Congresso e Seminário	714,59	486,85	0,00
3-Livros de Culinária e receitas	583,51	622,85	0,04
4-Jornais e Revistas	597,05	593,91	0,87
5-Revistas (culinária, corpo, beleza)	578,60	619,78	0,03
6- Revistas sobre alimentação	607,65	583,39	0,20
7-Programa de TV	566,25	629,07	0,00
8-Programas de Rádio	566,25	629,07	0,00
9- Guia alimentar	608,61	589,28	0,31
10-Manuais Técnicos	673,30	526,58	0,00
11- Sites da Internet	634,01	565,70	0,00
12-Treinamento da FHDF	658,72	546,28	0,00

*(p) Teste de Wilcoxon