

## **Desenvolvimento de ferramenta de educação alimentar e nutricional: uma construção interdisciplinar e interprofissional**

Alyne Silveira Pereira<sup>1</sup>, Janaina das Neves<sup>2</sup>, Eliana Elisabeth Diehl<sup>3</sup>, Cláudia Soar<sup>4</sup>

### **Resumo**

Diante do contexto de retrocesso e de descaracterização do Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental manter os esforços de efetivação dos princípios desenvolvendo práticas sustentadas no provimento de atenção à saúde justa. O objetivo deste estudo foi relatar a experiência de desenvolvimento da ferramenta de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) denominada “Flor da escolha alimentar”. A Flor foi construída de forma interdisciplinar e interprofissional, a partir do trabalho de residentes em saúde da família, tutoras e preceptoras do programa de residência, profissionais servidoras da atenção primária à saúde e usuários do SUS. A ferramenta é o desenho de uma flor com seis pétalas de preenchimento individual para autoconhecimento e disparadora de discussões por meio dos temas: Acesso físico aos alimentos; Interferência da indústria na escolha alimentar; Influência do padrão de beleza; Impacto do tempo para alimentação; Respeito às preferências alimentares; e Impacto da renda na escolha alimentar. Tem como bases de discussão a promoção da alimentação adequada e saudável, os determinantes sociais da saúde e o distanciamento de posturas prescritivas e culpabilizantes. A divulgação do instrumento de EAN possibilita seu uso quando adaptado para diferentes realidades contribuindo com ações para o fortalecimento do SUS.

### **Palavras-chave**

Atenção Primária à Saúde. Educação alimentar e nutricional. Práticas interdisciplinares. Educação interprofissional. Educação em saúde.

---

<sup>1</sup> Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina e em Gestão de Saúde pelo Centro Universitário Senac, São Paulo, Brasil. E-mail: alyneslvr@gmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, Brasil; professora associada III da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil; coordenadora do Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição do Escolar; membro da Rede de Fortalecimento em Segurança Alimentar e Nutricional. E-mail: janaina.neves@ufsc.br.

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil, com estágio pós-doutoral na Universidad Rovira i Virgili, Espanha; professora titular do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. E-mail: elianadiehl@hotmail.com.

<sup>4</sup> Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Brasil; professora adjunta do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. E-mail: claudiasoar@hotmail.com.

## **Development of food and nutrition education tool: an interdisciplinary and interprofessional construction**

Alyne Silveira Pereira<sup>5</sup>, Janaina das Neves<sup>6</sup>, Eliana Elisabeth Diehl<sup>7</sup>, Cláudia Soar<sup>8</sup>

### **Abstract**

In the context of dereliction and decharacterization of the Unified Health System (UHS/SUS), it is fundamental to maintain efforts to implement the principles by developing practices based on the provision of a fair health care. The objective of this study was to report the development experience of the Food and Nutrition Education (FNE) tool called 'Flower of food choice'. The Flower was built in an interdisciplinary and interprofessional way, from the work of residents of the family health, tutors and preceptors of the residency program, primary health care professionals and UHS/SUS users. The tool is a flower drawing with six petals of individual filling for self-knowledge and triggers of discussions through the themes: Physical access to food; Industry interference in food choice; Influence of the beauty pattern; Impact of time for feeding; Respect for food preferences; and Impact of income on food choice. The basis for the discussion is the promotion of adequate and healthy food, the social determinants of health and the distance from prescriptive and blaming attitudes. The dissemination of the FNE instrument allows its use when adapted to different realities, contributing to actions to strengthen the SUS.

### **Keywords**

Primary Health Care. Food and nutrition education. Interdisciplinary placement. Interprofessional education. Health education.

---

<sup>5</sup> Specialist in Multiprofessional Residency in Family Health, Federal University of Santa Catarina, Brasil, and in Health Management, Centro Universitário Senac, State of São Paulo, Brazil. E-mail: alyneslvr@gmail.com.

<sup>6</sup> PhD in Sciences, Federal University of São Paulo, Brazil; associate professor III at the Federal University of Santa Catarina, Brazil; coordinator of the Collaborating Center for School Food and Nutrition; member of the Network for Strengthening Food and Nutrition Security. E-mail: janaina.neves@ufsc.br.

<sup>7</sup> PhD in Public Health, National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation, Brazil, with a post-doctoral internship at Universidad Rovira i Virgili, Spain; full professor at the Health Sciences Center, Federal University of Santa Catarina, Brazil. E-mail: elianadiehl@hotmail.com.

<sup>8</sup> PhD in Public Health, University of São Paulo, Brazil; adjunct professor at the Center for Health Sciences, Federal University of Santa Catarina, Brazil. E-mail: claudiasoar@hotmail.com.

## Introdução

Há muito o que comemorar nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), três décadas de conquista do povo brasileiro para a democratização da saúde permeados por contradições, enfrentamentos e resistências. Porém, os desafios recentes, como o congelamento de recursos em saúde por 20 anos, corrigido somente pela inflação do ano anterior, conhecido como Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016), a turbulenta publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2018) e a extinção de forma arbitrária do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) (BRASIL, 2019) trazem com toda força a necessidade de luta pela efetivação dos princípios do SUS da Reforma Sanitária Brasileira.

A Atenção Primária à Saúde (APS), utilizada no Brasil como sinônimo de Atenção Básica (BRASIL, 2018), no seu conceito abrangente é estruturada para: garantir o acesso universal aos cuidados de saúde; possibilitar a participação social para ampliação dos direitos sociais e autonomia; ser porta de entrada preferencial de um sistema de saúde integral e intersetorial para enfrentar os determinantes sociais da saúde (DSS) e promover saúde (RAMÍREZ *et al.*, 2011).

Com a nova PNAB a Estratégia Saúde da Família (ESF) passa a ser apenas uma estratégia prioritária na APS (BRASIL, 2018). Desta maneira, se consegue fragilizar um modelo de organização que envolvia ações, processos de trabalho, interações com a comunidade e compreensão do território a partir de equipes multiprofissionais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Sendo assim, antes mesmo de se conseguir avanços significativos de superação do modelo biomédico, curativo e de controle de riscos, as intenções da nova PNAB ameaçam bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção em saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

No percurso de 30 anos de SUS outros marcos, para além da PNAB, também são significativos nos processos de trabalho dos profissionais da APS. Com destaque para a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003) com o intuito de colocar em prática os princípios do SUS, destaque também para o Caderno de Educação Popular e Saúde (BRASIL, 2007), que traz as discussões sobre autonomia e estruturas de poderes na saúde e para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008), a fim de fortalecer a APS e ESF a partir do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e na cogestão do cuidado. O NASF que vinha moldando sua existência e se reformulando, teve sua extinção a partir do novo modelo de financiamento (BRASIL, 2019a). Esse novo modelo de financiamento marca não

só o fim do NASF, mas o retrocesso do direito universal a saúde, a fragilização da APS e fere a integralidade do cuidado.

Harmônica aos estímulos de efetivação dos princípios do SUS, está a trajetória de Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Com o marco regulatório de 2012 (BRASIL, 2012), passa a ser estratégia necessária para formação e proteção de hábitos saudáveis. A EAN é um campo de conhecimento e prática essencialmente intersetorial, transdisciplinar, multiprofissional que objetiva a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares (BRASIL, 2012). Foi estabelecida no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) para o desenvolvimento social (BURITY *et al.*, 2010), cujos debates e protagonismo de articulações eram viabilizados pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), espaço de controle social extinto em 2019 de forma arbitrária pela Medida Provisória nº 870 (BRASIL, 2019b). No contexto do SUS, a EAN fomenta o campo das práticas emancipadoras almejadas pela de Educação Popular e Saúde (BRASIL, 2007).

A promoção da alimentação saudável e adequada vem ao encontro da promoção da saúde, ultrapassando o enfoque meramente comportamental, mas guiando-se pelos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (BUSS, 2009). Considerar os DSS é reconhecer os aspectos socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais que influenciam nas condições de vida e trabalho de todas as pessoas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), distanciando da feição culpabilizante e da modulação dos hábitos de vida (CASTIEL; ÁLVAREZ-DARDET, 2007). A promoção da prática autônoma de hábitos alimentares saudáveis se manifesta na capacidade de atender as necessidades e vontades do sujeito, atendendo à moralidade social, às normas legais e reconhecendo a responsabilidade e interconexão entre os seres humanos (GARRAFA, 2005).

Promover o desenvolvimento autônomo de hábitos alimentares saudáveis na APS demanda processos de trabalho articulados e compartilhados. Esta forma de trabalho envolve o processo de comunicação e de tomadas de decisões conjuntas, que se constitui na colaboração interprofissional (FURTADO, 2007; MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013). A colaboração interprofissional na ideia de compartilhar saberes, experiências e habilidades visa à melhor produção do cuidado, frente às necessidades de saúde (FURTADO, 2007; MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013). De forma semelhante, as práticas inter e transdisciplinares apontam para o campo dos saberes, com o propósito de formar profissionais preparados para trabalharem de forma compartilhada (FURTADO, 2007).

Longe de esgotar os conceitos, os marcos e as políticas abordadas, mas com a finalidade de embasar a discussão do trabalho interprofissional na APS, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência de desenvolvimento da ferramenta de EAN denominada “Flor da escolha alimentar”, descrevendo o percurso de elaboração da ferramenta, disponibilizando-a com seu arcabouço conceitual e analisando os usos e as transformações nela realizadas. Assim, disponibilizar a ferramenta tem como propósito trazer algumas dificuldades e potencialidades da sua construção para que experiências possam ser compartilhadas, questionadas e até mesmo adaptadas para outras realidades.

## **Relato da experiência**

### *Percurso de elaboração da ferramenta*

Em 2017 treze residentes ingressaram no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Norteadas pelo primeiro módulo de disciplinas, as residentes de odontologia, enfermagem, farmácia, educação física, nutrição e serviço social iniciaram o processo de territorialização em um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis-SC. Ao reconhecer o território, as estruturas e o modo de funcionamento do CS realizaram o planejamento estratégico-situacional (MATUS, 1978; GIOVANELLA, 1991), criando consensos dos problemas levantados, estabelecendo objetivos e determinando ações a serem desenvolvidas nos anos de 2017 e 2018 para atuar de forma embasada e adequada na APS. Um dos objetivos estabelecidos era a participação e o fortalecimento de um grupo que abordava questões alimentares, considerado unicamente de responsabilidade dos profissionais de nutrição.

As residentes envolvidas neste grupo iniciaram o processo de discussão e criação de uma ferramenta de apoio ao grupo. O relato dessa experiência de criação da “Flor da escolha alimentar” se dá a partir do olhar da residente de odontologia, reconhecendo essa temática como parte inerente e importante do trabalho do profissional de odontologia, e também valorizando as trocas interdisciplinares que viabilizam o trabalho interprofissional.

Com o segundo módulo de disciplinas de aporte teórico e baseadas pelo modelo gráfico do pentágulo do bem-estar (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000), as residentes iniciaram a construção de uma ferramenta de preenchimento individual para autoconhecimento e disparadora de discussões acerca do sujeito. A partir disso a criação da

ferramenta se distanciou do pentáculo do bem estar, uma vez que o pentáculo trabalha com componentes do estilo de vida que afetam a saúde e tem como objetivo estimular mudanças comportamentais, já a ferramenta de apoio ao grupo tinha como objetivo trazer discussões sobre o comportamento alimentar de forma não prescritiva e não culpabilizante.

A escolha visual de uma flor como instrumento partiu da necessidade de encontrar alguma representação gráfica que traduzisse a ideia de que partes inseparáveis compõem o todo. Sendo assim, trazendo cada tema em uma pétala, a flor mostra que toda a discussão se faz de forma integral e única. Os temas que compõem a flor surgiram em diferentes espaços e discussões, em que cada categoria profissional pôde expressar aquilo que entendia como importante a ser discutido quando se fala em comportamento alimentar. Com os temas escolhidos em seis pétalas pôde-se observar que os conteúdos elencados se aproximam do conceito de SAN:

A Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Artigo 3º, Lei 11.346/2006 – LOSAN). (BURITY *et al.*, 2010, p. 13).

O processo de discussão e criação da ferramenta saiu da sala de aula e permeou diferentes espaços. No CS, ela foi desenvolvida nos momentos integrados de formação das residentes – garantidos pelo projeto político pedagógico (PPP) da residência – e com participação da residente de fisioterapia da REMULTISF da Escola de Saúde Pública da PMF. Nas reuniões de categoria – também garantidas no PPP – com tutoras, preceptoras e residentes a ferramenta foi aprimorada. Além disso, a reunião das profissionais de nutrição da PMF e o próprio grupo em que a ferramenta tem sido utilizada, propiciaram um importante espaço de modificação da ferramenta.

A “Flor da escolha alimentar” foi e continua sendo construída de forma intersetorial e somando diferentes saberes.

#### *A “Flor da escolha alimentar” e seus conceitos*

A ferramenta é comumente impressa em folhas de papel padrão A4 (210x297mm) e distribuídas em rodas de conversa junto com lápis de cor ou giz de cera. Inicia-se a leitura da

primeira pétala e pede-se para que seja pintada a resposta que mais se enquadra no perfil do(a) leitor(a) conforme a legenda “Como pintar sua resposta” (Figura 1). Após a pintura da resposta na pétala, inicia-se a discussão sobre o assunto. A divisão entre assuntos foi uma opção organizativa; os conceitos abordados em cada pétala são complementares e indissociáveis.

A primeira pétala fala sobre o acesso físico e a pergunta disparadora da discussão é: “O local em que eu moro dificulta o meu acesso a feiras/mercados/loais que vendem alimentos?”. A base da discussão é o DHAA quanto ao acesso regular permanente e irrestrito a alimentos seguros e saudáveis em quantidade e qualidade adequadas (BURITY *et al.*, 2010).

O “Guia alimentar para a população brasileira” (GAPB) (BRASIL, 2014) traz a valorização das refeições e a orientação do consumo segundo quatro grupos de grau de processamento dos alimentos. Os primeiros grupos são os alimentos *in natura*, minimamente processados, ingredientes culinários e alimentos processados que foram e deveriam continuar sendo a base da alimentação humana, e o quarto grupo traz os alimentos ultraprocessados, formulações industriais que devido às formas de produção, distribuição e consumo, afetam negativamente a cultura, meio ambiente e vida social (BRASIL, 2014). Sobre disponibilidade e acesso, o GAPB traz a reflexão que os alimentos ultraprocessados são comercializados em diversos pontos de venda, desde grandes supermercados, locais de intensa circulação de pessoas, e lojas de varejo, até bancas de jornal e vendedores ambulantes. Já os alimentos *in natura* ou minimamente processados, que antes eram encontrados em estabelecimentos comerciais próximos, atualmente tendem a ser adquiridos em supermercados distantes, o que acaba por dificultar o processo de aquisição desses alimentos (BRASIL, 2014).

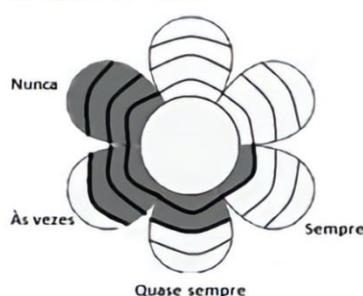
A superação do obstáculo de acesso exige reflexão sobre a importância da alimentação, percepção da diferença de disponibilidade entre alimentos ultraprocessados e os *in natura* e minimamente processados e o planejamento das formas de aquisição garantindo um maior acesso a estes. A remoção desse obstáculo também depende de políticas públicas e regulação do Estado, como a efetivação do direito à mobilidade urbana eficiente, ou a criação de equipamentos públicos que comercializem alimentos *in natura* (BRASIL, 2014).

**Figura 1** – Ferramenta de EAN denominada Flor da escolha alimentar

## **FLOR DA ESCOLHA ALIMENTAR**



Como pintar sua resposta:



Espaço para suas considerações:



Centro de Saúde  
Elaborado pelas Residentes em Saúde da Família, 2017.  
3ª revisão em: 28/08/2018

Fonte: Elaborada pelas residentes em Saúde da Família, Florianópolis (2017).

A segunda pétala sobre indústria tem como pergunta disparadora de discussão: “As propagandas e promoções das mídias (TV, rádio, internet...) interferem na minha escolha alimentar?”. Os alimentos ultraprocessados, além de geralmente possuírem um acesso amplo e facilitado, são financiados por campanhas publicitárias milionárias, vêm repletos de

propagandas, associados a pessoas famosas, a brindes e promoções (BRASIL, 2014). O impacto cultural se dá na insistência de mudança do padrão alimentar, aumentando o desejo de consumo dos produtos associados a uma cultura mais moderna ou superior (BRASIL, 2014). As propagandas recentes divulgadas pelas mídias mostram a apropriação do discurso de alimentação adequada e saudável, a exemplo da imagem de uma laranja sendo colhida pelo agricultor, espremida manualmente e se tornando uma caixa de suco com a mensagem de “suco de verdade que vem até com gominhos”. Fica evidente a apropriação do discurso e a distorção dos conceitos, criando uma imagem de cuidado ao consumidor, mas sendo essencialmente mais uma forma de estratégia de venda focada na importância do produto ao mercado. O CONSEA traz inúmeras discussões de SAN, entre elas o combate ao elitismo alimentar, o acesso ao alimento saudável como direito humano e não como mercadoria ou privilégio, o direito do consumidor e a qualidade dos alimentos e o conflito entre a conveniência e a qualidade alimentar dos produtos industrializados (CONSEA, 2007).

A terceira pétala é referente ao padrão de beleza e traz a pergunta: “A sociedade julga de forma cruel a imagem corporal das pessoas e acredita em dietas e alimentos milagrosos. Você se sente afetada por esses padrões?”. O diálogo se estabelece a partir do entendimento de que o corpo gordo é estigmatizado e patologizado na sociedade, baseando-se de forma inadequada em referenciais biomédicos (MATTOS; LUZ, 2012). Os estereótipos de imperfeição e de modelo de corpo saudável impõem o consumo de um padrão de beleza do corpo magro, sendo as mulheres as maiores vítimas das ditaduras das modas, dietas expressamente restritivas e transtornos alimentares (ULIAN *et al.*, 2015). A obesidade não se limita a um grupo étnico, a uma região ou a um país, mas, sendo multifatorial, devem-se considerar os fatores sociodemográficos, ambientais e genéticos (ULIAN *et al.*, 2015). Vale ressaltar que os obesos pobres significam muito mais do que grandes dimensões: representam o acesso a alimentos ultraprocessados, baratos e com altas concentrações de sódio, carboidrato e gordura (MONTEIRO *et al.*, 2013).

A pétala de número 4 é sobre o tempo: “as atividades do dia a dia (casa, trabalho...) interferem no tempo para a alimentação?”. O tempo traz a reflexão sobre o mercado de trabalho, o reconhecimento do tempo de deslocamento do trabalhador, a luta pela redução do número de horas trabalhadas, a constatação da dupla jornada de trabalho das mulheres e a diferença das horas semanais dos afazeres domésticos entre mulheres e homens (BRASIL, 2010). Em nível individual, fala-se sobre o processo de aquisição, preparo, consumo e limpeza após o término das refeições, responsabilidade comumente atribuída às mulheres. Também trata das recomendações sobre horário regulares, locais apropriados e a

comensalidade (BRASIL, 2014). A lógica de otimização do tempo e trabalho transforma o comer em reabastecimento, diminuindo o compartilhamento e o convívio à mesa (DIEZ GARCIA, 2003).

Na pétala cinco, discute-se sobre preferências alimentares: “É difícil para você fazer as suas escolhas alimentares baseadas nas suas preferências e cultura?”. A cultura alimentar, muito mais que um padrão que engloba as preferências alimentares de determinado grupo social, incorpora um conjunto de práticas, rituais e valores que tem na comensalidade, isto é, na partilha de alimentos, uma das suas maiores fundamentações (MOREIRA, 2010). Quando abordada a cultura alimentar na pétala, esperava-se discutir principalmente o ser humano social e a função social da alimentação. Há diversas relações que se desenvolvem diante da comida e da refeição, que englobam tanto fenômenos biológicos e ecológicos, como sociais. Para além da perspectiva biológica, que reconhece no padrão alimentar a capacidade de se distinguir a ingesta calórica e regular do balanço energético (MONTEIRO; CASTRO, 2009), a perspectiva social permeia toda e qualquer relação produzida a partir da alimentação, sendo ela de origem econômica ou estrutural. Portanto, a cultura alimentar é constantemente ressignificada pelo capital e engloba principalmente as relações de poder, tendo íntima correlação com a cultura local, a religião, o gosto, o simbolismo e a identidade (MOREIRA, 2010; PROENÇA, 2010). Dessa maneira, o DHAA procura, além de compreender, resgatar esses valores ao falar do acesso aos alimentos correspondentes às tradições culturais dos povos.

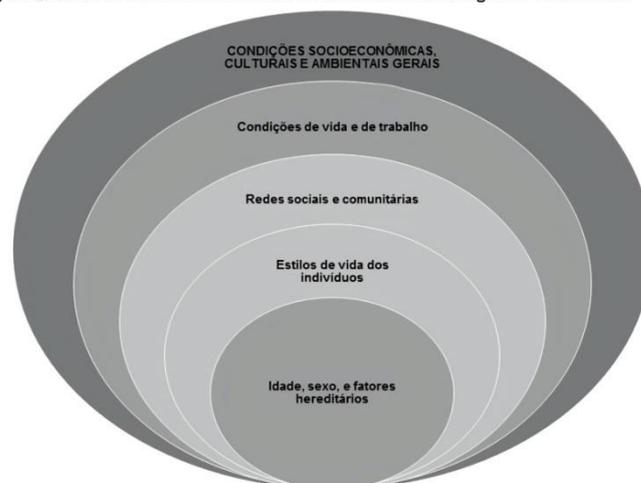
A discussão também questiona a atuação da indústria ao disseminar alimentos e dietas milagrosas, discutido na pétala três, assim como seu papel na fragilização da cultura. A comida como mercadoria é dominada por indústrias transnacionais que ameaçam à soberania alimentar e produzem significativos impactos ambientais, sociais e culturais (AZEVEDO, 2017). Esses impactos afetam de maneira mais evidente e devastadora a existência dos povos indígenas, em que a violação do direito à identidade cultural, ao uso do território no cultivo de plantas, animais e alimentos para autoconsumo, reflete em um ambiente hostil de discriminação, violência e preconceito. Cercados por monoculturas que demandam uso intensivo de agrotóxicos e maquinário, há o empobrecimento do solo tradicional, que afeta saúde física e mental e, conseqüentemente, afeta todos os direitos e a vida (FIAN BRASIL, 2016). Assim como a alimentação adequada e saudável é um direito humano também é dever do Estado criar condições de respeito, proteção, promoção e provimento desse direito através da SAN, valorizando diferentes expressões da cultura alimentar, fortalecendo os hábitos

regionais, reduzindo o desperdício de alimentos, promovendo assim o consumo sustentável e a alimentação saudável (BURITY *et al.*, 2010).

A pétala seis trata do dinheiro: “A renda que a minha família ganha é um obstáculo para minha escolha alimentar?”. Esta pétala foi propositalmente deixada como a última para que se conseguisse realizar um grande número de discussões sobre a variedade de determinantes da alimentação. A reflexão do impacto financeiro se dá pela barreira de acesso econômica e também pela modulação do poder aquisitivo, no qual os determinantes trabalhados anteriormente tem a capacidade de distorcer os padrões, os desejos e o consumo. O GAPB aponta que no Brasil o custo de uma alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados ainda é menor que o custo de uma alimentação baseada em alimentos ultraprocessados. Novamente se traz o DHAA com o acesso regular a alimentos seguros e saudáveis diretamente ou por aquisições financeiras, em quantidade e qualidade adequadas, que garantam uma vida livre de medo, digna e plena, individual e coletiva (BURITY *et al.*, 2010).

Com todas as pétalas respondidas e pintadas estimula-se o diálogo a partir da comparação visual das pinturas. A reflexão se dá baseada no entendimento do título “Flor da escolha alimentar” e as discussões prévias sobre as práticas alimentares e os DSS. O ideal da Flor seriam todas as pétalas totalmente pintadas, mas isso só é possível se considerarmos para além das escolhas e estilos de vida individuais, as redes sociais e comunitárias, as condições de vida e trabalho e, por fim, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais. A perspectiva da flor totalmente pintada faz alusão gráfica aos DSS, conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 2) (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), em que os determinantes também estão dispostos em camadas.

Figura 2. Os determinantes sociais da saúde modelo de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Na ferramenta, há também a ilustração de uma folha com a frase “Espaço para suas considerações”, para que os assuntos não abordados diretamente nas pétalas da flor apareçam conforme a necessidade dos usuários. Nas experiências de aplicação da ferramenta, as considerações que apareceram de forma recorrente apontavam sobre os sentimentos e emoções, doenças e as datas festivas que afetavam na escolha alimentar. Esperava-se que as datas festivas fossem discutidas na pétala de preferências alimentares, mas chamou a atenção que o tema constantemente era lembrado de forma negativa como uma ruptura de uma rotina alimentar, minimizando o seu significado enquanto cultura alimentar. O espaço para considerações serviu tanto para a evidência da abrangência de determinantes da escolha alimentar, quanto para o estímulo de aproximação do sujeito à ferramenta, ao dar espaço para que as especificidades de cada pessoa também se fizessem presentes e com sua devida importância. Todas as pétalas e especialmente a folha, têm o intuito de admitir no âmbito do diálogo múltiplos saberes, estimulando a interação de diferentes modos de sentir, pensar e agir.

Todos os conceitos trabalhados dizem mais sobre o processo de construção da ferramenta, já que a experiência de utilização da Flor parte da troca dos sujeitos sociais e da construção compartilhada durante a execução dos grupos. O uso da ferramenta também serviu para o planejamento do grupo, pois, ao final da conversa sobre a Flor, perguntava-se sobre quais assuntos poderiam ter relação com os temas abordados e o levantamento das necessidades a serem discutidas nos encontros subsequentes.

### *Usos e suas transformações*

O desenvolvimento deste instrumento não se esgotou na sua elaboração e execução. Como ferramenta de construção continuada, desde a primeira versão aplicada no grupo, a Flor tem sido revisada e modificada, tanto de forma interprofissional quanto com a participação das(os) usuárias(os) e integrantes do grupo.

A disponibilização da ferramenta é importante para que ela possa ser modificada ou adaptada às realidades locais. O compartilhamento da Flor entre residentes, preceptoras e tutoras proporcionou diferentes tipos de usos e transformações. Serviu como ferramenta em grupos de alimentação em outros CS da cidade. Foi útil no embasamento das discussões sobre a modificação do processo de trabalho de diferentes profissionais da rede municipal de atenção primária à saúde na cidade. Tutoras utilizaram a ferramenta para fomentar a discussão sobre DHAA e SAN em aulas com discentes da UFSC. A roda de conversa na semana de

pesquisa e extensão da UFSC também impulsionou a divulgação da ferramenta e a análise sobre sua conformação. O contato com outros programas de residência possibilitou a adequação da ferramenta como prática de educação permanente para os profissionais de saúde da APS de outras cidades do estado de Santa Catarina.

Elaborar estratégias de disseminação da ferramenta vai ao encontro da proposta da prática em EAN e disponibilizar a Flor como recurso educacional e problematizador ativo, favorece o diálogo e considera as interações e significados que compõem o comportamento alimentar (BRASIL, 2012).

Além de diferentes espaços, a Flor tem sido usada por diferentes categorias profissionais. O uso de ferramentas e abordagens diferenciadas no trabalho interprofissional aproxima os problemas de saúde do território, transcende práticas individualizadas e supera especificidades das profissões, valorizando o trabalho em equipe, a cooperação e o direcionamento das ações à população (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

### **Considerações finais**

O horizonte de um Brasil soberano, alicerçado nos direitos sociais e humanos de cidadania, participativo e radicalmente democrático é uma perspectiva que exige a compreensão das contradições existentes.

O desenvolvimento de uma ferramenta de Educação Popular e Saúde e de EAN manifesta-se como uma ação otimista diante de um contexto de retrocessos sociais, políticos e econômicos do País. É importante destacar que a viabilidade da construção da ferramenta de forma interdisciplinar e interprofissional se deu principalmente devido à garantia de momentos coletivos previstos no PPP da REMULTISF e no contexto de um NASF atuante pouco antes da sua arbitrária extinção.

Algumas limitações da ferramenta podem ser apontadas, como a necessidade de leitura para compreensão e o fato dos estímulos às discussões serem dependentes dos conceitos e posicionamento de quem os aplica. Também é interessante apontar que as perguntas presentes nas seis pétalas se dirigem ao leitor, ora utilizando a primeira pessoa do singular, ora utilizando a terceira. Essa mudança de escrita pode se tornar um fator de confusão durante a leitura. Para contornar as limitações da ferramenta, é relevante que ela continue em um processo contínuo de modificação, pautado na reflexão das necessidades do território e na participação dos usuários.

As evoluções da educação em saúde e de EAN por meio de articulações intersetoriais, práticas interdisciplinares e abordagem em saúde interprofissional permitem uma compreensão e atuação voltada para a efetivação e fortalecimento do SUS.

## **Agradecimentos**

A todas que dedicaram tempo e acreditaram na construção, no desenvolvimento e na potencialidade dessa ferramenta. Nada disso seria possível se não fossem nossos incontáveis e memoráveis debates.

## **Referências**

AGUILAR-DA-SILVA, R. H; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 165-184, mar. 2011. Doi: 10.1590/S1414-40772011000100009.

AZEVEDO, E. de. Alimentação, sociedade e cultura: temas contemporâneos **Sociologias**, Porto Alegre, v. 19, n. 44, p. 276-307, jan. 2017. Doi: 10.1590/15174522-019004412.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de novembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Lex: Legislação Federal e Marginalia**, Porto Alegre, dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **PNAD 2009 – Primeiras Análises: Tendências Demográficas**. Brasília, DF, 2010. (Comunicados do IPEA, n. 64).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, DF: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF, 4 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 17 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui O Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de Setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 13 nov. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2 ed. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MDS, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019. Estabelece A Organização Básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília, DF: 3 jan. 2019b.

BURITY, V. *et al.* **Direito humano à alimentação adequada no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, DF: Abrandh, 2010.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Doi: 10.1590/S0103-73312007000100006.

CASTIEL, L. D.; ÁLVAREZ-DARDET, C. A. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Doi: 10.7476/9788575412336.

CONSEA – CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Grupo de trabalho alimentação adequada e saudável**: relatório final. Brasília, DF, 2007.

DIEZ GARCIA, R. W. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-492, dez. 2003. Doi: 10.1590/S1415-52732003000400011.

FIAN BRASIL. **O direito humano à alimentação adequada e à nutrição do povo Guarani e Kaiowá**: um enfoque holístico. Brasília: FIAN Brasil, 2016.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, ago. 2007. Doi: 10.1590/S1414-32832007000200005.

GARRAFA, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005. Doi: 10.26512/rbb.v13i0.7599.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, mar. 1991. Doi: 10.1590/S0102-311X1991000100004.

MATTOS, R. da S.; LUZ, M. T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009. Doi: 10.1590/S0103-73312009000200014.

MATUDA, C. G; AGUIAR, D. M. de L; FRAZAO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 173-186, mar. 2013. Doi: 10.1590/S0104-12902013000100016.

MATUS, C. **Estratégia y Plan**. Santiago: Editorial Universitária, 1972.

MONTEIRO, C. A.; CASTRO, I. R. R. de. Por que é necessário regulamentar a publicidade de alimentos. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 61, n. 4, p. 56-59, 2009.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obes. Rev.**, v. 14, suppl. 2, p. 21-28, nov. 2013. Doi: 10.1111/obr.12107.

MOREIRA, S. A. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 62, n. 4, p. 23-26, out. 2010.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. Doi: 10.1590/0103-1104201811601.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G de; FRANCALACCI, V. O pentáculo do bem estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupo. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

PROENÇA, R. P. da C. Alimentação e globalização: algumas reflexões. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 62, n. 4, p. 43-47, out. 2010.

RAMÍREZ, N. A. *et al.* Comprehensive Primary Health Care in South America: contexts, achievements and policy implications. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1.875-1.890, Oct. 2011. Doi: 10.1590/S0102-311X2011001000002.

ULIAN, M. *et al.* Saúde e bem-estar na obesidade: paradoxo ou possibilidade? **Revista de Cultura e Extensão**, São Paulo, v. 14, p. 123-131, nov. 2015. Doi: 10.11606/issn.2316-9060.v14i0p123-131.

Submetido em 15 de março de 2020.

Aprovado em 14 de junho de 2020.