

## Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha

Pedagogical techniques in food and nutrition groups:  
the backstage of choice process

Fernanda Cangussu Botelho <sup>1</sup>  
Lúcia Dias da Silva Guerra <sup>1</sup>  
Alexandra Pava-Cárdenas <sup>1</sup>  
Ana Maria Cervato-Mancuso <sup>1</sup>

**Abstract** *study aimed to understand the health professionals' social representations about the choice on pedagogical techniques to develop educational groups about food and nutrition, as health promotion strategies, in Primary Health Care (PHC). It is a qualitative research performed through the systematic observation of each accessed group (23) and semi-structured interviews with the respective coordinators (28). The analysis was made using the Discourse of the Collective Subject (DCS) technique, based on the Social Representation Theory. Six DCS were produced, highlighting that the health professionals' choice on pedagogical techniques consider: the appreciation of the collective participation; the access to audio-visual resources; the practicality to the professional; the availability of workforce; the population profile; and the use of body experience. We concluded that the decisions about the use of pedagogical techniques are influenced by the context, labor relationships and the institution, besides health professionals' beliefs and knowledge. The food and nutrition approach in educational groups as health promoters strategies is comprehended in a complex PHC, which involves structural elements, beyond public policies.*

**Key words** *Health professional, Primary Health Care, Food and nutrition education, Health education*

**Resumo** *O estudo objetivou compreender as representações sociais dos profissionais de saúde que explicam a escolha de estratégias pedagógicas para o desenvolvimento de grupos educativos com o tema alimentação e nutrição, como espaços de promoção da saúde, na Atenção Primária à Saúde (APS). Pesquisa qualitativa, realizada por meio de observação sistemática de um encontro de cada grupo acessado e entrevista semiestruturada com os respectivos coordenadores das ações. Na análise, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Foram gerados seis DSC, mostrando que a escolha das estratégias pedagógicas é feita considerando: a valorização da participação coletiva; o perfil da população; o acesso a recursos audiovisuais; a praticidade para os profissionais; a disponibilidade de recursos humanos; e o uso da experiência corporal. Fica evidente que as decisões sobre o uso de estratégias pedagógicas são influenciadas pelo contexto, relações de trabalho e instituição, além das próprias crenças e conhecimentos dos profissionais de saúde. A abordagem da alimentação e nutrição em grupos educativos como espaços promotores de saúde está inserida numa APS complexa, que envolve elementos estruturais, além das políticas públicas.*

**Palavras-chave** *Profissional de saúde, Atenção Primária à Saúde, Educação alimentar e nutricional, Educação em saúde*

<sup>1</sup> Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Doutor Arnaldo 715, Cerqueira César. 01246-904 São Paulo SP Brasil.  
fer.cangussu@gmail.com

## Introdução

A partir da expansão das doenças crônicas no país, as necessidades de saúde da população brasileira mudaram e a alimentação constitui um componente de intervenção estratégico neste panorama. Desde 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) aponta a alimentação saudável como uma de suas ações específicas, baseando-se na concretização da segurança alimentar e nutricional e na alimentação como um direito humano e, assim, contribuindo para a redução das desigualdades sociais<sup>1</sup>.

A dietética, no contexto do trabalho em saúde, é um conceito aplicado desde a medicina hipocrática. Historicamente, o termo dieta (*diaeta*) referia-se ao conjunto de hábitos corporais e mentais, aplicando-se à área científica, à literatura e à filosofia. Com o passar do tempo, a dieta limitou-se ao significado médico, ligada ao conhecimento dos alimentos e sua relação com as doenças<sup>2,3</sup>. Atualmente, a dietética está inserida predominantemente nas práticas de saúde coletiva que incluem as abordagens de alimentação e nutrição, como os grupos educativos, que constituem espaços potenciais para a promoção da saúde. Essas ações estão voltadas para a coletividade e seus atributos multiprofissionais e transdisciplinares são reforçados, já que contribuem para a compreensão da realidade<sup>4,5</sup>.

Nesse sentido, a educação alimentar e nutricional (EAN), apesar de estar tradicionalmente associada à figura do nutricionista, pode e deve ser realizada por outros profissionais da saúde, como sinaliza o Marco de Referência de EAN para as Políticas Públicas<sup>6</sup>. Em um estudo recente, 75% dos grupos de educação em saúde para usuários com doenças crônicas abordaram assuntos relacionados à alimentação, ao passo que o nutricionista estava envolvido em menos de um décimo destes espaços, evidenciando que outros profissionais de saúde vêm trabalhando o tema junto à população<sup>7</sup>.

A literatura científica, no entanto, tem enfatizado as ações desenvolvidas por nutricionistas<sup>8</sup>, detalhando-se pouco sobre a atuação dos outros profissionais que também abordam a alimentação e nutrição. Concomitantemente, uma revisão de literatura aponta que a produção científica sobre nutrição na Atenção Primária à Saúde (APS), que constitui o nível de cuidado prioritário de implementação das ações de promoção da saúde<sup>1</sup>, é pequena no que diz respeito a estudos compreensivos, característicos da pesquisa qualitativa<sup>9</sup>.

A atual PNPS expressa ainda a necessidade e a importância da qualificação das ações de pro-

moção da saúde nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>10</sup>. No contexto da APS, que tem a educação como um instrumento para a promoção da saúde, os profissionais referem reconhecer a importância das ações educativas e sentem-se educadores junto à população<sup>11</sup>. Porém, as estratégias pedagógicas utilizadas parecem estar associadas à transmissão de orientações de forma vertical e autoritária, pouco reflexiva e sem a incorporação dos saberes populares<sup>11-13</sup>.

Para o conceito de estratégia pedagógica, dentro de sua polifonia de sentidos, foi adotado no presente trabalho a denominação de organização ou arranjo sequencial de procedimentos, ações, atividades ou passos escolhidos com a finalidade de levar os sujeitos à determinada aprendizagem, baseada em princípios da realidade, simulações e abstrações<sup>14,15</sup>. Assim, nos grupos educativos, a estratégia pedagógica é um dos elementos que influenciam a viabilização dos princípios da promoção da saúde, como o empoderamento e a participação social. Entretanto, os vazios de ordem ideológica, metodológica e conceitual no desenvolvimento das ações de educação em saúde, referidos na literatura, conduzem à necessidade de uma maior reflexão sobre as bases teóricas da escolha de determinadas atividades<sup>16</sup>.

Desta forma, dada à existência de uma força de trabalho na APS que pretende intervir educativamente na constituição de sujeitos mais ativos para a escolha e o consumo de alimentos, torna-se essencial conhecer os sentidos que a realização de ações educativas no serviço, principalmente aquelas desenvolvidas em grupo, apresentam para os profissionais de saúde.

Considera-se que a abordagem das representações sociais, enquanto elaborações construídas socialmente que refletem conhecimentos, percepções e modos de agir<sup>17</sup>, permite essa aproximação com o imaginário de um determinado grupo. Diante do exposto, o presente artigo busca a compreensão das representações sociais, dos profissionais de saúde que explicam a escolha de estratégias pedagógicas para o desenvolvimento de grupos educativos que trabalham o tema alimentação e nutrição no contexto da APS.

## Materiais e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com profissionais de saúde que desenvolvem grupos educativos sobre alimentação e nutrição na APS do município de São Paulo. A produção dos dados aconteceu entre maio de 2013 e abril de 2014, por meio de observação sistemática de um en-

contro de cada grupo e entrevista semiestruturada com os respectivos coordenadores. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e seguiu os aspectos éticos da Resolução CNS 466/2012.

### Participantes

O município de São Paulo apresenta em sua organização a gestão compartilhada entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais (OS), entidades reconhecidas desde a esfera federal, delegada de administrar uma instituição pública. Assim, os profissionais da saúde encontram-se inseridos num contexto de trabalho de parcerias público-privadas. Apesar deste movimento de emergência das OS ter São Paulo como epicentro, outros estados e municípios caminham na implementação desta iniciativa<sup>18</sup>.

Para localização dos profissionais de saúde foi feito contato com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde do município. O estudo incluiu grupos coordenados por profissionais de saúde, exceto o nutricionista, a fim de conhecer a percepção dos outros atores que lidam com a alimentação e nutrição na sua rotina. Considerou-se que a abordagem do tema, inerente à formação do nutricionista, transcende um único itinerário de formação, avançando para um interesse transdisciplinar e multiprofissional da saúde coletiva, fundamental para todas as profissões da área.

A construção do universo empírico da pesquisa teve como norte um grupo que apresentasse as condições necessárias para a explicitação da problemática de investigação e que tivesse aceitação dos responsáveis para a realização do estudo. Além disso, buscou-se uma diversidade de regiões do município de São Paulo, de forma a contemplar as diferentes realidades e perspectivas da questão, incorporando realidades que vão além de uma única localidade ou OS para, então, obter uma saturação adequada dos dados<sup>19</sup>.

Teve-se acesso a 23 grupos pertencentes a diferentes programas e estratégias de saúde: i) Programa Ambiente Verde e Saudável (PAVS), associado ao meio ambiente e à sustentabilidade no território, fomentando o empoderamento e a participação comunitária; ii) Programa de Automonitoramento Glicêmico (AMG), que visa o controle do Diabetes Mellitus de indivíduos insulino-dependentes; iii) Programa do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hiper-

ensos e Diabéticos (SisHiperDia), que tem como objetivo o acompanhamento dos indivíduos diagnosticados com essas doenças; iv) Programa Mãe Paulistana, que visa o acompanhamento da gestante e do neonato; e v) Programa municipal Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas (MTHPIS), que tem como áreas de atuação as práticas corporais, a meditação, a homeopatia e a alimentação saudável. Também foram observados grupos que não estavam ligados a programas constituindo ações locais da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os grupos observados tiveram um ou dois coordenadores, foram entrevistados 28 profissionais da saúde, conforme a Tabela 1.

### Produção dos dados

A pesquisa de campo contou com duplas de pesquisadores, previamente treinados, que se deslocaram até o local das ações educativas. A observação sistemática dos grupos educativos foi realizada com suporte de um roteiro, o qual continha diferentes dimensões do processo educativo, como a caracterização geral dos participantes e da atividade (profissionais coordenadores e presentes, número de usuários participantes, duração e frequência), as técnicas pedagógicas, os conteúdos, o espaço físico, os materiais e recursos educativos e a atuação profissional.

As entrevistas realizadas com os coordenadores foram conduzidas com o auxílio de um ro-

**Tabela 1.** Profissionais que compõem toda a Equipe da Atenção Primária, coordenadores de grupos com o tema alimentação e nutrição. São Paulo, 2013 e 2014.

| Categorias                               | Profissionais (n)                |
|--|----------------------------------|
| Profissionais graduados na área da saúde | Enfermeiro (14)                  |
|  | Médico (2)                       |
|  | Assistente social (1)            |
|  | Fisioterapeuta (1)               |
|  | Fonoaudiólogo (1)                |
|  | Educador físico (1)              |
|  | Terapeuta ocupacional (1)        |
| Educador em saúde pública (1)            |                                  |
| Técnicos                                 | Técnico em saúde bucal (1)       |
| Auxiliares e agentes                     | Agente de promoção ambiental (2) |
|  | Agente comunitário de saúde (1)  |
|  | Auxiliar de enfermagem (1)       |
| Administrativo                           | Contador (1)                     |

teiro semiestruturado após o encontro do grupo educativo observado, com questões sobre os elementos que norteiam as escolhas das técnicas e recursos pedagógicos para o trabalho em grupos com o tema alimentação e nutrição.

### **Análise dos dados**

Os dados produzidos na observação dos grupos foram sistematizados e os conteúdos abordados foram agrupados em temas e subtemas para compor conjuntos do campo da alimentação e nutrição.

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e posteriormente sistematizadas. A análise teve como base a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>20</sup>, fundamentada na Teoria das Representações Sociais<sup>17</sup>.

A análise foi feita segundo as seguintes etapas: leitura detalhada dos depoimentos produzidos; identificação das expressões-chave (trechos que melhor descrevem o seu conteúdo); identificação das ideias centrais (categorias que sintetizam e descrevem os sentidos presentes); e construção dos DSC. Estes são discursos-síntese feitos com as expressões-chave com conteúdo semelhante e visam expressar o pensamento de uma coletividade por meio de um discurso individual<sup>19</sup>.

As representações sociais para Moscovici, enquanto formas de conhecimento, são estruturas cognitivo-afetivas e precisam ser entendidas a partir da realidade que as produzem e de sua funcionalidade nas interações sociais do cotidiano, marcadas por conflitos e dissonâncias<sup>17</sup>. Desta forma, buscou-se compreender as representações sociais dos profissionais de saúde a partir de sua construção coletiva, considerando o contexto e as relações que interferem na estratégia pedagógica utilizada para a realização de grupos educativos com o tema alimentação e nutrição.

### **Resultados**

Do total de 23 grupos observados, 18 tiveram um coordenador e em 5 havia dois. Cabe destacar que 20 tinham, além dos coordenadores, outros profissionais presentes. O enfermeiro esteve presente em 17 grupos e atuou como coordenador em 14. Já o agente comunitário de saúde (ACS), apesar de estar presente em 10 grupos, assumiu a coordenação uma única vez. De forma geral, a presença de profissionais de nível superior sinalizou a sua atuação como coordenadores, por exemplo, no caso do assistente social, fonoaudió-

logo, educador físico, educador em saúde pública, fisioterapeuta, médico e contador.

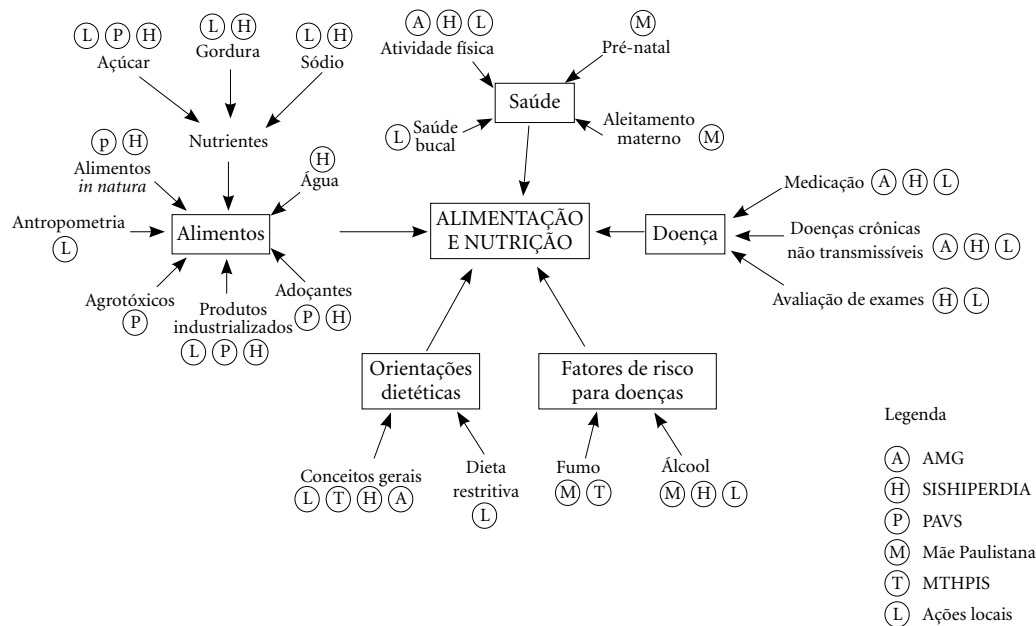
O número de usuários participantes dos grupos variou entre três e quarenta. Os grupos observados apresentaram duração de dez a 140 minutos. A periodicidade dos grupos tende a ser mensal (n = 13) ou semanal (n = 8), e raramente quinzenal (n = 2).

Cada grupo educativo apresentou uma ou mais técnicas pedagógicas no decorrer de seu desenvolvimento. A conversa em roda foi a mais presente (n = 12), seguida da palestra (n = 5) e da consulta (n = 5). A consulta foi identificada pelos profissionais como espaço de grupo, associada à conformação coletiva na forma de sala de espera antes do atendimento. Atividades como as oficinas (n = 3), as práticas físicas (n = 2) e as dinâmicas ou jogos (n = 1) foram observadas em menor número. A aferição de variáveis antropométricas foi observada raramente (n = 1).

Os conteúdos sobre alimentação e nutrição foram diversos, sendo possível identificar tendências de abordagem segundo o programa (Figura 1). Foram compostos seis conjuntos temáticos: três relacionados especificamente à dieta (orientações dietéticas, alimentos e nutrientes) e três sobre o processo saúde-doença (saúde, doença e seus fatores de risco). O programa SisHiperDia abordou todos os conjuntos temáticos identificados, enquanto o programa PAVS apresentou uma abordagem mais focada nos alimentos e nutrientes.

Observaram-se interrupções e interferências de outros profissionais e usuários durante os grupos, além de estímulos sonoros e visuais externos. Concomitantemente, em muitos espaços não foi identificado um momento explícito de reflexão e problematização da realidade. De forma geral não houve construção ou interação com materiais educativos ou mesmo entre os participantes, caracterizando uma baixa frequência de atividades ativas. Materiais e recursos educativos foram utilizados em apenas 8 grupos e, quando usados, o conteúdo, a linguagem e a forma de uso destes materiais foram marcados pelo distanciamento da compreensão do público-alvo, excesso de termos técnicos e distribuição sem construção dialógica.

A coordenação dos grupos caracterizou-se por uma tendência a limitar as oportunidades de participação e questionamentos dos usuários, marcada por pouco estímulo à fala e realização de perguntas. Além disso, as estratégias claras de avaliação da compreensão da mensagem consistiram em momentos pontuais no final dos en-



**Figura 1.** Conteúdos trabalhados nos grupos educativos observados da Atenção Primária à Saúde, no município de São Paulo, 2013-2014.

contros, caracterizando-se como verificação do conteúdo transmitido.

A síntese e os sentidos dos depoimentos sobre os elementos que fundamentam a escolha de estratégias pedagógicas para o desenvolvimento de grupos educativos sobre alimentação e nutrição, obtidas a partir das entrevistas semiestruturadas, resultou em seis DSC. A “Ideia Central A – Promoção da participação coletiva” concerne à representação social de que a decisão envolve a relação com a população envolvida e este DSC evidencia a intencionalidade dos profissionais em fazer com que os usuários participem do processo educativo ao nível da comunicação:

*Eu acredito no fazer junto, não só ficar como espectador. Tem que ter uma troca, a gente tem que ouvir também. Então, os recursos que a gente tem seria mais essa questão de participação. Eu acho melhor trabalhar com oficinas, porque tem como interagir, não só você fala como “cê” aprende, todo o tempo é uma troca, pois eles que trazem o conhecimento. A roda de conversa também é muito bom, porque quando a gente senta ali numa roda, num mesmo nível, todo mundo junto, eu acho que elas se sentem mais à vontade pra perguntar ou pra contar alguma coisa que aconteceu, e aí dentro disso a gente consegue oferecer um pouco de suporte técnico.*

*co. Tem que ser uma coisa mais dinâmica, de participação deles, que faça eles entenderem o porquê que é importante cuidar da alimentação. Essa troca de saberes assim funciona super bem. Acho que não pode assim ser uma coisa muito explicativa, expositiva, né, porque parece que é uma aula. Acho que tem que ser bem mais interativo com eles pra que não fique tão cansativo você ficar só falando, falando, falando, deixa eles falarem um pouquinho também. Eu acho que todas as formas de comunicação são muito importantes, o olhar, é o toque, é o abraço, e lógico, ‘praqueles’ que tem a oportunidade e o dom da palavra que falem. (DSC-A)*

Já a “Ideia Central B – Perfil da população” mostra que a escolha da estratégia pedagógica está associada às características dos usuários que fazem parte do grupo educativo, pertencendo, assim como o DSC A, à representação social de que a centralidade da escolha está nas relações com a população:

*Na minha opinião, qualquer atividade dá pra gente trabalhar em grupo. Então a gente usa de tudo um pouquinho, porque vai de cada grupo. Aqui (grupo de hipertensos e diabéticos) funciona mais assim, brincadeiras, exercício físico... Eu acho que a roda de conversa é bom, mas aqui não funciona muito bem, porque eles confundem muito as*

coisas. Com criança, por exemplo, a gente faz alguma ação lúdica, como pintar e desenhar, teatrinho com fantoche, uma rodinha, musiquinha. Na escola, funciona mais palestra que é sobre sexualidade. Já no “grupo de convivência” é mais conversa, elas amam. (DSC-B)

Os três DSC subsequentes envolvem a representação social de que o fator limitante para a escolha das estratégias pedagógicas é a estrutura do serviço, associada principalmente à disponibilidade de diferentes tipos de recursos. A “Ideia Central C – Acesso aos recursos audiovisuais” traz a necessidade de recursos materiais para o processo educativo e como os profissionais lidam com a dificuldade de obter essas tecnologias:

*Pra mim o trabalho em grupo você precisa ter recurso audiovisual, um computador, um data show. Porque se você marcar um grupo onde você recebe o paciente e apenas conversa com ele, você não vai ter um bom resultado. O data show eu acho um bom recurso, é sempre bom, pois você tem bastante imagem, norteia um pouquinho a conversa e não fica cansativo. Eu sinto falta do data show e o nosso tá quebrado. A gente não tem nenhum recurso material, audiovisual, nenhum. Então o que a gente usa e que é o que funciona também é a conversa em roda, com apresentação de algumas fotos, de algum cartaz ilustrativo que a gente mesmo confeccionou. Agora não que isso seja o ideal na verdade né. Na verdade, a gente é o recurso que a gente tem né. (DSC-C)*

Por sua vez, a “Ideia Central D – Praticidade mediante a palestra” traz de forma explícita a lógica do serviço interferindo na escolha das estratégias pedagógicas para o trabalho em grupo, mostrando a palestra como a estratégia que corresponde com essa realidade:

*Pela falta de tempo, acho que o melhor recurso é a palestra mesmo, curta, objetiva, na linguagem deles. Porque quando você faz a palestra em grupo, você abrange um grupo geral, só a gente que vai explicando o que é certo, o que é errado. Porém, fica aquela coisa muito centralizada no profissional, mas a gente não tem um tempo pra programar o que a gente vai fazer no grupo, não tem tempo na agenda, então a gente acaba fazendo palestras. Além disso, os recursos nossos são poucos. (DSC-D)*

A “Ideia Central E – Disponibilidade de recursos humanos” apresenta as dificuldades postas ao trabalho em equipe diante da demanda de trabalho, colocando o nutricionista como o detentor dos saberes nessa área:

*Ah, mais profissionais da área, mais acompanhamento. Eu poderia ter um nutricionista aqui, explicando realmente o valor de cada alimento, aí*

*eu não precisaria perder tempo dando dieta. Com alguma parceria pra fazer grupo de pessoas pra saúde alimentar, fazer uma dinâmica, uma brincadeira, pra depois começar a falar mesmo do que a gente traz como conteúdo. Mas aqui na unidade, só eu mesma que tenho disponibilidade dos grupos. As outras pessoas não se envolvem por conta da demanda. (DSC-E)*

Por fim, a “Ideia Central F – Centralidade no corpo e nos sentidos” evidencia a representação social da experiência corporal como o elemento crucial para o sucesso das atividades educativas sobre alimentação e nutrição:

*Tem que trabalhar com o corpo, a sinergia, a participação efetiva, né. Eu penso em todos os recursos que possam transferir e fixar conhecimento, onde haja apreensão da pessoa que participou do grupo. Pelo que eu tenho de experiência eles gostam muito do grupo quando ele é bem movimentado, grupo de prática corporal, com bastante música... Outra coisa que eu acho legal é por exemplo: teve uma vez que a gente “tava” falando sobre o chocolate, então a gente trouxe vários tipos de chocolate pra falar os benefícios e malefícios, e pra eles degustarem, né; quando a gente fez também sobre o chá, então a gente traz o chá pra eles experimentarem. A gente traz várias coisas, então esse tipo de coisa acaba enriquecendo. Porque se você usa todos os elementos do corpo, os cinco sentidos, esse grupo tem tudo para ser um sucesso! (DSC-F)*

## Discussão

Este artigo pretende compreender as representações sociais dos profissionais da saúde, não nutricionistas, sobre a escolha de estratégias pedagógicas para grupos educativos sobre o tema alimentação e nutrição na APS. Os resultados possibilitaram a produção de conhecimento sobre a heterogeneidade das abordagens realizadas e das diferentes percepções a respeito das estratégias pedagógicas para corresponder ao cuidado em saúde através dos grupos educativos. Os DSC evidenciam que esta escolha está sujeita a três representações sociais: a relação com a população envolvida; a lógica do serviço determinando a disponibilidade de diferentes tipos de recursos; e a centralidade na experiência corporal.

A representação social de relação com a população inclui o DSC A, que traz a importância da participação coletiva, apresentando a roda de conversa e a oficina como as melhores estratégias facilitadoras. Porém, não há indicação para a reflexão e a problematização como justificativas

potenciais para essa escolha. Os profissionais se reconhecem como ouvintes e aprendizes, porém a participação descrita no DSC é aparentemente limitada, restrita ao aspecto comunicacional de concessão do direito de fala aos usuários. A percepção apresentada é de um processo educativo que mantém a aprendizagem ao nível cognitivo, sendo que o objetivo do grupo é “fazer eles entenderem o porquê que é importante cuidar da alimentação”, ou seja, falta avançar para o nível de construção e compreensão entre os sujeitos.

Pinafo et al.<sup>11</sup> apresentam que a educação em saúde, sob a perspectiva dos profissionais, caracteriza-se pelo convencimento da população em relação aos saberes técnicos e científicos, sem considerar a dimensão transformadora do processo educativo. Deste modo, apesar do avanço no reconhecimento da participação coletiva, ainda há a necessidade de explorar e entender como construir uma relação dialógica entre profissionais e usuários, culminando no protagonismo da população<sup>12</sup> e, assim, extrapolar representações sociais baseadas historicamente em processos educativos tradicionais, que apesar de estarem ancoradas na realidade e contexto, foram socialmente construídas.

Concomitantemente, cabe refletir sobre o que os profissionais de saúde entendem por oficina e roda de conversa, visto que não houve referência à reflexão, problematização e transformação como elementos do processo educativo. Na pesquisa de Oliveira e Wendhausen<sup>21</sup>, que visou a ressignificação das práticas de educação em saúde junto aos profissionais, estes notaram o antagonismo entre as suas práticas e os conceitos construídos durante o estudo. A concepção preliminar de roda de conversa que tinham, por exemplo, era a de que o profissional deveria transmitir os conteúdos e posteriormente gerar uma discussão com os usuários.

Por sua vez, o DSC B apresenta outro determinante da estratégia pedagógica utilizada: o perfil dos usuários. A escolha das estratégias pedagógicas, de fato, precisa considerar as características socioeconômicas da população, suas limitações físicas, entre outros. Não obstante, é necessário privilegiar o uso de métodos que promovam a participação coletiva, propiciando relatos da realidade e aproximando profissionais e usuários<sup>22</sup>. Apesar da ideia de que com determinado público funcione mais uma estratégia pedagógica expositiva, a participação coletiva deve ser priorizada em todos os grupos.

A representação social da centralidade nas relações entre as pessoas constitui, no conceito

desenvolvido por Merhy<sup>23</sup>, uma “tecnologia leve”. Por sua vez, a representação social de relação entre a escolha das estratégias pedagógicas e a estrutura do serviço apresenta o DSC C, o qual trata do uso de recursos audiovisuais, ou seja, “tecnologias leve-duras”, que são os saberes bem estruturados e suas formas de aplicação<sup>23</sup>. Estudo realizado com profissionais de saúde que desenvolvem grupos educativos com hipertensos e diabéticos também mostrou o uso de tecnologias leve-duras, destacando a importância de sua adequação de acordo com as características físicas, psicológicas e sociais dos usuários<sup>24</sup>.

Este DSC traz a percepção do poder da imagem como apoio necessário para o processo educativo, constituindo um elemento que, no plano simbólico, avança mais do que a verbalização para atingir o interesse do público e, consequentemente, obter envolvimento com a atividade. O computador, o *data show*, as fotos e cartazes possibilitam a projeção da imagem como uma estratégia que segue os padrões do espetáculo, o que é concorrente com as aproximações da mídia, as quais todos estamos expostos. Em uma analogia com o apresentado por Kehl<sup>25</sup> sobre a televisão, o uso dos recursos audiovisuais pelos profissionais de saúde busca atingir o público em uma linguagem rápida e fluída o suficiente para impedi-lo de mudar para o canal concorrente, que neste caso seriam os outros veículos de informação sobre alimentação e nutrição.

Além disso, os profissionais de saúde enquanto um grupo socialmente constituído expressam a dificuldade de acessar estes recursos, traduzida como frustração pela impossibilidade de realizar o trabalho idealizado no campo do imaginário. A falta de estrutura física já foi apontada na literatura como um obstáculo para as ações educativas<sup>21</sup>. Fernandes et al.<sup>24</sup>, no entanto, apontaram que recursos materiais sofisticados, como o *cata show*, não constituem necessariamente um pré-requisito para as atividades educativas em grupo. Assim, materiais simples, como cartazes feitos pelos profissionais, também podem corresponder ao objetivo da atividade proposta se usados de forma problematizadora.

O DSC D também apresenta a influência do trabalho na escolha das estratégias pedagógicas, evidenciando a palestra como uma fonte de praticidade para o profissional. Essa técnica está associada a um modelo de educação tradicional, de transmissão de conhecimentos e verticalidade na relação entre educador e educando<sup>26</sup>. No entanto, sob o olhar da representação social como uma estrutura construída coletivamente e que

expressa um modo de pensar e agir, a palestra parece corresponder às exigências do serviço, sendo uma opção, reconhecidamente não ideal, diante das possibilidades materiais e estruturais que a instituição fornece.

O planejamento de grupos educativos demanda tempo e é necessário que o profissional desenvolva essas atividades sem identificá-las como onerosas à sua rotina, o que resultaria em um trabalho frustrante com a população<sup>22</sup>. Desta forma, permanece o desafio de concretizar a EAN através dos grupos educativos como uma atividade prioritária de promoção da saúde na APS, visto que as políticas públicas de saúde e alimentação sinalizam para esse horizonte.

A (in)disponibilidade de recursos humanos aparece como outro elemento identificado que influencia a escolha das estratégias pedagógicas (DSC E). A representação social de um especialista, no caso o nutricionista, que domina e soluciona os requerimentos sobre alimentação e nutrição está em contraposição à transdisciplinaridade, elemento essencial para atividades com esse tema<sup>6</sup>. Além disso, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que visa à “melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira”, constitui um documento norteador para o SUS, e não um conjunto de diretrizes exclusivas para os nutricionistas<sup>27</sup>.

A inserção do nutricionista na APS através do apoio matricial às equipes de referência busca atingir um equilíbrio de saberes, rumo à valorização do cuidado interdisciplinar e integralidade do cuidado em saúde<sup>28,29</sup>. Reconhece-se a importância do nutricionista neste nível de atenção, no entanto, a sua presença como coordenador dos grupos educativos não é condicionante para o apoio das ações sobre alimentação e nutrição.

É importante refletir sobre a formação dos profissionais de saúde para desenvolver grupos de EAN, visto que este DSC expõe a falta de identificação e responsabilização com o tema. O processo de formação na perspectiva coletiva precisa ser entendido como um instrumento de engajamento pelo SUS, com alterações nas condições de trabalho e apoio para enfrentar os desafios da produção da saúde<sup>30</sup>.

A representação social da aprendizagem pelo corpo é exposta no DSC F, que tem a experiência corporal como uma ferramenta para a aquisição de novos conhecimentos sobre alimentação e nutrição. Os usuários envolvidos nos grupos educativos podem aprender os conteúdos abordados de forma racional e simbólica, mas considerando que a presença do indivíduo no mundo se dá me-

diante o conhecimento pelo corpo<sup>31</sup>, estratégias que incorporam a experiência corporal através dos sentidos podem ser de grande valia para grupos que trabalham a alimentação e a nutrição. Assim, o uso dos sentidos pode ser um instrumento efetivo para modificações do comportamento alimentar, como o incentivo do consumo de novos alimentos<sup>32</sup>.

A exceção da Categoria F, as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o processo de escolha das estratégias pedagógicas trouxeram elementos estruturantes do processo educativos. As ações que possuem abordagens educativas envolvem componentes de três diferentes esferas: o método, incluindo a técnica pedagógica, o conteúdo e a tecnologia empregada; os indivíduos envolvidos, ou seja, educadores e educandos; e o espaço em que acontece a ação<sup>33</sup>. Nota-se que entre estes, o conteúdo não foi apontado como um elemento que influencia a escolha e o uso das estratégias pedagógicas, mas que parece se relacionar com os programas, o que é surpreendente diante da diversidade de conteúdos relacionados à alimentação e nutrição abordados nos grupos.

Passados 10 anos de publicação da PNPS<sup>1</sup>, concomitante com o momento político programático de aplicação da nova política<sup>4</sup>, a alimentação adequada e saudável é mantida como um tema prioritário de atuação junto à população. Os dados apresentados evidenciam os desafios postos aos profissionais na condução dos grupos educativos que abordam o tema enquanto estratégias promotoras de saúde.

## Considerações finais

O presente estudo deu visibilidade a elementos que ajudam a compreender as representações sociais que levam à escolha das estratégias pedagógicas para as atividades em grupos educativos. Para os grupos que apresentam o tema alimentação e nutrição na sua condução, o discurso dos profissionais sinaliza a escolha segundo o processo de participação, as características da população, recursos audiovisuais e humanos, a praticidade e a experiência corporal. Este último amplia as oportunidades de estratégias educativas promotoras de saúde relacionadas aos hábitos corporais, aproximando e resgatando o conceito hipocrático do termo dieta.

Os resultados produzidos envolvem uma APS complexa trabalhando conteúdos de alimentação e nutrição focados no alimento e no processo



saúde-doença como parte dos diferentes programas de atenção à saúde locais ou nacionais. Os profissionais apresentam em seu imaginário componentes que vão além das políticas vigentes e sua atuação como tradutores individuais das mesmas. Existem elementos outros, como o contexto e o serviço, interpretados como barreiras, que precisam ser superados estruturalmente para a concretização de ações realmente promotoras de saúde em seus princípios norteadores.

Ademais, é necessário considerar o entendimento dos profissionais de saúde sobre os

componentes do processo educativo e sobre a importância e responsabilização com o tema alimentação e nutrição. A realização de educação permanente constitui, então, um dos caminhos para gerar novos saberes e formas de desenvolvimento dessas atividades a partir do cotidiano do serviço e realidade dos usuários, além de promover o fortalecimento pedagógico. Destaca-se a importância de aprofundar o olhar para a perspectiva dos profissionais de saúde, instituição e usuários para compreender os grupos educativos sobre alimentação e nutrição.

### **Colaboradores**

FC Botelho e LDS Guerra realizaram a pesquisa de campo, a análise dos dados e a redação do texto. A Pava-Cárdenas participou da análise dos dados e redação do artigo. AM Cervato-Mancuso atuou na concepção da pesquisa e redação final do texto.

### **Agradecimentos**

À Larissa Vicente Tonacio, pelo empenho e dedicação à pesquisa durante as etapas de concepção e produção dos dados. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento da pesquisa e concessão de bolsa à autora FC Botelho.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.
2. Santos DOA, Fagundes MDC. Saúde e dietética na medicina preventiva medieval: o regimento de saúde de Pedro Hispano (século XIII). *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos* 2010; 17(2):333-342.
3. Falcato J, Graça P. A Evolução etimológica e cultural do termo “dieta”. *Nutricias* 2015; 24:12-15.
4. Nunes ED. Espaços (inter) disciplinares: Alimentação / Nutrição / Saúde / Saúde Coletiva. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):18-30.
5. Narvai PC, Frazão P. Práticas de saúde pública. In: Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H, organizadores. *Saúde pública: bases conceituais*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 307-335.
6. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas*. Brasília: MDS; 2012.
7. Mendonça FF, Nunes EFPA. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trab. educ. saúde* 2015; 13(2):397-409.
8. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3289-3300.
9. Canella DS, Silva ACF, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. *Cien Saude Colet* 2013; 18(2):297-308.
10. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2014.
11. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*. 2011; 9(2):201-221.
12. Pereira MM, Penha TP, Vaz EMC, Collet N, Reichert APS. Concepções e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre educação em saúde. *Texto & contexto enferm.* 2014; 23(1):167-175.
13. Gazzinelli MFC, Marques RC, Oliveira DC, Amorim MMA, Araújo EG. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. *Trab. educ. saúde* 2013; 11(3):553-571.
14. Bransford JD, Brown AL, Cocking RR. *Como as pessoas aprendem: cérebro, mente, experiência e escola*. São Paulo: Senac; 2007.
15. Vieira RM, Vieira C. *Estratégias de ensino/aprendizagem*. Lisboa: Editora Piaget; 2005.
16. Rossi SQ, Belo VS, Nascimento BWL, Silva J, Fernandes PC, Silva ES. Um novo olhar para a elaboração de materiais didáticos para educação em saúde. *Trab. Educ. Saúde* 2012; 10(1):161-176.
17. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 5ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2007.
18. Contreiras H, Matta GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad Saude Publica* 2015; 31(2):285-297.
19. VICTORA CG, KNAUTH DR, HASSEN MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
20. Lefevre F, Lefevre AMC. *Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Liber Livro Editora; 2005.
21. Oliveira SRG, Wendhausen ALP. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. *Trab. Educ. Saúde* 2014; 12(1):129-147.
22. Dierks MS, Pekelman R. Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: MS; 2007. p. 75-86.
23. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
24. Fernandes MTO, Silva LB, Soares S. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1331-1340.
25. Kehl MR. Visibilidade e Espetáculo. In: Bucci E, Kehl MR, organizadores. *Videologias: ensaios sobre a televisão*. São Paulo: Boitempo; 2004. p. 141-161.
26. Alves GGA, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):319-325.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN*. Brasília: MS; 2012.
28. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev. Nutr.* 2011; 24(6):809-824.
29. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):961-970.
30. Passos E, Carvalho YM. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. *Saúde Soc.* 2015; 24(Supl. 1):92-101.
31. Wacquant LJD. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. *Rev. Soc. Pol.* 2002; 19:95-110.
32. Coelho HDS, Pinto e Silva MEM. Aspectos sensoriais da alimentação em programas de educação nutricional. In: Díez-García RW, Cervato-Mancuso AM, organizadores. *Mudanças alimentares e educação nutricional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 207-214.
33. Freire P, Freire N, Oliveira WF. *Pedagogia da solidariedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.

---

Artigo apresentado em 31/01/2016

Aprovado em 31/03/2016

Versão final apresentada em 02/04/2016