

## **Avaliação de Mídia para Políticas Públicas para Doenças Crônicas não Transmissíveis<sup>1</sup>**

Devani Salomão de Moura Reis<sup>2</sup>  
Universidade de São Paulo

### **Resumo**

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), lançado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância e Saúde e Departamento de Análise de Situação de Saúde, foi uma das políticas públicas para conter a disseminação desse mal. Desse Plano resultou o Guia Alimentar para a População Brasileira -, a obesidade e a alimentação são indicadores relacionados a fatores associados às DCNT. Na pesquisa em curso, essa mídia será avaliada, quanto à sua eficácia, considerando se os preceitos da comunicação pública foram contemplados. Foram entrevistadas 30 nutricionistas das Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo.

### **Palavras-chave**

Comunicação pública; doenças crônicas; nutricionistas; políticas públicas; saúde pública.

### **Introdução**

O Ministério da Saúde (MS) coordenou o processo de elaboração do ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022’, para o qual contou com a colaboração de 20 ministérios, diferentes instituições acadêmicas, secretarias de estado, sociedades científicas, associações de portadores de doenças crônicas e organizações não governamentais, na tentativa de colher sugestões dos diferentes segmentos da sociedade para construir intervenções que possibilitem o enfrentamento das DCNT no país. O Plano também foi apresentado nas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à sua consolidação como um compromisso de todos os níveis de gestão.

O Plano está alinhado às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e aborda os quatro principais fatores de risco modificáveis: tabagismo; alimentação inadequada; inatividade física; e consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Tais agentes são responsáveis por grande parte da carga de DCNT, advinda de quatro grupos de agravos: cardiovasculares; cânceres; diabetes; e doenças respiratórias crônicas.

No país, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no GT Comunicação e Saúde, do PENSACOM BRASIL 2016

<sup>2</sup> Pós doutoranda no Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo da Escola de Comunicações e Artes/Pesquisadora Sênior do Grupo de Pesquisa COMPOL, registrado no CNPQ. E-mail: devani@usp.br

Realizam

**PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016**

---

da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. Na última década, observou-se uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros.

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a *baixa escolaridade*, as *desigualdades no acesso à informação*, (grifo da autora) além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e *alimentação inadequada*, (grifo da autora) tornando possível sua prevenção.

Como resposta ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil tem implementado políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a amplitude e a tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem priorizado diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool.

Como nossa pesquisa está no eixo da *alimentação saudável* (grifo da autora), percebemos que o incentivo ao aleitamento materno tem sido uma importante iniciativa do MS, ao lado do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, da rotulagem dos alimentos e dos acordos com a indústria para a eliminação das gorduras trans e para a redução de sal nos alimentos. Além disso, nos últimos anos, ocorreu uma importante expansão da Atenção Básica em Saúde, que, atualmente, cobre cerca de 60% da população brasileira.

### **Contando sobre alimentação saudável<sup>3</sup>**

A intervenção na alimentação do homem vem sendo praticada pelos indivíduos desde Hipócrates, na Grécia antiga, que percebeu a relação entre alimentação e estado de saúde e

---

<sup>3</sup> Alimentação saudável deve ser baseada em práticas alimentares assumindo a significação social e cultural dos alimentos como fundamento básico conceitual. A alimentação se dá em função do consumo de alimentos (e não de nutrientes). Os alimentos têm gosto, cor, forma, aroma e textura e todos estes componentes precisam ser considerados na abordagem nutricional. Os nutrientes são importantes, contudo, os alimentos não podem ser resumidos a veículos destes.

introduziu condutas que deram origem aos atuais conhecimentos sobre esse tema. Entretanto, as bases científicas para esta prática só foram obtidas com o advento dos conhecimentos da Nutrição, que adquiriu status de ciência a partir do início do século XX. Dessa forma, a alimentação humana se transformou num complexo fenômeno biológico e social, resultado de uma realidade histórico-social também complexa.

As entidades, organizações e empresas que se disponham a produzir alimentos têm que se preparar, para poder proporcionar serviço de qualidade do ponto de vista nutricional, higiênico e organoléptico<sup>4</sup>. É então que o campo de trabalho do profissional de nutrição tem sua origem, e ganha projeção, inserido no processo global de trabalho em Saúde. Esse é o campo da dietética, inserido num processo maior de ações voltadas para a atenção dietética, e que envolve profissionais com vários níveis de formação.

O campo de trabalho dos profissionais de nutrição e dietética apresenta crescente complexidade tecnológica, uma vez que os insumos básicos de sua atuação, os alimentos e os equipamentos para o seu processamento têm passado por marcantes transformações, fruto da incorporação de sofisticados recursos tecnológicos para sua obtenção. Em paralelo, os contínuos progressos das ciências que embasam essa prática fazem com que o trabalho com os alimentos seja pautado por preceitos científicos, técnicos e legais, que geram procedimentos precisos e sofisticados. As ações para controle sanitário dos alimentos, o destino adequado dos dejetos, a disponibilidade no mercado de alimentos transgênicos são alguns exemplos de conhecimentos que devem ser operacionalizados em ações voltadas para a produção de refeições.

### **Comunicação e saúde**

Quando falamos em comunicação podemos divagar porque apresentamos um substantivo que nos remete a várias interpretações, com sinônimos diversos como: interlocução, informação, conversação, diálogo, aviso, porta entre outros, que não representam a mesma coisa. Embora com compreensão plural quando o adjetivamos fica menos complexo o entendimento. Exemplos são a comunicação humana, a interpessoal, organizacional, interna, visual, etc.

---

<sup>4</sup> São consideradas propriedades organolépticas toda a propriedade que pode ser percebida com os nossos cinco sentidos: paladar, visão, olfato, tato e audição.

Realizam

**PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016**

---

Nesse artigo nos interessa a comunicação na área da saúde visto que é nessa interface que pesquisamos há 20 anos. Inui e Carter (1985) consideram que habilidades comunicacionais são estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para oferecerem condições mais adequadas para o enfrentamento da doença e adesão dos pacientes aos tratamentos. Mas, para tanto, é essencial que médico, técnico de saúde e paciente adotem perspectivas mais próximas. Em linhas gerais, a comunicação corresponde ao processo de compreender e compartilhar mensagens verbais ou não-verbais, enviadas e recebidas, sendo que estas mensagens exercem influências nos comportamentos das pessoas envolvidas em um campo de interações com características estruturais e funcionais que modulam as expressões e as consequências do ato comunicacional. Neste sentido, a literatura sugere a existência de culturas específicas nos diferentes serviços de saúde, as quais influenciam o modo de perceber e exercer o trabalho, assim como o modo de interagir e se comunicar (BARBOSA & ARAUJO, 2006; COSNIER, GROSJEAN & LACOSTE, 1994).

Estudos foram realizados ao longo das últimas décadas, mas são necessárias mais pesquisas que ampliem os conhecimentos sobre as especificidades do processo comunicacional nessa área, visando aprimoramento progressivo tanto no nível social - por exemplo, campanhas nacionais com uso das mídias - quanto no nível interpessoal - como na relação profissional-paciente-família (ARAUJO, 2009; INUI & CARTER, 1985; KAPLAN, 1997).

Sendo assim, para melhor conhecer a comunicação em saúde, fundamentalmente com o intuito de aperfeiçoar a formação e a prática clínica, é importante realizar investigações em diferentes contextos, comparando-se suas peculiaridades, notadamente em termos de facilitadores e perturbadores da comunicação (ARAUJO, 2009; LAMBERT ET AL., 1997; MARTINS & ARAUJO, 2008; RUIZ-MORAL, 2007).

Vale destacar que uma revisão da literatura, abrangendo estudos desenvolvidos entre 1966 e 2003, reafirmou que quanto mais bem informado sobre sua condição, maior é a participação do paciente nos seus cuidados de saúde e, por conseguinte, o alcance das metas terapêuticas e preventivas (EPSTEIN, ALPER & QUILL, 2004). Em consonância, um trabalho de Brown, Stewart e Ryan (2003) evidenciou que a principal queixa relacionada aos atendimentos se refere a dificuldades na comunicação com o médico (como repasse incompleto de informações sobre diagnóstico), as quais superam críticas exclusivamente relacionadas à competência técnica do profissional.

Realizam

**PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016**

---

Um exame atento das pesquisas indica que, até os anos 1990, privilegiavam-se as características pessoais dos agentes da interação (ex.: idade, nível de escolaridade, tempo de formação) como parâmetro das investigações. Porém, desde então, o evento comunicativo, como um todo, passou a interessar a um número cada vez maior de estudiosos. Assim, com tal preocupação, Byrne e Long (in MARKS, MURRAY, EVANS & WILLING, 2004) buscaram identificar o estilo comunicacional de 71 médicos durante 2.500 atendimentos. Os autores concluíram que os profissionais se diferenciavam conforme dois estilos principais: a) "centrado no paciente", no qual se utiliza o conhecimento e as experiências do paciente, permitindo eventuais silêncios para propiciar uma escuta atenta por parte do profissional e b) "centrado no médico", no qual se desenvolve a interação com base em aspectos técnicos (ex.: exame físico), valendo-se principalmente dos conhecimentos e das habilidades dos profissionais.

Estudos anteriores identificaram atitudes e comportamentos profissionais que contribuem para o estabelecimento de uma comunicação adequada com os usuários: compreender expectativas e experiências; construir vínculos; fazer recomendações contextualizadas; prestar informações detalhadas; avaliar a compreensão do paciente e do acompanhante; utilizar linguagem acessível; falar pausadamente; observar comportamentos não-verbais; conhecer valores culturais, sociais e espirituais do paciente; repetir orientações; empregar um *checklist* e realizar *roleplay*<sup>5</sup> (BARBOSA & ARAUJO, 2006; MARTINALI, BOLMAN, BRUG, VAN DER BORNE & BAR, 2001; MARTINS & ARAUJO, 2008; RUIZ-MORAL, 2007).

Em relação aos fatores que prejudicam essa comunicação, alguns autores destacam: diferenças pronunciadas de instrução, cognição, idade e cultura; elevada carga de informações e não verificação da compreensão dos usuários; impacto emocional gerado pelos informes; escassez de tempo; uso demasiado de perguntas fechadas; contato visual restrito; hipervalorização do saber técnico-científico e uso excessivo de jargões; desqualificação das crenças, costumes e valores do paciente; não inclusão do paciente nas decisões sobre a conduta terapêutica; declarações contraditórias; mudanças bruscas de

---

<sup>5</sup> É uma forma de jogo em que os jogadores muitas vezes fingem ser outra pessoa, em épocas diferentes ou nos dias atuais.

assunto; não esclarecimento de dúvidas e características do quadro patológico tratado (MARKS et al., 2004; MARTINS, 2001; RUIZ-MORAL, 2007).

### **Como é o espaço da saúde**

A área de Saúde ocupa-se da produção de cuidados integrais de saúde no âmbito público e privado do sistema de serviços, por meio de ações de apoio ao diagnóstico, educação para a saúde, proteção e prevenção, recuperação e reabilitação e gestão em saúde desempenhadas por profissionais das diferentes subáreas que a compõem. Outro compromisso da área é a interlocução, interação e pactuação com outros setores da economia e da sociedade que têm relevância no estado de saúde da população, e que influenciam na organização dos respectivos serviços. Depreende-se disso que as ações da área possuem um enfoque setorial e outro intersetorial.

Sucessora direta das ciências da natureza, da educação geral, nas quais encontra suas bases científicas, através das competências básicas desenvolvidas nos estudos de biologia, anatomia e fisiologia humanas, microbiologia, física, química, matemática e ecologia, a área de saúde tem nessas ciências os insumos para as bases tecnológicas que levarão ao desenvolvimento das competências profissionais requeridas no processo de produção, no que tange às técnicas de trabalho.

Nas ciências humanas, especialmente nos estudos de sociologia, antropologia, psicologia e filosofia, encontra os recursos cognitivos e socioafetivos que criarão a base ética, política e social do trabalho em saúde.

Na área de linguagens e códigos repousam as bases instrumentais que formarão as competências relativas à melhor e maior utilização de ferramentas e recursos tecnológicos hoje disponíveis aos profissionais da área e à utilização adequada da comunicação com o paciente/cliente/comunidade e na interlocução com os membros da equipe e com o sistema. A área de saúde estabelece interfaces com todas as áreas da atividade humana, na medida em que as questões relativas à saúde e segurança no trabalho perpassam todos os processos produtivos nos diferentes ramos de atuação e atividades laborais.

## **Guias e sua função**

Como nosso objeto de estudo é um guia, importante que saibamos um pouco mais sobre eles. Os guias alimentares possuem duas propostas: a primeira, ser um roteiro de saúde pública, e a segunda, uma ferramenta de educação nutricional. Desde 1916, os guias alimentares vêm sendo desenvolvidos no mundo a fim de traduzir as recomendações de uma dieta saudável para população (BARBOSA, COLARES e SOARES. 2008).

Nesse sentido a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe que os governos forneçam informações à população para facilitar a adoção de escolhas alimentares mais saudáveis em uma linguagem que seja compreendida por todas as pessoas e que leve em conta a cultura local. (GAPB, 2014, p. 7).

Em consonância com as recomendações da OMS de atualizar periodicamente as recomendações sobre alimentação adequada e saudável, a partir de 2011, o Ministério da Saúde desencadeou o processo de elaboração da segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, alegando que o “documento se insere dentro da estratégia global de promoção da saúde e do enfrentamento do excesso de peso, que já atinge mais da metade da população brasileira”. (BRASIL. BLOG DA SAÚDE, 2014). Esta modernização foi incluída como uma das metas do Plano Plurianual e do I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, ambos relativos ao período de 2012 a 2015 (GAPB, 2014, p. 7).

O primeiro Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado em 2006, apresentou as diretrizes fundamentais oficiais para a nossa população. Diante das transformações sociais vivenciadas pela sociedade, que impactaram sobre suas condições de saúde e nutrição se fez necessária à revisão das recomendações.

A segunda edição do Guia Alimentar foi lançada em 2014. O material ficou em consulta pública de fevereiro a maio de 2014, recebendo, 3.125 contribuições de 436 indivíduos/instituições, permitindo seu amplo debate por diversos setores da sociedade e orientando a construção do seu conteúdo. Ele aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população e, configurando-se como um instrumento de educação alimentar e nutricional no SUS e também para outros setores.

A publicação apresenta um conjunto de informações, análises, recomendações e orientações sobre escolha, combinação, preparo e consumo de alimentos que objetivam promover a saúde de pessoas, famílias e comunidades e da sociedade brasileira como um todo.

Realizam

**PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016**

---

### **A organização pública**

O Guia é um instrumento com origem no Ministério da Saúde em parceria com o Núcleo de Pesquisa Epidemiológica em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (Nupen/USP) e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/Brasil), organismos públicos. Nosso locus de pesquisa são as Unidades Básicas de Saúde municipais, também organizações públicas. Entendemos que é pertinente falarmos sobre esse tipo de instituições.

Segundo Denhardt (2012, p. 1) As organizações são, na verdade, produtos de ações humanas individuais – ações com sentido e significado especiais para quem nelas atua. A organização supostamente impessoal é o pano de fundo de um mundo muito pessoal.

Por essa razão, segundo o autor,

“as organizações públicas podem parecer bem diferentes, dependendo de nossa perspectiva particular. Por exemplo, muitas vezes falamos sobre o labirinto de confusão e *red tape* (burocracia) que parece caracterizar as organizações públicas.. Alguns órgãos, apesar do seu alegado interesse por eficiência e serviço, parecem ter por objetivo evitar soluções satisfatórias para nossos problemas. Por um lado, a burocracia se mostra rotinizada que parece insensível; por outro, se revela tão arbitraria que parece cruel. Por consequência, não devemos nos surpreender que tanta gente tenha uma opinião tão melancólica a respeito da burocracia pública” (2012, p. 2).

Esse quadro pode mudar a medida em que nos familiarizamos mais com a burocracia e as pessoas que a integram. Muitas vezes, estes indivíduos são interessados e competentes, trabalhando para ganhar a via e procurando lidar de forma efetiva com os problemas complexos com que se deparam. Trabalhar para o governo não é, apenas, mais um trabalho qualquer; é uma oportunidade de participar de problemas públicos difíceis.

### **O processo de elaboração e planejamento da política pública**

Segundo Dias e Matos (2012, p.60) o processo de formulação de políticas públicas pode ser entendido como uma sucessão de negociação entre atores políticos (ou jogadores, no jargão d teoria dos jogos) que interagem em arenas formais (como Legislativo ou o ministério) e informais (a rua, onde os movimentos sociais e outros atores mobilizam-se). Algumas



Realizam

**PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016**

---

dessas negociações são mais transparentes (os tribunais); outras são menos transparentes (negociações a portas fechadas)<sup>6</sup>

Segundo Dias e Matos (2012, p.61) o importante é que, nesse processo, as necessidades e objetivos sejam previamente definidos de maneira democrática, pela utilização dos mais diversos mecanismos de participação social. A intervenção, via política pública, e numa determinada área (saúde, educação, meio ambiente, etc.), não se deve a uma decisão solitária e limitada tão somente a quem detém o poder político momentaneamente.

Os autores consideram a participação da sociedade deve ser considerada de fundamental importância para a a implantação e implementação de políticas públicas que atendam às reais necessidades da população e estabeleçam seus limites e alcances.

O estabelecimento de prioridades, objetivos e metas a serem alcançadas constitui a espinha dorsal de uma política pública, seu aspecto mais concreto, e sinaliza para todos os envolvidos os parâmetros pelos quais devem se orientar as ações na área. São as diretrizes para o setor, que seja na área da saúde, da educação ou do meio ambiente, entre outras. Podemos associar as políticas públicas como ferramentas utilizadas pelo Estado para exercer suas funções públicas no atendimento das demandas sociais e solução de problemas que afetam a coletividade.

Um problema de âmbito público (DIAS e MATOS, p. 61) apresenta componentes estruturais que estão relacionados às necessidades e demandas sociais, implicando um conjunto de contradições e que por isso é objeto de controvérsia pública envolvendo “uma série de atores ou agentes sociais na sua construção e formulação”.<sup>7</sup>

Os ciclos ou processo de políticas públicas constituem um modelo de análise que decompõe a política pública em uma série de etapas que foram uma sequência lógica, constituindo-se uma ferramenta proposta pela primeira vez por Charles Jones em 1970, segundo Dias e Matos (2012, p.63). Desde então, são cinco as fases na vida ou desenvolvimento de uma política pública que mais são utilizadas: identificação de um problema, formulação de soluções, tomada de decisões, implementação e avaliação.

Este modelo de análise, segundo os autores (2007, p. 63) tem como vantagem apresentar uma sucessão de sequências correspondendo a uma abordagem clássica e racional da política

---

<sup>6</sup> BID (2007).

Realizam

**PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016**

envolvendo diferentes cenários e atores. O modelo é aplicável na análise de qualquer política, além de facilitar a delimitação do objeto de estudo.

No caso das DCNTs, pelo que pesquisamos até o momento, podemos inferir que:

Quadro 1 – Processo das políticas pública

1. Identificação do Problema	2. Formulação da solução	3. Tomada de Decisão	4. Implementação	5. Avaliação
<p>Objetivo: Definir claramente o problema e reconhecer sua importância</p> <p>Aumento dos casos de DCNT no Brasil</p> <p>Demanda de ação pública: Coube aos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome as primeiras ações</p>	<p>Elaboração de alternativas:</p> <p>a. reduzir a prevalência de obesidade em adultos</p> <p>b. deter o crescimento da obesidade em adultos</p> <p>c. aumentar o consumo de frutas e hortaliças</p> <p>d. reduzir o consumo médio do sal e do açúcar</p> <p>Estudo de soluções</p> <p>Proposta de solução: elaboração de um guia alimentar</p>	<p>Construção de alianças</p> <p>Participaram: Ministério da Saúde, Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da USP e da Organização Pan-Americana de Saúde. sociedades científicas, sociedade em geral</p> <p>Legitimidade da política de saúde adotada</p> <p>Considerando-se a política de saúde como uma política social: a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania</p>	<p>O gestor do Ministério da Saúde afirmou que o Guia foi distribuído para Unidades básicas de saúde de todo o Brasil, no entanto em muitas delas ele não chegou</p>	<p>Ainda não existe. Motivo da pesquisa</p>

Quadro formulado pela autora, de acordo com a pesquisa bibliográfica e de campo com gestores dos Ministérios da Saúde e de Desenvolvimento Social e combate à Fome

**Avaliação da política pública**

O movimento de institucionalização do Monitoramento e Avaliação (M&A) como atividade governamental em prol da gestão pública, mais estritamente no setor saúde, teve forte influência de agências internacionais que vinculavam o apoio técnico-financeiro de projetos a mecanismos de acompanhamento dos resultados. A ênfase dada, que ainda prevalece, é a da avaliação baseada em resultados. Este movimento iniciou com diferentes iniciativas nas três esferas de governo num contexto marcado pelo avanço dos processos de

descentralização do sistema de saúde no Brasil, a partir das mudanças desencadeadas com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A avaliação pode subsidiar: o planejamento e formulação das intervenções governamentais, o acompanhamento de sua implementação, suas reformulações e ajustes, assim como as decisões sobre a manutenção ou interrupção das ações. É um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão e do controle sobre a efetividade da ação do Estado, bem como para a divulgação de resultados de governo

Além do caráter de mensuração objetiva de resultados, a avaliação possui também aspectos qualitativos, constituindo-se em um julgamento sobre o valor das intervenções governamentais por parte dos avaliadores internos ou externos, bem como por parte dos usuários ou beneficiários. A decisão de aplicar recursos públicos em uma ação pressupõe a atribuição de valor e legitimidade aos seus objetivos, e a avaliação deve verificar o cumprimento das metas estabelecidas.

Segundo Silva (1999), o motivo mais imediato do interesse pela avaliação de atividades de governo seria a preocupação com a efetividade, isto é, com a aferição dos resultados esperados e não-esperados alcançados pela implementação dos programas. O segundo motivo seria o de entender o processo pelo qual os programas alcançaram ou não esses resultados, analisando a dinâmica da intervenção estatal e os problemas concretos advindos da implementação. Outros motivos relevantes seriam a aprendizagem organizacional das instituições públicas sobre suas atividades, a tomada de decisão sobre a continuidade ou não dos programas e, ainda, a transparência, qualidade e accountability na gestão dos recursos públicos (responsabilização dos gestores por decisões e ações implementadas).

Assim, as questões imediatas e centrais a serem respondidas pelos estudos de avaliação seriam: Em que medida os objetivos propostos na formulação do programa são ou foram alcançados na implementação? Como o programa funciona e quais os motivos que levam ou levaram a atingir ou não os resultados? (SILVA, 1999, p.38; SILVA, 2002, p.15). A partir dessas questões gerais, os estudos podem responder tópicos mais específicos, relacionados às informações para o processo decisório e aprendizagem organizacional.

Um aspecto importante a ser ressaltado é que a decisão de institucionalizar a avaliação, conforme enfatizado por Hartz (2001) exige que seja definida “uma política de avaliação para a avaliação de políticas” com a definição de propósitos e de recursos; explicação de

Realizam

**PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016**

---

tipos de abordagens; localização em organograma das instâncias onde a prática avaliativa deve ser desenvolvida e as relações que devem ser estabelecidas para utilização dos seus resultados. Afinal não basta apenas avaliar políticas, completar um ciclo com a verificação da influencia da avaliação e a utilização dos resultados para a melhoria da política.

No entanto o investimento numa cultura avaliativa implica necessariamente no aprendizado e na apropriação sobre desenhos e abordagens de avaliação. Afinal, a avaliação requer uma aproximação e um debruçar sobre questões remetidas ao por que, para que, para quem, como, de forma a potencializá-la como instrumento que faça parte da vida institucional e não apenas como objeto de legitimação do feito.

### **Definição de Avaliação**

“A definição do que seja avaliação parece ser quase consensual. De acordo com a UNICEF (1990), por exemplo, trata-se do exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple o seu desempenho, implementação e resultados, com vistas à determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e a relevância de seus objetivos. O propósito da avaliação é guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa.” (Costa e Castanhar, 2003, p.972)

A Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), em seu Glossário de Termos em Avaliação e Gestão por Desempenho, utiliza as mesmas idéias-chave para a definição de avaliação, adicionando que a mesma deve prover informações com crédito e utilidade, permitindo o aprendizado no processo de tomada de decisões. O Glossário da OCDE ressalta, também, que a avaliação constitui-se na determinação de valor ou significância de uma atividade, política ou programa. É um julgamento, tão sistemático e objetivo quanto possível, a respeito das intervenções governamentais.

Entretanto, autores como Ala-Harja e Helgason (2000) chamam a atenção para o fato de que não há um acordo sobre o que é avaliação, em função de que o conceito é definido de múltiplas, e às vezes contraditórias, maneiras, e por uma variedade de disciplinas, tais como economia, política, administração e sociologia. Além disso, a avaliação serve a uma ampla gama de necessidades, discussões, clientes, instituições e praticantes. Como a avaliação tem

sido crescentemente demandada, virtualmente qualquer tipo de feedback ou consulta tem sido chamado de avaliação.

### **Considerações finais**

Inferimos que houve a intenção dos gestores dos Ministério da Saúde, ao colocar tanto o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil quanto o Guia Alimentar para a população Brasileira em discussão com vários órgãos públicos e também com a sociedade civil, de “ouvir” as aspirações e expectativas desses protagonistas. No entanto, como só tivemos a versão do que ocorreu dos Ministérios da Saúde e da Assistência Social e Combate à Fome, não sabemos em quais condições esse “escutar” foi feito. Quanto de informação e poder de decisão essas pessoas ou grupos tinham. As publicações com avaliações do Plano são dispersas e, quanto ao Guia ainda não existem julgamentos.

Não tratamos nesse artigo do conteúdo do Guia, cujos cinco princípios são: alimentação é mais do que ingestão de nutrientes; recomendações sobre alimentação devem estar em sintonia com seu tempo; alimentação adequada e saudável deriva de sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável; diferentes saberes geram o conhecimento para a formulação de guias alimentares; e guias alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares.

Esse último princípio trata do empoderamento da população brasileira para a escolha de alimentos saudáveis. Refletimos que isso implicaria em uma ação coletiva de indivíduos que participam em espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais. Essa consciência ultrapassa a tomada de iniciativa individual de conhecimento e superação de uma realidade em que se encontra. Lembramos que o nosso Lócus de pesquisa são as UBS municipais, portando um espaço da saúde pública e, dificilmente essa promoção de autonomia ocorrerá, devido as condições socioeconômicas e educacionais da população que utiliza esses serviços.

A pesquisa de campo será realizada em julho, portanto não temos elementos no momento para avaliarmos a eficácia do Guia, sob a visão das nutricionistas que atendem nos ambulatórios das UBS municipais. Esses dados serão motivo de futuros artigos.

### **Referências bibliográficas**

ALA-HARJA, MARJUKKA; HELGASON, SIGURDUR. Em Direção às Melhores Práticas de Avaliação. Brasília, Revista do Serviço Público, ano 51, n. 4, out./dez., 2000.

ARAUJO, T. C. C. F. Comunicação em saúde: Contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 61(2),1-13. 2009.

BARBOSA, R. M. SAMPAIO; COLARES, LUCILÉIA G. TAVARES; SOARES, ELIANE DE ABREU. Desenvolvimento de guias alimentares em diversos países. Disponível em <http://biblioteca.versila.com/3822361>, 2008.

BARBOSA, A. C. A. S., & ARAUJO, T. C. C. F. Pré-consulta e consulta na prática assistencial hospitalar. Mudanças, 14(2), 205-214. 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Secretaria-Executiva da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo alimentação saudável. Brasília. Ministério da Saúde. 2005, 236 p. . Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em [http://www.sonutricao.com.br/downloads/Guia\\_Alimentar\\_Populacao\\_Brasileira.pdf](http://www.sonutricao.com.br/downloads/Guia_Alimentar_Populacao_Brasileira.pdf). Acesso em 10 de março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança Guia alimentar para a população brasileira. 2014. Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/34678-ministerio-da-saude-lanca-guia-alimentar-para-a-populacao-brasileira.html>. Acesso em 9 de março de 2016.

BROWN, J. B., STEWART, M., & RYAN, B. L. Outcomes of patient-provider interaction. In T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Eds.). Handbook of Health Communication (pp.183-204). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates. 2003.

COSNIER, J., GROSJEAN, M., & LACOSTE, M. (orgs.). Soins et communication: Approaches interactionistes des relations de soins. Lyon: Presses Universitaires de Lyon. 1994.

COSTA, FREDERICO L.; CASTANHAR, JOSÉ C. Avaliação de Programas Públicos: desafios conceituais e metodológicos. Rio de Janeiro, Revista de Administração Pública, 37 (5), set./out., 2003.

DENHARDT, Robert B. Teorias da Administração Pública. São Paulo, Cengage Learning, 2013.

DIAS, R e MATOS, F. Políticas Públicas, princípios, propósitos e processos. São Paulo: Ed. Atlas.2012.

EPSTEIN, R. M., ALPER, B. S., & QUILL, T. E. Communicating evidence for participatory decision-making. The Journal of the American Medical Association, 291(19), 2359-2366. 2004.

Realizam

**PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016**

---

HARTZ, ZMA. Institucionalizar e Qualificar a Avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7:419-421. 2002.

INUI, T. S., & CARTER, W. B. Problems and prospect for health services research on provider-patient communication. *Medical Care*, 23(5), 521-538. 1985.

KAPLAN, R. M. Health outcomes and communication research. *J Health Commun*, 9(1), 75-82. 1997.

LAMBERT, B. L., STREET, R. L., CEGALA, D. J., SMITH, D. H., KURTZ, S., & SCHOFIELD, T. (1997). Provider-patient communication, patient-centered care, and the mangle of practice. *J. Health Communication*, 9(1), 27-43. 1997.

MARKS, D. F., MURRAY, M., EVANS, B., & WILLING, C. Communication: Messages and meanings. In F. D. MARKS, M. MURRAY, B. EVANS, & C. WILLING (Orgs.). *Health Psychology* (pp.265-86). London: Sage. 2004.

MARTINALI, J., BOLMAN, C., BRUG, J., VAN DER BORNE, B., & BAR, F. (2001). A checklist to improve patient education in a cardiology outpatient setting. *Patient Education Counseling*, 42, 231-238.

MARTINS, B. M., & ARAUJO, T. C. C. F. (2008). Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente. *Psicologia Argumento*, 26(53),109-116. 2008.

MARTINS, M. C. F. N. Humanização das relações assistenciais: A formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

MIERLO, J.G.A. The Experience of OECD Countries with Public Management Reform and its Relevance to Central and Eastern Europe. The University of Maastricht, 1996. <http://ideas.repec.org/p/dgr/umamet/199621>.

RUIZ-MORAL, R. Relación médico-paciente: Desafios para la formación de profesionales de la salud. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 11(23), 619-623. 2007.

SILVA, M. J. P. Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde. 11ª ed. São Paulo: Loyola. 2006.