


Alimentação saudável: Proposta de Portugal para melhorar a saúde por meio da saúde pública

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.018-022>

Devani Salomão

Pós-doutora pela Universidade do Minho (2022), Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade - Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, com o projeto "Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável como Política Pública na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis no serviço público de saúde de Portugal". Pós-doutora pela Universidade de São Paulo (2018) com o projeto "Políticas públicas visando controle da obesidade", quando fez a análise da comunicação pública do Guia Alimentar para a População Brasileira como instrumento de política pública na prevenção e controle de doença crônica não transmissível, especificamente a obesidade. Pós-doutora pela Universidade de São Paulo (2014), com pesquisa financiada pelo Conselho Nacional

de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), cujo tema foi a averiguação da existência de gestão sustentável em indústrias farmacêuticas, analisando os discursos e práticas gerenciais em algumas multinacionais deste setor. Pós-doutora pela Universidade Metodista de São Paulo (2011), Cátedra UNESCO de Comunicação para o Desenvolvimento Regional e Cátedra "Prefeito Celso Daniel" de Gestão de Cidades, oportunidade em que foi analisada a funcionalidade do Manual de Prevenção de Quedas da Pessoa Idosa, um veículo de comunicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público do Estado de São Paulo. Doutora (2005) e mestre (1999) em Relações Públicas pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo.

RESUMO

Esta reflexão é o resultado da análise de dois Relatórios de Progresso Semestrais que se referem a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável - EIPAS, que estabelece como prioridade "promover a saúde através da Saúde Pública, assumindo como fundamental a política de promoção de uma alimentação saudável" (Despacho n.º 11.418/2017, 29/12/2017).

Os hábitos alimentares inadequados são um dos principais fatores de risco para a mortalidade precoce da população portuguesa. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - cardiovasculares, diabetes, obesidade e oncológicas -, são enfermidades com uma elevada prevalência na população portuguesa, sendo as cardiovasculares a principal causa de morte no país.

O objetivo foi ampliar as evidências relacionadas à política de alimentação saudável e formar uma base para pesquisas futuras mais específicas.

Metodologia: pesquisa de campo e fontes bibliográficas, bem como análise de conteúdo de dois relatórios.

Resultados: Na análise de conteúdo as categorias que mais aparecem são "alimentação saudável", "comunicação" e "administração pública". Observamos a preponderância do assunto "alimentação saudável" nos textos dos relatórios. A comunicação teve boa ênfase. Infere-se uma intenção do Ministério da Saúde (administração pública) de tentar que haja um ponto comum nas narrativas entre especialistas e cidadãos, para melhor compreensão das pessoas e assim poderem decidir sobre o que é recomendado nos diversos aspectos da alimentação saudável e saúde tanto no material analisado, quanto em outras mídias.

Palavras-chave: Alimentação saudável, Comunicação pública, Doenças crônicas, Políticas públicas, Saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

Este texto é fruto do pós doutorado na Universidade do Minho, realizado entre 2021 e 2023, decorrente do projeto intitulado “Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável como Política Pública na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis no serviço público de saúde de Portugal”, cujo objetivo era, visto que o trabalho, está situado na área da comunicação pública com interface com a saúde pública, mostrar e analisar quais foram os meios comunicacionais utilizados para divulgar os quatro eixos norteadores da Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) e porque os integrantes dos ministérios envolvidos optaram por eles, bem como quais foram os elementos comunicacionais para divulgar os seus resultados.

Segundo o Programa Nacional de Promoção da Saúde - PNPAS, alguns fatores são determinantes do consumo alimentar: a idade, o sexo, a educação ou o rendimento são algumas das variáveis que ajudam a explicar diferentes consumos alimentares. A sistematização desta informação, no futuro, assume-se como crucial para a criação de programas de promoção de hábitos alimentares saudáveis. Pode-se notar que em todas as análises, os fatores socioeconômicos, como o grau de instrução ou a situação face ao emprego parecem influenciar fortemente a disponibilidade de alimentos promotores de saúde e/ou o acesso aos mesmos (Direção Geral da Saúde [DGS], Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável [PNPAS], 2013. p.35).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o consumo diário de pelo menos 400g de fruta e hortícolas, o equivalente a aproximadamente 5 porções diárias destes alimentos. Por outro lado, também o efeito dos alimentos com elevada densidade energética no crescimento e na saúde das crianças, em particular na obesidade, tem sido um dos aspetos mais largamente estudado, dado o aumento exponencial da disponibilidade destes alimentos nas últimas décadas (DGS, PNPAS, 2014, p.35).

A forma mais correta de avaliar a adequação nutricional de uma população é através da recolha direta e individual de informação sobre ingestão alimentar a grupos populacionais e amostras representativas dela. O último Inquérito Alimentar Nacional (IAN) com recolha direta e metodologia considerada adequada, a nível europeu, data de 1980. Quando tal não é possível, são utilizados métodos indiretos que nos indicam as disponibilidades alimentares ou os gastos das famílias em bens alimentares – dados recolhidos regularmente pelas instituições nacionais como o Instituto Nacional de Estatística (INE) que recolhem e produzem informação estatística (DSG, PNPAS, 2015, p. 16).

Essas são as principais atividades desenvolvidas para se atingirem os eixos estratégicos do PNPAS: 1. promover a vigilância epidemiológica e a investigação sobre os consumos alimentares; 2. desenvolver ações na área da prevenção primária, modificando a disponibilidade de alimentos, promovendo a capacitação e criando articulação intersetorial; 3. promover a prevenção secundária da obesidade nos adultos (DGS, PNPAS, 2016/17, p.11-12).

Portugal apresenta, desde 29 de dezembro de 2017, uma Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) estruturada em 4 eixos principais. Esta estratégia apresenta dois desafios principais e inovadores face a anteriores modelos de intervenção em Portugal. Por um lado, uma proposta baseada na abordagem “saúde em todas as políticas” (do inglês “health in all policies”) com o compromisso formal de diversos setores governamentais (agricultura, economia, finanças, educação, autarquias, mar). Por outro lado, uma intervenção centrada na **modificação da oferta alimentar por parte da produção e nos espaços públicos**, ao invés de outras anteriores focadas apenas na educação do cidadão (Direção Geral da Saúde [DGS], Alimentação Saudável/ Desafios e Estratégias, 2018 p.12).

Sobre a EIPAS existe a preocupação de assegurar a sua adequada implementação, promovendo o trabalho intersetorial com o objetivo de promover uma alimentação saudável em Portugal. Ações a desenvolver:

- Realização de reuniões mensais do grupo de trabalho,
- Elaboração do 1º relatório semestral de acompanhamento da EIPAS (DGS, Alimentação Saudável/ Desafios e Estratégias, 2018 p.21).

As publicações acima citadas, pelas projeções ali feitas, mostravam que as expectativas nos resultados esperados eram altas. Assim, seguindo o que estava planejado no projeto original, entendemos que um questionário seria um instrumento indispensável para aferirmos, junto aos ministérios da Administração Interna, Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural, Economia, Educação, Finanças, Mar e Saúde, participantes da EIPAS, se as perspectivas se comprovavam. Fizemos contatos, via e-mail, com os funcionários responsáveis pelos conteúdos inerentes a cada ministério e pedimos autorização para uma videoconferência, ocasião em que poderiam responder sobre as questões que eram da sua responsabilidade. Todos os servidores, sem exceção, não disseram não, mas usaram de subterfúgios para não terem essa interlocução.

Um dos principais motivos para se obter o máximo de informações dentro de um projeto de pesquisa é o alcance dos objetivos, o que faz desse conhecimento um insumo de especial importância. A falta de boa informação pode trazer consequências desastrosas para o trabalho, para o pesquisador e para a instituição acadêmica. Visto que a sonegação de dados dos possíveis respondentes, gera perda do tempo investido na tentativa de diálogo, do financiamento das agências de fomento, no caso de bolsistas, e uma frustração enorme para os pesquisadores.

1.1 APÓS O EVENTO COM OS SETE MINISTÉRIOS, MUDAMOS OS PROCEDIMENTOS

Decidimos fazer análise de conteúdo dos documentos que se referem a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável - EIPAS, criada pelo Despacho n.º 11418/2017, onde o “XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade promover a

saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, defendendo que a obtenção de ganhos em saúde resulta da intervenção nos vários determinantes de forma sistêmica, sistemática e integrada, assumindo como fundamental a política de promoção de uma alimentação saudável” (Despacho n.º 11418/2017, 29/12/2017).

Nesse Despacho consta ainda: “Assim, numa lógica da saúde em todas as políticas, através da Deliberação n.º 334/2016, de 15 de setembro, o Conselho de Ministros criou um Grupo de Trabalho interministerial para a elaboração de uma estratégia integrada para a promoção da alimentação saudável, que vise incentivar o consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos, com impacto direto na prevenção e controlo das doenças crónicas, tendo o mesmo apresentado uma proposta que urge agora aprovar através do presente despacho. Assim, determina-se o seguinte:

1. Aprovar a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) constante do anexo ao presente despacho, do qual faz parte integrante; 2. Garantir que as medidas da EIPAS são implementadas pelos diversos serviços e organismos da administração direta e indireta do Estado competentes em função das respetivas áreas de atuação e sob orientação das respetivas tutelas; 3. O acompanhamento e a monitorização da implementação da EIPAS é efetuado pelo Grupo de Trabalho interministerial, criado através da Deliberação do Conselho de Ministros n.º 334/2016, de 15 de setembro, mediante a apresentação semestral de relatórios de progresso” (Despacho n.º 11418/2017, 29/12/2017).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O QUE É ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Como nos relatórios analisados, de 2013 a 2020, do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, nem os relatórios da EIPAS trazem um conceito ou definição do que consideram “alimentação saudável, utilizaremos neste relatório a concepção do Quadro de Ação para Desenvolvimento e Implementação de Contratos Públicos de Alimentação e Políticas de Serviços para uma Alimentação Saudável (Action Framework for Developing and Implementing Public Food Procurement and Service Policies for a Healthy Diet, p. 2).

Segundo a OMS, o "objetivo principal das políticas de compras e serviços públicos de alimentos saudáveis é **definir os padrões de nutrição para os alimentos que são comprados, servidos ou vendidos com fundos do governo**. “Saudável” pode significar coisas diferentes para pessoas, culturas e ambientes diferentes. É por isso que este Quadro de Ação da OMS descreve **cinco** princípios básicos de uma alimentação saudável que são universalmente relevantes:

- Limitar a ingestão de açúcares refinados;

- Mudar o consumo de gordura das gorduras saturadas para as insaturadas e eliminar as gorduras trans presente na indústria;
- Limitar o consumo de sódio e garantir que o sal seja iodado;
- Aumentar o consumo de grãos inteiros, vegetais, frutas, nozes e leguminosas;
- Garantir a disponibilidade de água potável gratuita e segura.

Os padrões de nutrição definidos nas políticas do Public Food Procurement (PFP) podem incluir critérios baseados em nutrientes, alimentos ou outras medidas relacionadas ao preparo ou serviço de alimentos.

2.2 ALIMENTAÇÃO: ESTRATÉGIAS MULTISSETORIAIS E TRANSVERSAIS

A publicação Alimentação Saudável em Números, do PNPAS, traz na introdução: “Portugal era, até ao início desta década, um dos poucos países Europeus que não possuía uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição, ou seja, um conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar a disponibilidade e o acesso a determinado tipo de alimentos, tendo como objetivo a melhoria do estado nutricional e a promoção da saúde da população. Isto apesar da alimentação inadequada em Portugal ser considerada, em relatórios internacionais, responsável por 11,96% do total de anos de vida prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade, no sexo feminino, e por 15,27% no sexo masculino (GBD, 2013), expressos em DALY (Disability Adjusted Life Years) (DGS, Alimentação Saudável em números, 2015, p.7).

É ainda nessa publicação que temos a afirmação: “este programa é elaborado tendo por base diversos documentos de orientação da Organização Mundial de Saúde - OMS e da Comissão Europeia e ainda as políticas alimentares brasileira e norueguesa, esta última implementada desde 1974. Esta nova estratégia para uma política na área da alimentação e nutrição considera a necessidade de modificar os determinantes do consumo alimentar que se situam muito para além do conhecimento e da vontade de mudança do cidadão, ou seja, em áreas que vão do planeamento urbano à oferta alimentar expressos, essencialmente, a partir de 2010 (DGS, Alimentação Saudável em números, 2015, p.7).

Esta nova abordagem dos determinantes da saúde em todas as políticas encontra-se expressa na Declaração de Adelaide, de 2010, enfatizando que as bases da saúde e do bem-estar se encontram maioritariamente **fora** do setor da saúde, sendo por isso necessário incorporar a saúde como componente central no desenvolvimento de todas as políticas (DGS, Alimentação Saudável em números, 2015, p.8).

Esta conduta do PNPAS adapta-se também à estratégia da Comissão Europeia no domínio da saúde proposta pelo *White Paper* “*Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*”, que assenta no desenvolvimento de uma intervenção para a melhoria da saúde dos cidadãos em outras

políticas, fora do setor da saúde. Neste sentido, acreditamos que a modificação dos determinantes do consumo alimentar exige o envolvimento dos diferentes setores da sociedade na procura de soluções para a melhoria do consumo e oferta alimentar. São, assim, necessárias estratégias multissetoriais e transversais a todos os setores governamentais, setor privado, sociedade civil, redes profissionais, meios de comunicação e organizações a todos os níveis (nacional, regional e local). (DGS, Alimentação Saudável em números, 2015, p. 8).

3 COMUNICAÇÃO PÚBLICA

Pierre Zemor, em *La Communication Publique* (1995), divide o tema nas seguintes áreas: A) quanto ao campo e B) quanto às formas de comunicação pública. A) Quanto ao campo: o autor define a comunicação pública como sendo “a comunicação formal que tende à troca e o compartilhamento de informações de utilidade pública, assim como a manutenção do vínculo social, e cuja responsabilidade é das instituições públicas” (1995, p.5).

Ainda dentro do tema campo há uma subdivisão que abrange:

- A.1. Natureza das mensagens dos poderes e serviço público;
- A.2. A complexidade da relação com o cidadão “receptor” e
- A.3. Os princípios gerais e a prática da comunicação pública.

3.1 AS MENSAGENS PÚBLICAS TÊM AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS (A.1)

A.1.1. São naturalmente complexas, já que têm como objetivo contribuir para a **regulamentação, proteção ou projeção para o futuro**, que são incumbências dos poderes públicos. A regulamentação consiste em assegurar o funcionamento e a manutenção do equilíbrio do sistema complexo que constitui um país moderno. Neste sentido, as mensagens públicas servem ao interesse coletivo. A proteção é composta pela segurança dos bens e das pessoas. Em uma democracia, as mensagens públicas veiculam os direitos e deveres respectivos dos cidadãos e das instituições públicas; o poder público tem como responsabilidade a **previsão** e o **planejamento**. Aqui as mensagens são muito abstratas, pois possuem esquemas gerais, planos, previsões orçamentárias, estudos socioeconômicos e jurídicos, entre outros (Zemor, 1985, p. 6-10).

Sobre sua relação com o cidadão “receptor” (A.2.), diz Zemor que o cidadão é um receptor ambivalente. A relação ‘cliente do serviço público’ não é correta, pois implica numa relação do tipo cliente/fornecedor, que não se adapta à lógica do serviço público. Neste caso, o fornecedor não tem concorrentes, e o cliente é ao mesmo tempo contribuinte e eleitor. O cidadão não pode ser unicamente um usuário do serviço público sem reconhecer que tem um papel de decisor, mesmo limitado (1995, p. 13-15).

O autor acredita que a comunicação de uma instituição pública supõe uma troca entre um receptor que, também, é em parte emissor. É a característica ativa do receptor que estabelece a comunicação. A passividade revela uma certa fascinação frente à autoridade do emissor público (1995, p.15).

Em relação à abrangência da comunicação pública, considerando uma possível atuação como “marketing... da oferta”, Zemor argumenta que é preciso se convencer, que isto faz parte do bom fundamento das políticas e decisões públicas [influenciar a demanda e a oferta no campo público]. E se é importante ao serviço público analisar a satisfação e expectativas dos cidadãos, estes estudos têm por objetivo fornecer outra avaliação das políticas públicas, da qualidade da relação que mantém com seus usuários, bem como a pertinência da informação que lhe é destinada (1995, p. 17).

Zemor (1995, p. 17-22) subdivide também os princípios gerais e a prática da comunicação pública (A.3) em:

A.3.1 Quanto à finalidade e mediação da comunicação, o autor acredita que antes de apreciar a eficácia promocional da publicidade ou o impacto das imagens e mensagens televisivas os responsáveis pela comunicação pública se questionam sobre a adequação desses meios aos propósitos perseguidos em nome da utilidade pública (Zemor, 1995, p.18)

A.3.2 Quanto aos tipos de comunicação, Zemor identifica: a) De **informação e de explicação**: ligada à legitimidade da mensagem pública que passa informações sobre o funcionamento institucional prático, ou regras do jogo cívico;

b) De **promoção ou valorização das instituições ou serviço público**: temas ou recomendações chamadas de grandes causas sociais;

c) De **discussão ou proposição de debate** dos projetos de mudança institucional, das escolhas sociais e das ofertas políticas (Zemor 1995, p.19).

A.3.3 Quanto às condições da comunicação pública considera-se que ela tem que ser uma verdadeira comunicação, de um lado com um cidadão ativo e de outro com instituições autênticas. Sobre estas duas condições repousa o bom relacionamento entre as instituições públicas e seus usuários. As condições práticas de acesso à informação tendem a responder à exigência de transparência dos atos públicos.

B. Quanto às formas da Comunicação Pública: a comunicação pública se reveste, na prática, de formas muito variáveis de acordo com a necessidade de comunicar. Certas comunicações têm a informação como objetivo.

Segundo Zemor (1995, p. 23) podem-se distinguir cinco categorias deste tipo: B.1. Responder à obrigação que as instituições públicas têm de oferecer informações ao público;

B.2. Estabelecer uma relação de diálogo, desempenhando um papel que é do serviço público e permitindo a prestação de um serviço preciso a quem é atendido;



B.3. Apresentar e promover qualquer um dos serviços oferecidos pela administração, coletividades territoriais e estabelecimentos públicos;

B.4. Tornar conhecida as instituições tanto por meio de uma comunicação interna quanto externa;

B.5. Conduzir campanhas de informação, visando ações de comunicação de interesse geral.

3.2 O DIÁLOGO COMO FORMA DE AVALIAÇÃO

A escuta e o diálogo com os usuários dos serviços públicos de saúde têm a missão de conscientizar as instituições sobre a opinião dos usuários sobre seus serviços, possibilitando uma reavaliação das ofertas dos serviços públicos.

As mídias podem proceder a difusão de dados públicos e, no máximo, encorajar a interatividade dos diálogos com as instituições públicas, mas, raramente, contribuir para a análise direta de questões complexas. A comunicação mais importante é aquela que se faz fora da mídia, onde o usuário do serviço público tem a oportunidade de expor sua opinião sobre os serviços oferecidos.

Zemor (1995, p. 36) ressalta a importância do diálogo que se instaura no serviço público como resultado mais de uma atitude do que de uma disposição regulamentar. Dialogar com os usuários é uma via essencial para a avaliação dos serviços públicos.

O diálogo permite, de um lado, a coprodução de um serviço personalizado que atende o usuário do serviço público. Quando se escuta um ‘caso particular’ confere-se ao cidadão a qualidade do ‘contrato social’ com o poder público, a priori esmagador a seus olhos. De outro lado, a troca de informações pode chamar atenção para pontos de vista que podem ter escapado às preocupações mais globais.

Elizabeth Brandão (1998) conceitua a comunicação pública como o processo de comunicação que se instaura na esfera pública entre o Estado, o Governo e a Sociedade e que se propõe a ser um espaço privilegiado de negociação entre os interesses das diversas instâncias de poder constitutivas da vida pública no país (p. 12)

4 CIDADANIA EM SAÚDE

Teoricamente, a aplicação do conceito de cidadania é imprescindível para haver uma melhor organização social. Exercer a cidadania é ter consciência de seus direitos e obrigações, garantindo que estes sejam colocados em prática. Exercer a cidadania é estar em pleno gozo das disposições constitucionais.

A edição do **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**, apresenta o Eixo estratégico denominado cidadania em saúde. Conceitua cidadania, cidadania ativa e cidadania e saúde:



Cidadania designa um estatuto de membro de uma comunidade política (local, nacional, supranacional) sobre o qual existe uma relação de responsabilidade, legitimada por cada pessoa assumir direitos e deveres. Já a cidadania ativa pressupõe que pessoas e organizações (famílias, comunidades, associações, empresas) assumam a responsabilidade de desenvolver a sociedade, através de ações como a participação pública e política, o associativismo, o voluntariado e a filantropia (DGS, Plano Nacional de Saúde, p. 2).

A Cidadania em Saúde emerge, em 1978, da Declaração de Alma-Ata como “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (Alma Ata, 1978) (DGS, Plano Nacional de Saúde, p. 2).

Abrange também o papel do cidadão que seria: ser responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido, tendo o dever de a defender e promover, no respeito pelo bem comum e em proveito dos seus interesses e reconhecida liberdade de escolha (Lei de Bases da Saúde, 1990), através de ações individuais e/ou associando-se e constituindo instituições (DGS, Plano Nacional de Saúde, p.3).

A educação, o comportamento e estilos de vida, a gestão da doença crônica, a utilização adequada dos cuidados de saúde, a promoção de cuidados informais, a aliança terapêutica e a adesão à terapêutica são determinantes-chave para a melhoria do estado de saúde e do desempenho do Sistema de Saúde (DGS, Plano Nacional de Saúde, p.3).

Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com as suas legítimas necessidades e interesses (DGS, Plano Nacional de Saúde, p.3).

O cidadão é o centro do Sistema de Saúde, significando que o Sistema de Saúde se deve organizar com a missão de responder às suas necessidades, satisfação e legítimas expectativas enquanto indivíduo e enquanto elemento de uma comunidade, e nos seus diversos papéis: ativo e saudável, doente, utilizador dos serviços, consumidor, cuidador, membro da família e da comunidade (DGS, Plano Nacional de Saúde, p.4).

Caso o Sistema de Saúde de Portugal pudesse realmente atender a demanda dos seus cidadãos, levando-se em conta uma população envelhecida, com várias doenças crônicas, empobrecida (pois a pandemia da Covid 19 foi responsável pelo fechamento de vários estabelecimentos) e ainda precisando ter acesso a muita informação sobre a alimentação saudável, levaria alguns anos.

Segundo Bobbio, a Declaração Universal dos Direitos do Homem pode ser acolhida como a maior prova histórica até hoje dada do consensus omnium gentium sobre um determinado sistema de valores. Os velhos jusnaturalistas desconfiavam - e não estavam inteiramente errados - do consenso como fundamento do direito, já que esse consenso era difícil de comprovar. Mas agora esse documento existe: foi aprovado por 48 Estados, em 10 de dezembro de 1948, na Assembléia Geral das Nações Unidas; e, a partir de então, foi acolhido como inspiração e orientação no processo de crescimento de

toda a comunidade internacional no sentido de uma comunidade não só de Estados, mas de indivíduos livres e iguais” (2004, p.18).

Continua Bobbio, “Não sei se se tem consciência de até que ponto a Declaração Universal representa um fato novo na história, na medida em que, pela primeira vez, um sistema de princípios fundamentais da conduta humana foi livre e expressamente aceito, através de seus respectivos governos, pela maioria dos homens que vive na Terra. Com essa declaração, um sistema de valores é - pela primeira vez na história - universal, não em princípio, mas de fato, na medida em que o consenso sobre sua validade e sua capacidade para reger os destinos da comunidade futura de todos os homens foi explicitamente declarado” (2004, p.18).

É ainda Bobbio que afirma que “somente depois da Declaração Universal é que podemos ter a certeza histórica de que a humanidade - toda a humanidade - partilha alguns valores comuns; e podemos, finalmente, crer na universalidade dos valores, no único sentido em que tal crença é historicamente legítima, ou seja, no sentido em que universal significa não algo dado objetivamente, mas algo subjetivamente acolhido pelo universo dos homens” (2004, p.18).

Com a Declaração de 1948, segundo Bobbio, tem início fase, na qual a afirmação dos direitos é, ao mesmo tempo, universal e positiva: universal no sentido de que os destinatários dos princípios nela contidos não são mais apenas os cidadãos deste ou daquele Estado, mas todos os homens; positiva no sentido de que põe em movimento um processo em cujo final os direitos do homem deverão ser não mais apenas proclamados ou apenas idealmente reconhecidos, porém efetivamente protegidos até mesmo contra o próprio Estado que os tenha violado. No final desse processo, os direitos do cidadão terão se transformado, realmente, positivamente, em direitos do homem. Ou, pelo menos, serão os direitos do cidadão daquela cidade que não tem fronteiras, porque compreende toda a humanidade; ou, em outras palavras, serão os direitos do homem enquanto direitos do cidadão do mundo. (2004, 18).

Trazemos dois artigos da Declaração Universal que nos falam diretamente sobre a temática da nossa pesquisa:

Artigo 25 - 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Artigo 25 - 2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social.

Artigo 26 - 1. Todo ser humano tem direito à instrução. A instrução será gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais. A instrução elementar será obrigatória. A instrução técnico-profissional será acessível a todos, bem como a instrução superior, está baseada no mérito.



Artigo 26 - 2. A educação deve visar à plena expansão da personalidade humana e ao reforço dos direitos do homem e das liberdades fundamentais e deve favorecer a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e todos os grupos raciais ou religiosos, bem como o desenvolvimento das atividades das Nações Unidas para a manutenção da paz.

Artigo 26 - 3. Aos pais pertence a prioridade do direito de escolher o género de educação a dar aos filhos.

Todos nós temos direitos, que estão assegurados pela Declaração de 10 de dezembro, mas quantos de nós podem realmente usufruir dos mesmos? As razões para o não cumprimento dos artigos são as mais diversas, e, neste momento, não vamos analisar esse assunto.

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

Segundo Silva, as políticas de saúde são centrais para a análise do estado-providência contemporâneo: não apenas representam uma das principais parcelas das despesas sociais, a par das pensões, como têm implicações universais ao longo de todo o ciclo de vida. Além disso, sobre os sistemas de saúde contemporâneos pendem tensões e pressões semelhantes às que encontramos noutras áreas sociais: aumento continuado da despesa, pressões demográficas, arrefecimento do crescimento económico e constrangimentos fiscais (2012, p.121).

Silva vislumbra que as últimas décadas demonstram uma evolução nas mudanças nas políticas de saúde. O trabalho de diversas instituições internacionais (OCDE, Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde e União Europeia) marca um olhar abrangente sobre os sistemas de saúde. Os relatórios publicados por estas instituições estabeleceram para esta área das políticas públicas parâmetros de avaliação dos sistemas centrados simultaneamente na sustentabilidade e na eficiência, no acesso e equidade dos modelos de prestação de cuidados de saúde e na qualidade dos serviços prestados (2012, p. 124).

Estes parâmetros, segundo Silva, tornaram-se um referencial, não apenas para aferir e comparar, mas também para promover as mudanças nos sistemas e nas políticas. A partir deste quadro mais alargado, podemos, pois, estudar as mudanças nas políticas de saúde e avaliar os sistemas de saúde em torno de três grandes finalidades: (a) sustentabilidade e eficiência financeira; (b) equidade no acesso; e (c) qualidade dos cuidados e estado de saúde das populações (2012, p.124).

4.2 SAÚDE PÚBLICA

A Saúde Pública pode ser definida de acordo com as suas diversas dimensões que refletem as suas diversas imagens societais (Turnock, 2004). De acordo com Turnock (2004, p. 8), são cinco as imagens societais da Saúde Pública — simultaneamente suas dimensões:

- Saúde Pública como sistema social;

- Saúde Pública como profissão;
- Saúde Pública como método de intervenção (i.e., corpo de conhecimento teórico e prático);
- Saúde Pública como serviço público, assegurado por agências e organismos do Estado;
- Saúde Pública como saúde do público (i.e., desfecho pretendido).

Atendendo a que a Saúde Pública integra o conhecimento oriundo das mais diversas áreas, incluindo daquelas que são consideradas as suas ciências básicas (epidemiologia, bioestatística, ciências ambientais, ciências económicas e ciências comportamentais) os seus profissionais divergem quer no que diz respeito à formação de base, quer no que diz respeito às atividades desempenhadas (Turnock, 2004, citado por Almeida, 2010).

Não obstante a epidemiologia ser a área de conhecimento basilar da Saúde Pública, um epidemiologista não é por inerência um seu ator; só o é quando dispõe da capacidade para aplicar o conhecimento epidemiológico no controle dos problemas de saúde identificados (Almeida, 2008a). O valor máximo da epidemiologia só é alcançado quando os seus contributos científicos são colocados ao serviço da Saúde Pública e resultam na melhoria da saúde das populações (Koplan, Thacker e Lezin, 1999).

A Saúde Pública consiste, antes do mais, numa prática (Turnock, 2004), ainda que alicerçada na evidência científica. A sua natureza pluridisciplinar é, simultaneamente, uma força e uma fraqueza: é uma fraqueza atendendo à ausência de cultura comum, mas é uma força face à diversidade de determinantes de saúde e conseqüente necessidade do concurso de diversas áreas do conhecimento e intervenção na resolução dos problemas identificados (Turnock, 2004).

Desta forma, mais do que um grupo profissional, a Saúde Pública deve ser entendida como um «movimento» (Turnock, 2004). Trata-se duma perspectiva adequada se considerarmos a natureza sistémica da Saúde Pública e a sua dimensão de desfecho pretendido («saúde do público»).

O objetivo de reduzir a doença e manter a saúde das populações (Fee, 1991 cit. por Almeida, 2004b) decorre do comprometimento da sociedade na melhoria da saúde e bem-estar das populações (Rychetnik et al., 2004) mediante a «externalização» dos benefícios do conhecimento científico ao maior número possível de indivíduos (Turnock, 2004).

A Saúde Pública, enquanto prática, decorre da intersecção entre o conhecimento disponível e os valores sociais (aceitabilidade de um problema de saúde), sendo a intervenção planeada quando, à luz do conhecimento e instrumentos tecnológicos disponíveis, um determinado problema de saúde «atravessa» a fronteira do aceitável face à sua vulnerabilidade técnica em determinada época ou contexto societal (Turnock, 2004).

Os serviços de saúde pública exibem um fraco protagonismo social e mesmo desconhecimento e falta de consideração por parte do público em geral, seu beneficiário primordial (Turnock, 2004;

Almeida, 2008a). Por outro lado, nem sempre a sua missão é clara aos olhos dos seus profissionais, oriundos das mais diversas áreas do conhecimento, com formações e práticas distintas, mas com uma missão (aglutinadora).

5 METODOLOGIA

Com base em dados secundários, a amostra é não probabilística e não aleatória. A interpretação dos resultados foi feita com base na técnica de análise de conteúdo.

Entre as especificidades da análise de conteúdo, escolheu-se a categorial, que permite estabelecer conexões temáticas com a literatura escolhida para endereçar o tema. Os assuntos investigados foram selecionados entre verbetes selecionados nos Relatórios de Progresso semestral 1º e 2º semestres de 2018. Nesta modalidade, foram identificados as categorias e os códigos de texto que emergem do conteúdo (Bardin, 2011). Na etapa de análise deste estudo, as categorias são amparadas no referencial teórico proposto, sendo resultado da classificação analógica e progressiva dos elementos.

Em ambos os Relatórios o texto se desenvolve buscando alcançar três objetivos. O **primeiro**: que alimentação inadequada é, em Portugal, um dos fatores de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudáveis. O **segundo** é que: as doenças crônicas associadas a hábitos alimentares inadequados, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade e as doenças oncológicas, são doenças com uma elevada prevalência na população portuguesa, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte em Portugal. O **terceiro** é este: considerando este cenário epidemiológico, torna-se premente o investimento na área da promoção de uma alimentação saudável, sendo a definição de uma estratégia integrada neste âmbito o grande desafio que se coloca.

5.1 A ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS RELATÓRIOS

Usamos como método a técnica de análise de conteúdo para avaliar os dados obtidos nos Relatórios EIPAS, do 1º e 2º semestres de 2018. Tratamos especificamente dos objetivos dos eixos 1, 2 e 3, do enquadramento geral, dos principais resultados alcançados, bem como das conclusões. Escolhemos estes documentos porque os respectivos relatórios estão disponíveis para acesso livre e são documentos oficiais do Serviço Nacional de Saúde, com relação a EIPAS e sua aplicabilidade.

5.2 TEMAS ANALISADOS

Ao seguir esses passos, definimos os seguintes temas de análise: promoção de uma alimentação mais saudável tem constituído uma das prioridades do XXI Governo Constitucional; Deliberação de Conselho de Ministros n.º 334/2016, aprovada através do Despacho n.º 11418/2017 de 29 de dezembro; incentivar o consumo alimentar adequado e a do estado nutricional dos cidadãos; impacto direto na

prevenção e controlo de doenças crónicas. Estes, de acordo com Bardin (2004), não constituem apenas uma ordem linguística, mas psicológica: podem indicar um tema, uma afirmação, uma alusão. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar algo para o objetivo analítico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação às categorias analisadas, observamos que a preocupação com as doenças e a Dieta Mediterrânica são menores em relação às outras temáticas que constam das referidas publicações. Isso retrata, em parte, que esses assuntos estão no foco do Ministério da Saúde, mas não são a prioridade no momento. Quanto à comunicação pública, pois o assunto é de interesse público, deduz-se que assume maior importância, pois tem como objetivo promover o bem-estar dos indivíduos.

Figura 1 – Menções às categorias de análise

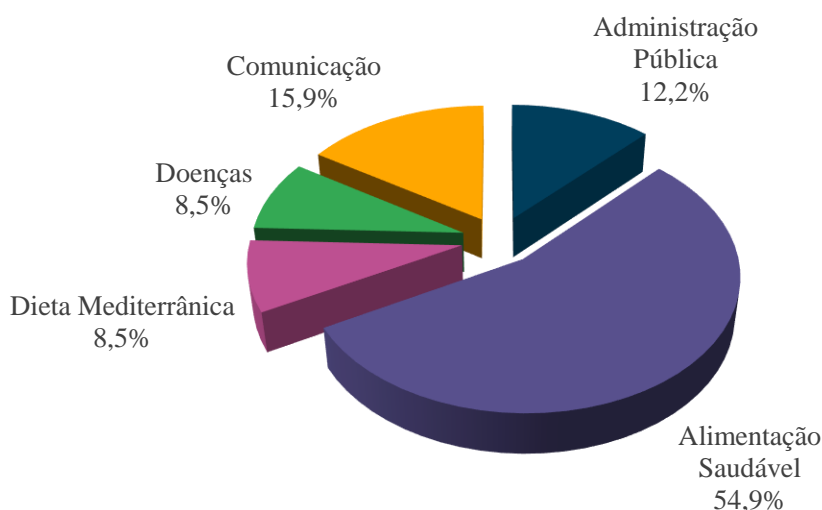


Figura 2 – Menções aos códigos da categoria Alimentação Saudável

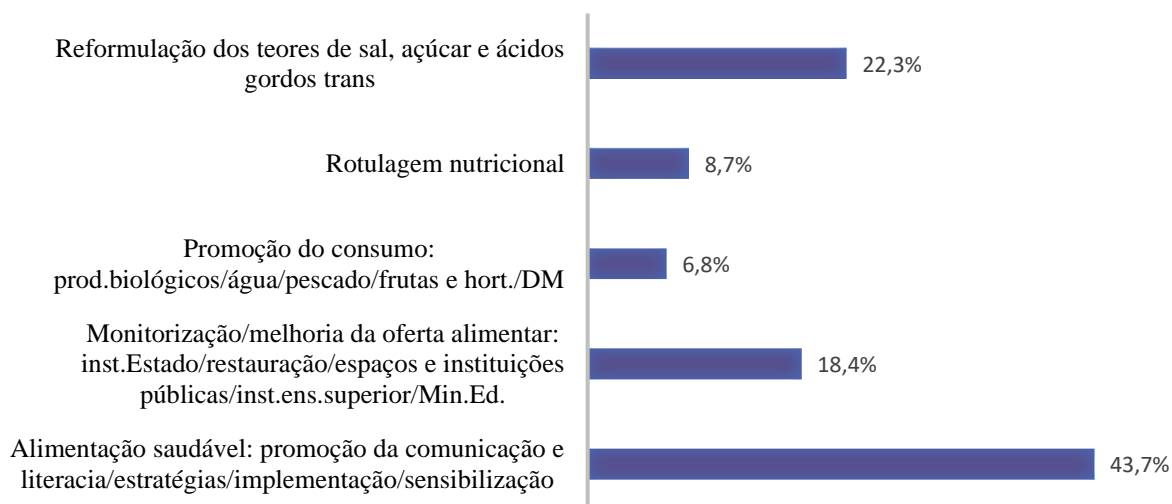


Figura 3 – Menções aos códigos da categoria Dieta Mediterrânica

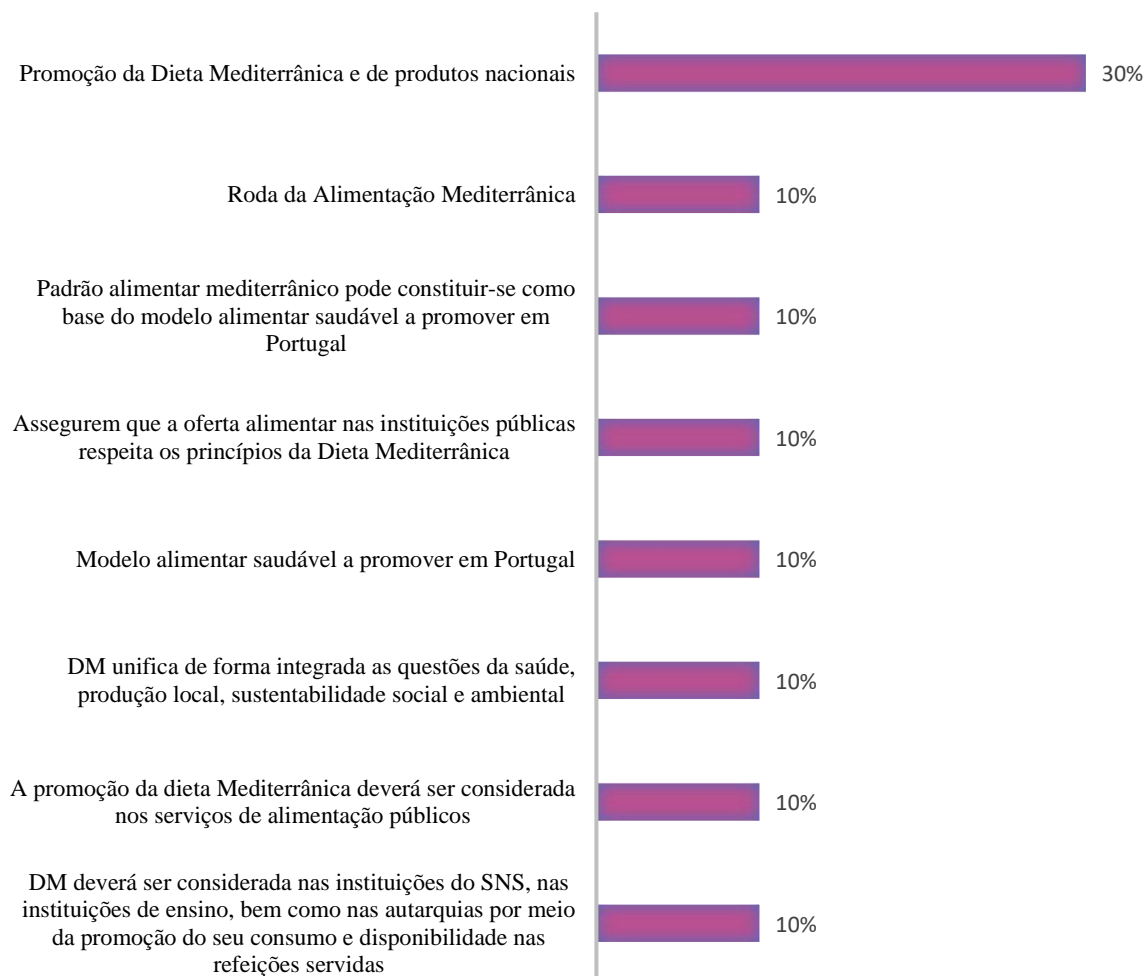
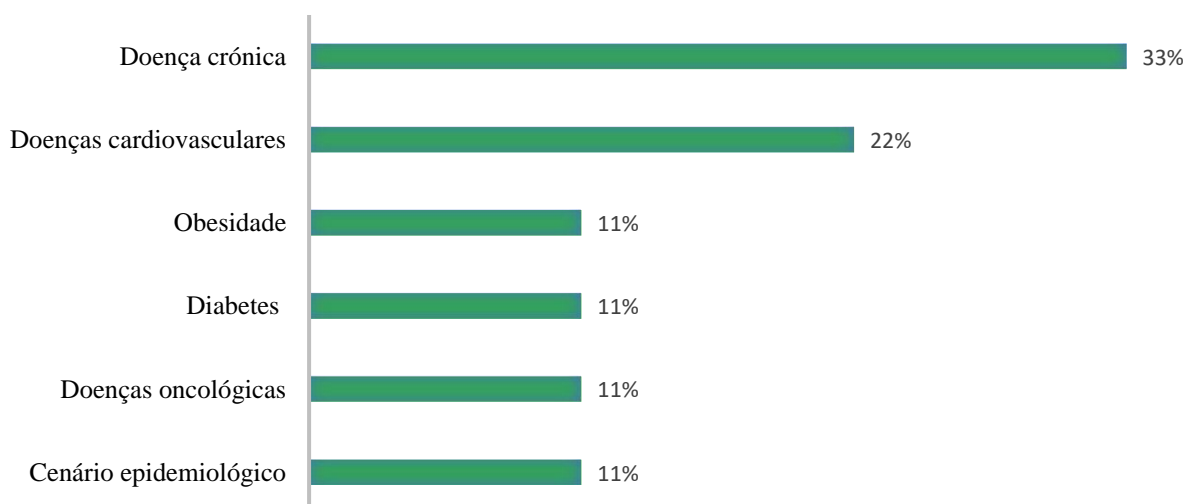


Figura 4 – Menções aos códigos da categoria Doenças



Ao tratar da categoria Administração Pública, reparamos que o conjunto Protocolo para promoção/monitorização/cooperação entre a Direção Geral da Saúde - DGS e outros órgãos públicos e privados visando a redução do açúcar/sal/ácidos gordos-trans nos alimentos e das embalagens,

somados a Reformulação dos produtos alimentares e a Implementação da EIPAS/bebedouros chegam a 69,8%. Os três juntos representam praticamente tudo o que consta na EIPAS.

No que concerne aos códigos da categoria Alimentação saudável o grupo Alimentação saudável: promoção da comunicação e literacia/estratégias/implementação/sensibilização e Reformulação dos teores de sal, açúcar e ácidos gordos trans, totalizando 66% é instigante, porque aparecem então a comunicação, a literacia e a sensibilização em destaque. Alinhados são três elementos importantes. Entendemos que a capacidade de usar a leitura e a escrita como forma de adquirir conhecimento, desenvolver as próprias potencialidades e participar ativamente na sociedade, levará a uma melhor sensibilização e comunicação do cidadão.

Figura 5 – Menções aos códigos da categoria Comunicação

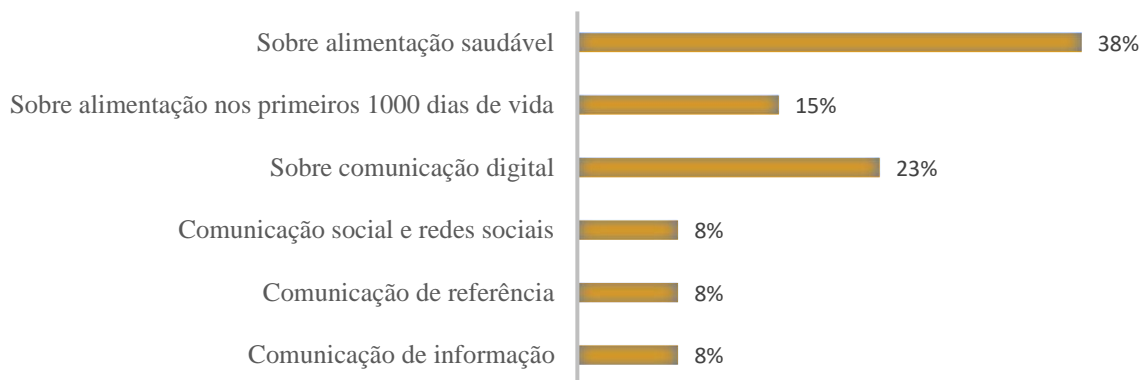
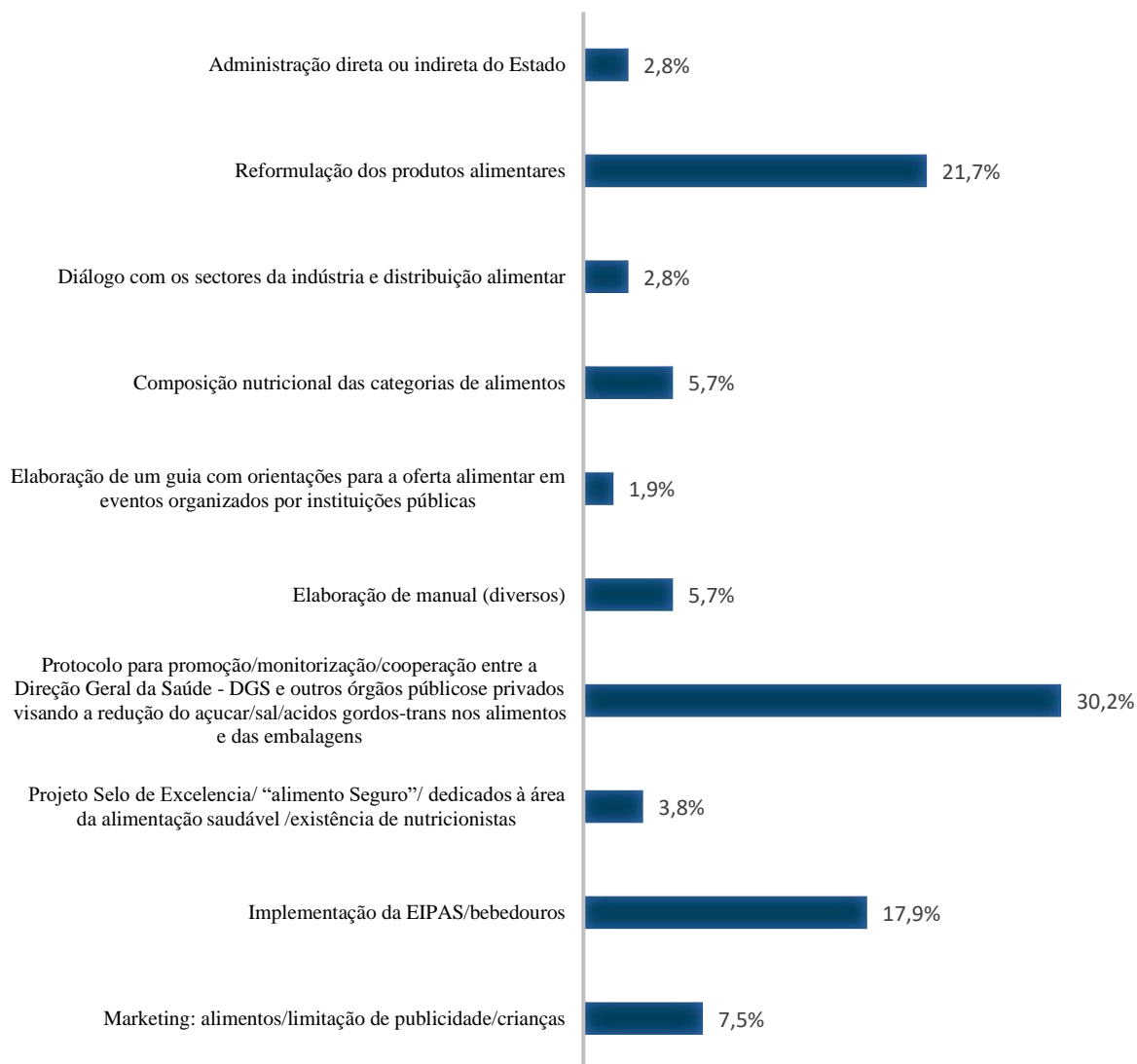


Figura 6 – Menções aos códigos da categoria Administração Pública



Analisando a comunicação oriunda do Ministério da Saúde, feita pelo Grupo de Trabalho Interministerial criado pela Deliberação do Conselho de Ministros nº 334/2016, de 15 de setembro verificamos que é, segundo Zemor um “marketing de oferta”, já que “é preciso se convencer, que isto faz parte do bom fundamento das políticas e decisões públicas [influenciar a demanda e a oferta no campo público]”. Não constam nos objetos de análises (relatórios) nenhuma referência quanto “a analisar a satisfação e expectativas dos cidadãos”, por parte dos ministérios. Zemor afirma que estes estudos têm por objetivo fornecer outra avaliação das políticas públicas, da qualidade da relação que mantém com seus usuários, bem como a pertinência da informação que lhe é destinada (1995, p. 17).

Quanto ao tipo de comunicação depreendemos que as comunicações são um mix “de promoção ou valorização das instituições ou serviço público: temas ou recomendações chamadas de grandes causas sociais; e De discussão ou proposição de debate dos projetos de mudança institucional, das escolhas sociais e das ofertas políticas. (Zemor 1995, p.19).

Quanto ao exercício da cidadania no contexto da saúde deduzimos que “apesar dos cidadãos terem direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os suas legítimas necessidades e interesses”, o que é apregoado pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016, na sua página 3, isso não condiz com a realidade de Portugal. É uma utopia, pois seria necessário um investimento praticamente inesgotável em recursos humanos, tecnologia, espaços físicos etc.

No que se refere à mudança nos hábitos alimentares durante a pandemia da COVID-19, não é a nossa intenção explorar esse assunto neste momento. O PNPAS no seu resumo traz “A COVID parece ter contribuído para uma alteração nos hábitos alimentares de uma parte significativa da população nacional inquirida. Quase metade da população inquirida (45,1%) reportou ter mudado os seus hábitos alimentares durante este período e 41,8% têm a percepção de que mudou para pior.”

Como estamos recém-saídos dessa pandemia, será necessário um tempo para que as pessoas voltem aos seus hábitos alimentares saudáveis.

As políticas públicas de saúde em Portugal, quando analisadas em torno de três grande finalidades: (a) sustentabilidade e eficiência financeira; (b) equidade no acesso; e (c) qualidade dos cuidados e estado de saúde das populações (Silva p.124).

É notório que tem aumentado o número de portugueses que paga por cuidados de saúde no setor privado, tendo em vista a demora para a realização de consultas e exames no Serviço Nacional de Saúde.

Os serviços de saúde pública são carentes, ainda, de adoção de ferramentas digitais. No entanto, seus executivos devem estar cientes de que o investimento é necessário. Além da redução de custos operacionais, devido ao baixo custo do uso de algumas das novas tecnologias, os ganhos possíveis ao nível da personalização de cuidados, da rapidez e precisão do diagnóstico de uma determinada patologia, da capacidade do prognóstico do estado de saúde dos pacientes e da previsão de alterações no corpo humano que poderiam causar sérios problemas no futuro, justificam por si só estas ferramentas.

Em países com grandes diferenças socioeconômica é utópico nos referirmos a universalidade do sistema de saúde, bem como a mesma qualidade de tratamento para toda a população. Tem mais acesso a intervenções de ponta aquele que tem maior poder aquisitivo; assim como a qualidade dos procedimentos depende dos recursos financeiros do utente.

Os que trabalham no Sistema de Saúde Pública de Portugal têm-se esforçado na melhoria dos atendimentos e serviços, apesar dos poucos recursos financeiros endereçados a eles. A pandemia da Covid 19 exigiu esforços sobre-humanos no atendimento de mais pessoas, houve aumento substancial de utentes que procuraram o serviço em decorrência de desemprego e outras questões. O conhecimento na área da saúde é ininterrupto, isto porque existem cientistas preocupados em fármacos para prevenção e cura de doenças que hoje ceifam a vida de milhares de pessoas; de novos comportamentos



que sejam factíveis para a população em geral, tornando-a menos vulnerável e precavendo-a de infinidades de doenças que decorrem por desconhecimento de como proceder.



REFERÊNCIAS

Action framework for developing and implementing public food procurement and service policies for a healthy diet. Geneva: World Health Organization; 2021.

Almeida, L. M. (2004). Envelhecimento e saúde pública: a promoção do envelhecer activo. *Anamnesis*, 13 (126), 34-37.

Almeida, L. M. (2008). Da saúde pública à saúde do público: reflexões em contexto de mudança. *Revista da Ordem dos Médicos*, 96: 24-26.

Almeida, L. M. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28: 79-92.

Alves Mazzotti, A.; Gewandsznajder, F. (1998). O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira

Assembleia Geral da ONU. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos (217 [III] A). Paris.

Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70.

_____. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70.

_____. (2011). *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70.

Barros, P.P., Machado, S., Simões, J. (2007). Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(5):1–140.

Berelson, B. (1971). *Content analysis in communication research*. New York: University Press.

Bobbio, N. (2004). *A era dos direitos*. Tradução Carlos Nelson Coutinho; apresentação de Celso Lafer. Rio de Janeiro: Elsevier. 7ª reimpressão. Tradução de: *L'età dei Diritti*.

Brandão, E. (1998). *Comunicação Pública*. In: XXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Recife, 17 p.

Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável, Despacho n.º 11418/2017 [Diário da República, 2.ª Série — N.º 249 — 29 de dezembro de 2017] - Aprova a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS). Disponível em <https://eipas.pt/documentos/>.

Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável - Relatórios de Progresso Semestral - 1º Semestre 2018. Disponível em <https://eipas.pt/documentos/>.

Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável - Relatórios de Progresso Semestral - 2º semestre 2018. Disponível em <https://eipas.pt/documentos/>.

Koplan, J.P., Thacker, S.B., Lezin, N.A. (1999). Epidemiology in the 21st century: calculation, communication, and intervention. *American Journal of Public Health*. 89:8, 1153-1155.

Kunsch, M.K. (2012). *Poder público e a sociedade civil*. Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas. Matos, H. (Org.). São Paulo: ECA/USP.

Minayo, M.C.S. (1993). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 2ª ed.



interlocutores e perspectivas. Matos, H. (Org.). São Paulo: ECA/USP. Minayo, M.C.S. (1993). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 2ª ed.

Portugal. Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise Portugal. Alimentação Saudável em números - 2013. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/theme/relatorios-pnpas/>.

_____. Relatório do Programa para a Alimentação Saudável 2014. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/theme/relatorios-pnpas/>.

_____. Relatório do Programa para a Alimentação Saudável 2015. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/theme/relatorios-pnpas/>.

_____. Relatório do Programa para a Alimentação Saudável 2016/2017. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/theme/relatorios-pnpas/>.

_____. Relatório do Programa para a Alimentação Saudável 2017/2018. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/theme/relatorios-pnpas/>.

_____. Relatório do Programa para a Alimentação Saudável 2019. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/theme/relatorios-pnpas/>.

_____. Relatório do Programa para a Alimentação Saudável 2020. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/theme/relatorios-pnpas/>.

_____. Relatório do Programa para a Alimentação Saudável 2021. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/theme/relatorios-pnpas/>.

Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2018). Guia de Apoio à Aplicação do Despacho nº 1391/2017: Alterações na Disponibilidade de Alimentos nas Instituições do Ministério da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Salomão, D. (2019). Guia Alimentar para a população brasileira: deficiência no diálogo entre o Estado e a Sociedade. Comunicação, políticas públicas e discursos em conflito. Matos, H., Gil, P. (Orgs.). São Paulo: ECA/USP, 1ª ed., p.77-117.

Silva, M.V. (2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. Sociologia, Problemas e Práticas, 69 | 2012: 121-128.

Simões, J. (2004). Retrato Político da Saúde. Dependência do Percorso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho. Coimbra: Edições Almedina. Turnock, B.J. (2004). Public health: what it is and how it works. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 3rd edition.

Unrug, M-C. (1974). Analyse de contenu et acte de parole: de l'énoncé à renonciation. Paris: Ed. Universitaires.

Zemor, P. (1995). La communication publique. Paris: Presses Universitaires de France.