

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CATIA STUMPF RAMOS

**BASES PARA O PLANEJAMENTO DE ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO
NUTRICIONAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

RIO DE JANEIRO

2012

CATIA STUMPF RAMOS

**BASES PARA O PLANEJAMENTO DE ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO
NUTRICIONAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à
Universidade Estácio de Sá como
requisito para a obtenção do grau de
Mestre em Saúde da Família.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Zeilma da
Cunha

RIO DE JANEIRO

2012

CATIA STUMPF RAMOS

**BASES PARA O PLANEJAMENTO DE ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO
NUTRICIONAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à
Universidade Estácio de Sá como
requisito para a obtenção do grau de
Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Zeilma da Cunha
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Luciana Maria Borges da Matta Souza
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Elaine Franco
Universidade Federal do Rio de Janeiro

RIO DE JANEIRO

2012

Aos meus pais Ivo (in memoriam) e Wanda, meus irmãos Cássia e Vitor, a minha querida filha Helena, ao meu amado esposo Bruno, meu apoio em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir chegar até aqui.

Aos meus pais, por terem se privado de tantas situações para que seus filhos pudessem alcançar seus sonhos.

Aos meus irmãos Vitor e Cássia por ser o braço que sempre posso contar. Mais do que irmãos de sangue, somos irmãos de alma.

Ao meu cunhado, padrinho e amigo Jorginho, presença e apoio constante.

Ao meu pequeno sobrinho e afilhado Bernardo, que nasceu junto com esta Tese. Ao seu lado meus dias são mais felizes!

Ao meu amado esposo Bruno, meu companheiro de todas as horas. A força que nunca me deixa desistir!

A minha querida filha Helena, que sempre soube entender meus momentos de afastamento e reclusão. É por você que luto todos os dias para ser uma pessoa melhor.

A minha querida orientadora Prof^a.Dr^a. Zeilma da Cunha, que sempre esteve ao meu lado. Obrigada por tudo o que me ensinou e por toda orientação ao longo deste trabalho.

As Prof^{as}.Dr^{as}. Luciana Maria Borges da Matta Souza e Elaine Franco que, com extrema sabedoria e paciência, muito contribuíram na construção desta Dissertação.

Aos meus amigos que sempre me incentivaram a concluir mais esta etapa de minha vida.

Aos Agentes Comunitários de Saúde de Petrópolis que contribuíram para que este trabalho fosse concluído e sem os quais nada seria possível. O meu muito obrigada.

**“Eis os olhos do Senhor
pousados sobre os que o temem,
sobre os que esperam na sua
bondade”**

(Salmo 32;18a)

RESUMO

Durante muitos anos a educação nutricional foi pouco valorizada como estratégia de política pública, porém na década de noventa estudos mostraram que o aumento das doenças crônicas degenerativas tinha como um importante determinante os hábitos alimentares da população, sendo relevante considerar a educação nutricional como uma estratégia para a transformação deste perfil epidemiológico (RODRIGUES, 2008). A Estratégia Saúde da Família, constituída como modelo de implantação de assistência primária à saúde, é cenário privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em Saúde. (VASCONCELLOS, 1999) OBJETIVO: Estabelecer bases para o planejamento de estratégias de Educação Nutricional direcionadas ao Agente Comunitário de Saúde das Unidades de Saúde da família do município de Petrópolis, visando contribuir para a prática deste profissional. METODOLOGIA: A pesquisa é de caráter exploratório, utilizando a abordagem qualitativa. A amostra foi composta de 40 ACS, sendo 1 representante de cada Equipe de Saúde da Família. O método escolhido foi o grupo focal, foram realizados 4 reuniões com a participação de 10 ACS por grupo. O roteiro de questões que norteou a discussão nos grupos foi composto por questões relativas aos fatores cognitivos (nível de conhecimentos e percepção sobre alimentação e nutrição) e fatores comportamentais (orientações mais frequentes aos usuários e as dificuldades para a não orientação sobre alimentação e nutrição) A análise foi fundamentada na abordagem qualitativa abordando os núcleos de sentido, proposta por Bardin (2007) RESULTADOS: Foi observado o interesse e a valorização da alimentação e nutrição por parte dos ACS. Os mesmos consideram a alimentação saudável uma importante ferramenta para a manutenção da saúde e prevenção de agravos. Foi relatada pelos mesmos a realização de educação nutricional junto aos seus usuários, porém a falta de informação qualificada e de materiais de apoio são fatores que influenciam negativamente nesta prática. Foram observadas dúvidas em relação às doenças crônico-degenerativas e relacionadas às orientações sobre a alimentação nos diversos ciclos de vida. CONCLUSÃO: Foi evidenciada a necessidade do estabelecimento de bases para a realização da Educação Nutricional pelo ACS, bem como um material de apoio que contemple estas questões visando uma prática eficiente deste profissional.

Palavras-chave: agentes comunitários, educação nutricional, estratégia saúde da família.

ABSTRACT

For many years the nutrition education was undervalued as a strategy for public policy, but in the nineties studies showed that the increase in chronic degenerative diseases as an important determinant was the eating habits of the population, is relevant to consider nutrition education as a strategy for the transformation of this epidemiological profile (RODRIGUES, 2008). The Family Health Strategy, established as a model for implementation of primary health care, is a privileged scenario for the development of educational practices in Health (Vasconcellos, 1999) **PURPOSE:** To establish the basis for planning strategies for nutrition education directed to the Community Agent Health of the Family Health Units in the city of Petropolis, in order to contribute to practice this profession. **METHODOLOGY:** The research is exploratory, using qualitative approach. The sample consisted of 40 ACS, and a representative from each Health Team Family. O method chosen was the focus group, four meetings were held with the participation of ACS 10 per group. The script of questions that guided the discussion in the groups was composed of questions related to cognitive factors (level of knowledge and awareness about food and nutrition) and behavioral factors (guidelines and more frequent users of the difficulties for non-guidance on food and nutrition) The analysis was based on a qualitative approach addressing the themes, proposed by Bardin (2007) **RESULTS:** We found the interest and appreciation of food and nutrition by the ACS. They consider healthy eating an important tool for health maintenance and disease prevention. It was reported by them to carry out nutrition education among its users, but a lack of quality information and support materials are factors that negatively influence this practice. Doubts have been observed in relation of chronic degenerative diseases and related on nutrition in the different life cycles. **CONCLUSION:** This study shows the necessity of establishing a foundation for the realization of Nutrition Education by ACS, as well as a support material that addresses these issues aiming at an efficient practice of this professional.

Key words: community workers, nutrition education, family health strategy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVOS.....	15
3.1- OBJETIVO GERAL	15
3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4. REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1- EDUCAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	16
4.2-TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E NUTRICIONAL	19
4.3- O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	21
4.4- INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NO NASF	23
4.4- O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A PRÁTICA EDUCATIVA ..	24
5. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS.....	29
5.1-TIPO DE ESTUDO.....	29
5.2- CENÁRIO DO ESTUDO	29
5.3- SELEÇÃO DA AMOSTRA	31
5.4- MÉTODO	32
5.5- ANÁLISE DOS DADOS	33
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS.....	
APÊNDICES.....	

1. INTRODUÇÃO

Durante muitos anos a educação nutricional foi pouco valorizada como estratégia de política pública, porém, na década de noventa, estudos mostraram que o aumento das doenças crônico- degenerativas tinha, como um importante determinante, os hábitos alimentares da população, sendo, portanto, relevante considerar a educação nutricional como uma estratégia para a transformação deste perfil epidemiológico (RODRIGUES, 2008).

Em 1985 iniciou-se o debate sobre Segurança Alimentar, este tema foi novamente debatido em 1986 na I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição. Em 1993 foi criado Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), que organizou e coordenou a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, realizada em 1994. Esta foi um marco para o fortalecimento da educação nutricional no Brasil. Sendo reforçado em 2004, pela II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, que cita a educação nutricional como estratégia de promoção de práticas alimentares saudáveis, devendo estar presente na comunidade, na atenção primária à saúde, nas escolas de ensino fundamental e médio, valorizando os produtos e hábitos alimentares locais e regionais (CONSEA, 2004).

A atual Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) considera a educação nutricional como uma estratégia fundamental para a promoção da alimentação saudável, mas não aprofunda a sua reflexão nem estabelece normas para o seu planejamento, desenvolvimento e avaliação; ao contrário, ressalta essa dificuldade ao assumir a necessidade de buscar consenso sobre

conteúdos, métodos e técnicas do processo educativo. Embora a educação nutricional seja valorizada, ao mesmo tempo se dilui no conjunto de propostas, pelo fato de suas bases teórico-conceituais e operacionais, não estarem claramente estabelecidas (BRASIL, 2000).

Segundo Boog (2004), o desafio que se coloca hoje à prática, é promover a alimentação saudável valorizando e resgatando a cultura alimentar, mas considerando também a segurança alimentar. Além de respeitar e modificar crenças e atitudes em relação à alimentação é preciso levar em conta o acesso econômico e social à alimentação adequada, promove-la em programas comunitários e de saúde e discutir a fome, pobreza e desnutrição em todos os setores da sociedade. Analisar os aspectos biológicos e de saúde, e outros componentes pertencentes ao contexto cultural, social e ecológico exigindo que os conhecimentos, crenças e valores da população sejam reconhecidos e respeitados.

Para auxiliar na busca de novos caminhos para a prática da educação nutricional, outras iniciativas de discussão têm sido realizadas, como o I e II Fórum de Educação Alimentar e Nutricional para a Promoção da Saúde, organizados pela Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição (CGPAN), em outubro de 2006 e 2008, que apresentaram estratégias e experiências de educação alimentar e nutricionais desenvolvidas no Brasil.

Atualmente no Brasil além da desnutrição e doenças carenciais, ainda presentes nos bolsões de pobreza do país, ocorre um aumento do sobrepeso e da obesidade, e conseqüente aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade

no país, em todas as classes sociais (RODRIGUES, 2008). Com base nesta transição epidemiológica, a promoção da alimentação saudável é uma medida essencial para a saúde, devendo estar integrada a um programa de políticas públicas que visem atender às necessidades da população.

O Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família foi iniciado em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários.

Neste sentido a Estratégia Saúde da Família é um locus privilegiado, já que se constitui no modelo oficial de implantação de assistência primária à saúde, tendo recebido inúmeros incentivos nos últimos anos. Para a reorganização da atenção primária, pretendida pela Estratégia Saúde da Família, é reconhecida a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população, considerando-a como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde (VASCONCELOS, 1999).

No contexto da Estratégia Saúde da Família, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à Unidade Básica, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social. (SILVESTRE, 2003)

Durante sete anos atuando na Estratégia de Saúde da Família como nutricionista e preceptora de estágio em uma Unidade vivenciei muitas

experiências relacionadas à Educação Nutricional e sua prática. Percebi o quanto é difícil e desafiador realizá-la no dia a dia, e o quão prazeroso é desfrutar de seu sucesso.

Por perceber as dificuldades dos Agentes Comunitários de Saúde em realizar orientações nutricionais básicas, e a Educação Nutricional em si, é que me motivei a realizar esta pesquisa a fim de identificar as principais dúvidas das Agentes Comunitárias na sua prática e propor estratégias para um programa de Educação Nutricional.

O agente comunitário de saúde (ACS) ocupa posição singular no trabalho em saúde na atenção primária. Entre as atribuições específicas dos ACS, consta o desenvolvimento de atividades classificadas como de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, e vigilância à saúde. Dentre as ações citadas, estão visitas domiciliares e ações individuais e coletivas tanto nos domicílios como na comunidade (NUNES et al, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, as atribuições do agente estão relacionadas a um aspecto estruturante: o papel de educador como um agente de mudança naquela comunidade (Brasil, 2006).

Spiri (2006), Silva e Dalmaso (2002) e Tomaz (2002) concordam na afirmação de que o ACS é um sujeito que pertence à comunidade e se integra às equipes de saúde, sem conhecimento técnico específico, e trabalha por meio do diálogo com a comunidade buscando conscientizar e ser um agente educador.

Com base neste princípio se faz necessário um estudo mais aprofundado sobre as necessidades na sua prática, visando contribuir para um melhor desenvolvimento de suas habilidades e potencialidades.

2. JUSTIFICATIVA

Em decorrência do aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade e das doenças crônico-degenerativas associadas aos incorretos hábitos alimentares, observamos a importância do estímulo à escolha de alimentos saudáveis. Segundo o relatório final da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a educação alimentar e nutricional é um componente de fundamental importância nas ações de promoção de hábitos de vida e alimentação saudáveis. (CONSEA, 2004)

Cotidianamente ao realizarem as visitas domiciliares, os Agentes Comunitários de Saúde, se deparam com famílias que necessitam de orientações em relação a alimentação saudável, e ao tipo de alimentação mais adequada para a sua doença ou agravo. O que observamos nestes cenários é uma carência de materiais de apoio voltados para a Alimentação e Nutrição e, que proporcionem ao Agente Comunitário de Saúde um melhor preparo para oferecer um acompanhamento com qualidade.

Atualmente a Estratégia Saúde da Família é reconhecida como um lócus privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Assim sendo, justificamos como necessária a busca de informações sobre os conhecimentos, percepções e práticas de orientação

alimentar do Agente Comunitário de Saúde junto a sua comunidade, que venham a servir como base para o planejamento de estratégias em educação nutricional, visando o aperfeiçoamento da assistência aos usuários da ESF, em especial aos grupos de risco.

3. OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GERAL

Estabelecer bases para o planejamento de estratégias de Educação Nutricional direcionadas ao Agente Comunitário de Saúde das Unidades de Saúde da família do município de Petrópolis, visando contribuir para a prática deste profissional.

3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os conhecimentos e as percepções sobre alimentação e nutrição dos Agentes Comunitários de Saúde das Unidades da Estratégia Saúde da Família do Município de Petrópolis;
- Identificar as principais dificuldades em relação à alimentação e nutrição na prática do Agente Comunitário de Saúde;
- Propor estratégias apropriadas para um programa de Educação Nutricional, a ser adotado pelo Agente Comunitário de Saúde nas unidades da Estratégia Saúde da Família.

4. REFERÊNCIAL TEÓRICO

4.1- EDUCAÇÃO E NUTRIÇÃO

Educar não significa simplesmente transmitir ou adquirir conhecimentos. Existe, no processo educativo, um arcabouço de representações da sociedade e do homem que se quer formar. Através da educação as novas gerações adquirem os valores culturais e reproduzem ou transformam os códigos sociais de cada sociedade. Assim, não há um processo educativo asséptico de ideologias dominantes, sendo necessária a reflexão sobre o próprio sentido e valor da educação na e para a sociedade. (PEREIRA, 2003)

A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entre estes dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender.

Devido à crescente acumulação de conhecimentos e, como conseqüência, a necessidade de atualização constante do profissional de saúde, torna-se indispensável um processo de formação contínua que vise não somente à aquisição de habilidades técnicas, mas também ao desenvolvimento de suas potencialidades no mundo do trabalho e no seu meio social.

Considerando que o processo educativo é um processo político, cujos métodos e técnicas devem favorecer a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos, a educação em saúde não deve ser

exclusivamente informativa, todavia deve levar os usuários a refletirem sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão, e sim, como um direito social. (TOLEDO et al, 2007)

Baseado neste conceito a Educação Nutricional não deveria ser mais concebida apenas como a mudança de hábitos alimentares inadequados à saúde, uma vez que trabalhos mais recentes vêm incorporando outras características às práticas de Educação Nutricional, tornando-a mais eficiente e adequada às necessidades do ser humano. (MANÇO e COSTA, 2004)

Neste contexto, o alimento não pode mais ser visto somente como uma fonte de nutrição, pois possuindo a capacidade de desempenhar várias funções na sociedade humana, pode estar relacionado aos aspectos sociais, culturais, religiosos, econômicos, psicológicos e antropológicos que influenciam nos hábitos alimentares dos indivíduos e grupos.

Os tabus alimentares também devem ser considerados no processo de Educação Nutricional, porque simbolizam algo proibido, intocável e, estão presentes nos costumes brasileiros, em decorrência de nossa organização cultural, permeada pela influência dos negros, índios e portugueses. (MANÇO e COSTA, 2004)

A biomedicina, em suas pesquisas, se apropria do “alimento”, compreendendo-o como elemento da ordem da natureza associado a uma concepção de corpo orgânico funcional e objeto de modificações nesse corpo. As Ciências Sociais têm a “comida” como elemento da ordem da cultura, associada a uma

concepção de corpo social em que ela é expressão de uma forma de organização social.(CARVALHO et al, 2011)

Se por um lado, no campo das Ciências Naturais, o valor do “alimento” está hegemonicamente relacionado à sua composição química, qualidade sanitária, inocuidade, tecnologias de produção e distribuição e possibilidades terapêuticas, por outro, no campo das Ciências Sociais, a “comida” ocupa um lugar de expressão da estrutura social de um grupo, de sua organização. (CARVALHO et al, 2011)

A culinária ou “cozinha” é expressão da vida social, um modo de se reunir, um modo de dividir a comida, um modo de dividir os trabalhos, que segue regras instituídas na sociedade. Os princípios de condimentação, por exemplo, com seu uso e sabor, identificam um prato como próprio de uma cultura.

O alimentar-se vai além de uma questão fisiológica de necessidade de nutrientes e constrói costumes, acompanha ritos de passagem, liberta os espíritos e sela relações entre o indivíduo e a sociedade. (CARVALHO et al, 2011)

Segundo Gallian (2007), não é mera coincidência que alguns dos acontecimentos e idéias mais importantes e marcantes na história da civilização ocidental estão inseridos em contextos de refeições ou banquetes.

A Educação Nutricional constitui um processo por meio do qual se obtém mudanças de comportamento, associados aos conhecimentos de nutrição, atitudes com relação à alimentação e práticas alimentares, visando a melhoria da saúde pela promoção de hábitos adequados, eliminação de práticas

dietéticas insatisfatórias, introdução de melhores práticas de higiene e uso mais eficiente de recursos alimentares.

A inserção da Educação Nutricional nas ações de Educação em Saúde se torna importante, uma vez que observamos a importância de articular, frente às doenças crônicas, o tratamento medicamentoso e as práticas de saúde que considerem e desenvolvam os aspectos relacionados à qualidade de vida dos indivíduos.

4.2-TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E NUTRICIONAL

Os avanços na agricultura e no processamento dos alimentos aumentaram sua disponibilidade e facilitaram o seu consumo. Os progressos tecnológicos possibilitaram a realização de atividades complexas e fisicamente desgastantes em curto tempo e com gasto energético reduzido. Podemos supor que a maior eficiência na execução de tarefas, auxiliadas pela informática, implicou em ganho de tempo e de dinheiro. (FERREIRA, 2010)

Em um primeiro momento, essas melhorias no ambiente moderno deveriam resultar em melhora do estado nutricional das populações e menor nível de estresse psicológico, resultando em uma melhor qualidade de vida e maior longevidade. Porém a nutrição do homem foi radicalmente afetada pelos progressos acima citados.

A transição nutricional, associada à demográfica, trouxe um novo cenário em termos de morbidade e mortalidade na maioria das regiões do globo, impactando na saúde humana de forma mais ou menos grave. (FERREIRA, 2010)

Quedas nas taxas de desnutrição têm sido invariavelmente registradas em diferentes regiões do mundo. Em paralelo à mudança do panorama nutricional mundial, foram observadas reduções graduais na ocorrência de doenças infecciosas e na mortalidade por essas causas. (MONTEIRO et al, 2000)

A transição da desnutrição para o sobrepeso/obesidade foi, em grande parte, responsável pela mudança no perfil de morbidade das populações. As doenças infecciosas perderam espaço entre as principais causas de mortalidade dando lugar às DCNTs. Entre estas, estão o *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2), a hipertensão arterial, as dislipidemias e a doença cardiovascular aterosclerótica, que se constituem em importantes problemas de saúde pública nos diferentes continentes, independente do seu grau de desenvolvimento. O Brasil encontra-se numa fase avançada da transição nutricional e o percentual de indivíduos com excesso de peso supera em muito o daqueles com déficit de peso (MONTEIRO et al , 2000).

A obesidade (índice de massa corporal $> 30 \text{ kg/m}^2$) atinge hoje proporções epidêmicas mundialmente. Entre os determinantes ambientais de obesidade, os hábitos alimentares têm um papel preponderante. Ao lado da alta densidade energética dos alimentos atualmente consumidos, certas composições dietéticas (excesso de gorduras saturadas e sal e consumo insuficiente de frutas e hortaliças), especialmente se associadas à inatividade física, aumentam a adiposidade corporal e apresentam forte associação com DCNT (FERREIRA, 2010)

A "epidemia de falta de tempo" do homem tem encurtado aquele dedicado às refeições, o que tem refletido no tipo de alimento a ser consumido. O consumo

de alimentos *in natura* é cada vez menor e vem sendo substituído pelos processados. Os padrões de consumo alimentar no Brasil sofreram intensas e rápidas modificações no período recente, agravando o cenário epidemiológico das DCNT. A ingestão excessiva ou preferências por alimentos ricos em carboidratos ou em gorduras saturadas são alguns exemplos que levam à obesidade e à dislipidemia. (FERREIRA, 2010)

4.3- O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge num momento de reformulação do SUS, que amplia a concepção de atenção primária, tendo sido criada no Brasil na década de noventa, cujas prioridades são as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. (FONTINELI, 2003)

Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa à reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, nesse contexto, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. (BRASIL, 1997)

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e,

portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. (BRASIL, 1997)

A unidade de Saúde da Família é uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção.

Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, devendo assegurar a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada à necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados. (BRASIL, 1997)

A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. (BRASIL, 1997)

As equipes devem ser compostas por no mínimo, por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo. (BRASIL, 1997)

4.4- INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NO NASF

As Equipes de Saúde da Família começaram a serem formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em determinado momento, a diversidade das dimensões que envolvem o processo social da saúde e da doença não conseguiram mais ser respondidas por meio de práticas fragmentadas, tornando-se necessária a inclusão de novos profissionais da saúde, vinculados às equipes de Saúde da Família.

Assim, em janeiro de 2008 para consolidar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) trazendo um novo modelo de trabalho em equipe multiprofissional. É no NASF que o profissional nutricionista se insere, já que o mesmo não é contemplado na equipe básica do Programa de Saúde da Família.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em parceria com as Equipes de Saúde da Família compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob-responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e nas unidades referenciadas.

O NASF visa fortalecer as diretrizes na atenção, apoiando as equipes de saúde da família em seu cotidiano. Suas ações devem ser planejadas e definidas em conjunto com as equipes, de acordo com as necessidades e realidades locais. (MANGIA e LANCMAN, 2008).

Como componente do trabalho interdisciplinar, é oportuno destacar as ações de alimentação e nutrição em quaisquer formas de intervenção, como

estratégias indispensáveis a todo programa cuja finalidade é elevar a qualidade de vida da população a partir do princípio da integralidade. Assim, destaca a inserção do nutricionista nos NASF para auxiliar tecnicamente os profissionais de outras categorias de maneira mais ampla, no tocante a alimentação e nutrição (ASSIS et al, 2002).

O NASF traz a possibilidade de ampliar as práticas integrativas e complementares e ofertar a melhor tecnologia disponível para grande parte das doenças crônicas, bem como a revisão dos tratamentos baseados somente na medicalização de doenças (MANGIA e LANCMAN, 2008).

A integração do nutricionista nas equipes da ESF por meio do NASF permitiu a este profissional colocar os seus saberes específicos, à disposição da unidade familiar, de forma integrada com outros profissionais.

4.4- O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A PRÁTICA EDUCATIVA

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir de então a família passa a ser o enfoque principal dentro das práticas de saúde e não mais o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura.

As atribuições básicas dos ACS estão estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, sendo detalhadas num total de 33 itens. São mencionadas atribuições que fazem parte do conhecimento da área (cadastramento, diagnóstico demográfico, definição do perfil socioeconômico, mapeamento e outras); atribuições que fazem parte do

acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo detalhados os grupos populacionais que deverão ser acompanhados (gestantes, puérperas, hipertensos e outros), os temas que deverão ser abordados (aleitamento materno, imunização, reidratação oral e outros) e as necessidades de monitoramento (diarréias, infecções respiratórias agudas, tuberculose, hanseníase e outros). São mencionadas, ainda, ações educativas referentes à prevenção do câncer, métodos de planejamento familiar; saúde bucal, nutrição e atribuições que não são específicas da saúde, como ações educativas para preservação do meio ambiente; abordagem dos direitos humanos e estimulação à participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida

Em 1999, no Decreto nº 3.189, o governo federal estabelece que cabe ao ACS desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade.

Nos últimos anos o agente comunitário de saúde representou um segmento efetivo do trabalho em saúde e se tornou um novo ator político, no cenário da assistência à saúde e de sua organização, devido à expansão da Estratégia Saúde da Família. (BORNSTEIN e STOTZ, 2008)

Mendonça (2004) enfoca a característica singular do ACS no que se refere a seu pertencimento à comunidade, como forma de garantir a vinculação e a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade.

O fato do ACS conviver com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, além de possuir o conhecimento sobre as dinâmicas sociais da comunidade, facilita o seu papel de mediador.

“Os agentes comunitários conhecem profundamente a realidade local porque são parte da comunidade. Conhecem os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades. Representam uma possibilidade muito especial de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população. Um olhar que revela necessidades de um ponto de vista diferente e que, portanto, abre as portas para um universo novo de intervenção.” (Feuerwerker e Almeida, 2000)

Os autores apontam a importância de explorar melhor a mediação entre saberes realizada pelo ACS, alertando que esta pode ser entendida como uma tradução no sentido que vai do universo científico ao popular. (BORNSTEIN e STOTZ, 2008)

A visita no domicílio das famílias cria também uma nova relação com a comunidade diferente do que quando a pessoa vai à Unidade de Saúde onde não se conhece sua origem.

Em relação à existência de materiais que auxiliem a prática deste profissional, em um estudo desenvolvido sobre o Agente Comunitário de Saúde do Projeto QUALIS/PSF, no município de São Paulo, Silva (2001) identificou que o Agente Comunitário não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a Religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade. Há saberes de empréstimo para o pólo técnico, não os há para a dimensão considerada como mais política, nem há propostas ou trabalho consistente do "agir comunicativo".

O documento do Ministério da Saúde (1999) enfatiza a necessidade de que, face ao novo perfil de atuação para o Agente Comunitário de Saúde, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem. Isto

implica que os programas de capacitação desses trabalhadores devam adotar uma ação educativa crítica, capaz de referenciar na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.

Os profissionais de saúde têm um papel importante no que se refere às práticas educativas em saúde, que são atividades essenciais, presentes em seu trabalho cotidiano.

"As práticas educativas em saúde têm estado presentes no cotidiano dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços de saúde, porém, não têm conseguido via de regra, gerar grandes transformações, que tenham impacto no modo de vida da população, em suas condições de saúde e na construção de sua cidadania". (DURAN et al, 2003)

É importante salientar que o processo educativo deve ser de qualidade, garantir uma relação significativa entre o profissional e a clientela, procurando, dessa forma, assistir, adequadamente, ao educando, visando a um aprendizado satisfatório, assim como estimular o educador (profissional) de saúde acerca da utilização de práticas educativas condizentes com a realidade da clientela. (DURAN et al, 2003)

Sabemos das dificuldades e escassez de recursos físicos, humanos, estruturais e materiais em grande parcela dos serviços de saúde. Essa carência põe em risco a prática educativa, tornando-a monótona, desestimulante e repetitiva, para o profissional e para a clientela. Por outro

lado, não é possível ficarmos imobilizados até que mudanças macroestruturais e sociais ocorram. Na prática cotidiana, nos serviços de saúde, há espaço para o desenvolvimento de atividades educativas, visando a melhoria da qualidade e da assistência do serviço. (FONSECA et al, 2004)

Um dos poucos materiais de apoio direcionado ao Agente Comunitário de Saúde é o *“Guia Prático para o ACS”* publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2009.

Este guia foi elaborado pelo Departamento de Atenção Básica, e tem como objetivo oferecer subsídios para o desenvolvimento do trabalho do ACS. Possui informações sobre os mais diversos temas, perpassando todos os ciclos de vida. Em relação às orientações nutricionais o conteúdo do material nem sempre se aplica as dúvidas reveladas na prática do ACS.

No ano de 2006 foi lançado o Guia Alimentar de Bolso que foi elaborado com base nas informações contidas na versão inicial do Guia Alimentar da População Brasileira, publicado em 2005. Ele foi criado no formato de “Dez Passos para uma Alimentação Saudável” e tem o objetivo de orientar a população a fazer escolhas alimentares mais saudáveis. Por diversas vezes este material é utilizado pelo ACS com o objetivo de orientar sua comunidade para uma alimentação adequada. Porém este material possui informações gerais sobre alimentação saudável, não diferenciando orientações específicas para diabéticos, hipertensos, obesos, desnutridos e outros. Além de não considerar as várias influências que culminam na construção do hábito alimentar, tais como: influências regionais, culturais e religiosas.

5. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

5.1-TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi de caráter exploratório, utilizando a abordagem qualitativa que permite trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (BARDIN, 2007)

5.2- CENÁRIO DO ESTUDO

O desenvolvimento desta pesquisa teve como cenário as 40 Unidades de Saúde da Família do município de Petrópolis/RJ.

A cidade de Petrópolis está situada na região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. A População segundo o IBGE 2010 é de 277.816 mil habitantes. Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0.804, estando em 7º lugar no ranking entre os 91 municípios do Estado do Rio de Janeiro.



O Município encontra-se às margens de uma das principais rodovias do país, a BR 040, que liga o Rio de Janeiro ao Distrito Federal. A economia do município se beneficia desta condição privilegiada em termos de logística, pois encontram-se 65% do PIB e 70% da movimentação de cargas do país, num raio de 500 km.

Os atuais vetores do crescimento da economia petropolitana estão materializados na expansão do turismo, na consolidação dos pólos de comércio da Rua Tereza e do Bingen, no desenvolvimento do pólo de comércio e serviços de Itaipava e no pólo moveleiro do Bingen.

No Vale dos Gourmets, que se estende pelo distrito de Itaipava e regiões concentra-se o renomado pólo gastronômico, assim como toda rede Hoteleira do Município.

Atualmente 133.800 mil petropolitanos são atendidos por 40 equipes da Estratégia de Saúde da Família em 35 USFs. Estas Unidades oferecem atendimento a 48,2% da população de Petrópolis. Dentre as Unidades 5 delas são mantidas através de uma parceria entre a Prefeitura de Petrópolis e a

Faculdade de Medicina de Petrópolis/Faculdade Arthur Sá Earp Neto. As Unidades possuem em sua totalidade 240 Agentes Comunitários de Saúde.

5.3- SELEÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi determinada através de sorteio e foi composta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são integrantes das equipes vinculadas a Estratégia Saúde da Família (ESF). O ACS possui uma situação singular, uma vez que deve obrigatoriamente residir na área de atuação da equipe e exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade, o que faz com que viva o cotidiano desta comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde. Por ter maior proximidade com o usuário, por habitar o mesmo bairro, e ainda, por adentrar freqüentemente os domicílios, é parte fundamental no processo de Prevenção e Promoção da Saúde, sendo um multiplicador de informações para esta população. (FORTES e SPINETTI, 2004)

A população estudada foi constituída de 1 representante de cada Unidade de Saúde da Família, tendo como critério de inclusão na pesquisa a atuação na Unidade por um período maior que 3 anos, totalizando uma amostra de 40 ACS. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo). A pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Arthur Sá Earp Neto/Faculdade de Medicina de Petrópolis.

5.4- MÉTODO

O método escolhido para a coleta de dados foi o grupo focal, definido como uma técnica de pesquisa que coleta informações por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador.

O Grupo Focal é utilizado em pesquisas qualitativas com o objetivo de investigar a visão dos participantes em relação a uma experiência ou evento através da interação grupal. (ANTONI e KOLLER, 2000)

Como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Pode ser caracterizado também como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos.

Foi realizada a validação do roteiro de perguntas do Grupo Focal com uma amostra de 5 ACS. Esta amostra também foi definida por sorteio.

Em relação aos equipamentos foram utilizados gravadores, sob a permissão dos participantes dos grupos.

Quanto ao número de participantes do grupo o determinado foi 10 ACS, totalizando 4 Grupos Focais. As reuniões duraram em média 40 minutos. A pesquisadora atuou como moderadora dos grupos focais onde tinha o controle dos tópicos a serem discutidos e da dinâmica de discussão. O objetivo da pesquisa foi explicado no início de cada grupo e foram lidas as perguntas que nortearam a discussão.

Na realização do primeiro grupo houve necessidade de incentivar a fala de algumas ACS, tendo em vista o monopólio da conversa assumida por outras. Grande parte do grupo era composto de pessoas mais reservadas e tímidas, o

que requereu uma condução mais direcionada para os temas, por parte da moderadora. Nos outros grupo focais a participação foi homogênea. O envolvimento dos participantes foi notório, os temas despertaram o interesse das participantes e elas conseguiram relacionar mais facilmente os temas discutidos com a prática profissional. Nestes grupos o papel da moderadora se restringiu a fazer a discussão progredir sem realizar comentários diretivos.

O roteiro de questões que norteou a discussão nos grupos foi composto por questões relativas aos fatores cognitivos (nível de conhecimentos e percepção sobre alimentação e nutrição) e fatores comportamentais (orientações mais frequentes dos usuários e as principais barreiras para a não orientação sobre alimentação e nutrição). A transcrição das falas foi realizada posteriormente pela pesquisadora.

5.5- ANÁLISE DOS DADOS

A análise, por sua própria natureza e subjetividade, foi fundamentada na abordagem qualitativa, sendo sistematizada conforme a técnica de análise de conteúdo, mais especificamente a análise temática, proposta por Bardin (2007). Essa técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença e frequência podem ter significados para o objetivo escolhido. A autora assinala que a unidade de significado pode ser recortada em idéias constituintes, em enunciados ou em proposições portadoras de significados isolados.

O tratamento dos dados seguiu as seguintes etapas, como recomendado por Gomes (1996): ordenação dos dados (com a transcrição das gravações,

releitura do material e organização dos relatos); classificação dos dados (elaboração dos núcleos de sentido) e análise final (quando serão estabelecidas as articulações entre os dados e a teoria), que permitirá a composição dos temas e conteúdos para o planejamento das estratégias.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os relatos dos Agentes Comunitários foram analisados e agrupados e permitiram construir as seguintes categorias e subcategorias: 1) O conhecimento sobre alimentação e nutrição, 2) A nutrição na prática do agente comunitário, que gerou 3 subcategorias: Orientações mais frequentes, uso dos materiais de apoio existentes e principais dificuldades, 3) Composição do material de apoio.

Na categoria **O conhecimento sobre alimentação e nutrição**, observou-se que todos os Agentes Comunitários já participaram de algum treinamento sobre Nutrição. Além das sessões de Educação Permanente oferecidas pela Prefeitura de Petrópolis, onde a Nutrição é abordada com frequência, foram citadas 2 Capacitações direcionadas para o conhecimento da Nutrição nos anos de 2008 e 2010 em uma parceria entre o curso de Nutrição da FASE e a Prefeitura de Petrópolis.

Um estudo realizado por Simões (2009) em Florianópolis mostrou que muitos Agentes Comunitários não recebem capacitações e não passam por atualizações sobre assuntos relacionados à saúde e sobre as novas tecnologias existentes. Tal fato pode se refletir na sua prática realizada de

forma pouco segura além de agravar o despreparo para enfrentar mudanças e novos desafios

O Agente Comunitário, como profissional da saúde, tem um papel importante no processo de adesão ao tratamento, já que auxilia no processo de conscientização, mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do indivíduo para o autocuidado (TAKAYANAGUI et al, 2002). Para isso necessitam ter conhecimento sobre o controle, a prevenção e as complicações da doença, ajudando o usuário no processo de aquisição de conhecimentos e de possíveis mudanças comportamentais (ASSUNÇÃO, 2008).

O interesse na busca de informações atualizadas é algo que tem motivado os profissionais de saúde nos dias de hoje. Mesmo ocorrendo capacitações ao longo dos anos devemos ressaltar que as mesmas ocorrem em poucos momentos. A necessidade de informações por parte do ACS é algo sentido no cotidiano deste profissional, e por não se sentir capacitado realiza seu trabalho de forma insegura. As capacitações e as sessões de Educação Permanente devem acontecer com certa regularidade e os ACS devem ser estimulados a participar para que possam exercer plenamente suas funções.

Foi observado que os Agentes Comunitários reconhecem a importância da Nutrição para a saúde, e também que as mesmas relacionam a Nutrição ao ato de nutrir e não somente se alimentar.

“Alimentação é tudo o que você pode comer, agora nutrição há um diferencial, está relacionado às vitaminas, tudo o que se pode utilizar para fazer uma alimentação adequada pra cada um”. (GF 2)

A Nutrição foi citada também como importante estratégia para promoção da saúde e prevenção de doenças.

“A gente sabe que alimentação e nutrição estão unidas pra gente poder estar cuidando e fazendo a promoção e a prevenção da saúde.” (GF1)

De fato existe grande diferença entre alimentar-se e nutrir-se, e observar este pensamento por parte do ACS é surpreendente. No dia a dia pensamos em nos alimentar, no alimento em si, em tudo o que envolve a representação social de determinado alimento, não pensamos em nutrir o nosso corpo. Todo o ritual que cerca a alimentação é visto de forma única. Talvez por este motivo se torne tão difícil às mudanças no hábito alimentar.

É de conhecimento geral que bons hábitos alimentares estão relacionados a um estilo de vida equilibrado, o que pode funcionar como fator preventivo para alguns tipos de doenças. As chamadas “doenças da civilização” como hipertensão, obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e inclusive certos tipos de câncer se relacionam com uma alimentação desequilibrada. Não é, normalmente, uma relação direta de causa-efeito, mas sim supõe um dos fatores que contribui para aumentar o risco de aparição e desenvolvimento das ditas enfermidades.

Sendo assim a promoção de práticas alimentares saudáveis, inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis, se torna um componente importante da promoção da saúde.

Em outro momento a Nutrição também foi relacionada como importante aliada ao tratamento das doenças.

“Dentro de cada doença, dentro de cada problema é muito importante a reeducação alimentar, para que esse doente possa ficar equilibrado.” (GF 4)

“Não é só o uso da medicação, mas também o que ele ingere no dia a dia, para equilibrar e estacionar a doença ou o problema, e até o que ele possa vir a ter futuramente.” (GF 2)

“A alimentação é importante nas doenças, no tratamento, não é só tomar remédio!” (GF 1)

Tal fala corrobora com o que foi dito por Jaime et al (2011) sobre a alimentação e a nutrição enquanto requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. A prática de bons hábitos alimentares possibilita a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Além disso, contribuem sobremaneira para o enfrentamento da atual situação epidemiológica do país, o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas. Por esses motivos, as ações de alimentação e nutrição representam papel fundamental no contexto da Atenção Básica em Saúde e, em especial, na Estratégia de Saúde da Família.

Neste momento a educação alimentar é citada como importante aliada das doenças. O equilíbrio na saúde mencionado pode ser conquistado através de uma alimentação saudável. O medicamento é retirado do centro do tratamento e colocado como item importante quando conjugado com a alimentação balanceada. Este fato relatado pelas ACS é de grande relevância já que a

maioria da população ainda pensa desta forma, e estabelece o medicamento como ponto principal do tratamento.

Estudos epidemiológicos comprovam a associação entre doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco, dentre estes a maior evidência situa-se no baixo consumo de frutas e hortaliças e no excesso de gorduras saturadas (PEIXOTO et al, 2008).

A categoria **Nutrição na prática do Agente Comunitário** possibilitou construir 3 subcategorias: **Orientações mais frequentes, uso dos materiais de apoio existentes e principais dificuldades.**

Em **orientações mais frequentes**, a maioria das agentes comunitárias relatou orientar os usuários sobre a alimentação mais adequada para cada caso. Dentre as orientações mais frequentes foram citadas as direcionadas ao baixo peso, hipercolesterolemia, anemia, às doenças mais prevalentes, como hipertensão arterial e diabetes, e aos ciclos de vida.

“Dentro do que eu fui capacitada eu procuro orientar, principalmente as medidas mais urgentes, pelo menos até a consulta com o profissional. Em caso do hipertenso que a pressão não equilibra a gente orienta a cortar a maior parte do sal, fala dos embutidos, dos industrializados e depois encaminha ao profissional competente”. (GF 1)

“A dieta deve ser de acordo com cada doença ou necessidade. As doenças que mais vemos é pressão alta e diabetes, então falamos disso, do sal e açúcar em excesso, o perigo que é... e é muito difícil deles fazerem dieta mesmo, a sério. São muito teimosos...” (GF 3)

O ACS é um personagem importantíssimo na ESF, pois atua como ponte entre a equipe e a comunidade. Parte do ACS as primeiras orientações em relação a vários assuntos, principalmente sobre a alimentação. Podemos observar que as ACS não negligenciam esta informação e realizam orientações, fruto de suas capacitações. Observamos como ações rotineiras as orientações voltadas para as doenças mais prevalentes. Já neste momento a resistência às orientações aparece com destaque nas falas das ACS, evidenciando a dificuldade na mudança do hábito alimentar e a importância do estabelecimento do vínculo entre ACS e indivíduo ou família. A confiança estabelecida através do vínculo pode influenciar positivamente na adesão as orientações.

No estudo de Fernandez et al (2005) junto a Equipes de Saúde da Família do Município de São Paulo foi observado resultado semelhante. Em relação às ações de nutrição realizadas pelas equipes, foi verificado que as orientações nutricionais mais oferecidas à comunidade estavam relacionadas à hipertensão arterial, diabetes mellitus, higienização de alimentos e alimentação infantil.

O mesmo resultado foi observado no estudo de Araújo e Assunção (2004) onde as orientações mais citadas foram em relação à hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, anemia e baixo peso.

Observamos também grande enfoque na doença, pois as ações dos Agentes Comunitários são, predominantemente, direcionadas a grupos de risco. Pouco se faz no sentido de orientar a população sadia a permanecer como tal, não só no nível individual como no coletivo. (ARAÚJO e ASSUNÇÃO, 2004)

O Agente Comunitário deve fazer o acompanhamento mensal de hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças de 0 a 5 anos, acamados, puérperas e recém-nascidos, ou seja, aos grupos considerados de risco, onde orientam o

autocuidado e a prevenção de agravos à saúde, e ainda aos completamente sãos para verificar se o indivíduo permanece sem doença. A educação para a saúde deve ser realizada por meio de orientações individuais aos grupos de risco, como citado anteriormente, à participação nos grupos assistenciais (hipertensos, diabéticos, gestantes e mulheres) e em palestras para as famílias (ARAÚJO, 2004).

Em vários países, a aplicação de conhecimento disponível sobre a possibilidade de prevenção de doenças crônico-degenerativas aumentou a expectativa de vida e a qualidade de vida dos adultos. Este controle foi decorrência da implementação de ações amplas e integradas direcionadas para a população como um todo, para as comunidades, para os grupos de alto risco, assim como para o indivíduo. Estas ações se deram, basicamente, através do controle dos principais fatores de risco para as doenças mais prevalentes.

Foram observados também que as orientações realizadas são consideradas 'básicas' pelas mesmas. Em muitos momentos ficou evidenciada a insegurança em orientar sobre alguma restrição ou preferência alimentar. Mesmo com os treinamentos oferecidos às agentes comunitárias, com ênfase em Nutrição e alimentação, algumas não se sentem seguras ao orientar os usuários.

“Nós somos questionadas e não sabemos responder, às vezes sabemos coisas básicas. E conseguir que as pessoas comam certo é muito complicado. Até nós temos dúvidas em relação a nossa alimentação.”

“A alimentação em relação às doenças sabemos o básico, o que se deve falar para idosos, crianças, hipertensos, diabéticos. Falar de uma alimentação mais saudável, para prevenir complicações e ter mais saúde.”

A extrema satisfação dos ACS ocorre quando seu trabalho recebe atenção e suas orientações surtem efeito na realidade, contribuindo para mudar vários hábitos, em ações como a questão nutricional, acompanhamento de gestantes, hipertensos e diabéticos. Na sua avaliação, isso contribuiu para diminuir o índice de doenças através de sua principal diretriz, a prevenção. Comumente, quando este trabalho não obtém resultados a frustração atinge o profissional.

Em meio à discussão sobre as orientações mais frequentes observou-se a presença dos tabus alimentares. Em alguns momentos foram relatadas informações que são veiculadas pela mídia ou são passadas entre gerações e que não possuem embasamento científico. Estas informações equivocadas são frutos da falta de conhecimento sobre a Nutrição.

“Na anemia deve-se abusar do consumo de fígado de boi, beterraba...”

“O diabético não pode comer doce e nada que nasce debaixo da terra...”

Nas falas identificadas observamos dois tabus alimentares clássicos que permeiam o universo do conhecimento da população em geral. No primeiro momento a beterraba foi citada como solução alimentar para a anemia ferropriva, sendo que tal alimento não é considerado fonte de Ferro, portanto não seria indicado para o tratamento da anemia.

O mito sobre os alimentos para diabéticos também foram citados. Equivocadamente foram mencionados como inadequados as raízes ou tubérculos. Sabemos que quando consumidos com moderação tais alimentos podem ser consumidos pelos diabéticos.

Podemos dizer que em meio a todas as informações existentes atualmente, ainda assim os hábitos alimentares formados há muito tempo entre as gerações passadas estão presentes e exercem de alguma forma influência na alimentação da população. Já que fatores culturais e familiares são determinantes para tal prática pode-se dizer que elas permanecerão por algum tempo ainda, e talvez não deixem de existir. Verifica-se, portanto a importância da ampliação da educação nutricional para que hábitos incorretos não venham a prejudicar a ingestão de alimentos importantes para o desenvolvimento e manutenção do organismo tendo, portanto, uma alimentação equilibrada. (FONTOURA et al, 2010)

No estudo de Brand et al. (2010) entre os ACS entrevistados, a maioria referiu que a orientação é uma das atividades mais realizadas em seu cotidiano de trabalho e que isso é um fator gerador de satisfação, pois confere certa autonomia e a sensação de contribuir para o bem-estar da população. Percebe-se que o processo de orientação oferecido não se fundamenta apenas numa relação de via única, onde apenas o profissional informa e o assistido escuta, mas se manifesta numa troca contínua e socializada de saberes (o científico e o popular), o que contribui para o estabelecimento de um vínculo de confiança por meio da comunicação. (BRAND et al, 2010)

Em relação à subcategoria **materiais de apoio utilizados na prática**, foram mencionados por algumas Agentes Comunitárias o Manual do Ministério da Saúde voltado para o Agente Comunitário de Saúde que possui orientações gerais, e que inclui algumas orientações nutricionais. Também foram citados os materiais distribuídos em treinamentos e sessões de Educação Permanente (Folders, cartilhas, receitas saudáveis) que envolvam a Nutrição.

Sabemos que são escassos os materiais de apoio ao trabalho do agente Comunitário. E mais do que ler apenas orientações eles precisam estar participando do processo de mudança dos hábitos alimentares. Foi observado que quando o Agente Comunitário vivencia o que orienta a influência exercida sobre a comunidade é ainda maior. A opinião da Agente Comunitário sobre determinada preparação ou alimentação influencia na divulgação e indicação da mesma.

“Utilizo os materiais que ganhamos nestas oficinas de reciclagem, os folders e a nossa opinião sobre já ter provado os alimentos e receitas oferecidos nas oficinas.”

“De vez em quando temos umas oficinas onde reciclamos as nossas informações. Eu utilizo na minha prática esses materiais que ganhamos nos treinamentos, folders, etc..”

Os ACS no seu cotidiano passam por situações difíceis, incluindo a falta de instrumentos adequados de trabalho e a falta de material suficiente para atenderem à comunidade onde atuam, mas assim mesmo, conseguem, apesar das barreiras, realizar um trabalho imprescindível para a comunidade, para a unidade de saúde, para o município e, sem dúvida, para o país.

Em relação às **principais dificuldades** foi citado o pouco conhecimento sobre a Nutrição, sobre o que orientar para cada caso e a dificuldade em convencer o usuário a mudar seus hábitos alimentares.

A descrença em relação ao que uma alimentação inadequada pode causar em longo prazo e a resistência a mudanças foram itens mencionados pelas Agentes Comunitárias.

“A maior dificuldade é fazer com que eles façam o que nós estamos orientando, porque às vezes a gente fala e eles não acreditam no que estamos falando”.

(GF 2)

“Por mais que se fale parece que eles não acreditam que aquilo realmente vai fazer mal a eles” (GF 4)

A condição financeira foi relatada em diversos discursos revelando dificuldade de se lidar com a mesma. Neste sentido, é fundamental que o Agente Comunitário esteja munido de informações para auxiliar a família a contornar esta realidade. É de fundamental importância que seja desmistificada a ideia de que para se ter uma alimentação saudável é preciso ter dinheiro.

“A grande dificuldade é que as pessoas não tem condição de ter uma alimentação balanceada e saudável”.

Um grande equívoco cometido pela maioria da população é acreditar que para ter uma alimentação saudável é necessária uma boa condição financeira.

Sabemos que a alimentação saudável está ao alcance de todos e que os alimentos da safra são baratos, saborosos e nutritivos. O importante é saber balancear a alimentação e ter bom senso nas escolhas, evitando os exageros.

Neste caso ainda podemos contar com o aproveitamento integral do alimento, que garante uma melhor utilização do mesmo e um acréscimo no valor nutricional da refeição.

Para isso, é necessário que o Agente Comunitário esteja capacitado para oferecer uma opção de resposta à população, o que fazer em meio à carência.

A mídia também foi citada como fator de confundimento em relação às informações veiculadas.

“Os programas de televisão também falam coisas que não deveriam ser ditas. Os pacientes no dia seguinte perguntam pra gente sobre o que foi falado na TV e nós às vezes não temos o conhecimento para falar a respeito daquele assunto. Aí estes programas falam o contrário do que dissemos. É complicado!”

Atualmente nos meios de comunicação, a notícia é um produto e tem de ser vendido como mercadoria. Notícias sobre a saúde não fogem a essa regra, somando-se o fato de a própria saúde estar sendo vista como mercadoria, dependente do consumo de outras mercadorias, de bens e de serviços. Essa forma de pensar a saúde não favorece o desenvolvimento dos processos da Promoção da Saúde, que pretendem desenvolver a autonomia dos indivíduos.

Os meios de comunicação distanciam-se dos problemas que realmente afligem a população e da sua causalidade múltipla. Raramente dão espaços para

profissionais de saúde que difundam práticas inovadoras promotoras de saúde, só procurando notícias contundentes e negativas, que vendam o jornal ou a revista ou aumente a audiência do rádio ou da televisão.

Foi citada também como dificuldade a falta de informação sobre o porcionamento dos alimentos, sobre a alimentação de crianças, bebês e também hipertensos e diabéticos. Em diversos momentos foi observado que esta carência de informação gera insegurança no Agente Comunitário.

“Eu tenho dificuldades também em orientar crianças e bebês, o que comer quantidade dos alimentos, em relação às mamadeiras, farinhas... Quando o caso é uma criança eu prefiro trazer para o Posto a orientar sozinha.”

“Em relação à quantidade de alimentos a ingerir, as pessoas perguntam e a gente não sabe responder. Em relação ao Diet e Light, as pessoas não sabem e eu também não. Por exemplo... o diabético pode usar o diet ou o light? Eu não sei responder...”

Novamente relatam que o conhecimento adquirido é limitado e necessitam de uma educação continuada que atenda as necessidades da sua prática.

“Bom, são muitas as minhas dificuldades... Porque eu acho que o que a gente sabe é o básico, o trivial”.

Observamos que os ACS tornaram-se, ao longo dos anos, uma figura importante para a qualidade do cuidado solidário e humanizado em saúde realizado pela esfera pública. Conhecer seu trabalho, especialmente as dificuldades e facilidades a esse relacionadas, podem ser instrumentos

auxiliares na articulação de ações que garantam qualidade de vida, eficácia e eficiência no desempenho de suas funções (BRAND et al, 2010).

Na categoria **Composição do material de apoio** observou-se primeiramente grande aceitação por parte das Agentes Comunitárias. A possibilidade de opinar sobre o que gostariam de ver contemplado em um material para auxiliar a sua prática foi muito bem visto.

Foram citados como temas de interesse os ciclos de vida, contemplados seguindo as linhas dos Programas de atenção básica propostos pelo Ministério da Saúde.

“Eu gostaria de ter um pouco de tudo. Porque a gente trabalha com os Programas, criança, hipertenso, diabético, gestante, idoso. Poderia ser um material que contemplasse o básico, porque não vamos sair daqui com muitas informações, seria o trivial. Um pouco de todos... Estaria bom”

“Um manual objetivo, sem muito lero-lero. Pra que funcione tem que ter todos os temas que o ACS se propõe a trabalhar, que são os programas. Mas bem objetivo!!”

“Primeiro seria interessante em relação à criança de 6 meses à 1 ano onde começa a alimentação e também em relação aos hipertensos e diabéticos, pois existem muitos e a gente precisa saber.”

As preparações também foram citadas como ponto importante a ser abordado no material de apoio. A divulgação de preparações saudáveis e saborosas

facilitaria à adesão a dieta incentivando a prática de uma alimentação saudável.

“Seria interessante ter algumas preparações ensinando a preparar receitas saudáveis, por exemplo, ou diet e light”.

Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2000) foram observadas que as ACS realizam várias ações educativas, não se limitando somente ao campo da saúde. Acredita-se que esta seja uma das tarefas de destaque no trabalho do ACS, isto é, ser um educador em saúde. Sua competência para ser um agente de mudanças, depende da sua competência como educador.

Em um estudo no ano de 2005, Stotz, David e Wong ressaltam ainda que apesar da teoria de educação popular estar presente no movimento de reforma sanitária, a política de saúde manteve o modelo biomédico que determina a separação cultural entre os serviços de saúde e a população, dificultando o trabalho educativo dos ACS.

Estudo desenvolvido por Lunardelo (2004) sobre o trabalho do ACS afirma que este profissional trabalha dialogando com a comunidade buscando ser um agente educador, sendo que Ferraz e Aertz (2005) constataram que a educação em saúde é a segunda tarefa mais desenvolvida pelos agentes comunitários.

É importante reinterar que no âmbito das ações direcionadas à capacitação dos indivíduos, deve-se garantir condições para que a população possa exercer sua autonomia decisória, optando por escolhas alimentares mais saudáveis. Nesse sentido, a educação nutricional assume um papel fundamental para o exercício e fortalecimento da cidadania alimentar. (FERREIRA e MAGALHÃES, 2007)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Agente Comunitário de Saúde tem como papel fundamental, senão prioritário, desenvolver ações que estimulem a comunidade à promoção da saúde e prevenção de doenças. Muitos avanços foram obtidos neste sentido, sendo a implantação da Estratégia Saúde da Família um dos que mais proporcionam a efetivação destas ações, uma vez que atinge a população em sua comunidade e em seu domicílio, visando dar um novo enfoque na atenção à saúde, ou seja, substituir o modelo de assistência biomédico pelo modelo de vigilância da saúde. Assim a Estratégia de Saúde da Família, entre outras ações, pode proporcionar um estímulo à qualidade de vida e às condições de saúde, sob a visão da promoção da saúde.

Buscando auxiliar neste processo propomos avançar na elaboração de um Manual que sirva como material de apoio para o Agente Comunitário de Saúde com base no diagnóstico realizado por esta pesquisa.

O manual deverá conter informações sobre os ciclos de vida e a modificação na alimentação segundo a necessidade de cada ciclo (Pré-escolares, escolares, adolescentes, adultos, idosos). As condições ou doenças deverão também ser contempladas dentro dos ciclos (Obesidade, baixo peso, hipertensão, diabetes, gestantes e nutrízes)

Cada ciclo de vida deverá conter sugestões de receitas saudáveis e de baixo custo, com o objetivo de facilitar a adesão dos usuários às mudanças de hábitos alimentares.

Dessa forma auxiliaremos na prática profissional do Agente Comunitário e contribuiremos para mudanças positivas não só no perfil nutricional da população, como também no controle das doenças associadas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONI, Clarissa; KOLLER, Silvia Helena. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, Rio Grande do Sul, v. 5, n.2, p. 347-381. 2000

ARAÚJO, Maria; ASSUNÇÃO, Raquel. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e prevenção de doenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.57, n.1, p,19-25, 2004

ASSIS OLIVEIRA, Ana Marlúcia et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.15, n.3, p. 255-266, 2002.

ASSUNÇÃO SILVA, Thais; URSINE SANTANA, Priscila. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.13, s.2, p.2189-2197.2008.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed Edições 70, 226p 2004.

BOOG FABER, Maria Cristina. Educação nutricional: Por que e para que? *Jornal da Unicamp* [periódico eletrônico] 2004; Disponível em:www.unicamp.br. Acessado em 7/junho/2010

BORNSTEIN, Vera Joana, STOTZ NAVARRO, Eduardo. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.259-268, 2008.

BRAND, Catia; ANTUNES MARTINS, Raquel; FONTANA, Rosane. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Cogitare Enferm.* v.15, n.1, p.40-47, 2010.

BRASIL. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. *Ministério da Saúde*, 1997. 36p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1999.

CONSEA. Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília; 2004

CARVALHO SOARES, Maria Cláudia; LUZ, Madel Therezinha; PRADO DONIZETE, Shirley. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16 n.1, p.155-163, 2011.

DURAN MAROCCO, Erika; COCCO MONTEIRO, Maria Inês. Software educativo sobre diabetes mellitus para profissionais de saúde: etapas de elaboração e desenvolvimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.11, n.1, p. 104-107, 2003.

FERNANDEZ FUNCIA, Priscila et al. Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.10, n.3, p.749-755.2005.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.347-355, 2005.

FERREIRA, Sandra Roberta. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. *Ciência e Cultura*. São Paulo, v. 62, n. 4, 2010.

FERREIRA, Vanessa; MAGALHÃES, Rosana. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p.1674-1681, 2007.

FEUERWEKER, Laura. O Programa de Saúde da família e o direito à Saúde. *Olho Mágico*. v.6, n.22, p.22-5, 2000

FONSECA MONTI, Luciana; SCOCHI SILVAN, Carmem; ROCHA MELO, Semiramis; LEITE MORAES, Adriana. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.12, n.1, p. 65-75. 2004

FONTINELI, Klinger. Programa Saúde da Família (PSF) comentado. Goiânia, AB Editora; 2º Edição. 216 p. 2003.

FORTES CARVALHO, Paulo Antonio; SPINETTI RIBEIRO, Simone. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1328-1333. 2004

GALLIAN CLARAMONTE, Dante Marcello. A desumanização do comer. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.21, n.60, p. 179-184, 2007.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES FERREIRA, Suely; Cruz, Otavia; GOMES, Romeu. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro, 6ª Edição, Editora Vozes; p.67-80, 1996

JAIME CONSTANTE, Patricia et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*. Campinas, v.24, n.6, 2011

LUNARDELO, Simone Renata. O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto - São Paulo. 2004.156f. Dissertação(Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo.São Paulo.2004.

MANÇO MORAES, Angélica; COSTA AMARAL, Fátima. Educação Nutricional: Caminhos Possíveis. *Alim. Nutr*, Araraquara, v.15, n.2, p.145-153, 2004.

MANGIA FERREIRA, Elisabete; LANCMAN, Selma. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo*, v.19, n.2, 2008.

MENDONÇA MAGALHAES, Maria Helena. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.353-365, 2004.

MONTEIRO, Carlos; BENÍCIO, Maria Helena; CONDE, Wolney; POPKIN, Barry. Shifting obesity trends in Brazil. *European Journal of Clinical Nutrition*, Cambridge, v. 54, p.342-346, 2000.

NOGUEIRA PASSOS, Roberto; SILVA BARBOSA, Frederico; RAMOS OLIVEIRO, Zuleide. Vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. [Textos para discussão nº 735]. 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>

NUNES OLIVEIRA, Monica et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639-46, 2002.

PEIXOTO GONDIM, Maria do Rosário et al. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.1323-1333, 2008.

PEREIRA FIGUEIREDO, Adriana. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, 2003.

RODRIGUES FIRME, Livia; RONCADA, Maria José. Educação nutricional no Brasil: evolução e descrição de proposta metodológica para escolas. *Com. Ciências Saúde*. Brasília, v.19, n.4, p.315-322, 2008

SILVA AZEVEDO, Joana. **O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS:** agente institucional ou agente de comunidade? São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

SILVA AZEVEDO, Joana; DALMASO WHITAKER, Ana. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v 20, n 5, 2004.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; NETO COSTA, Milton. Abordagem do idoso em programas de Saúde da Família. *Cad. de Saúde Pública*. v.19, n.3, 839-847, 2003.

SIMÕES RIOS, Aline. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. *Revista de Saúde Pública*. Santa Catarina, v.2, n.1, 2009.

SPIRI, Wilza Carla; SCAVASSA, Ailton José; BACHILLI, Rosane. A identidade do agente comunitário de saúde - uma abordagem fenomenológica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v 13 n1, p. 51-60, 2008.

STOTZ, Eduardo; DAVID, Helena Maria; WONG UM, Julio. Educação popular e saúde- Trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Juiz de Fora. *Revista APS*, v.8, n.1, p. 49-60, 2005.

TOLEDO MAFRA, Melina; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Ana Maria. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.16, n.2, p.233-238, 2007.

TOMAZ CISNE, Jose Batista. O agente comunitário de saúde não deve ser "super-herói". *Interface Comunic., Saude, Educ*, São Paulo, v.6, n.10, p.84-90, 2002.

TRAD, Leny. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 777-796, 2009.

TOMAZ CISNE, Jose Batista. O agente comunitário de saúde não deve ser "super-herói". *Interface Comunic., Saude, Educ*, São Paulo, v.6, n.10, p.84-90, 2002.

VASCONCELOS MOURÃO, Eduardo. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo, Hucitec, 336 pág, 2006.

VIANA, Ana Luiza; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 11-48, 1998.

ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: “Bases para o planejamento de estratégias de educação nutricional para agentes comunitários.”

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

1) Introdução

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Bases para o planejamento de estratégias de educação nutricional para agentes comunitários.”** Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa.

Você foi selecionado através de um sorteio entre as Agentes Comunitárias de Saúde com mais de 3 anos de atuação profissional na área. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

2) Objetivo

O objetivo deste estudo é perceber o conhecimento das Agentes Comunitárias de Saúde sobre Alimentação e nutrição bem como saber quais são suas principais dificuldades em orientar os usuários a uma alimentação mais adequada para cada caso.

3) Procedimentos do Estudo

Se concordar em participar deste estudo você será solicitado a participar de uma reunião em grupo com no máximo 10 participantes. A metodologia será o grupo focal, onde você será convidado a expor sua opinião sobre temas relacionados à Nutrição e Alimentação na sua prática. Haverá necessidade de gravar as declarações de cada Agente Comunitário, porém os participantes terão suas identidades preservadas e serão identificados através de números. Estas declarações poderão ser utilizadas na pesquisa.

As informações coletadas servirão como base para construção de um programa de Educação Nutricional a fim de contribuir para a prática do Agente Comunitário de Saúde.

4) Riscos e desconfortos

Os possíveis riscos e desconfortos que podem ocorrer durante a coleta de dados se resumem no constrangimento em falar sobre suas dificuldades ou sobre a falta de conhecimento sobre o assunto em público.

5) Benefícios

A participação na pesquisa não acarretará gasto para você, sendo totalmente gratuita. O conhecimento que você adquirirá a partir da sua participação na pesquisa poderá beneficiá-lo com informações e orientações futuras em relação à modificação de hábitos alimentares e um melhor conhecimento dos fatores de risco sobre o tema, beneficiando-o de forma direta ou indireta. Os benefícios esperados estão relacionados com a melhoria na qualidade do atendimento e resolubilidade na promoção de saúde e prevenção de doenças dos usuários.

6) Custos/Reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo.

7) Caráter Confidencial dos Registros

Algumas informações obtidas a partir de sua participação neste estudo não poderão ser mantidas estritamente confidenciais. Além dos profissionais de saúde que estarão cuidando de você, agências governamentais locais, o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo está sendo realizado, o patrocinador do estudo e seus representantes podem precisar consultar seus registros. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza as inspeções em seus registros. (informar, de acordo com o método utilizado na pesquisa, como o pesquisador protegerá e assegurará a privacidade).

8) Participação

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma reunião em grupo com no máximo 10 Agentes Comunitárias de Saúde, onde você será convidado(a) a expor sua opinião sobre temas relacionados à Nutrição e Alimentação na sua prática.

É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tenha direito de outra forma. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá notificar ao profissional e/ou pesquisador que esteja atendendo-o. A recusa em participar ou a saída do estudo não influenciarão seus cuidados nesta instituição.

9) Para obter informações adicionais

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso você tenha mais perguntas sobre o estudo, por favor, ligue para **Sr. Catia Stumpf Ramos** no telefone **22488774 / 88387895** ou no endereço: **Rua Luis Pelegrini, 65, Cascatinha, Petrópolis/RJ.**

10) Declaração de consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre o método a ser utilizado, as inconveniências, riscos, benefícios e eventos adversos que podem vir a ocorrer em consequência dos procedimentos.

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como paciente deste estudo.

Nome do participante **(em letra de forma)** _____

Assinatura do participante ou representante legal _____

Data __/__/__

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado. Acredito que o participante e/ou seu representante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreendeu essa explicação.

Assinatura do pesquisador _____

Data __/__/__

APÊNDICE: Roteiro de perguntas do Grupo Focal

O roteiro de questões que norteou a discussão nos grupos continha tais questões:

- Você já participou de alguma capacitação sobre Alimentação e Nutrição?
- O que você sabe sobre Alimentação e Nutrição?
- O que você sabe sobre Alimentação e Nutrição relacionada às doenças?
- Você orienta seus usuários em relação ao tipo de alimentação mais adequada para o seu caso?
- Os materiais existentes sobre alimentação e nutrição são utilizados na sua prática? Quais?
- Quais são suas principais dificuldades em relação a orientações nutricionais na sua prática?
- Quais temas ou conteúdos você gostaria de ver contemplado em um material de apoio para a prática do Agente Comunitário de Saúde?