

DANIELA ELIAS GOULART DE ANDRADE MIRANDA

***INDICADORES NUTRICIONAIS E PERCEPÇÃO DE MÃES SOBRE A
ALIMENTAÇÃO DE SEUS FILHOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA COMO PRESSUPOSTO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E
NUTRIÇÃO***

ARARAQUARA - SP

2013

DANIELA ELIAS GOULART DE ANDRADE MIRANDA

INDICADORES NUTRICIONAIS E PERCEPÇÃO DE MÃES SOBRE A ALIMENTAÇÃO DE SEUS FILHOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PRESSUPOSTO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista – UNESP como exigência para a obtenção do título de doutor, área de concentração: Ciências Nutricionais.

Orientador: Prof^a Dr^a Maria Rita Marques de Oliveira

Coorientadora: Prof^a Dr^a Telma Maria Braga Costa

ARARAQUARA-SP

2013

Ficha Catalográfica

Elaborada Pelo Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
UNESP – Campus de Araraquara

Miranda, Daniela Elias Goulart de Andrade
M672i Indicadores nutricionais e percepção de mães sobre a alimentação de
seus filhos na estratégia de saúde da família como pressuposto para educação
em saúde e nutrição / Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda. –
Araraquara, 2013
101 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. “Júlio de
Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós
Graduação em Alimentos e Nutrição

Orientador: Maria Rita Marques de Oliveira

Coorientador: Telma Maria Braga Costa

1. Segurança Alimentar e Nutricional. 2. Educação Continuada. 3.
Educação em Saúde. 4. Agentes de Saúde Comunitária. 5. Centros
Comunitários de Saúde. 6. Atenção Primária à Saúde. 7. Saúde da Criança. I.
Oliveira, Maria Rita Marques de, orient. II. Costa, Telma Maria Braga,
coorient. III. Título.

CAPES: 50700006

FOLHA DE APROVAÇÃO

DANIELA ELIAS GOULART DE ANDRADE MIRANDA

INDICADORES NUTRICIONAIS E PERCEPÇÃO DE MÃES SOBRE A ALIMENTAÇÃO DE SEUS FILHOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PRESSUPOSTO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista – UNESP como exigência para a obtenção do título de doutor, área de concentração: Ciências Nutricionais.

Aprovação em: 26/03/2013

Banca Examinadora

Profª Drª Maria Rita Marques de Oliveira

Orientadora – UNESP/Araraquara

Prof Dr Anderson Marlieri Navarro

Membro - UNESP/Araraquara

Profª Drª Vera Mariza Henriques de Miranda Costa

Membro - UNESP/Araraquara

Profª Drª Carla Maria Vieira

Membro – UNIMEP/Piracicaba

Prof Drª Rita de Cássia Margarido Moreira

Membro – UNAERP/Ribeirão Preto

Dedicatória

Dedico este trabalho:

**AOS MEUS PAIS, JOSÉ NILTON E DAYSE, E IRMÃOS, FABIANA, RODRIGO E
DANILO, PELO APOIO, INCENTIVO E COMPREENSÃO.**

**AO MEU MARIDO, CARLOS, QUE ESTEVE COMIGO A TODO O MOMENTO,
INDEPENDENTE DO MOMENTO.**

**AO PEQUENO E MARAVILHOSO LUCAS, QUE ME ENSINOU A VIVER
DEPOIS DE SEU NASCIMENTO.**

Agradecimentos

AO MEU MARIDO CARLOS QUE COMPARTILHOU CADA MOMENTO DESDE TRABALHO, DO INÍCIO AO FIM. SITUAÇÕES DIFÍCEIS SEMPRE VIVIDAS COM MUITO AMOR.

AO LUCAS, MEU FILHO QUERIDO, QUE MESMO SEM ENTENDER DIREITO O QUE ESTAVA ACONTECENDO, COMPARTILHOU/DIVIDIU SEU ESPAÇO PARA QUE EU PUDESSE ESCREVER A TESE.

FÁ, MINHA IRMÃ, MUITO OBRIGADA, A SUA COLABORAÇÃO FOI DE EXTREMA IMPORTÂNCIA E É SEMPRE MUITO VALIOSA.

DANI E TE, COMO SEMPRE, MUITO OBRIGADA PELA AJUDINHA NO INGLÊS E ESPANHOL!

À MINHA ORIENTADORA PROF^a DR.^a MARIA RITA MARQUES DE OLIVEIRA COM MUITA SABEDORIA, ATENÇÃO E PACIÊNCIA ME AJUDOU A DESENVOLVER ESSE TRABALHO.

À MINHA COORIENTADORA PROF^a DR.^a TELMA MARIA BRAGA COSTA, QUE SEMPRE ESTÁ PRESENTE NAS MINHAS “CONQUISTAS”.

ÀS ALUNAS DO CURSO DE NUTRIÇÃO DA UNAERP QUE ME AUXILIARAM NA COLETA DE DADOS, EM ESPECIAL À DANIELA, JAQUELINE, JULIANA E THAISA.

À AMIGA MILENA, GRANDE PARCEIRA DE TODAS AS HORAS E LÓGICO, DA PÓS GRADUAÇÃO!!

À MALU, NUTRICIONISTA DA SECRETARIA DA SAÚDE DE RP, QUE SE MOSTROU SEMPRE DISPONÍVEL PARA ABRIR PORTAS PRA MIM.

À TODOS OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AS FAMÍLIAS QUE ME DEIXARAM COLETAR ESSAS INFORMAÇÕES TÃO ESSENCIAIS.

À TODOS QUE DIRETA OU INDIRETAMENTE CONTRIBUÍRAM COM A EXECUÇÃO DESTE TRABALHO.

Epígrafe

“Mudar é difícil, mas é possível”

Paulo Freire

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CFQ	Child Feeding Questionnaire
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
EN	Estado Nutricional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IMC	Índice de Massa corporal
LOSAN	Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
POF	Pesquisa de orçamento Familiar
PSF	Programa de Saúde da Família
QAC	Questionário de Alimentação da Criança
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TACO	Tabela Brasileira de Composição de Alimentos
UBS	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
VCT	Valor Calórico Total

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1	Características gerais e respostas ao Questionário de Alimentação da Criança (QAC) de binômios mãe/filho menor de 5 anos entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e famílias atendidas. Ribeirão Preto/SP, 2010.....	50
Tabela 2.2	Caracterização da mãe e da gestação em relação ao estado Nutricional de crianças menores de 5 anos acompanhadas em unidades de saúde. Ribeirão Preto/SP, 2010.....	51
Tabela 2.3	Estado nutricional das crianças menores de 5 anos de famílias acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em relação às dimensões do Questionário de Alimentação da Criança (QAC). Ribeirão Preto/SP, 2010.....	52
Tabela 2.4	Estado nutricional da criança e a contribuição proporcional de energia e de macronutrientes no valor calórico total (VCT) de famílias de unidades de saúde (n=59). Ribeirão Preto, 2010.....	53
Tabela 2.5	Valores absolutos de nutrientes em 1000 kcal e contribuição proporcional dos macronutrientes na quantidade de energia adquirida por famílias de unidades de saúde (n=59), divididas conforme o estado nutricional da criança, Ribeirão Preto/SP, 2010.....	54

A alimentação humana é um processo influenciado por diversos fatores, dentre eles os socioeconômicos, culturais e psicológicos. Por ser um aspecto fundamental na ligação do ser humano com o meio em que vive, a alimentação representa um tema de grande importância para as ações de atenção primária à saúde. Na equipe de saúde, o Agente Comunitário de Saúde reúne condições para ser um transformador em saúde e nutrição, na medida em que realiza as visitas domiciliares, conhece as reais necessidades daquela comunidade e faz a mediação desta com a equipe e o sistema de saúde. Diante disto, o objetivo deste trabalho foi, em uma primeira etapa, conhecer aspectos da alimentação e nutrição de crianças menores de cinco anos, filhas ou acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde, a partir de indicadores antropométricos do estado nutricional, aquisição familiar de alimentos e percepção dos pais e/ou cuidadores sobre a alimentação de suas crianças e; em uma segunda etapa, o objetivo foi aplicar e avaliar uma proposta de educação participativa sobre alimentação da criança pautada nos elementos acima levantados. Este estudo foi realizado na região leste da cidade de Ribeirão Preto onde Agentes Comunitários de Saúde e famílias acompanhadas por eles, bem como seus filhos menores de cinco anos foram avaliados em visita domiciliar. Eles responderam um questionário sobre informações gerais e quando foram aferidas medidas antropométricas de peso e estatura. Para avaliar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde ou dos responsáveis sobre a alimentação de suas crianças, foi utilizado o Questionário de Alimentação da Criança, anteriormente validado. Já a avaliação da aquisição de alimentos no domicílio foi realizada utilizando-se um Inquérito de Consumo Alimentar da Família. Na segunda etapa, ocorreram oficinas de formação fundamentadas em processo participativo, seguindo a proposta do Ministério da Saúde para a Educação Permanente. O diagnóstico alimentar e nutricional evidenciou elevado índice de excesso de peso, acompanhado da aquisição de alimentos ricos em energia. Quanto à percepção sobre a alimentação da criança, os pais ou responsáveis manifestaram-se como os principais responsáveis pela alimentação de seus filhos e afirmaram que na maior parte do tempo monitoram a ingestão de alimentos energéticos; no entanto, o peso das crianças foi em geral subestimado por eles. Como resultado das oficinas, os Agentes Comunitários de Saúde foram esclarecidos sobre o tema, manifestaram interesse, capacidade de aprendizado e senso de responsabilidade quanto à sua atuação como agentes transformadores em favor da alimentação saudável, especialmente para crianças menores de cinco anos. O processo de educação em alimentação e nutrição é complexo e pode ser motivado e facilitado pelo conhecimento da realidade pela aplicação de metodologias participativas.

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional; Educação Continuada; Educação em Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança.

Human feeding is a process influenced by many factors such as socioeconomic, cultural and psychological. As it constitutes a fundamental aspect in the link between human beings and the environment, it also represents an important subject for actions of primary health care. In the healthcare team, the Community Health Agent has conditions to have a transforming role in health and nutrition. By conducting home visits they usually know the real needs of the community and they can mediate the relationship between the community and the healthcare system. Hence, the purpose of this study was firstly, to study the characteristics of the diet and nutrition of children under five years, belonging to two groups: Community Health Agent's children or children accompanied by these agents. This characterization was performed by using anthropometric indicators of nutritional status, familiar food acquisition and perception of the parents and / or caregivers about how their children are fed. In a second phase of the study, our goal was to develop a proposal of participative education about infant feeding guided by the evidence previously collected. This study was conducted in the East health district of the city of Ribeirão Preto, where Community Health Agent and families accompanied by them were evaluated during home visits. They answered a questionnaire about general information and anthropometric indicators of weight and height were measured. The perceptions of the Community Health Agent or responsible about children's feeding process were evaluated using the Child Feeding Questionnaire, previously validated. The evaluation of familiar food acquisition was performed using a Family Food Consumption Survey. In the second phase of the study, training workshops were performed based on participative process for the Community Health Agent, following the proposal of Brazilian Health Ministry for Continuing Education. The feeding and nutrition diagnosis of the community showed high rates of overweight, accompanied by the acquisition of high-energy foods. Regarding the perception about feeding the child, parents or carers manifested themselves as responsible for the feeding of their children, moreover they mentioned that they usually monitor the intake of energy foods for children. However, they underestimated the weight of their children. As a result of the workshops, Community Health Agents were made aware about this theme, and expressed interest in these issues, learning ability and sense of responsibility regarding their roles as agents of change in favor of a healthy diet, especially for children under five years. The process of education in feeding and nutrition is complex and can be motivated and facilitated by the knowledge about the reality of people and participative methodologies.

Keywords: Feed and Nutrition Security; Continuing Education, Health Education, Community Health Agents, Primary Health Care, Child Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. CAPÍTULO 1: A Segurança Alimentar e Nutricional nas ações para o Agente Comunitário de Saúde no processo de educação alimentar e nutricional.....	18
2. CAPÍTULO 2: Indicadores nutricionais e percepção da alimentação de crianças na estratégia de saúde da família.....	41
3. CAPÍTULO 3: Educação em Saúde com Agentes Comunitários de Saúde- Realidade e Prática Profissional.....	62
4. CONCLUSÕES.....	82
REFERÊNCIAS.....	85
Anexos.....	89
Apêndices.....	98

INTRODUÇÃO

A promoção da alimentação saudável adequada é, ou ao menos deveria ser, a primeira linha de ação nas atividades de promoção e prevenção de doenças na Atenção Primária à Saúde (APS).

O comportamento alimentar, segundo Basdevant, Barzic e Guy-Grand (1993), representa uma combinação de ações que vão além dos aspectos quantitativos e qualitativos dos alimentos ingeridos, os quais sejam, a procura e aquisição de alimentos precedentes ao hábito de se alimentar, as condições rítmicas e ambientais que acompanham as refeições e os fenômenos pré e pós-ingestão. O comportamento alimentar, portanto, é complexo em suas funções, visto que no homem ele parece estar sujeito a três tipos de demanda: energética, edonística e simbólica. Esses fatores não agem isoladamente, mas sempre em combinação ou interação.

Nesse contexto, o agente comunitário de saúde (ACS) surge como ator importante para a promoção da alimentação saudável e adequada (SANTOS, 2007).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, tanto de caráter individual quanto coletivo, que compreende promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2006).

O Brasil adotou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 como estratégias para contribuir com a expansão e a qualificação da atenção primária à saúde da família, sendo assim, estratégias direcionadas à reorganização das ações da APS. Além disso, a ESF, como é chamado hoje o modelo brasileiro de APS, vem apresentando importante avanço na sua história recente, ao tornar mais sólida a participação da comunidade e a relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população (CARDOSO; NASCIMENTO, 2008).

A qualificação das equipes para lidarem com as questões de saúde do cotidiano das famílias acompanhadas, bem como tentar adotar postura crítica e reflexiva na relação com o próprio trabalho é imprescindível para o aperfeiçoamento da APS (AFONSO, 2006).

A educação se faz fortemente presente no cotidiano do setor saúde, sendo uma prática fundamental no contexto do SUS.

O conceito de educação em saúde e suas práticas desenvolveram-se nas últimas décadas de forma significativa, reorientando as reflexões teóricas metodológicas neste campo de estudo (GAZINELLI et al., 2005). A educação na área da saúde pode ser vista como um campo de práticas que ocorre nas relações sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e, sobretudo, com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades.

A educação crítica e participativa, referenciada na obra de Paulo Freire (1921-1997), vem sendo proposta pelo Ministério da Saúde como abordagem de escolha para a educação em saúde (BRASIL, 2009a). Essa abordagem é caracterizada por uma educação comprometida e participativa orientada pela perspectiva de realização dos direitos de todos. Não é uma educação fria e imposta, pois baseia-se no saber da comunidade e incentiva o diálogo. É uma estratégia de construção da participação popular para o redirecionamento da vida social.

Uma das principais características da Educação Popular é utilizar o saber da comunidade como matéria prima para o ensino. É aprender a partir do conhecimento do sujeito e ensinar a partir de palavras e temas geradores, oriundos de seu cotidiano. A educação é vista como ato de conhecimento e transformação social, tendo um certo cunho político. O resultado desse tipo de educação é observado quando o sujeito pode situar-se bem no contexto de interesse e a mudança de comportamento pode aparecer nesta fase.

Quando o assunto é a formação e o desenvolvimento de habilidades educativas entre os trabalhadores da atenção primária à saúde; estudiosos da área concordam que ela é urgente e necessária; porém na prática, nos encontramos em um campo obscuro. A Educação Permanente tem sido orientada pelo SUS como um processo necessário para despertar nos trabalhadores o interesse pelo constante aprimoramento das práticas cotidianas de trabalho, a partir do confronto da realidade com as evidências científicas (PESSANHA; CUNHA, 2009).

A educação representa um importante elo entre o saber e o fazer; pode-se dizer que ela influencia o comportamento dos indivíduos, inclusive nos seus hábitos e escolhas alimentares.

A alimentação é sem dúvida o principal determinante do estado nutricional dos indivíduos, em especial nos seus primeiros anos de vida, quando existe

necessidade energética e de nutrientes aumentada visando crescimento e desenvolvimento saudáveis, além da manutenção das funções orgânicas (HEDIGER *et al.*, 2000; WHO, 2001). É importante ainda destacar a relação da alimentação (adequada ou não) com os processos de formação cognitiva e cultural de uma criança.

O termo Educação Alimentar e Nutricional (EAN) pode ser definido como o campo de prática contínua e permanente transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, para uma prática alimentar saudável (BRASIL, 2009b).

Adequar a nutrição infantil tem implicações mais amplas sobre a vida de uma pessoa adulta, porque é na infância que as bases para hábitos alimentares e adequação nutricional são definidas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2003). Promover o aleitamento materno exclusivo pode ser um caminho importante no sentido de evitar possíveis desacordos nutricionais, além da prática adequada de introdução de alimentos sólidos (LESLEY *et al.*, 2010).

Quando esses hábitos saudáveis aprendidos são levados para a vida adulta, há maiores probabilidades de saúde, produtividade e bem-estar, e os riscos de doenças crônicas e infecciosas são reduzidos (BENTLEY *et al.*, 1999; BARTON, 2001).

No âmbito da alimentação da criança, não só os alimentos adquiridos pela família, mas também a postura dos pais ou cuidadores pode influenciar o consumo alimentar e o estado nutricional dos menores. Entre outros, o estado nutricional da criança pode ser influenciado pelo comportamento dos pais ao tentarem controlar a alimentação de seus filhos (COSTANZO; WOODY, 1985).

Alguns desses pais mostram-se obsecados por questões relacionadas à saúde, atividade física e peso da criança, manifestando a percepção de que sua criança encontra-se em risco de desenvolver problemas de alimentação e nutrição. Isto baseado em histórias familiares ou outros fatores de risco ou ainda, por não acreditarem que a criança seja capaz de ter autocontrole sobre sua alimentação (COSTANZO; WOODY, 1985). Dessa maneira, as atitudes dos pais em relação à alimentação da criança precisa ser levada em conta no processo de cuidado nutricional.

O Child Feeding Questionnaire (CFQ) desenvolvido por Birch e Davison (2001) é um instrumento para avaliação das atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação infantil. Este estudo foi testado e foi comprovada a sua

fidedignidade, traduzido para o português como Questionário de Alimentação da Criança (QAC) por Cruz (2008). O CFQ ou QAC é apropriado para pesquisas com pais de crianças com desenvolvimento normal e classificadas entre os períodos da pré-escola e a meia infância. No contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o QAC pode contribuir com informações importantes para o planejamento do processo educativo em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde (LORENZATO, 2012).

A avaliação da condição alimentar individual ou populacional é sem dúvida um importante requisito para o diagnóstico e a educação alimentar e nutricional e, nesse sentido, os inquéritos alimentares permitem conhecer a quantidade e a qualidade da alimentação de indivíduos e grupos. Existem vários tipos de inquéritos, sendo que a escolha depende do objetivo que se pretende alcançar (FISBERG, *et al.*, 2005). De maneira geral, os inquéritos devem ser desenvolvidos e validados para uso e fins específicos.

Um inquérito de consumo alimentar familiar proposto por Galeazzi *et al.* (1996) foi validado para ser utilizado em um estudo multicêntrico de consumo de alimentos utilizado pelo Ministério da Saúde em parceria com universidades de diversos estados do Brasil e, posteriormente, usado em outros estudos (GALEAZZI; DOMENE; SCHIERI, 1997).

Conhecer os alimentos adquiridos pela família contribui com importantes informações sobre o contexto de alimentação dos seus membros. Isso torna-se ainda mais relevante ao se considerar o processo de transição nutricional que estamos atravessando, no qual as taxas de desnutrição e doenças carenciais, ainda existentes no país, vem de longe sendo superadas pela obesidade e doenças crônicas associadas. Esse quadro também se manifesta entre as crianças e adolescentes (LOPES; PRADO; COLOMBO, 2010).

As ações em saúde voltadas para a alimentação e nutrição podem ser desenvolvidas com atividades de educação nutricional, sejam elas para o usuário, bem como para o profissional a ser formado para o exercício do papel de educador.

Diante das demandas atuais dos serviços de atenção primária à saúde e partindo da premissa de que o conhecimento da realidade é imperativo para a intervenção educativa em alimentação e nutrição, o objetivo deste trabalho foi, em uma primeira etapa, conhecer aspectos da alimentação e nutrição de crianças menores de cinco anos de idade, filhas ou acompanhadas por ACS, a partir de

indicadores antropométricos do estado nutricional, aquisição familiar de alimentos e percepção dos pais e/ou cuidadores sobre a alimentação de suas crianças. Em uma segunda etapa, o objetivo foi aplicar e avaliar uma proposta de educação participativa sobre alimentação da criança pautada nos elementos cotidianos levantados.

Este trabalho foi realizado na cidade de Ribeirão Preto-SP, que é a oitava maior cidade do Estado, com índice de desenvolvimento humano de 0.855 (FUNDAÇÃO SEADE, 2012) e, em 2005, o município contava com 277 estabelecimentos de saúde, sendo destes, 59 (21,3%) de responsabilidade pública (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). A região leste da cidade foi escolhida para o desenvolvimento do trabalho. Esta escolha se deu pela presença do Curso de Nutrição da Universidade de Ribeirão Preto na região, o que facilitou o acesso às unidades de saúde e proporcionou apoio para a realização do trabalho. O Capítulo 1 consiste de uma revisão bibliográfica a respeito das atribuições e possibilidades de ações dos ACS no processo de educação alimentar e nutricional. O Capítulo 2 descreve os resultados e discussão dos indicadores nutricionais e a percepção de mães/cuidadores das crianças menores de cinco anos de idade sobre a alimentação de seus filhos. Para finalizar, o Capítulo 3 apresentou o planejamento e a execução das oficinas de trabalho com o tema alimentação enfatizada na criança menor de cinco anos realizadas com os ACS.

Com os resultados deste trabalho, espera-se contribuir com o fortalecimento da educação alimentar e nutricional na atenção primária à saúde, como ação necessária à melhoria da saúde e qualidade de vida da população, em especial de crianças menores de cinco anos.

A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NAS AÇÕES PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A FOOD AND NUTRITION SECURITY ACTION IN SHARES FOR COMMUNITY HEALTH EDUCATION IN THE PROCESS OF FOOD AND NUTRITION

Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda¹; Daniela Fernanda Fantinato²; Telma Maria Braga Costa³; Maria Rita Marques de Oliveira⁴

Autor correspondente: Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda

Endereço: R. Doutor Mario de Assis Moura, 280 ap 214-A

B. Nova Aliança. CEP 14026-578. Ribeirão Preto – SP, Brasil.

Email: danielias05@yahoo.com.br

Tet: (16) 9119-1236

MIRANDA, D.E.G.A. trabalhou em todas as etapas desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo. FANTINATO, D.F. trabalhou na revisão bibliográfica do artigo. BRAGA COSTA, T.M. participou da concepção do trabalho e da correção e revisão na sua versão final. OLIVEIRA, M.R.M. participou da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e da correção da versão final.

Não existe conflito de interesses de cada autor.

¹ Nutricionista. Doutora. Docente do Curso de Nutrição da UNAERP/Ribeirão Preto.

² Graduanda em Nutrição pela UNAERP/Ribeirão Preto.

³ Nutricionista. Doutora. Coordenadora do Curso de Nutrição da UNAERP/Ribeirão Preto.

⁴ Nutricionista. Doutora. Docente do Instituto de Biociência de Botucatu – UNESP/ Botucatu.

RESUMO

O objetivo foi descrever o histórico das ações de saúde voltadas ao direito humano à alimentação saudável no âmbito do Sistema Único de Saúde mais precisamente na Atenção Primária à Saúde, priorizando a importância da formação adequada e permanente da equipe de saúde sobre o tema alimentação e nutrição, enfatizando o papel do Agente Comunitário de Saúde. Foi realizado levantamento bibliográfico nos sites da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde e nas bases de dados Scielo, Lilacs e PubMed, utilizando-se descritores "SUS", "Atenção Básica em Saúde", "Programas de Saúde da Família", "Alimentação e Nutrição", "Educação em Saúde", "Educação Permanente". O tema alimentação e nutrição é de grande relevância para as ações da Estratégia de Saúde da Família e o papel do Agente Comunitário de Saúde precisa ser devidamente definido, reconhecido e valorizado nesse processo. A Educação Permanente, pautada nos pressupostos da educação crítica e participativa, apresenta-se como caminho para a inserção da alimentação e nutrição nas agendas de ação da Estratégia de Saúde da Família. Assim, torna-se necessário investir em ações educativas permanentes voltadas às equipes de Atenção Primária à Saúde, principalmente aos Agentes Comunitários de Saúde, tornando-os multiplicadores de informações e de práticas, de forma que venham a influenciar positivamente a alimentação e nutrição das comunidades onde atuam.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Direitos Humanos; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde da Criança.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the history of health actions related to the human right to healthy food within the Brazilian public health system, specifically in primary health care, emphasizing the importance of adequate and permanent training of the health team about feeding and nutrition and the role of the Community Health Agent. Literature was reviewed through searches on the websites of the World Health Organization and the Brazilian Health Ministry and in three scientific databases (SciELO, PubMed and Lilacs). The descriptors "Brazilian Public Health System", "Primary Health Care", "Family Health Strategy," "Food and Nutrition "," Health Education ","Continuing Education" were used. The theme feeding and nutrition has much importance for actions on the Family Health Strategy and the role of the Community Health Agent must be properly defined, recognized and valued in this process. Permanent education, based on the assumptions of critical and participative education, represents a way for insertion of feeding and nutrition in the Family Health Strategy. As a result, it is necessary to invest in permanent educational actions focused on the primary health care team, especially in the Community Health Agent. These agents can be multipliers of information and they can positively influence the feeding and nutrition in the communities where they work.

Key words: Primary Health Care; Human Rights; Community Health Workers; Child Health.

INTRODUÇÃO

A alimentação humana é um processo influenciado por diversos fatores tais como socioeconômicos, culturais e psicológicos. Ela é base para a promoção e a proteção à saúde¹. Pode-se dizer ainda, que a alimentação tem papel fundamental na relação do ser humano com o meio em que ele vive e, diante desta forte relação, surge o termo Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

A SAN tem como significado a execução do direito de todos os indivíduos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, não comprometendo o acesso a outras necessidades consideradas essenciais ao ser humano².

Ela tem como base todas e quaisquer práticas alimentares promotoras da saúde, que busquem o respeito às diversidades culturais e, ainda, que tomem como pressuposto ações ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

O governo brasileiro, através do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), busca implementar políticas e ações de combate à fome e de promoção da segurança alimentar e nutricional por meio de parcerias com organizações da sociedade civil.

Vários problemas refletem diretamente um diagnóstico de insegurança alimentar de um indivíduo ou de uma população sendo eles a fome, a obesidade, as doenças associadas à má alimentação e o consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudiciais à saúde.

A SAN é hoje uma política intersetorial e tem o sistema de saúde como um de seus importantes pilares. No modelo adotado pelo Brasil para o Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ser peça fundamental para a garantia da SAN. Atualmente, as estratégias de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) fazem parte das ações de políticas públicas tanto na promoção de saúde como na SAN³.

Neste contexto é importante destacar que os Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Saúde e da Educação se uniram para apoiar os diferentes setores do governo nas ações de EAN por meio da criação e implantação de um documento denominado “Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas”. Ele foi publicado recentemente depois de

uma vasta discussão acerca do assunto, inclusive com participação popular através de Consulta Pública³.

Como dito anteriormente, a ESF tem como premissa o atendimento do indivíduo, levando em consideração o meio onde ele vive, incluindo sua família no desenvolvimento de ações, tanto de promoção e proteção quanto de recuperação da saúde⁴. A equipe multiprofissional organizada na ESF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Estes últimos são selecionados, devendo atuar na unidade de saúde que abrange o seu bairro de moradia onde serão desenvolvidas as ações de saúde e se espera que, pela proximidade de seu trabalho com as famílias, possam, conforme a proposta da ESF, estabelecer com elas um vínculo, podendo melhorar o acesso aos serviços de saúde.

A ESF busca se desenvolver a partir da ação interdisciplinar e da inclusão da família como foco do processo. Nesse sentido, a participação da comunidade é de extrema importância para o sucesso deste modelo e o ACS parece ser o membro de maior responsabilidade dentro da equipe para envolver a comunidade nas práticas de saúde. O ACS tem sido visto pela comunidade como um facilitador do acesso aos serviços⁵, atuando como porta voz da equipe e da comunidade na relação entre ambas.

Portanto, no que diz respeito à SAN, torna-se de extrema importância uma formação mais abrangente deste ator social, baseada em informações relativas às práticas de alimentação, tanto de si como da comunidade, levando-se em consideração o hábito local, incluindo o conhecimento sobre o estado nutricional e a alimentação.

Nesse contexto, o objetivo desta revisão foi descrever o histórico das ações de saúde voltadas ao direito humano à alimentação saudável no âmbito do SUS, mais precisamente na Atenção Primária à Saúde, enfatizando a importância da formação adequada e permanente sobre o tema alimentação e nutrição dos atores deste modelo assistencial, enfatizando a figura do ACS como um de seus importantes pilares.

METODOLOGIA

Realizou-se levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo - *The Scientific Electronic Library Online* (<http://www.scielo.org>), Lilacs - Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (<http://www.bireme.br/bvs>) e PubMed - *United States National Library of Medicine* (<http://www.pubmed.com.br>). Utilizou-se os seguintes descritores “SUS”, “Atenção Básica em Saúde”, “Programas de Saúde da Família”, “Alimentação e Nutrição”, “Educação em Saúde”, “Educação Permanente”, assim como seus correspondentes em inglês. Foram ainda pesquisadas publicações específicas da área de Nutrição nos *sites* da Organização Mundial da Saúde - OMS (<http://www.who.int>) e Ministério da Saúde MS (<http://www.saude.gov.br>).

REVISÃO DA LITERATURA

A SEGURANÇA ALIMENTAR E O DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO

A preocupação com a alimentação e a segurança alimentar surgiu pela primeira vez na Idade Média e, desde então, encontra-se em constante processo de construção e definição. Sua discussão ressurgiu na Europa a partir da Primeira Guerra Mundial quando, nesta época, a definição era ligada ao conceito de segurança nacional e sobre sustentabilidade de alimentos. Este conceito, no entanto, ganhou ênfase na Segunda Guerra (1939- 1945) e, em especial, a partir da constituição da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945⁶.

Porém, nesta época, a ideia de equidade não era abordada mais sim a ideia de solidariedade com ações a base do assistencialismo¹. Desta forma, a partir da década de 40, a insegurança alimentar foi hegemonicamente tratada como uma questão de insuficiente disponibilidade de alimentos⁶.

Os direitos humanos foram descritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos discutidos como inerentes à sobrevivência de toda pessoa, após árduas tentativas de unificação de equidades entre grupos, especialmente entre aqueles que detinham o poder e aqueles sem poder algum⁷; momento pelo qual a alimentação foi vista como direito humano⁸.

O direito humano à alimentação adequada (DHAA) está previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos no Artigo XXV, cap. 1^o (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). Especialmente no Brasil, com o passar dos anos, o tema foi amplamente discutido, resultando na criação da Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) em 2006, quando foram estabelecidas definições, princípios, diretrizes, objetivos e composição do Sistema

Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), por meio do qual o poder público, com a participação da sociedade civil organizada, propôs-se a formular e implementar políticas, planos, programas e ações com vistas em assegurar o DHAA².

Uma grande conquista foi obtida após a criação da LOSAN com a Emenda Constitucional 64/2010, que inclui o DHAA entre os direitos sociais de todo brasileiro e, assim, o Artigo 6º da Constituição Federal ficou com a seguinte redação: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Isso posto, a efetiva realização do DHAA inclui o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde, por meio de ações desenvolvidas por profissionais designados à prática da promoção de saúde.

As discussões sobre SAN têm acontecido entre governos e organizações sociais, visando a orientação e o planejamento de políticas de combate às desordens nutricionais e alimentares¹⁰. Desta forma, e não diferente de outros países, o Brasil tem implantado políticas de combate às carências e de atenção voltada à saúde alimentar da sua população.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90 com a finalidade de modificar a assistência à saúde, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão¹¹. A partir daí, vem sendo construído principalmente por meio de Normas Operacionais estabelecidas em consenso das três esferas do governo (municipal, federal e estadual) e materializadas em Portarias Ministeriais¹².

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o SUS é constituído por todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas de todo território brasileiro, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar¹³. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, com direção única em cada esfera do governo¹¹.

De acordo com a Lei nº. 8.080 de 1990, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados associados ao SUS são

desenvolvidos baseados em quatro princípios: a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a equidade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com distribuição da responsabilidade em todas as esferas de governo, e a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, tanto individuais quanto coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema¹⁴. Além disso, as ações do SUS são desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988¹².

A Atenção Básica à Saúde (ABS) ou Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, tanto de caráter individual quanto coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do SUS¹⁵. Progressivamente, a ESF vem se fortalecendo, sendo hoje o mais importante componente do sistema de saúde¹⁵.

A proposta de ABS apresenta características estratégicas para efetivar o SUS, abrindo possibilidades de união e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes, permitindo a integração e estruturação das ações de saúde em território definido, visando permitir, desta forma, a integração dos distintos campos do conhecimento e, com isto, o desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais comprometidos com essa proposta de trabalho¹⁶.

A experiência brasileira com o modelo de atenção voltado para a saúde da família tem propiciado modificações positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, na estruturação dos serviços de saúde e no padrão de assistência que lhe é oferecida pelo SUS. O foco na saúde da família vem se destacando como estratégia para reorganização da atenção primária à saúde, na lógica da vigilância em saúde, retratando uma ideia de saúde centrada na promoção da qualidade de vida¹⁷.

O Ministério da Saúde no Brasil adotou o então chamado Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 como estratégia para contribuir com a expansão e a qualificação da assistência às famílias. Com isso, a ABS passa a ter uma estratégia direcionada a reorganização das ações da ABS do SUS e de avanço na história

recente da saúde pública no Brasil, tornando-se mais sólida a participação da comunidade e à relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população^{18;19}.

No entanto, foi a partir de 1998 que o programa se consolidou como estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde que prioriza ações baseadas nos princípios do SUS, preferindo grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, sendo que, nos primeiros anos, recebeu a denominação de PSF, mas, posteriormente, em sua fase de consolidação, veio a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF)^{11; 20}.

A ESF surgiu em resposta à crise do modelo médico-clínico, propondo uma real mudança na maneira de pensar sobre a saúde, uma vez que o modelo assistencial que predominava no país ainda não contemplava os princípios do SUS²¹. Portanto, os desafios da ESF estavam e ainda estão na transformação de um modelo de saúde centrado em procedimentos (cura) para um modelo de saúde coletiva centrado na produção de cuidados (prevenção)²².

A ESF é operacionalizada por equipes multiprofissionais atuando em unidades de saúde e responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias adstritas a uma determinada área geográfica. Essas equipes devem estar inseridas no cotidiano da comunidade, incorporando ações de promoção e educação para a saúde com o intuito de melhorar as condições de vida da população^{23; 24}.

Segundo o MS, na ESF as equipes de saúde da família devem atuar: Na promoção, prevenção, recuperação e na manutenção da saúde da população adstrita, com ações que buscam uma atenção integral à saúde, estabelecendo vínculo com a comunidade. Nesta estratégia, a família é o foco do atendimento, levando-se em consideração suas necessidades, suas condições sociais e o meio onde está inserida, para que a equipe possa planejar e promover as ações de saúde de forma integral e com qualidade²³.

Esta forma de trabalho permite que os profissionais nesta unidade de saúde conheçam cada morador, cada trabalhador, cada um da comunidade local. Isso é relevante porque cria uma relação de vínculo com as pessoas e possibilita conhecer quais são as principais necessidades da comunidade e, a partir desse conhecimento, a equipe de saúde vai trabalhar para a diminuição dos riscos e para melhorar a saúde dos moradores²⁵.

Na ESF a educação em saúde é responsabilidade de todos que constituem a equipe de saúde da família e possibilita a esta, juntamente com a comunidade, reconhecer situações que representem risco à saúde das famílias acompanhadas e enfrentar, de forma conjunta, o que determina o processo saúde-doença-cuidado²³. A intenção de processos educativos são a autonomia, o autocuidado e a responsabilidade dos indivíduos envolvidos neste processo²³.

O Ministério da Saúde buscou compreender o Programa Saúde da Família em 2001/2002, avaliando os processos de implantação, a infraestrutura das unidades, a gestão e o processo de trabalho da ESF em todo o Brasil²⁶. Por meio dos registros no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), um número censitário foi determinado e mais de 13 mil equipes foram avaliadas. Os resultados encontrados mostraram, na época, que muitas unidades estavam ainda sendo implantadas e tinham menos de um ano de funcionamento; em torno de 80% das equipes de saúde da família estavam atuando de acordo com os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde em número de habitantes/equipes e mais de 50% das equipes analisadas atendiam exclusivamente a população urbana local.

Em 2008, Barbosa *et al.*²⁷ repetiram a metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde em 2001/2002 afim de comparar a evolução das características das ESF no Brasil. Eles encontraram que assim como em 2001/2002, na maioria das unidades básicas de saúde atuava apenas uma equipe de Saúde da Família.

Em outro estudo, no qual foi analisado o contexto atual do Programa de Saúde da Família, Paim *et al.*²⁸ retrataram a evolução dos números no Brasil em diversos aspectos da saúde, encontrando que, em 1998, menos de 30% da população era atendida por ACS's, enquanto em 2008 este número dobrou; quanto ao atendimento da população pela ESF, os valores percentuais saíram de 6,6% em 1998 para quase 50% em 2008.

Estes e outros dados destes estudos mostram uma evolução significativa do PSF nas diversas regiões do Brasil; entretanto ainda são necessários muitos esforços para a implantação e execução da ESF no Brasil de forma satisfatória.

Villa e Aranha²⁹ desenvolveram um trabalho com três equipes de saúde da família em Belo Horizonte - MG, entrevistando médicos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde por meio de entrevistas semiestruturadas e observação de campo, com o objetivo de conhecer, através da

visão do entrevistado, como ele foi treinado/capacitado para desenvolver seu trabalho.

Eles puderam verificar que o trabalho na ESF vem se constituindo em uma perspectiva interdisciplinar, onde os profissionais buscam soluções conjuntas e novas práticas que incluam a participação do usuário e que, desta forma, as modificações nas relações de trabalho tornam-se mais fundamentadas e comprometidas. Os conceitos e valores são radicalmente diferentes daqueles dominantes no modelo médico tradicional, os profissionais passam a discutir condutas, compartilhar decisões e a estar preocupados com os sujeitos e os meios mais apropriados para a sua implicação no cuidado à saúde.

Quanto à formação e desenvolvimento de habilidade para o trabalho educativo entre os funcionários da Estratégia de Saúde da Família, não se tem dúvida de sua importância, mas também de suas dificuldades. A proposta de utilizar o modelo da Educação Permanente desperta no profissional o interesse na relação realidade versus trabalho³⁰. Pessanha e Cunha³⁰ analisaram profissionais da ESF no Rio de Janeiro - RJ e os resultados mostram que estes expressam conhecimentos apreendidos nas experiências cotidianas do trabalho e em atividades de Educação Permanente, constituindo um processo pedagógico de ensino-aprendizagem das equipes multiprofissionais, porém, pouco utilizado em ações de educação pelos gestores do SUS.

Neste sentido, foi criado em 2008 pelo MS (regulamentado em 2011), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de apoiar ações da ESF nos serviços de saúde, sendo estes Núcleos compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento³¹.

As ações do NASF são principalmente representadas por ações de apoio, tais como: discussões de casos, discussão do processo de trabalho das equipes, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, Educação Permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, atendimento conjunto ou não, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, dentre outras³¹.

Segundo o Departamento de Atenção Básica³¹, dependendo do município e da caracterização de atuação, cada NASF pode ter suas atividades vinculadas a no máximo 15 ESF e/ou equipes de Atenção Primária à Saúde e a composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de

prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

O trabalho em equipe é considerado, no conjunto das características da ESF, um dos pressupostos centrais na reorganização do processo de trabalho, com maiores possibilidades de atuação coerente a uma abordagem integral e resolutiva. Nesse sentido, espera-se que os integrantes da equipe de saúde estejam aptos a conhecer e analisar o trabalho que desenvolvem, averiguando suas atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, possibilitando o compartilhamento de conhecimentos e informações³².

Essas equipes atuam nas unidades de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, o que deve possibilitar troca de conhecimentos e experiências entre seus integrantes médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentista e o ACS. Deste último, por morar na comunidade e estar em contato com as famílias, espera-se que facilite o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizado por toda a equipe, ao atuar como interlocutor da comunidade e porta voz do saber popular junto à equipe^{20;23}.

O ACS é considerado ator fundamental para o desenvolvimento de ações preconizadas pela ESF, fazendo parte da equipe onde ele mora. Seu trabalho é fundamentado em ações educativas e preventivas, que têm o propósito de orientar as famílias a respeito de cuidados com a própria saúde e com a saúde da comunidade, além de fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, assim como o vínculo do sistema de saúde com a comunidade²⁵.

Este profissional não só se assemelha nas características e desejos da comunidade, como também conhece as necessidades dela³³, atuando como ponte entre a equipe profissional e a comunidade, é um profissional fundamental para o melhor desenvolvimento da assistência à saúde¹⁹.

Segundo o Ministério da Saúde, o ACS deve ser uma pessoa da comunidade, que atua junto à população e que reside na mesma, ter perfil mais social do que técnico, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades; deve trabalhar com famílias em base geográfica definida, realizando cadastramento e acompanhamento das mesmas, o que se constitui em uma importante estratégia de aprimoramento e consolidação da ESF, pois as suas principais ações são desenvolvidas por meio deles^{11; 25}.

Segundo Cardoso e Nascimento³⁴, por estar inserido na comunidade e na equipe de saúde, o Agente Comunitário de Saúde torna-se facilitador na criação de vínculos, na reorganização do trabalho em equipe, na ampliação do acesso aos serviços de saúde e na comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde define sete competências: Trabalho em equipe; visita domiciliar; planejamento das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente; prevenção e monitoramento de grupos específicos e das doenças prevalentes; acompanhamento e avaliação das ações de saúde³⁵.

De acordo com duas atribuições destas competências, ele deve orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde e informar aos membros da equipe de saúde sobre a dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades³⁵. Nessas duas atribuições pode-se perceber que os ACS informam, de um lado, a população sobre os procedimentos estabelecidos pelo sistema médico oficial e, de outro lado, aos profissionais de saúde são repassados dados para compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população³⁶.

Reconhecendo a importância desses profissionais, é fundamental capacitá-los para que sejam capazes de realizar procedimentos de aferição de medida de peso e estatura de crianças e adultos, verificação do estado de vacinação das crianças, além de desenvolverem atividades educativas visando a implementação de hábitos saudáveis nas pessoas da comunidade, especialmente no que se refere a hábitos higiênicos e alimentares, dentre outras ações³⁶.

Villa e Aranha²⁹, na pesquisa realizada em Belo Horizonte, verificaram que, desde as primeiras entrevistas com as equipes de saúde, foi possível constatar que o cotidiano do trabalho em saúde constituía-se em uma relação intensa de troca de saberes e cooperação entre os profissionais, sem a qual o serviço não se desenvolveria.

Porém, a responsabilidade por essas ações não pode ficar restrita apenas aos membros da equipe de saúde, mas devem ser extensivas à comunidade, escola, creche, assistência social e outros setores da sociedade e do poder público, os quais necessitam participar ativamente das decisões que buscam melhorar a qualidade de vida da população, para que se obtenha o sucesso deste trabalho³⁷.

Pifano *et al.*³⁸ tentaram analisar as concepções de educação em saúde de profissionais de Equipes de Saúde da Família e pensar criticamente sobre a relação estabelecida entre as práticas de educação em saúde e os discursos desses trabalhadores ao realizarem um trabalho na cidade de Santa Mariana-PR. Eles encontraram que o trabalhador reconhece a importância da educação e se coloca nesse papel diante das situações vivenciadas, percebendo a educação em saúde nas suas atividades cotidianas. Além disso, verificaram que o próprio reconhecimento que o profissional tem de seu papel como educador em saúde impulsiona-o à prática educativa, inseparável e inerente à ação do cuidar em saúde e o que traz sentido para o seu trabalho.

Ainda no trabalho de Belo Horizonte – MG, Villa e Aranha²⁹ encontraram nos diversos depoimentos das ACS entrevistadas que os saberes adquiridos no processo de educação em saúde com a enfermeira da equipe foi essencial, mostrando assim que a ação pedagógica presente no cotidiano de trabalho de um profissional capacitado, seja ele o enfermeiro ou outro, é responsável pela troca dos conhecimentos necessários para que as trabalhadoras dominem sua atividade de trabalho.

O PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Educação é um processo que tem como finalidade capacitar o indivíduo para agir conscientemente frente às situações novas de vida, com aproveitamento de experiência anterior, tendo sempre em vista a integração, a continuidade e o progresso em âmbito social, conforme as necessidades de cada um, com o propósito de serem atendidos, integralmente, o indivíduo e a coletividade³⁹. Como base fundamental, a educação tem que se de inspirar nas possibilidades do homem como ser vivo e ater-se às condições fundamentais da sobrevivência biológica, assim como atuar para que essa sobrevivência se realize nas melhores condições possíveis⁴⁰.

O conceito pedagógico de Educação Permanente se fundamenta na relação entre ensino e trabalho, o que se torna necessário, para o seu desenvolvimento, sempre levar em consideração as especificidades regionais, as desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho e o conhecimento prévio obtido através da oferta institucional de ações de formação profissional³. Assim, a Educação Permanente é construída a partir dos problemas

encontrados na realidade e levam em consideração os conhecimentos prévios e as experiências adquiridas.

Benito e Franz⁴¹ propõem que este modelo de educação seja um norteador de mudanças e transformações nas práticas profissionais e na organização do trabalho, buscando, a partir de conceitos pré existentes, desenvolver nos trabalhadores a mentalidade do aprender diário, valorizando e priorizando as equipes multiprofissionais.

As Diretrizes da Educação para a Saúde⁴² definem a Educação em Saúde como “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde”.

O processo de trabalho educativo se mostra como um caminho a ser percorrido, uma tecnologia de trabalho, uma ferramenta que deve ser empregada para auxiliar os profissionais e o serviço de saúde a darem respostas às necessidades apresentadas pelos usuários, visando melhoria nas condições de vida da população, que deve ter como propósito maior, o estímulo ao autocuidado caminhando em direção à construção de sujeitos autônomos.

No entanto, os programas de educação em saúde, muitas vezes, têm se limitado a iniciativas que visam informar a população com relação aos problemas de saúde, quando deveriam ir além do campo da informação, considerando valores, costumes e modelos sociais que conduzam a condutas e práticas educativas libertadoras, em que o profissional e o usuário são vistos como sujeitos, com papéis significativos, capazes de promover mudanças na realidade enfrentada por ambos e no modelo de saúde atual³⁸.

Esta proposta de educação é baseada na teoria Freiriana que visa à libertação, à transformação radical da realidade, para melhorá-la, para torná-la mais humana, para permitir que homens e mulheres sejam reconhecidos como sujeitos de sua história e não como objetos.

Para Paulo Freire (1921-1997), o diálogo horizontal entre o educador e o educando é essencial para educação libertadora, uma vez que o próprio educador não pode limitar a expressão do educando. Assim, Freire⁴³ traz como proposta de utilização o diálogo como forma de socialização de ideias, onde todos têm direito à voz e se educam reciprocamente, sendo que este diálogo promove uma reflexão que pode levar qualquer indivíduo a gerar uma ação.

De acordo com Boog⁴⁴, o papel do educador é proporcionar ao educando uma chance para que ele expresse seus problemas e identifique as dificuldades que enfrenta.

O educador deve ainda, encorajá-lo a apresentar alternativas, experimentar as mudanças necessárias para enfrentar as situações e construir-se como sujeito de suas ações, sendo que devemos ter a convicção de que a palavra opera transformações e que os educandos precisam ser estimulados a expressar seus pensamentos e os educadores a ouvi-los para serem educadores plenos⁴⁴.

Educar é um processo que engloba vários aspectos do desenvolvimento da pessoa, o que implica em um método de ensino-aprendizagem capaz de desenvolver habilidades individuais e, no contexto da Educação Alimentar e Nutricional (EAN), deve possibilitar escolhas adequadas relacionadas à alimentação e nutrição^{44;45}.

Além disso, exige compreensão sobre as tarefas cotidianas relacionadas com a alimentação, sendo fundamental acreditarmos que por meio de educação de boa qualidade é possível alcançar a finalidade da EAN^{44;45}.

É evidente que a EAN torna-se parte essencial da educação para a saúde, visto que a saúde física e mental depende do estado de saúde do indivíduo³⁹. Partindo deste pressuposto, é importante lembrar que a educação alimentar tem seu início com a relação de pais e filhos, depois vem a escola, os amigos e o meio social⁴⁶.

A EAN é um conjunto de estratégias sistematizadas para estimulação da cultura e valorização da alimentação, compreendidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também mudar crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação^{47;49}.

A EAN apresenta importância na promoção de hábitos alimentares saudáveis, possibilitando o oferecimento de informações necessárias e motivação na formação de atitudes e hábitos de uma alimentação saudável, íntegra, adequada tanto em quantidade quanto em qualidade e diversificada. O objetivo é fazer que população reflita sobre o seu comportamento alimentar a partir da conscientização sobre a importância da alimentação para a saúde, possibilitando a mudança e o resgate dos hábitos alimentares tradicionais⁴⁸.

É importante destacar que considerar a realidade da população alvo é fundamental para maior eficiência do processo de educação, sendo que no caso da EAN, conhecer o estado nutricional e o consumo alimentar também pode ser uma ferramenta de grande relevância nas ações a serem executadas.

Neste contexto o “Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas” foi criado para apoiar essa educação para diversos profissionais de saúde³ e promete avanço nas práticas educativas e, conseqüentemente, nas práticas alimentares da população³.

Os estudos preliminares para elaboração definitiva do Marco evidenciaram que a parceria entre as Secretarias Estaduais e Municipais e centros colaboradores podem ser a primeira etapa para a organização de ações de Educação Permanente na atenção primária à saúde³.

Dentre os resultados identificados em ações prévias, observou-se que os profissionais valorizam o tema de alimentação e nutrição; porém, desafios como o envolvimento dos gestores locais, o compromisso dos profissionais, a divulgação das experiências bem sucedidas foram apontados³, o que sugere o planejamento em todos os níveis (públicos ou privados) para o início da EAN na ESF.

CONCLUSÃO

O Brasil vem passando por diversas modificações nos serviços de saúde desde a Reforma Sanitária Brasileira na década de 70 e cada vez mais essas mudanças indicam um serviço com valorização dos aspectos primários no cuidado à saúde.

A Estratégia de Saúde da Família vem de acordo com essa premissa e agrega profissionais que devem ser preparados para que sejam atores fundamentais nesta proposta. O ACS é um desses profissionais que deve ser constantemente valorizado e qualificado.

A Educação Permanente nos serviços de saúde busca maior percepção dos integrantes do grupo assistencial quanto à realidade local e dos indivíduos que compõem a sociedade em questão. No tocante à alimentação e nutrição vale ressaltar que diversas variáveis, como o ambiente, condição de saúde, idade, condição socioeconômica, condição psicológica, entre outras, afetam o consumo alimentar e conseqüentemente o estado nutricional.

Assim, torna-se necessário investir em ações educativas permanentes com os profissionais da atenção primária à saúde, principalmente com ACS, tornando-os multiplicadores de informações e de práticas, de forma que venham a influenciar positivamente a alimentação e nutrição das comunidades onde atuam.

REFERÊNCIAS

1. Santos, IG. organizadora. Nutrição: da assistência à promoção de saúde. São Paulo: RCN Editora. 2007. 384p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília; s/d a [citado 2012 out. 24]. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627>.
3. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Marco de Referencia de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Brasília, DF. 2012. 68p.
4. Coutinho JG; Genti PC.; Toral N. Desnutrição e obesidade com base na agenda única da nutrição. Cad. Saud Publ, Rio de Janeiro: 2008, 24: Sup 2:S332-S340.
5. Seone AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. Saud. soc. 2009; 18(1): 42-49.
6. Valente FLS, Burity V, Franceschini T, Carvalho MF. Curso Formação em direito Humano à Alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. ABRANDH. 2007: 30.
7. Bobbio N. A era dos direitos. 7ª reimpressão. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus; 1992.
8. Trindade AAC. A proteção Internacional dos Direitos humanos e o Brasil (1948-1997). Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000. p. 19.
9. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nova Iorque, ONU [internet]. 1948 [citado 2010 maio 01]. Disponível em: <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>.
10. Domene SMA. Indicadores nutricionais e políticas públicas. Estud. Av. 2003;17(48):131-5.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema único de Saúde: Avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 72p.

12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.
13. Brasil. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Programa Saúde da Família [internet]. Rio de Janeiro; s/d b [citado 2012 jun. 10]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeConteudo?article-id=135403>.
14. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da, 2007a. 68 p.
16. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Publica. 2001;35(3):1-15.
17. Brasil. Ministério da Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
18. Abrantes J. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Programas – Saúde da Família [internet]. 2009 [citado 2011 out. 24]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=6802.
19. Silva MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2000;2(1).
20. Brasil. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro, s/d c. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeConteudo?article-id=135403> Acesso em: 10/06/2012.
21. Campos L, Wendhausen A. Participação em Saúde: concepção e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. Revista Texto Contexto & Enfermagem. 2007;16(2):271–9.
22. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev. Bras. Enferm. 2009;62(1):113-118.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.
24. Cabral B. Estação Comunidade. In: Janete A, Lancetti A, organizadoras. Saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 137–154.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite [internet]. Brasília; 2002 [citado 2012 maio 09]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao_agentes.pdf.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
27. Barbosa et al. Saúde da Família no Brasil: Situação Atual e Perspectivas Estudo Amostral 2008. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento da Implantação das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Belo Horizonte: FACE/UFMG e MS/DAB, 2009.
28. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. TheLancet.com. may; 2011:1-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em 12/02/2012.
29. Villa EA, Aranha AVS. A formação dos profissionais de saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do programa saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2009;18(4): 680–687.
30. Pessanha RV, Cunha FTS. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2009;18(2): 233-40.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). s/d d. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. Acesso em 12/02/2012.
32. Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. Interface. 2005; 9(16):39-52.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da, 2001b. 40p.
34. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2008;15(1):1509–1520.
35. 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.
36. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse ator híbrido e polifônico. *Caderno de Saúde Pública*. 2002;18(6):1639-1646.
37. Nunes JM, Oliveira EN, Machado MFA, Sousa Costa PNP, Vieira NFC. A participação de agentes comunitários de saúde em grupo de educação em saúde. *Rev RENE*. 2012;13(5):1084-9.
38. Pifano E, Nunes EFPA, Gansález AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*. 2011;9(2):201-221.
39. Lima MC, Gouveia ELC. Avaliação Nutricional em Coletividades. In: Gouveia ELC, organizador. *Nutrição: Saúde & Comunidade*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda; 1999. p. 137–177.
40. Turano W, Almeida CCC. Educação Nutricional. In: Gouveia ELC, organizador. *Nutrição: Saúde & Comunidade*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda; 1999. p. 57–77.
41. Benito GAV, Franz MS. Educación Permanente en la Salud. Reflexiones en la perspectiva de la Integralidad. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010; 26(4):667-679.
42. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base – documento I. Brasília, 2007b. 70p.
43. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996. p. 54.

44. Boog MCF. Educação Nutricional como disciplina acadêmica. In: Garcia RWD, Mancuso, AMC, organizadores. *Nutrição e Metabolismo: Mudanças alimentares e Educação Nutricional*. Rio de Janeiro: Guanabara; 2011. p. 74-82.
45. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(7):1674–1681.
46. Boog MCF. *Educação em nutrição: integrando experiências*. Campinas: Komedi, 2013. P.23.
47. Boog MCF. Educação Nutricional: por que e para quê? *Jornal da Unicamp, Universidade Estadual de Campinas [internet]*. 2004 [citado 2012 maio 09]. Disponível em:
http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/jornalPDF/ju260pag02.pdf.
48. Rodrigues LPF, Roncada MJ. Educação nutricional no Brasil: evolução e descrição de proposta metodológica para escolas. *Com. Ciências Saúde*. 2008;19(4):315–322.
49. Boog MCF. Educação Nutricional: passado, presente e futuro. *R. Nutr. PUCCAMP*. 1997;10(1): 5-19.

INDICADORES NUTRICIONAIS E PERCEÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

NUTRITIONAL INDICATORS AND PERCEPTION OF CHILDREN'S FEEDING PATTERNS IN THE STRATEGY OF FAMILY'S HEALTH

LOS INDICADORES NUTRICIONALES Y LA PERCEPCIÓN DE LA ALIMENTACION EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA.

Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda¹; Telma Maria Braga Costa²; Maria Rita Marques de Oliveira³

Autor correspondente: Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda

Endereço: R. Doutor Mario de Assis Moura, 280 ap 214-A

B. Nova Aliança. CEP 14026-578. Ribeirão Preto – SP, Brasil.

Email: danielias05@yahoo.com.br

Tet: (16) 9119-1236

Trabalho baseado em tese a ser apresentada ao Departamento de Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista (UNESP) - campus Araraquara intitulada: Indicadores nutricionais e percepção de mães sobre alimentação de seus filhos na estratégia de saúde da família como pressuposto para educação em saúde e nutrição, com previsão de defesa em março de 2013.

¹ Nutricionista. Doutora. Docente do Curso de Nutrição da UNAERP/Ribeirão Preto.

² Nutricionista. Doutora. Coordenadora do Curso de Nutrição da UNAERP/Ribeirão Preto.

³ Nutricionista. Doutora. Docente do Instituto de Biociência de Botucatu – UNESP/ Botucatu.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família é uma das principais estratégias para o desenvolvimento de ações de segurança alimentar e nutricional voltadas diretamente para a comunidade no Brasil. O objetivo foi discutir aspectos da alimentação e nutrição de crianças menores de 5 anos, filhas ou acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde, utilizando indicadores antropométricos, aquisição familiar de alimentos e percepção dos pais e/ou cuidadores sobre a alimentação das crianças. O excesso de peso foi predominante em todos os participantes. As mães ou responsáveis pelas crianças com excesso de peso mostram-se preocupadas com a alimentação dos filhos, mas subestimam o peso destes, além de adquirirem alimentos fontes de gordura acima do recomendado. O contexto alimentar e nutricional dos atores deste estudo não refletiu suas percepções sobre a alimentação e nutrição de seus filhos, o que pode ser um complicador para o exercício de seus papéis de cuidadores como mães e/ou ACS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Centros Comunitários de Saúde; Nutrição da Criança.

ABSTRACT

Strategy of family's health is the main strategy for the development of actions of feeding and nutritional safety directed specifically for the unified health system (SUS) community. our goal was to discuss aspects of feeding and nutrition of children under five years old, whose parents are Community Health Agent or who have been accompanied by Community Health Agent, using anthropometric indicators, food acquisition by the family and perception of parents and caregivers about children's feeding habits. Overweigh was predominant among the participants. Mothers or people responsible for the overweigh children seem concerned about their children feeding patterns , but believe that they weigh less than the real weigh, and buy food rich in fat in amounts superior to current recommendations. Feeding and nutritional environment of the participants of this study did not reflect their perceptions about their children's feeding and nutrition patterns what can be a difficulting factor to perform their caregivers' roles, as parents and/or Community Health Agent.

Key words: Primary Health Care; Community Health Centers; Child Nutrition.

RESUMEN

Estrategia de salud de la familia es la principal estrategia para el desarrollo de acciones de seguridad alimentar y nutricional dirigidas directamente para la comunidad del sistema unificado de salud (SUS). Nuestro objetivo fue discutir aspectos de la alimentación y nutrición de niños menores de 5 años, hijos o acompañados por agentes de salud comunitarios, usando indicadores antropométricos, adquisición familiar de alimentos y percepción de los padres y/o cuidadores sobre la alimentación de los niños. El exceso de peso fue predominante en todos los participantes. Las madres o responsables por los niños con exceso de peso se muestran preocupadas con la alimentación de sus hijos, pero creen que ellos pesan menos que lo real y alen de eso compran alimentos ricos en grasa en cantidades superiores a las recomendadas. El contexto alimentar y nutricional de los

participantes de esta investigación no tuvo reflejo sobre las percepciones sobre alimentación y nutrición que tienen de sus hijos, lo que puede ser un factor complicador para el ejercicio de sus papeles de cuidadores como padres y/o agentes de salud comunitarios.

Palabras-clave: Atención Primaria de Salud; Centros Comunitarios de Salud; Nutrición del niño.

INTRODUÇÃO

A alimentação é o principal determinante do estado nutricional da pessoa nos ciclos de sua vida, em especial nos seus primeiros anos, quando, em criança, necessita-se de aporte de energia e nutrientes para crescimento e desenvolvimento. E ainda, no processo de formação cognitiva e cultural, a alimentação torna-se importante momento para a sedimentação de hábitos saudáveis. Isso deve ser tomado como um direito da criança.

Desde Josué de Castro, na década de 30, que os problemas alimentares e nutricionais da população brasileira vêm sendo associados ao abastecimento e à oferta de alimentos para a população⁽¹⁾. Estes problemas passaram a ser alvo de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional, as quais são de responsabilidade principalmente dos governos, mas recebem importante apoio da sociedade civil e têm caráter intersetorial e territorial.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é, dentro do modelo de saúde atual, uma das principais estratégias para o desenvolvimento de ações de segurança alimentar e nutricional voltadas diretamente para a comunidade. A promoção da alimentação saudável é, ou ao menos deveria ser a primeira linha de ação nas atividades de promoção e prevenção de doenças na atenção primária à saúde. Nesse contexto, o agente comunitário de saúde (ACS) surge como ator importante para a promoção da alimentação saudável e adequada⁽¹⁾.

No processo de promoção da alimentação e nutrição adequadas a partir da atenção primária à saúde interessa-nos o diagnóstico do estado nutricional da população, as práticas alimentares e os indicadores de consumo de alimentos. No entanto, não bastam apenas dados objetivos obtidos a partir da ótica do profissional da saúde; as informações que caracterizem as percepções da população são importantes no planejamento do processo educativo e de cuidado nutricional. Isso torna-se ainda mais relevante se consideramos a criança inserida nesse processo.

A avaliação da condição alimentar individual ou populacional é sem dúvida um importante requisito para o diagnóstico e para a educação alimentar e nutricional e, nesse sentido, os inquéritos alimentares permitem conhecer a quantidade e a qualidade da alimentação de indivíduos e grupos.

No âmbito da alimentação da criança, não só os alimentos adquiridos pela família, mas também a postura dos pais ou cuidadores podem influenciar o consumo

alimentar e o estado nutricional dos menores. O Child Feeding Questionnaire (CFQ), desenvolvido por Birch et al.⁽²⁾, é um instrumento para avaliação das atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação infantil. Este estudo foi testado por Cruz⁽³⁾ que comprovou sua fidedignidade e o traduziu para o português como Questionário de Alimentação da Criança (QAC). O CFQ ou QAC é apropriado para pesquisas com pais de crianças com desenvolvimento normal e classificadas entre os períodos da pré-escola e a meia infância. No contexto da ESF, o QAC pode contribuir com informações importantes para o planejamento do processo educativo em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde⁽⁴⁾.

Tomando como pressuposto que as ações decorrente do trabalho do ACS sofre influência do seu cotidiano em família, o objetivo deste trabalho foi discutir aspectos da alimentação e nutrição de crianças menores de cinco anos, filhas ou acompanhadas por ACS, a partir de indicadores antropométricos do estado nutricional, aquisição familiar de alimentos e percepção dos pais e/ou cuidadores sobre a alimentação de suas crianças.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada no distrito leste da cidade de Ribeirão Preto-SP, que é a oitava maior cidade do Estado, com índice de desenvolvimento humano de 0.855, ultrapassando o do Estado de São Paulo que é de 0.814⁽⁵⁾. Em Ribeirão Preto, os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. A região escolhida propositalmente para este estudo foi a leste, que envolve sete unidades básicas de saúde, sendo uma delas caracterizada como unidade básica distrital de saúde, tendo sido excluída deste estudo por não apresentar agentes comunitários de saúde.

No momento da pesquisa, o distrito leste de saúde possuía 61 ACS em atividade e, destes, nove atenderam aos critérios de inclusão no estudo, que era ter filho menor de cinco anos e atuar como ACS há pelo menos um ano naquela unidade. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP sob o parecer nº 04/2010 e no SISNEP sob nº 0894.0.000.274-10.

Os ACS foram abordados nas Unidades de Saúde e, depois de terem concordado em participar ao assinarem o TCLE, foram avaliados quanto ao estado nutricional, percepção sobre a alimentação de seus filhos menores de 5 anos e aquisição domiciliar de alimentos. Foi solicitado a cada ACS que selecionasse famílias que pudessem participar do estudo; estas deveriam contemplar os critérios para inclusão na pesquisa ou seja, ter filho menor de cinco anos de idade e ser acompanhada pelo ACS há pelo menos um ano.

Em visita domiciliar, a mãe ou, na sua ausência, o responsável pelo cuidado da criança, respondeu o questionário sobre informações gerais como: idade e sexo da criança, idade gestacional de nascimento e peso ao nascer, idade da mãe, escolaridade dos pais, número de componentes da família, benefícios sociais que recebiam e quanto tempo moravam no bairro, aspectos que sugerem as percepções sobre a alimentação da criança e o inquérito de aquisição de alimentos.

Para conhecimento do perfil antropométrico foram aferidos o peso e a estatura/comprimento da mãe e da criança. Quando a mãe estava ausente no momento da avaliação, a sua antropometria foi realizada posteriormente, em data previamente agendada.

Para a aferição de peso foi utilizada balança portátil marca Plenna® com capacidade de 150 kg e, para aferição da estatura, utilizou-se estadiômetro portátil com marcação até dois metros. Já as crianças menores de dois anos foram encaminhadas às UBS's para avaliação antropométrica realizada pela pesquisadora em horário pré-agendado, utilizando-se os equipamentos locais.

Os dados antropométricos foram avaliados por meio dos valores de percentil de índice de massa corporal para a idade (IMC/I), tomando como referência a Organização Mundial da Saúde - OMS⁽⁶⁾. Para as mães das crianças, foi calculado o IMC e a classificação de estado nutricional foi realizada pela referência da OMS⁽⁷⁾.

Para avaliar as percepções dos ACS ou dos responsáveis sobre a alimentação de suas crianças, foi utilizado o QAC⁽³⁾. O questionário é composto de 31 questões e testa sete categorias, as quais incluem quatro que medem crenças dos pais em relação aos seus filhos, e três que medem as práticas de controle e atitudes dos pais sobre a alimentação da criança. Neste questionário, são oferecidas cinco opções de respostas para cada questão, e, no momento da entrevista, um dos pais ou o responsável escolhe a melhor opção. A análise foi feita a partir da média do escore total de todos os indivíduos para cada questão, sendo atribuídos valores

1,2,3,4 ou 5 respectivamente para as cinco opções de resposta, conforme tabela 2.3.

O QAC foi avaliado nas suas sete dimensões propostas originalmente pelos autores, porém as questões 11, 12 e 13 foram excluídas, pois estas se referem a informações sobre uma faixa etária não incluída neste trabalho.

A avaliação da aquisição de alimentos no domicílio foi realizada a partir da aplicação de um Inquérito de Consumo Alimentar da Família, contendo uma lista de 87 alimentos referentes ao consumo familiar mensal de alimentos adquiridos divididos em oito grupos, os quais correspondem aos grupos alimentares do Guia Alimentar para a População Brasileira: Grupos do arroz, pães, massas, batata e mandioca; Grupos das verduras e legumes; Grupo das frutas; Grupo dos feijões; Grupo das carnes e ovos; Grupo do leite e derivados; Grupo dos óleos e gorduras, e Grupo dos açúcares e doces. A mãe, ou responsável por responder o inquérito, foi questionada sobre a quantidade por mês que a família adquire dos alimentos que compõem o inquérito, possibilitando assim a caracterização do consumo mensal desses alimentos pelas famílias.

Todos os alimentos foram transformados em quilos no consumo mensal da família. Foram calculados os fatores de correção utilizando-se a referência de Mantonelli et al.⁽⁸⁾ e posteriormente determinado o consumo energético, proteico, de carboidratos, de lipídeos, de vitaminas A e C, de ferro, de cálcio e fibras a partir dos dados da Tabela Brasileira de Composição de Alimentos - TACO⁽⁹⁾, quando esta apresentasse ao menos 70% dos valores de nutrientes para os alimentos analisados; quando não, foi utilizada a Nutrition Facts and Analysis⁽¹⁰⁾.

Para a apresentação dos valores da contribuição proporcional dos macronutrientes na quantidade de energia adquirida, os números absolutos da quantidade de nutrientes nos alimentos adquiridos foram expressos na sua composição em 1000 kcal.

Para a análise estatística, as variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade da distribuição dos dados sob a curva e as comparações entre médias; no caso de variáveis com distribuição normal, foram testadas pelo teste *t de Student*. Para os dados não paramétricos foi utilizado o teste de *Mann-Witney* e o teste de *Wilcoxon* para comparações pareadas. Para a comparação entre as proporções das respostas das variáveis nominais, foi utilizado o teste *qui-quadrado* (χ^2). Em todas as operações, o nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram envolvidos no estudo nove ACS, sendo que apenas um era do sexo masculino. Esses ACS indicaram 59 famílias que atendiam o critério de inclusão para participar do estudo. Todas estas famílias foram avaliadas e um responsável (podendo ou não ser a mãe) pela criança foi entrevistado. A maioria era de mulheres (57 mulheres e dois homens), dos quais 51 eram mães das crianças e oito, eram os cuidadores diretos das crianças, na ausência da mãe. Entre os ACS, dois tinham filhos do sexo masculino e sete tinham do sexo feminino, já para as famílias, 32 eram do sexo masculino e 27 filhos eram do sexo feminino.

A tabela 2.1 descreve algumas características gerais e Escores das respostas ao QAC do binômios mãe/filho menor de cinco anos entre Agentes Comunitários de Saúde e famílias atendidas, como por exemplos as médias etárias dos ACS e das mães das crianças acompanhadas esteve entre 30 e 32 anos e as crianças apresentaram em média três anos de idade. Os ACS possuíam o ensino médio completo, exceto uma que possuía o ensino fundamental completo. Quanto às mães, 69,5% haviam concluído o ensino médio e nenhuma mãe era analfabeta.

Entre os ACS, quatro possuíam apenas um filho, três possuíam dois e outros dois tinham três filhos. O número de filhos entre as 59 mães variou entre um e cinco, sendo que 30 delas possuíam dois filhos (a criança e um irmão); 14 mães possuíam filho único; 11 possuíam três filhos, e outras quatro possuíam cinco filhos.

Oito ACS moravam com o companheiro e seus filhos, exceto uma que morava apenas com seu filho. Quando a mãe ou o responsável pela criança acompanhada foram perguntados com quem a criança morava, a maioria dos entrevistados respondeu que as crianças moravam com a mãe, o pai e irmãos ou familiares (86,4%); nenhuma criança morava apenas com o pai, e todas possuíam a mãe em casa.

Nenhum dos filhos dos ACS era cuidado exclusivamente pela mãe, mesmo a criança do ACS do sexo masculino, cuja esposa trabalhava fora de casa. O cuidado dos filhos dos ACS era dividido entre os pais, com os avós ou com a escola. Entre as famílias avaliadas, a mãe apareceu como sendo a responsável única pelo cuidado de seus filhos em 64,4% (n=38) das famílias; em outras 28,8% (n=21), o cuidado da criança era feito pela mãe e outra figura adulta (pai, avó, parente, vizinho, escola).

Nenhum ACS recebia benefício social do governo ou de associações filantrópicas. Das 59 famílias, 41 não recebia benefícios e 18 recebiam benefícios dos programas Viva Leite (estadual) e/ou Bolsa Família (nacional).

A tabela 2.1 demonstra a semelhança das informações referentes aos ACS e às famílias por eles acompanhadas, incluindo percepção, atitudes e práticas em relação à alimentação dos filhos, avaliadas nas sete dimensões do QAC. A exceção foi para o tempo de residência no bairro; os ACS moram há mais tempo no bairro (em média há 24 anos), em relação às famílias entrevistadas.

Tabela 2.1. Características Gerais e Escores das respostas ao Questionário de Alimentação da Criança (QAC) de binômios mãe/filho menor de 5 anos entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e famílias atendidas.

VARIÁVEIS	ACS	Famílias
	n = 9 Média ± DP	n = 59 Média ± DP
Idade da mãe (anos)	32,0 ± 3,0	30,2 ± 5,7
Idade da criança (meses)	37,8 ± 21,5	35,1 ± 17,6
Peso ao nascer (kg)*	3,25 ± 0,58	3,33 ± 0,5
Idade gestacional (semanas)*	37,88 ± 2,5	39 ± 2,5
Tempo que moram no bairro (meses)**	288 ± 121	125 ± 134
QAC (DIMENSÕES):		
	Escore	Escore
Percepção de responsabilidade	4,41 ± 0,13	4,72 ± 0,52
Percepção do peso dos pais	3,53 ± 0,62	3,15 ± 0,34
Percepção do peso da criança	3,00 ± 0,12	2,85 ± 0,23
Preocupação com o peso da criança	3,29 ± 0,79	3,02 ± 0,19
Restrição	3,14 ± 1,39	3,18 ± 0,80
Pressão para comer	2,89 ± 1,06	3,43 ± 0,51
Monitoramento	4,25 ± 0,22	3,72 ± 0,18

Comparações realizadas pelo teste *t* Student; *50 responderam; **Teste Mann-Whitney. Não houve diferença na comparação entre os grupos (ACS e Famílias), com exceção do Tempo que moram no bairro (meses) com $p=0.001$.

A maioria dos ACS apresentou excesso de peso; dois eram eutróficos, dois eram pré-obesos; um era obeso grau I, três eram obesos grau II, e um, grau III. Entre as mães, 33,9% eram eutróficas; 33,9% eram pré-obesas; 25,4%, obesas grau I, 1,7% grau II, e 5,1%, grau III.

As crianças filhas de ACS apresentam, em sua totalidade, estatura adequada para a idade. Entre as crianças assistidas pelos ACS, a estatura adequada para a idade foi encontrada em 88,75%; já 7,5% possuem muito baixa estatura para idade, e 3,75%, baixa estatura para idade.

A avaliação do IMC por idade dos filhos dos ACS identificou que três estavam eutróficos, três apresentavam sobrepeso e três apresentavam obesidade. Já as crianças de famílias acompanhadas pelos ACS apenas 39% estavam eutróficas, e apenas 6,8% das crianças apresentavam magreza, porém sem comprometimento estatural. As demais crianças apresentavam risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade respectivamente (28,8%; 16,7% e 8,7%).

Quando os dados foram analisados em dois grupos conforme o estado nutricional da criança assistida pelos ACS, se eutróficas ou com excesso de peso (obesidade incluída); não foram encontradas diferenças entre as características maternas e de uso dos programas sociais de combate à pobreza, nem quanto à aquisição per capita diária de energia, que gerou em torno de 1700kcal em ambos os grupos (tabela 2.2). A escolaridade da mãe não diferiu entre os grupos divididos conforme o estado nutricional da criança, estando distribuída equitativamente em ensino fundamental completo ou mais e ensino médio completo ou mais.

Tabela 2.2. Caracterização da mãe e da gestação em relação ao estado Nutricional de crianças menores de 5 anos acompanhadas em unidades de saúde.

VARIÁVEIS	Eutrofia n = 27 Média ± DP	Excesso de Peso n = 32 Média ± DP	p
Idade da mãe (anos)	30,2 ± 4,9	30,7 ± 6,8	0,8014
Idade gestacional (semanas)*	39,1 ± 1,8	39,6 ± 2,5	0,4021
Peso ao nascer*	3,23 ± 0,36	3,53 ± 0,61	0,0768
IMC da mãe	27,1 ± 5,7	29,0 ± 6,1	0,2796
Aquisição per capita diário (Kcal)	1.720 ± 984	1.691 ± 695	0,3433
Escolaridade:			
Ensino Fundamental completo ou mais	12	16	
Ensino Médio completo ou mais	15	16	0,8877
Beneficiário de Programa Social:			
Sim	5	8	
Não	22	24	0,7777

Comparações realizadas pelo teste *t* Student;

*apenas 50 responderam.

A tabela 2.3, referente aos dados da famílias acompanhadas por ACS, mostra que na dimensão percepção de peso da criança, conforme esperado, as mães de crianças eutróficas apresentaram menor escore. Nas demais dimensões não foram encontradas diferenças. No QAC, a dimensão com maior média de pontuação em ambos os casos (ACS e famílias) foi a de percepção de

responsabilidade; porém, quando avaliada a dimensão de menor escore médio de pontuação, encontrou-se que, para os ACS, foi a dimensão pressão para comer, enquanto para as famílias, a dimensão foi a percepção do peso da criança.

Tabela 2.3. Estado nutricional das crianças menores de 5 anos de famílias acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em relação aos escores das dimensões do Questionário de Alimentação da Criança (QAC).

DIMENSÕES	Eutrofia	Excesso de Peso	<i>p</i>
	Escore n = 27 Média ± DP	Escore n = 32 Média ± DP	
Percepção de responsabilidade	4,20 ± 1,17	4,59 ± 0,91	0,2085
Percepção do peso dos pais	2,89 ± 1,16	3,12 ± 0,94	0,3931
Percepção do peso da criança	2,81 ± 0,51	3,15 ± 0,45	0,0181
Preocupação com o peso da criança	2,76 ± 1,54	3,23 ± 1,46	0,2583
Restrição	3,28 ± 0,85	3,21 ± 0,85	0,7883
Pressão para comer	3,70 ± 1,39	3,32 ± 0,99	0,2614
Monitoramento	3,60 ± 1,14	4,06 ± 1,08	0,1696

Comparações realizadas pelo teste *t de Student*

As mães ou responsáveis pelas crianças com excesso de peso erraram mais a avaliação do peso de suas crianças que as mães de crianças com peso adequado ($\chi^2=10,42$, $p=0,012$). Das 27 crianças classificadas no grupo eutrofia, 15 mães acertaram o peso de seus filhos; oito acreditam que os seus filhos pesam menos do que realmente pesam, e quatro, que pesam mais. Das mães de crianças com excesso de peso, 27 (88,9%) tinham a percepção de que seus filhos eram mais magros.

A proporção de energia proveniente de cada grupo de alimentos não mostrou diferença entre as famílias de crianças eutróficas ou com excesso de peso para todas as comparações (Tabela 2.4). Na comparação da distribuição proporcional dos macronutrientes nos diferentes grupos de alimentos também não foram encontradas diferenças, com exceção do lipídio e da proteína do grupo 3, que apresentaram valores superiores nas famílias de crianças com excesso de peso. Os grupos 1, 7 e 8 foram aqueles que proporcionalmente mais contribuíram com o aporte de energia na aquisição familiar.

Tabela 2.4. Valores absolutos de nutrientes em 1000 kcal e contribuição proporcional dos macronutrientes na quantidade de energia adquirida por famílias de unidades de saúde (n=59), divididas conforme o estado nutricional da criança, Ribeirão Preto/SP, 2010.

Est. Nutricional	ENERGIA (kcal)			CHO (g)			LIP (g)			PTN (g)		
	Eutrofia	Excesso		Eutrofia	Excesso		Eutrofia	Excesso		Eutrofia	Excesso	
Grupo 1 - Arroz, pães, massas, batata e mandioca												
Mediana (mín-max)	40,7 (12,6-64,7)	38,3 (9,6-62,8)		64,3 (13,2-89,7)	58,3 (11,2-86,0)		7,1 (2,1-14,4)	23,7 (8,2-52,5)		23,7 (8,2-52,5)	21,0 (10,0-54,9)	
Média±DP	40,6±11,3	38,8±12,4		62,2±17,0	57,8±17,6		7,4±3,4	26,8±10,8		26,8±10,8	25,4±11,4	
<i>p</i>	0,548		0,334	0,270		0,613						
Grupo 2 – Verdura e legumes												
Mediana (mín-max)	3,6 (0,7-19,5)	3,8 (0,7-23,6)		4,6 (0,4-29,5)	5,0 (0,4-39,6)		2,3 (0,2-16,4)	6,0 (0,9-27,5)		6,0 (0,9-27,5)	4,0 (0,4-18,6)	
Média±DP	0,6±0,5	5,0±5,0		7,8±7,0	6,6±7,8		3,3±3,7	7,4±6,2		7,4±6,2	5,6±5,0	
<i>p</i>	0,428		0,529	0,516		0,230						
Grupo 3 – Frutas												
Mediana (mín-max)	2,5 (0,5-12,9)	3,7 (0,4-12,9)		4,9 (0,8-21,6)	6,0 (0,6-21,6)		0,3 (0,0-1,2)	1,3 (0,1-4,5)		1,3 (0,1-4,5)	1,6 (0,2-6,0)	
Média±DP	3,2±2,5	4,6±3,5		5,2±4,2	7,3±6,0		0,3±0,3	1,4±1,0		1,4±1,0	2,1±1,5	
<i>p</i>	0,082		0,148	0,032		0,044						
Grupo 4 – Feijões												
Mediana (mín-max)	2,8 (0,0-13,3)	1,9 (0,0-11,1)		2,3 (0,0-14,4)	2,4 (0,0-11,4)		0,2 (0,0-7,4)	5,0 (0,0-25,7)		5,0 (0,0-25,7)	5,5 (0,0-25,2)	
Média±DP	3,7±4,2	3,1±3,4		3,8±4,4	3,2±3,7		0,7±1,4	8,6±9,5		8,6±9,5	7,8±9,1	
<i>p</i>	0,515		0,554	0,873*		0,739						
Grupo 5 – Carnes e ovos												
Mediana (mín-max)	10,1 (2,8-17,8)	8,3 (2,9-21,2)		0,2 (0,0-11,9)	0,1 (0,0-13,8)		17,9 (2,8-33,0)	38,9 (14,1-55,6)		38,9 (14,1-55,6)	35,5 (5,5-90,2)	
Média±DP	10,2±4,8	9,7±5,4		0,2±0,1	0,9±2,8		18,0±9,2	36,4±12,3		36,4±12,3	37,1±18,0	
<i>p</i>	0,705		0,180	0,528		0,867						
Grupo 6 – Leite e derivados												
Mediana (mín-max)	9,8 (0,8-20,8)	7,9 (2,1-20,8)		4,3 (0,0-11,9)	3,2 (0,0-10,8)		14,5 (1,6-41,1)	17,2 (2,7-40,6)		17,2 (2,7-40,6)	13,6 (4,6-38,9)	
Média±DP	9,1±5,4	8,5±4,9		4,5±3,0	3,8±2,8		17,2±10,9	17,9±11,5		17,9±11,5	14,4±7,4	
<i>p</i>	0,656		0,372	0,791		0,925						
Grupo 7 – Óleos e gorduras												
Mediana (mín-max)	15,9 (4,2-42,2)	10,3 (4,7-36,5)		0,2 (0,0-0,6)	0,2 (0,0-1,4)		52,1 (17,6-85,0)	49,8 (18,2-86,1)		49,8 (18,2-86,1)	0,4 (0,0-0,6)	
Média±DP	16,1±9,4	15,1±9,9		0,2±0,2	0,3±0,3		52,1±17,4	51,1±20,5		51,1±20,5	0,5±1,0	
<i>p</i>	0,692		0,909*	0,842		0,999*						
Grupo 8 – Açúcares e doces												
Mediana (mín-max)	6,1 (1,0-61,4)	8,0 (2,5-61,4)		9,7 (1,7-77,5)	10,8 (0,1-77,5)		1,0 (0,0-4,8)	2,1 (0,0-13,1)		2,1 (0,0-13,1)	3,8 (0,0-19,1)	
Média±DP	10,4±12,9	13,4±13,8		15,3±16,9	19,0±18,8		1,1±1,1	3,3±3,5		3,3±3,5	4,7±4,8	
<i>p</i>	0,093*		0,181*	0,687*		0,219						

Comparações realizadas pelo teste *t* Student; * Teste Mann-Whitney; CHO = carboidratos, LIP = Lipídeos; PTN = proteínas

A composição em nutrientes, expressa em valor absoluto do nutriente por 1000 kcal dos alimentos adquiridos pelas famílias, mostrou que não houve diferenças entre as famílias de crianças eutróficas ou com excesso de peso, como também não houve diferenças na contribuição proporcional, em percentual, dos macronutrientes na quantidade de energia adquirida por famílias separadas pelas crianças eutróficas e crianças com excesso de peso (tabela 2.5).

Tabela 2.5. Valores absolutos de nutrientes em 1000 kcal e contribuição proporcional dos macronutrientes na quantidade de energia adquirida por famílias de unidades de saúde (n=59), divididas conforme o estado nutricional da criança.

Nutriente	Eutrofia	Excesso	p value
	Med ± DP	Med ± DP	
CHO (g)	143 ±22	149±23	0,466
CHO (%)	57,4±8,6	59,4±9,5	0,322
LIP (g)	32±10	30±10	0,436
LIP (%)	28,7±8,6	26,7±9,0	0,387
PTN (g)	35±10	35±11	0,991
PTN (%)	13,9±3,8	13,3±4,2	0,560
FIBRA (g)	12±4	11±5	0,289
VIT C (mg)	42±17	40±23	0,815
VIT A (mg)	3192±1758	3155±1795	0,709
CALCIO (mg)	272±106	259±101	0,439
FERRO (mg)	8,1±9,0	7,9±11,9	0,567

Comparações realizadas pelo teste *t* Student

Embora a distribuição proporcional da energia da dieta entre os macronutrientes tenha sido semelhante entre os grupos de EN e que, na média, tenham apresentado adequação na distribuição dos macronutrientes em relação ao Valor Calórico Total (VCT), para o consumo de lipídio, nove famílias cujas crianças eram eutróficas e 13 famílias de crianças com excesso de peso relataram adquirir os alimentos que, juntos, ultrapassam os 35% da gordura em relação ao consumo de energia diário.

DISCUSSÃO

Neste trabalho buscou-se integrar diferentes aspectos do diagnóstico nutricional da comunidade como premissa precedente ao processo de educação/cuidado em alimentação e nutrição da criança na atenção primária à saúde, destacando o papel e as práticas do ACS como importantes fatores a serem levados em conta no processo.

De um lado, os indicadores objetivos do estado nutricional e consumo de alimentos evidenciaram que as crianças e suas mães, incluindo ACS, encontraram-se bem acima do peso esperado. De outro lado, observando sob a ótica das mães ou cuidadores, identificou-se preocupação em relação ao consumo alimentar de seus filhos e uma fraca percepção sobre o real estado nutricional das crianças.

Agentes Comunitários de Saúde com filhos menores de cinco anos e mães de crianças da mesma idade adstritas a uma mesma região da cidade de Ribeirão Preto não diferiram em idade, escolaridade, acesso aos programas governamentais assistenciais e estado nutricional, tanto da mãe, quanto da criança. Isto retrata uma característica contratual do ACS, que deve preferencialmente ser morador da região que abrange a unidade de saúde que atua, visando proporcionar maior identidade deste com a comunidade.

O ACS, neste estudo, foi caracterizado como um morador instalado há mais tempo no bairro e, provavelmente, um personagem bem conhecido pela população, o que de certa maneira facilita o vínculo entre eles. O excesso de peso foi preponderante entre as mães e as crianças dessa comunidade, daí a opção de análise dos dados conforme o estado nutricional das crianças acompanhadas nas unidades de saúde.

Não houve diferenças entre os grupos classificados pelo estado nutricional em nenhuma das variáveis analisadas. O peso ao nascer, como em outros estudos, pareceu não influenciar o estado nutricional da criança⁽¹¹⁾. Nem mesmo a aquisição familiar de alimentos (em energia per capita), o recebimento de benefícios sociais, a escolaridade e o IMC da mãe se mostraram diferentes, ou influenciando o estado nutricional das crianças. Ao contrário deste estudo, Vioto⁽¹²⁾ não observou diferença na escolaridade, tanto do pai quanto da mãe, em seu trabalho com crianças saudáveis e desnutridas, porém encontrou diferença quando analisado o recebimento de benefícios sociais, quando as crianças desnutridas recebiam leite

em pó. É importante destacar que Vioto⁽¹²⁾ analisou crianças desnutridas e no presente trabalho as crianças analisadas foram classificadas com excesso de peso.

Na avaliação da percepção dos pais ou responsáveis sobre aspectos da alimentação das crianças, as dimensões responsabilidade pela alimentação e a atitude de monitoramento foram as que obtiveram maiores escores, independente do estado nutricional da criança. Na maior parte do tempo as mães referem ser responsáveis por alimentar a criança, decidir o quanto e o que elas irão comer. Também as mães referem que, a maior parte do tempo, elas mantêm controle sobre o consumo de doces, lanches e alimentos calóricos de seus filhos.

As mães manifestam-se preocupadas com o peso de seus filhos e neutras, quanto às atitudes de restrição de consumo ou uso do alimento como recompensa. Pela característica das respostas das mães parece que prevalece o sentimento da responsabilidade que têm pelo cuidado da criança, sem excessos ou objeções. No presente trabalho, o fato de que todas as crianças avaliadas moravam com suas mães pode justificar o alto escore da média da pontuação na dimensão responsabilidade do QAC.

Cruz⁽³⁾ buscou investigar atitudes, crenças e práticas de 120 mães em relação à alimentação e à propensão à obesidade de crianças entre dois a 11 anos na cidade de Ribeirão Preto utilizando o QAC. A maioria das famílias estudadas era de classe socioeconômica de alta renda, com boas condições sócio culturais e econômicas e de alto nível de escolaridade. A autora verificou que as mães consideram-se, na maior parte do tempo ou pelo menos na metade das vezes, responsáveis pela alimentação de seus filhos.

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, com 197 meninas de cinco anos e suas mães, com o mesmo questionário, avaliando as dimensões de monitoramento, percepção de peso e de restrição alimentar, a média de pontuação na dimensão monitoramento foi 3,7; na percepção do peso da criança foi de 2,8, e na percepção da restrição foi de 3,0 pontos⁽¹³⁾, resultados similares aos encontrados por Lorenzato⁽⁴⁾, sendo diferentes apenas na dimensão responsabilidade.

No que diz respeito à percepção do estado nutricional da criança em confronto com o resultado da avaliação técnica pela antropometria, a classificação do peso da criança referido no QAC foi menor que a real para mais de um terço das mães, mostrando divergência entre a ótica do profissional (técnica) e a do cuidador da criança. Isso é claro, sem deixar de levar em conta a diferença na forma de

avaliação. Infelizmente parece que, além da dificuldade de dimensionar o peso da criança, esses cuidadores não tiveram acesso ao resultado do diagnóstico nutricional obtido nos atendimentos das crianças nas unidades de saúde. O conceito e a informação do estado nutricional, quando não apropriado pela mãe ou cuidador, pode ser um entrave para a educação participativa, ou pelo menos aponta que isso deverá ser levado em conta no planejamento do processo de educação alimentar e nutricional. Esse aspecto é ainda mais preocupante quando, nessa discordância, também se inclui a mãe que é também ACS, como foi o caso deste trabalho.

Levando em consideração os aspectos biopsicossociais, o perfil da alimentação da criança é, sem sombra de dúvidas, influenciado por seus pais e pelas suas interações familiares. Entre outras condutas dos pais, as estratégias que estes utilizam no momento de oferta dos alimentos, para ensinar as crianças o que, e o quanto devem comer, acabam influenciando o desenvolvimento do comportamento alimentar infantil⁽¹⁴⁾. Os elevados índices de obesidade entre crianças e adolescentes têm chamado a atenção para os fatores desencadeantes desse processo, entre eles, as atitudes dos pais.

Chama a atenção a proporção de crianças e mães com excesso de peso no presente estudo (54,2% das crianças e 66,1% das mães), valores muito superiores aos encontrados na população brasileira. A Avaliação da Pesquisa de orçamento Familiar (POF) de 2008-2009 apresentou a realidade brasileira, onde o excesso de peso atingia 33,5% das crianças e a obesidade apareceu em 16,6% dos meninos e em 11,8% das meninas⁽¹⁵⁾. Esses valores são também superiores aos encontrados em estudos com populações especificamente atendidas na atenção primária à saúde, como é o caso do estudo realizado na cidade de Santos-SP, com 95 crianças de seis a 24 meses de idade atendidas em UBS, onde 87,4% das crianças avaliadas estavam fora da classificação de excesso de peso⁽¹¹⁾.

Em Ribeirão Preto, a avaliação de crianças entre dois e cinco anos de idade atendidas em uma unidade de atenção primária à saúde apontou que 25,8% das crianças apresentaram IMC elevado para idade⁽¹⁶⁾. Ainda em Ribeirão Preto, no ano de 2010, foram cadastradas 4.152 crianças menores de cinco anos no banco de dados do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); a classificação do estado nutricional encontrada foi de 6,5% de magreza; 61,5% de eutrofia, e 32,0% de excesso de peso⁽¹⁷⁾. Esses dados confirmam a alta prevalência de excesso de peso entre as crianças atendidas na atenção primária à saúde de

Ribeirão Preto, que é a terceira maior cidade do estado e um importante polo econômico do país. A cidade é considerada um lugar de economia estável e favorável a boas condições de vida. Possivelmente esta condição leva a população ao maior acesso a alimentos (muitas vezes de má qualidade nutricional) o que aumenta o consumo alimentar e, conseqüentemente, os desvios nutricionais.

Para as 7.212 mulheres adultas de Ribeirão Preto cadastradas no SISVAN, a classificação encontrada foi de 4% de magreza, 37% de eutrófica e as demais (59%) possuía excesso de peso⁽¹⁷⁾. No presente estudo, 66,1% das mães foram classificadas com excesso de peso.

Em um trabalho realizado em uma pequena cidade do interior do Paraná foi encontrado que 73% dos adultos avaliados em uma UBS apresentaram excesso de peso⁽¹⁸⁾, mostrando a generalização do problema da obesidade entre adultos.

Ainda buscando avaliar a alimentação da criança sob o ponto de vista técnico, por meio do inquérito alimentar, e sob a ótica do cuidador da criança pelo QAC, chama a atenção nos resultados do inquérito alimentar que aproximadamente 10% da energia obtida pelas famílias foi proveniente de alimentos fontes de açúcares e gorduras, valores acima dos encontrados nas pesquisas nacionais.

No grupo de alimentos considerados altamente energéticos (grupo 8), a evolução da sua contribuição proporcional aos nutrientes ingeridos pelas famílias vem crescendo assustadoramente na história do país: em 1975, menos de 1% correspondia a esta representação⁽¹⁹⁾ e, em 2008, os valores encontrados foram próximos a 3%⁽¹⁵⁾ (IBGE, 2010). Corroborando com esses dados neste estudo encontrou-se que aproximadamente 40% das famílias adquirem alimentos fontes de gordura que caracterizam o consumo, ultrapassando as recomendações máximas para a proporção de gordura na energia da dieta (35% do VCT) estipulada nas Dietary Reference Intakes⁽²⁰⁾.

No entanto, na dimensão monitoramento do QAC, a pontuação referente ao monitoramento da alimentação da criança foi próxima de 4, indicando que as mães referem controlar a maior parte do tempo o consumo de alimentos altamente energéticos pelas crianças. O que nos parece é que, entre essas famílias, mesmo que tentem conhecer e participar da alimentação destas crianças, há por trás desse processo o ambiente obesogênico atuando de maneira preponderante. Mais uma vez, torna plausível a hipótese de que falta a essas mães o conhecimento necessário para a escolha adequada dos alimentos; ou não, apesar de possuírem

esse conhecimento, simplesmente não conseguem resistir aos apelos para o consumo desses alimentos e os colocam em casa. Esta percepção pode tornar-se tema de valiosa conversa no processo de educação alimentar e nutricional, em um trabalho futuro junto às mães desta comunidade.

No consumo médio de 1700 kcal/per capita/dia encontrado neste estudo, deve ser ponderado o fato de não ter sido avaliado o consumo alimentar fora do domicílio. Nesse caso, não foram computadas as refeições feitas pelas crianças, não só nas escolinhas infantis, mas principalmente os alimentos consumidos na rua ou prontos para o consumo. Na avaliação realizada foi possível identificar que crianças obesas ou não parecem estar expostas aos mesmos alimentos e às condições obesogênicas de consumo; o quanto elas diferem no comportamento de consumo ou quanto estão susceptíveis ao ambiente deve ser alvo de aprofundamento desta investigação. Conhecer estes indicadores, tanto do ACS como de usuários de serviços de saúde, pode torná-lo objetos de ações educativas dentro da atenção primária à saúde do município.

CONCLUSÃO

O ACS é uma figura que está inserida completamente na comunidade onde atua, inclusive mantendo as características socioeconômicas, de estado nutricional, bem como as atitudes em relação à alimentação de seus filhos, idênticas às demais famílias daquele lugar, o que facilita a sua atuação como elo entre a comunidade e a unidade de saúde. Como diagnóstico alimentar e nutricional dessa comunidade obteve-se elevado índice de excesso de peso, acompanhado da aquisição de alimentos ricos em energia.

Os pais ou responsáveis manifestam-se como os principais responsáveis pela alimentação de seus filhos e afirmam que na maior parte do tempo monitoram a ingestão de alimentos energéticos pelas crianças; no entanto, subestimam o peso de seus filhos. Embora nas unidades de saúde exista a prática regular da antropometria da criança, essa informação não vem sendo apropriada pelas mães, nem mesmo por aquelas que desempenham a função de ACS. O descompasso entre a preocupação com o consumo de alimentos altamente energéticos se contrapondo à prática de aquisição dos mesmos, levanta questão sobre a falta de conhecimento a respeito da escolha dos alimentos ou mesmo impotência para dizer não frente aos apelos consumistas por parte dessas mães.

REFERENCIAS

1. Santos IG. Nutrição: da assistência à promoção de saúde. São Paulo: Racine; 2007.
2. Birch LL, Davison KK. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinical North America*. 2001;48(4):893-907.
3. Cruz IM. O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação e propensão à obesidade. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, USP, Psicologia. Ribeirão Preto. 2008: 54p.
4. Lorenzato L. Avaliação de atitudes, crenças e práticas de mães em relação à alimentação e obesidade de seus filhos através do uso do QAC. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP, 2012: 159p.
5. Fundação Seade. Sistema Estadual de Análise de Dados. Perfil Municipal de Ribeirão Preto [Internet]. 2012. [citado 2012 mar. 4]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.
6. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. WHO Technical Report Series. 2000; (284).
7. World Health Organization. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). 2006.
8. Mantoanelli G, Colucci ACA, Latterza AR, Cruz ATR, Fisberg RM, Philippi, ST. O indicador de parte comestível na avaliação do consumo alimentar, 6^a SICUSP (Simpósio de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo), in: Anais do Simpósio, Ribeirão Preto, 1998.
9. Nepa. Tabela brasileira de composição de alimentos. Campinas: Nepa/Unicamp; 2011. p. 161.
10. Condé Nast. Nutrition Facts And Analysis: Self Nutrition Date [Internet]. 2012 [citado 2012 fev.]. Disponível em: <http://nutritiondata.self.com/facts/baked-products/4865/2>.

11. Damaceno RJP, Martins PA, Devincenzi MU. Estado nutricional de crianças atendidas na rede pública de saúde do município de Santos. *Rev. Paul Pediatr.* 2009;27(2): 139-47.
12. Vioto AP. Fatores associados à persistência da desnutrição em crianças acompanhadas pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional de Piracicaba-SP. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista, UNESP, Alimentos e Nutrição . Araraquara. 2010: 114p.
13. Birch LL, Fisher JF. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *Am J Clin Nutr.* 2000;71:1054–61.
14. Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jor Ped.* 2000;76 Supl 3:S229 – 237.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2010: 130.
16. Fabbro LD, Ferreira-Marim MM. Estado nutricional avaliado por medidas antropométricas em pré-escolares atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto. *Rev. Medicina.* 2012;45(1):23-30.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN [Internet]. 2012 [citado 2012 dez. 18]. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/sisvan/relatorios/gera_relatorio.php. 2012.
18. Piat J, Felicetti CR, Lopes AC. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. *Rev Bras Hipertens.* 2009;16(2):123-129.
19. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. *Rev. Port Saud Públ.* 2006; 24(2):71-81.
20. Institute of Medicine (IOF). Dietary Reference Intakes (DRI). Applications In Dietary Assessment. A Report of the Subcommittee on Interpretation and Uses of Dietary Reference Intakes and the Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Intakes, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. 2002: 306.

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE -
REALIDADE E PRÁTICA PROFISSIONAL**

**HEALTH EDUCATION WITH COMMUNITY HEALTH AGENTS - REALITY AND
PROFESSIONAL PRACTICE**

Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda¹; Telma Maria Braga Costa²; Carla Maria Vieira³; Maria Rita Marques de Oliveira⁴

Não existe conflito de interesses.

Autor correspondente: Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda

Endereço: R. Doutor Mario de Assis Moura, 280 ap 214-A

B. Nova Aliança. CEP 14026-578. Ribeirão Preto – SP, Brasil.

Email: danielias05@yahoo.com.br

Tet: (16) 9119-1236

¹ Nutricionista. Doutora. Docente do Curso de Nutrição da UNAERP/Ribeirão Preto.

² Nutricionista. Doutora. Coordenadora e Docente do Curso de Nutrição da UNAERP/Ribeirão Preto.

³ Nutricionista. Doutora. Docente do Curso de Nutrição da UNIMEP/Piracicaba.

⁴ Nutricionista. Doutora. Docente do Instituto de Biociência de Botucatu – UNESP/ Botucatu.

RESUMO

A educação em saúde visa a socialização do conhecimento cientificamente produzido entre os trabalhadores de saúde, que por sua vez devem fazer o exercício de incorporá-lo à sua prática cotidiana. Deste modo o objetivo deste trabalho foi analisar as ações de Educação Permanente na temática Alimentação e Nutrição com Agentes Comunitários de Saúde, inseridos na sua prática de trabalho na Atenção Básica de Saúde. O processo foi referenciado na proposta do Ministério da Saúde para a Educação Permanente. Como resultado das oficinas, os Agentes Comunitários de Saúde foram despertados para o tema, manifestaram interesse, capacidade de aprendizado e senso de responsabilidade quanto à sua atuação como agentes transformadores em favor da alimentação saudável, especialmente para crianças menores de 5 anos. A aprendizagem dentro do local de trabalho foi citada diversas vezes pelos Agentes Comunitários de Saúde, o que lhes parece ser uma estratégia de grande impacto e os faz sentirem-se valorizados e motivados.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Segurança Alimentar e Nutricional.

ABSTRACT

Health education aims at scientifically produced knowledge socialization among health workers and they should make the exercise of incorporating it into their daily practice. Thus the aim of this study was to analyze the actions of Continuing Education in the theme Food and Nutrition with the Community Health Agents included in their practical working in the primary health care. The process was referenced in the proposal of the Brazilian Health Ministry for Continuing Education. As a result of the workshops, the Community Health Workers were awakened about the theme; they expressed interest, learning ability and sense of responsibility regarding their role as agents of change in favor of a healthy diet, especially for children under 5 years. Learning in the workplace was cited several times by the Community Health Agents, as a strategy of great impact and it makes them feel valued and motivated.

Key words: Health Education; Community Health Agents; Food and Nutrition Security.

INTRODUÇÃO

Na realidade atual da Atenção Básica em Saúde no Brasil, a Educação Permanente em Saúde (EPS), implementada como Política Nacional em 2006 enquanto modelo de educação em saúde e como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação¹. No âmbito das instituições, essas ações mesmo que dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, por períodos delimitados devem se articular à estratégia geral de mudança institucional¹.

Os resultados de estudos como o de Pessanha e Cunha², desenvolvido na cidade do Rio de Janeiro-RJ, mostram que a Educação Permanente é ainda pouco utilizada em ações de educação pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), embora seja o modelo preconizado pelo próprio sistema.

Neste mesmo trabalho, Pessanha e Cunha³ encontraram que os médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) quando questionados sobre a experiência de educação em saúde, relataram que as influências cotidianas do trabalho associada a teoria em atividades de Educação Permanente sejam estratégias adequadas para o aprendizado de uma equipe de saúde.

Eles acreditam ainda que outros profissionais da Atenção Básica, como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), também deveriam estar constantemente inseridos em ações deste tipo.

A proposta da Educação Permanente em saúde é construída a partir dos problemas encontrados na realidade e levada em consideração os conhecimentos prévios e as experiências adquiridas. É um conceito pedagógico para desenvolver ações entre instituições de ensino e serviços de saúde, e entre teoria e prática¹.

Para o desenvolvimento da Educação Permanente é necessário levar em consideração as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações de formação profissional¹.

A Educação Permanente em Saúde tem sido orientada pelo SUS como um processo necessário para despertar nos trabalhadores o interesse pelo constante aprimoramento das práticas cotidianas de trabalho, a partir do confronto da realidade com as evidências científicas².

A compreensão mais ampla da EPS enquanto temática de estudo, demandou um breve resgate de aspectos históricos da educação em saúde no Brasil. Criada nas primeiras décadas do século XX a partir de campanhas sanitárias em algumas regiões do país e a expansão da medicina preventiva que se deu a partir da década de 1940, quando as ações de educação em saúde eram autoritárias e de total desvalorização das classes populares³.

Quanto à saúde coletiva da época (desde o fim do século XIX e início do século XX), sanitaristas brasileiros, como Emílio Ribas, Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz, Vital Brasil e Carlos Chagas, buscaram combater graves epidemias com ações educativas voltadas à comunidade. Os profissionais de saúde se viam diante da necessidade de atuar próximos da realidade das pessoas que eles atendiam, e passaram a se integrar na dinâmica da vida das classes populares⁴. Por causa desta realidade, a medicina comunitária que empregava técnicas simplificadas, de baixo custo, e valorizava os aspectos preventivos da saúde, começou a ser implantada em alguns centros de saúde no Brasil⁵.

Até meados da década de 1970, as práticas preventivas e educativas em saúde se davam de forma isolada e a condições de saúde das classes pobres eram péssimas, gerando uma grande insatisfação política, com instabilidade social, o que obrigou o Estado a voltar um pouco sua atenção aos problemas mais básicos da população⁵. Na época, a forte repressão mobilizada pelo Estado causou atrasos nos movimentos populares, nas ações isoladas, principalmente no Nordeste, ações estas que buscavam levar a saúde aos mais necessitados.

Educação em Saúde para L'Abbate⁶ pode ser vista em um primeiro momento como um campo de práticas que se dá no nível das relações sociais comumente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Define ainda que é contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde como sujeitos autônomos que constroem essa autonomia com base na imaginação de um futuro, diferente do contexto em que se vive atualmente.

Estudos mais recentes tecem críticas às definições da educação em saúde vista como uma maneira de fazer as pessoas mudarem seus hábitos para assimilarem práticas e recomendações médicas que evitariam o desenvolvimento de um conjunto de doenças.

Vasconcelos⁴, em suas contribuições e debates sobre a EPS define o ato de educar neste campo como uma prática de apoio à população na apropriação de conhecimentos sobre o adoecimento a partir do contexto social e cultural e com vistas à organização para superá-las.

A educação informal pode ser vista como um modelo de educação decorrente de processos espontâneos e cotidianos. Porém para isso é preciso traçar metodologias que a embasem.

Paulo Freire (1921-1997) propôs a pedagogia participante e problematizadora onde o educador, por meio da educação problematizadora e participante, procura conscientizar e capacitar o educando para a transição da consciência ingênua à consciência crítica com base em fundamentações lógicas. Pelo método criado pelo educador, os alunos são levados a raciocinar criticamente a partir de palavras retiradas de seu próprio universo vocabular. O diálogo entre professor e aluno deve dispensar jogos de autoridade⁷.

A referida abordagem teórica e as contribuições das experiências e estudos da EPS vem subsidiando a Política Nacional de Educação em Saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira, considerado movimento social precursor da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, que tem como princípios a integralidade, a universalidade e a equidade⁸. Desde então, a formação de profissionais da saúde, a fim de se alcançar a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, tem sido pensada, discutida e reformulada.

A experiência inicial de ACS como uma estratégia de saúde pública ocorreu no Ceará no ano de 1987, com objetivos voltados para as melhoras dos índices da mortalidade infantil e para oportunizar a participação comunitária no setor saúde. Em três anos, praticamente todo o estado do Ceará já contava com o trabalho deste profissional inserido na realidade da atenção à comunidade sendo referência para a decisão do Ministério da Saúde (MS), em 1991, em fazer com que estas ações se tornassem um programa nacionalmente aplicável, conhecido como Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS⁹, que em vários municípios brasileiros, esta ainda é a forma de trabalho de ACS.

As primeiras experiências do Programa de Saúde da Família (PSF) nos moldes atuais, também surgiram no Ceará em 1994, sendo que no mesmo ano o MS o inseriu no SUS, como estratégia de reorganização da atenção básica no país. A partir daí o PACS passou a ser incorporado pelo PSF¹⁰.

Diante da oficialização da profissão, em 1997, a Portaria nº 1.886/1997 aprovou as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família descrevendo as diretrizes referentes à operacionalização do Programa e definindo a função do ACS. São elas: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a cinco anos; a promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso, e a promoção do aleitamento materno exclusivo, dentre outras; atribuições estas que demonstram a importância das ações deste profissional voltadas especificamente à criança menor de cinco anos de idade¹⁰.

A educação representa um importante elo entre o saber e o fazer; pode-se dizer que ela influencia o comportamento dos indivíduos, inclusive nos seus hábitos e escolhas alimentares.

As ações em saúde voltadas para a alimentação e nutrição são desenvolvidas como educação nutricional, sejam elas para o usuário, bem como para o profissional a ser formado para o exercício do papel de educador no âmbito do “Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas”¹¹.

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) foi definida nesta Política como o campo de prática contínua e permanente transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, para uma prática alimentar saudável¹¹.

O objetivo proposto é o de promover um campo comum de reflexão e orientação da prática, no conjunto de iniciativas de Educação Alimentar e Nutricional que tenham origem, principalmente, na ação pública, e que contemple os diversos setores vinculados ao processo de produção, distribuição, abastecimento e consumo de alimentos, através de ações de Educação Permanente¹¹.

No caso dos profissionais da área da saúde com a EP no âmbito da EAN, espera-se uma valorização do tema alimentação e nutrição pela equipe, a construção coletiva, a autonomia e a elaboração de materiais de apoio, enfim, a troca de saberes¹¹.

Assim, diante das demandas atuais dos serviços de atenção primária à saúde e partindo da hipótese de que o conhecimento da realidade é imperativo para a intervenção educativa em alimentação e nutrição, o objetivo deste trabalho foi analisar as ações de Educação Permanente na temática Alimentação e Nutrição com ACS inseridos na sua prática de trabalho na Atenção Básica de Saúde.

METODOLOGIA

Este trabalho se insere em um plano de investigação mais amplo como tese de doutorado conjugado com a inserção da pesquisadora como professora/supervisora de graduandos do curso de Nutrição da Universidade de Ribeirão Preto. A investigação ocorreu no período de três anos (considerando o início da atividade de pesquisa de campo em 2010) em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são campo de estágio de Nutrição em Saúde Coletiva no contexto da Atenção Básica em Ribeirão Preto, município situado na região sudeste do Brasil.

É importante ressaltar que foi necessário delimitar o tempo de relato de experiência para a avaliação e a escrita do presente artigo, embora as ações se mantenham em andamento em função da parceria da universidade e da prefeitura municipal de Ribeirão Preto que permite a formação de profissionais e ao mesmo tempo conta com serviços (ações) de Nutrição na AB, embora não haja nutricionistas contratados para a atuação nas equipes de AB.

A atividade de docência em campo de estágio fez com que a pesquisadora entrasse em contato com o cotidiano dos serviços de saúde estudados, bem como com a realidade da comunidade em que estas UBS estão inseridas. Este contato proporcionou elementos para a elaboração, planejamento e execução das oficinas. Esta mesma vivência, nesta mesma realidade, no momento posterior à realização das oficinas, deram e continuam dando substratos para a análise e reflexão dos resultados.

Fizeram parte deste estudo os 61 ACS de um distrito de saúde da cidade de Ribeirão Preto, onde 17 deles faziam parte de uma unidade com Equipes de Saúde da Família e os demais eram oriundos de unidades que contam com o modelo contratual de PACS. Todos aceitaram e se comprometeram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, incluindo a anuência dos responsáveis pelas ações de AB do município. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto- UNAERP sob o parecer nº 04/2010 e no SISNEP sob nº 0894.0.000.274-10.

O referencial metodológico qualitativista foi o caminho necessário a ser trabalhado tanto para realizar o processo educativo quanto para avaliar esse processo de Educação Permanente. Autores da área de educação e psicologia

serviram de base para apoiar a condução da prática de educação e a correspondente análise^{12;13}.

O termo oficina foi utilizado nesta ação educativa partindo-se da definição de Afonso¹³, que afirma ser um trabalho estruturado em grupo, não tendo número definido de encontros, devendo ser planejado em torno de uma questão de interesse de todos os participantes e que todos estejam dispostos a colaborar com a construção de um conhecimento mútuo.

Segundo a mesma autora, o conhecimento previsto em ações educativas neste formato não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, seus sentimentos, formas de pensar e de agir. Essa abordagem tem como objetivo conhecer ideias, crenças e sentimentos dos participantes, tornando possível a comunicação, o desenvolvimento da autonomia e o estímulo à criatividade dos participantes. As dinâmicas de apresentação de grupos são um importante instrumento de integração entre os participantes e podem contribuir para a maior participação dos seus integrantes nas atividades planejadas¹².

As oficinas foram um dos elementos que fizeram parte da ação educativa. O objetivo delas foi desencadear a construção coletiva de conhecimento com um grupo de ACS, buscando sensibilizar os mesmos em relação às questões (problemas) da alimentação da criança menor de cinco anos e potencializar os educandos a partirem dos conteúdos (conhecimentos) construídos coletivamente para o desenvolvimento das ações educativas em saúde em seu cotidiano no papel profissional de ACS; o grupo foi composto pelos ACS's, a pesquisadora e uma aluna do último ano do curso de Nutrição responsável pelas anotações.

Para a sua execução, utilizou-se o processo participativo seguindo a proposta do Ministério da Saúde para a Educação Permanente, pautada na educação problematizadora, dialógica e participante^{1;14;15}. Utilizando-se linguagem simples e acessível aos ACS e tendo como premissa proporcionar novos conhecimentos a partir das experiências vividas, as dinâmicas de grupo foram elaboradas seguindo o modelo freiriano, buscando proporcionar o aprendizado participativo, sendo cada oficina construída com um objetivo e uma metodologia específica para atingir o resultado esperado de participação ativa dos participantes, conforme quadro 3.1. No total, 36 oficinas foram realizadas (seis oficinas em cada uma das seis UBS selecionadas para este trabalho).

O modelo de metodologia de avaliação de processo educativo é um tipo de abordagem de investigação que vem sendo desenvolvido por outros autores que trabalham em Educação Permanente em Saúde. Um exemplo disso foi descrito por Vasconcelos¹⁶ que em sua prática de trabalho identificou que, para conseguir avaliar um trabalho de grupo, deve-se partir do pressuposto que o modelo de ver a realidade nos ajuda a entender o que realmente é aprendido nas diversas possibilidades de relações que são estabelecidas por nós e o ambiente em que vivemos.

Para a análise das oficinas partiu-se do material escrito em diário de campo pela pesquisadora; também foram utilizados os relatos feitos pelo observador das oficinas (graduando em nutrição) que anotou os depoimentos e os principais acontecimentos dos encontros que foram completados com as discussões que ocorreram após a realização das mesmas. Este material foi lido e relido várias vezes pela pesquisadora para que ela fosse capaz de entrar em contato de forma mais profunda com os conteúdos que emergiram durante os momentos de diálogo coletivo.

O fato de a pesquisadora permanecer em contato com os ACS em ações não sistematizadas como foram as oficinas, mas na mesma linha de proposta de educação Permanente e de formação de profissionais alinhados às demandas do SUS, criou experiências que puderam proporcionar outros conhecimentos para o processo de avaliação desta atividade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A adesão dos ACS medida pelo comparecimento aos encontros foi em média de 89,6% nas oficinas em sua totalidade. A Unidade de Saúde da Família (USF) foi a que contou com a menor média de comparecimento (78,4%); esta alta frequência colaborou com a evolução dos processos educativos e nas ações posteriores que correram aos mesmos.

As técnicas de dinâmica de grupo aplicadas no início das atividades proporcionou o fortalecimento da formação de um espaço de interação de subjetividades e expressão de sensibilidade.

As falas são ilustrativas ao se referirem a um momento de integração e apresentação. Essa constatação pode ser vista durante a primeira oficina, quando

uma ACS se identificou com uma palavra que a representasse naquele momento explicando o porquê: *“Minha palavra é carinhosa. Ser carinhosa interfere no meu trabalho, acho que me faz ficar mais perto do problema do paciente”*.

Estes depoimentos aproximaram os integrantes do grupo que acabaram dialogando quanto aos significados das palavras e o seu ambiente de trabalho. Esta integração foi além das atividades educativas pontuais.

Em todas as unidades de saúde, o vínculo entre ACS e educadora (bem como com os estagiários de Nutrição) ficou fortalecido após essas ações. Apesar do término das oficinas, houve continuidade dos trabalhos coletivos, aumentando inclusive as atividade de visita domiciliar e atividades em grupo com pacientes programadas pelos próprios ACS.

Na visão das autoras deste estudo, este fato está associado com o desenvolvimento das oficinas e valorização do ACS nas ações de alimentação e nutrição na AB. Depois de algum tempo após a realização das oficinas, aqueles ACS que já tinham contato com a educadora (e estagiários de nutrição) antes da realização das mesmas e participaram do processo educativo, mostraram-se mais disponíveis, com mais iniciativa em participar do planejamento de ações voltadas à população com o tema alimentação e nutrição.

Vale ressaltar, que houve a contratação de novos ACS no início de 2012, e o vínculo com estes novos atores na composição do serviço de saúde está sendo estabelecido, motivados pelo vínculo já existentes com os outros.

Os resultados de trabalhos realizados por outros autores mostram que a Educação em Saúde é valorizada pelos profissionais e que esta deveria ser desenvolvida constantemente, como foi o caso do trabalho desenvolvido na cidade de Piracicaba-SP por Camargo et al.¹⁷. Os resultados demonstraram que profissionais de saúde reconheceram que as oficinas de formação para a vigilância nutricional foram importantes para lhes dar respaldo nas práticas específicas de nutrição na AB, contribuindo para a segurança alimentar e nutricional da população.

Pinafo et al.¹⁸ encontraram, em um trabalho realizado em Santa Mariana-PR, que os trabalhadores de duas equipes de saúde consideram que o processo de trabalho educativo deveria ser voltado para o aprendizado mútuo respeitando os conhecimentos prévios da população.

Neste mesmo modelo de educação, na cidade de Botucatu-SP, Cyrino et al.¹⁹ desenvolveram um projeto mais amplo de educação permanente em saúde,

chamado “Cuidando do cuidador”. A ideia principal foi buscar a mobilização de valores e sentimentos que, usualmente, são pouco considerados em processos de educação no trabalho.

Os resultados do presente estudo se assimilam com os apresentados acima onde foi identificada uma sensibilização por parte dos profissionais presentes durante os encontros e os resultados mostraram integração maior entre os educandos durante os encontros programados e posteriormente foi observado também no cotidiano de trabalho destes profissionais.

O desenvolvimento do processo educativo na forma de oficina, além de proporcionar integração dos participantes também provocou a aproximação da teoria com a prática cotidiana, para a construção coletiva do conhecimento, a partir dos saberes dos participantes. O tema alimentação e nutrição foi provocativo nesse processo.

Em determinado momento foi solicitado que cada ACS dissesse um “mito” ou “crença” sobre alimentação, o que possibilitou ricas discussões de conceitos e dúvidas usualmente conhecidas entre as pessoas. Foi observado que a partir da dúvida de cada participante foi possível explorar a realidade e confrontar crença e conhecimento científico de forma que fizesse sentido aos participantes.

A busca e o alcance de encontrar meios de relação entre teoria e prática em torno da “comida” foram abordados, resgatou-se o cotidiano dos ACS conforme os relatos a seguir: *“Médicos dizem para colocar um prego para fazer comida...”*; *“Tomar banho com barriga cheia faz mal...”*; *“Comer e logo depois ler, faz mal...”*.

No mesmo sentido, valorizando a faixa etária de crianças menores de cinco anos, outros relatos trouxeram a proximidade de suas realidades com a atuação profissional: *“Minha patroa comia sorvete de nata e o bebê que mamava nela tinha diarreia, por isso é que a gente pensava que ele tinha alergia do leite da mãe dele.”*

Os mitos alimentares mais comuns para essa faixa etária entre a população estão relacionados com a amamentação. A influência da cultura, do meio onde vivem e da própria família foi trazido a tona, foi lembrado de que várias pessoas orientam as lactantes a consumir cerveja preta, canjica e alimentos amargos para aumentar a produção do leite. Diversas vezes a questão *“Existe leite fraco?”* foi levantada.

Esse tipo de método permite ao educador e aos educandos uma interação muito boa; os pontos trabalhados giram em torno do dia a dia do participante, mas,

dentro da proposta do trabalho em grupo, consegue-se envolver um número maior de pessoas e a construção coletiva do conhecimento¹³.

A apresentação do Guia Alimentar da População Brasileira²⁰ e o do Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos²¹, que são materiais educativos elaborados pelo Ministério da Saúde por meio da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) e servem como apoio para os profissionais de saúde na sua rotina de trabalho, foi uma das estratégias utilizadas para alcançar a aproximação da teoria e a prática no processo educativo vivenciado nas oficinas. Os conteúdos teóricos presentes nestes guias podem proporcionar aos ACS, ao entrarem em contato com eles, uma melhor condição técnica para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição na AB, mas também proporcionar a oportunidade de questionar sua própria alimentação e de seus filhos e outros membros da família. Porém, alguns relatos acabam sugerindo certa distância da teoria e prática quando ela se refere ao próprio cotidiano do ACS: *“Ah Joana (nome fictício)!!, então tá... quero ver se o Júnior comeria esse lanchinho quando ele era pequeno!! você mandava bolacha e guaraná!”*. *“Tem coisa mais gostosa do que tomar um copo de Coca Cola® bem gelada nesse calor de Ribeirão!”*

Para finalizar o processo educativo, no último encontro buscou-se resgatar a realidade nutricional da população brasileira, tentando a associação com a realidade local. Dados comparativos do estado nutricional e do consumo alimentar de crianças e adultos da população brasileira, mostrando a evolução dos mesmos no período entre os anos de 1975 até 2008 segundo o IBGE²² foram expostos como provocadores de discussão. Pode-se perceber que houve o que se chama de aprendizagem significativa; os ACS se aproximaram da realidade mostrando-se espantados com os dados: *“Nossa gente! Vocês viram que tem lugar que mais de 50% das crianças na escola têm anemia!”*. *“Pior que isso é a mulherada ficando tão gorda!! Depois falam que o povo vive mais, mas vive tudo doente.”* A relação da realidade local com a apresentada passou a ser discutida quando os ACS lembraram as pessoas da comunidade: *“Nossa, tá parecendo a família da Dona Maria, até o cachorro dela é gordo!”*. Esses relatos enriqueceram a discussão e trouxeram à tona a importância da intervenção por parte da equipe de saúde, cada vez mais precoce para que aquilo que havia sido discutido nos SEIS encontros pudesse ser utilizado na prática de trabalho de todos os participantes das oficinas.

Outro resultado importante foi perceber que um processo educativo pontual desperta a proximidade de funções/atribuições enquanto profissional. Quando os ACS foram questionados sobre o que acharam da realização do processo educativo, alguns relatos demonstram essa visão: *“Eu aprendi muitas coisas nesta oficina de amamentação. É que foi muito boa e tenho certeza que irei passar para os meus pacientes como se deve se alimentar adequadamente.”* *“O que eu gostei... aprendi a comer melhor e vou tentar por em prática o que aprendi”*.

Querendo estudar esta relação de realidade de ACS com o seu cotidiano de trabalho, em duas cidades do interior paulista, sete ACS foram entrevistados com o objetivo de compreender os fatores psicossociais significativos na construção de sua identidade que podiam influenciar no seu cotidiano de trabalho. Das diversas perspectivas avaliadas, o acesso ao conhecimento que é oferecido ao Agente Comunitário de Saúde a partir de sua admissão ao serviço foi considerado falho, por não incluir dados da realidade local²³. Em contrapartida, o presente estudo objetivou, com a realização das oficinas, buscar trazer a realidade do ACS nas atividades de reciclagem de conhecimento, para uma aprendizagem mais significativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família, bem como o Agente Comunitário de Saúde, são considerados pelo Ministério da Saúde importantes atores da política reorganizadora do modelo de atenção à saúde no país, fato este confirmado neste estudo. Foi possível deduzir que os Agentes Comunitários de Saúde, quando estão em contato com o nutricionista no papel de mediador, agem mais efetivamente em ações individuais ou coletivas no contexto da segurança alimentar e nutricional.

Nesta experiência, observou-se que este resultado está relacionado às ações pontuais da parceria da universidade com a Secretaria de Saúde local dentro dos serviços de saúde. A inserção de nutricionistas na Atenção Básica como preconizado pela atual Política Nacional de Atenção Básica, inseridos através dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF), poderia potencializar essa ação de mediação identificada nestas experiências.

Evidenciou-se que, entre os ACS, despertou-se o interesse desenvolver ações em suas atividades de trabalho a cerca da alimentação e nutrição, principalmente para as crianças menores de cinco anos. A aprendizagem dentro do

local de trabalho, citada diversas vezes pelos ACS, parece se, na visão deles, uma estratégia de grande impacto, sentindo-se valorizados e motivados.

Para finalizar, acredita-se que para o sucesso das ações em saúde é necessário que o serviço gerenciador seja um corresponsável no planejamento destas ações, de forma comprometida, não ficando apenas a cargo do educador, pois essa ação só poderá ser posta em prática se for inserida nas atribuições de profissionais capacitados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde [internet]. Brasília; 2009 [citado 2012 dez. 27]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf.
2. Pessanha RV, Cunha FTS. A Aprendizagem-Trabalho e as tecnologias de Saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2009;18(2):233-40.
3. Vasconcelos EM. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2001. p. 73-100.
4. Vasconcelos EM. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
5. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2011; 27(1):7-18.
6. L'Abbate S. Health Education: A New Approach. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (4):481-490, Oct/Dec, 1994.
7. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra;1996, 107p.
8. Paim J. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
9. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface:Comunic, Saúde, Educ*. 2002;6(10):75-94.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886/1997. *Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família*, 1997.

11. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Brasília; 2012. p. 68.
12. Zimerman DE, Osório LC, et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
13. Afonso MLM, organizador. Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p. 389.
14. Afonso MLM, organizador. Oficinas dinâmicas de grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 2007 [citado 2011 dez. 20]. Disponível em: <http://www.saude.org.br>.
16. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
17. Camargo AA, Oliveira MRM, Renosto RV, Vieira CM. Promoção e avaliação da atitude de Vigilância Nutricional na Atenção Básica à Saúde de municípios das bacias Piracicaba-Capivari. Rev. Segurança Alimentar e Nutricional. 2010;17(2):26-39.
18. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma Equipe de Saúde da Família. Trab. Educ. Saúde. 2011; 9(2):201-221.
19. Cyrino AP, Nakamoto E, Rollo GLG, Andrade M, Freire P. O projeto “cuidando do cuidador”: a experiência de educação permanente em saúde do centro de saúde escola de Botucatu. Trabalho, Educação e Saúde, 2004; 2(2): 367-379.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 236.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos / Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 152.

22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. IBGE cidades@ [internet]. 2012 [citado 2012 jan. 25]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

23. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13(1):51-60.

Quadro 3.1. Temas, Objetivos, Método e Avaliação das oficinas no distrito leste de Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2010.

Tema	Objetivos terminais: Ao final da oficina o ACS deverá:	Método	Indicadores para avaliação
<p>Oficina 1: Proposta de trabalho e estabelecimento de elo entre os participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar-se quanto à proposta de trabalho, - Interagir de forma mais próxima com a equipe e o nutricionista. - Sensibilizar-se para o desenvolvimento em seu cotidiano de trabalho a prática da educação alimentar em relação à alimentação da criança menor de cinco anos de idade. 	<p>Para o desenvolvimento da primeira oficina, todos os presentes foram convidados a participar de uma dinâmica de apresentação dos participantes. Cada um recebeu um papel e uma caneta e foi solicitado que escrevessem uma palavra (objeto, imagem, um alimento ou um sentimento ou qualquer "coisa" que viesse a mente) que pudesse representar como estavam se sentindo no dia, naquele momento. A pesquisadora também participou nesta atividade escrevendo uma palavra: "AMOR" com o intuito inicial, de num momento oportuno, tentar interagir com os participantes em relação aos sentimentos que os envolve quando estão trabalhando. Aleatoriamente, a pesquisadora solicitou, quando foi necessário, que um a um dissesse qual era a palavra que havia escrito e o que aquilo representava em sua vida pessoal, profissional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de palavras representativas relacionando o ACS com a sua forma de trabalho com a população; - Interesse por parte dos integrantes.
<p>Oficina 2: Crenças e mitos na alimentação – de antigamente e atuais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar ciência da influência sobre os hábitos alimentares, tanto de crenças e mitos trazidos de longas datas, bem como aqueles que são divulgados pela mídia atual. - Conhecer os fundamentos científicos acerca de crenças alimentares. 	<p>Elaborado pela pesquisadora, um "jogo" foi apresentado aos participantes; eram 20 cartas, divididas em dez pares. Em uma estava descrito uma crença ou mito e na outra a resposta com a argumentação científica. Ex: "Cozinhar o feijão com um prego cura anemia". Num segundo momento, foi solicitado aos ACS que escrevessem em um papel uma crença ou um mito. Todos foram discutidos do ponto de vista científico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento de crenças influenciadoras de hábitos alimentares; - Reconhecimento de crenças relatadas para o ACS por famílias acompanhadas por ele; - Geração de discussão acerca do tema entre os ACS.
<p>Oficina 3: Crenças que predominam na alimentação da criança menor de cinco anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer a realidade alimentar da população menor de cinco anos atendida pelos ACS. - Despertar senso crítico entre o adequado e o inadequado no comportamento alimentar. 	<p>Após a discussão da oficina anterior sobre crenças e verdades sobre a alimentação, foi solicitado aos participantes que descrevessem no quadro negro erros alimentares que em suas opiniões pudessem ocasionar problemas de saúde em crianças menores de cinco anos. A intenção foi emergir as dúvidas sobre a alimentação nesta faixa etária para a apresentação dos conceitos preconizados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação por parte do ACS de crenças relacionadas por famílias por ele acompanhadas. - Geração de discussão acerca do tema; - Relatos de casos reais, por parte do ACS, com comportamento alimentar inadequado.
<p>Oficina 4: Alimentação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os 10 passos da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos do 	<p>Para essa oficina foi elaborado um painel de imã e traçados que delimitavam as faixas etárias de zero a 24 meses; vários alimentos e ilustrações de mães</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participação ativa na dinâmica; - Após a apresentação das informações científicas,

<p>adequada do nascimento aos dois anos de vida - enfoque na transição da alimentação láctea para a alimentação geral.</p>	<p>Ministério da Saúde. - Conhecer tempo e tipo adequados de alimentos a serem introduzidos na fase de oferta da alimentação complementar (após os seis meses de vida). - Propor estratégias para que em suas atividades de trabalho, os ACS divulguem essas informações para a comunidade.</p>	<p>amamentando foram entregues aos ACS para que eles colassem no painel a época adequada para a introdução dos alimentos. Após a distribuição de todas as figuras, a pesquisadora foi questionando a todos os participantes sobre o local adequado de cada ilustração e explicava do ponto de vista da ciência os motivos pelos quais os alimentos devem ser oferecidos na época determinada.</p>	<p>manifestação por parte do ACS de interesse no tema e verbalização de alternativas para a mudança de hábito.</p>
<p>Oficina 5: Alimentação adequada dos dois aos cinco anos de vida – enfoque no comportamento alimentar do pré escolar.</p>	<p>- Conhecer modelos de alimentação adequada para as crianças na idade escolar. - Aprender a combinar alimentos em um lanche saudável. - Reconhecer as consequências da alimentação inadequada já na primeira infância.</p>	<p>Nesta oficina alguns rótulos de alimentos tradicionalmente consumidos pelos escolares em cantinas, em bares de bairros e/ou oferecidos em casa foram apresentados aos ACS a fim de mostrar o valor nutricional. Foi também discutido sobre a influência da mídia e dos colegas nesta fase da vida da criança, inclusive no hábito alimentar.</p>	<p>- Após a apresentação das informações, manifestação de interesse por parte do ACS na divulgação destas informações nas famílias por ele acompanhadas. Elaboração de cardápios de lanche saudável.</p>
<p>Oficina 6: Informações científicas da transição do perfil nutricional da população em geral – enfatizando as mudanças de comportamento x estado nutricional</p>	<p>- Sensibilizar-se quanto à realidade nutricional da população brasileira. - reconhecer aspectos da realidade apresentados em sua realidade pessoal e de trabalho. - Discutir e planejar com a equipe de saúde da UBS, planos de ação junto à comunidade.</p>	<p>Uma apresentação através de projeção de slides foi elaborada pela pesquisadora com dados comparativos do EN e de consumo alimentar de crianças e adultos na população brasileira. Esses dados mostraram a evolução dos anos de 1975 até 2008 (POF/ IBGE, 2008). Foi sugerido que os participantes verbalmente apontassem a relação desses dados com a sua realidade de trabalho.</p>	<p>- Manifestação de interesse em aprender e aplicar junto à comunidade o tema alimentação adequada, partindo da realidade encontrada em cada casa visitada pelo ACS.</p>

4. Conclusões

CONCLUSÕES

Sendo o objetivo deste trabalho conhecer a realidade da alimentação e nutrição de ACS e as famílias acompanhadas por eles com filhos menores de cinco anos e, a partir daí, desenvolver uma proposta de educação participativa sobre alimentação da criança pautada nos elementos cotidianos levantados, foi possível afirmar que:

O Brasil vem passando por diversas modificações nos serviços de saúde desde a Reforma Sanitária Brasileira na década de 70. Com certeza, cada vez mais essas mudanças indicam um serviço humanizado, com valorização dos aspectos primários do cuidado à saúde.

A ESF atende satisfatoriamente essa premissa e agrega profissionais que devem ser preparados para que sejam atores capazes de concretizar essa proposta. O ACS é um desses profissionais que deve ser constantemente valorizado e qualificado nesse processo.

A Educação Permanente nos serviços de saúde busca maior percepção dos integrantes do grupo assistencial quanto à realidade local, bem como dos indivíduos que compõem a sociedade em questão.

No tocante à alimentação e nutrição vale ressaltar que diversas variáveis, como o ambiente, condição de saúde, idade, condição socioeconômica, condição psicológica, entre outras, afetam o consumo alimentar e conseqüentemente o estado nutricional, influenciando o perfil epidemiológico. Por isso torna-se necessário o investimento em ações educativas permanentes com os profissionais da Atenção Primária em Saúde, incluindo os ACS, tornando-os multiplicadores de informações e de práticas saudáveis de alimentação.

Como facilitador desse processo, neste estudo foi visto que o ACS é um profissional que está inserido completamente na comunidade onde atua, inclusive mantendo as características socioeconômicas, de estado nutricional, bem como as atitudes em relação à alimentação de seus filhos, idênticas às demais famílias daquele lugar.

Como diagnóstico alimentar e nutricional da comunidade (distrito de saúde) analisada, encontrou-se elevado índice de excesso de peso, acompanhado da aquisição de alimentos ricos em energia. Um aspecto que, se reconhecido como problema pelo ACS, pode vir a ser alvo de mudança na comunidade. Os pais ou

responsáveis manifestam-se como os principais responsáveis pela alimentação de seus filhos e afirmam que na maior parte do tempo monitoram a ingestão de alimentos energéticos pelas crianças; no entanto, subestimam o peso de seus filhos.

O desconhecimento do diagnóstico nutricional das crianças se manifesta como tema que necessita ser trabalhado junto à equipe de saúde, pois, embora nas unidades de saúde exista a prática regular da antropometria da criança, esta informação não vem sendo apropriada pelas mães, nem mesmo por aquelas que desempenham a função de ACS.

A avaliação do processo de realização das oficinas evidenciou que os ACS foram despertados para o tema, manifestaram interesse, capacidade de aprendizado e senso de responsabilidade quanto à sua atuação como agentes transformadores em favor da alimentação saudável, especialmente para crianças menores de cinco anos.

A aprendizagem dentro do local de trabalho, citada diversas vezes pelos ACS, parece ser, na visão deles, uma estratégia de grande impacto, os quais se sentem valorizados e motivados.

Para finalizar, acredita-se que para o sucesso das ações em saúde é necessário que os gestores do serviço em todos os níveis de decisão sejam corresponsáveis no planejamento das ações, por meio de um compromisso coletivo assumido por todos os envolvidos no processo.

REFERÊNCIAS

1. AFONSO M.L.M. (Org). **Oficinas em dinâmicas de grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
2. BARTON, S.J. Infant feeding practices of low-income rural mothers. **Am J Mat Child Nurs**, v. 26, p. 93-97, 2001.
3. BASDEVANT, A.; BARZIC, M.L.; GUY-GRAND, B. **Feeding Patterns: from normal to pathological**. Servier Lab, 1993. 96p.
4. BENTLEY, M.; GAVIN, L.; BLACK, M.M.; TETI, L. Infant feeding practices of low-income, African-American, adolescent mothers: An ecological, multigenerational perspective. **Soc Scie & Med**, v. 49, p. 1085 -1100, 1999.
5. BIRCH, L. L.; DAVISON, K. K. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. **Pediatric Clinical North America**, v.48, n.4, p.893-907, 2001.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. v.4, Brasília: 2006. Acesso em: 12 de fevereiro de 2012. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, 2009b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 27 dezembro de 2012.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, 2009c. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 27 dezembro de 2012.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p.

10. CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1509-20, 2008.
11. COSTANZO, P.R.; WOODY, E.Z. Domain-specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: the example of obesity proneness. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v.4, p. 425-445, 1985.
12. CRUZ, I.M. **O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação e propensão à obesidade**. 2008. 54f. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, USP, Psicologia. Ribeirão Preto.
13. FISBERG, MR.M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D.L.; MARTINI, L.A. **Inquéritos Alimentares: Métodos e bases científicas**. Barueri: Manole, 2005. p. 2.
14. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Perfil Municipal de Ribeirão Preto**, 2012. Disponível em: <http://seade.gov.br>. Acesso em 04 de março de 2012.
15. GALEAZZI, M.A.M. et al. Inquérito de consumo familiar de alimentos – metodologia para a identificação de famílias de risco alimentar. **Cadernos de debate**, Campinas: NEPA/UNICAMP, v. 4, p. 32-46, 1996.
16. GALEAZZI, M.A.M.; DOMENE, S.M.A.; SCHIERI, R. (org). **Estudo Multicêntrico sobre Consumo Alimentar**. Brasília: Ministério da Saúde:1997, 57p.
17. GAZZINELLI, M.F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan./fev. 2005.
18. HEDIGER, M.L.; OVERPECK, M.D.; RUAN, W.J.; TROENDLE, J.F. Early infant feeding and growth status of US-born infants and children aged 4 -71 months: analyses from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 - 1994. **Am J Clin Nut**, v.72, p. 159 -167, 2000.
19. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.IBGE. IBGE cidades@. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>>. Acesso em 04 de agosto de 2009.

20. LESLEY, S. *et al.* Understanding Infant Feeding Beliefs, Practices and Preferred Nutrition Education and Health Provider Approaches: An Exploratory Study with Somali Mothers in the USA. **Matern Child Nutr**, v. 6, n. 1, p.67 – 88, 2010.
21. LOPES, P.C.S.; PRADO, S.R.L.A.; COLOMBO, P. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.63, n.1, p.73-8, 2010.
22. LORENZATO, L. Avaliação de atitudes, crenças e práticas de mães em relação à alimentação e obesidade de seus filhos através do uso do QAC. 2012. 159f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP.
23. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **37th Session of the Subcommittee on Planning and Programming of the Executive Committee.** PAHO; Washington, DC: 2003.
24. PESSANHA, R. V.; CUNHA, F.T.S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 233-40, 2009.
25. SANTOS, I.G. (org). **Nutrição: da assistência à promoção de saúde.** São Paulo: RCN Editora. 2007. 384p.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Fifty-fourth World Health Assembly. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding.** World Health Organization; Geneva: 2001.

ANEXO A - TCLE para os Agentes Comunitários de Saúde**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)**

Eu, _____, RG nº _____, declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de participante, que fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa intitulada: O COTIDIANO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A PRÁTICA DE TRABALHO EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO ENFATIZANDO A CRIANÇA, desenvolvida pela aluna de doutorado Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda do programa de pós-graduação: Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara da Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" – UNESP, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Rita Marques de Oliveira.

Estou ciente que esta pesquisa será realizada para fins de estudos científicos e promoção de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde e que o objetivo dela é avaliar o efeito da intervenção educativa sobre o cotidiano de agentes comunitários de saúde (ACS) em relação à alimentação e nutrição e o impacto desta intervenção em sua prática de trabalho na USF, com ênfase nas crianças menores de cinco anos.

Estou ciente ainda, que será realizada uma avaliação antropométrica em mim e em meus filhos menores de 5 anos, aferindo-se a estatura e o peso para posterior cálculo do IMC (Índice de Massa Corpórea) que é um índice que mostra se um indivíduo está com o peso adequado para sua estatura. Esses dados serão coletados individualmente sem causar constrangimento e garantindo a nossa privacidade. Também responderei o questionário Child Feeding Questionnaire (CFQ – Questionário sobre alimentação da criança), para levantar as crenças, atitudes e práticas dos pais com respeito à alimentação de seus filhos, bem como um formulário para Inquérito de Consumo Alimentar da família. Este procedimento será repetido na fase final do trabalho, denominada fase de avaliação. Como parte do trabalho, participarei de atividades educativas elaboradas e desenvolvidas pelas pesquisadoras com temas relacionados a Nutrição e alimentação voltados às crianças menores de 5 anos. Eu aceito participar desta pesquisa, respondendo os questionários, sendo submetido ao exame antropométrico acima descrito e participando das oficinas educativas, mas caso seja necessário quero ser esclarecido quanto à evolução da pesquisa durante sua elaboração e execução. Tenho toda a liberdade de a qualquer momento retirar-me da mesma, sem nenhum constrangimento. Em nenhum momento, meu nome ou dos demais participantes será identificado.

Nesta pesquisa, estou ciente que não existe nenhum risco, nem prejuízo à minha saúde e de minha família, bem como dos usuários, pelo contrário; em relação aos benefícios, receberei treinamento sobre alimentação e nutrição para minha prática de trabalho.

DECLARO portanto, que após devidamente esclarecido pelos pesquisadores e ter entendido o que foi explicado, consisto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do participante

Profa Ms Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda
Pesquisadora
RG: 29.298.137-5
Endereço: Rua Triunfo, 795 ap. 101
Ribeirão Preto - SP
Fone: (16) 3237-1470

Profa Dra Telma Maria Braga Costa
Co-orientadora Pesquisadora
RG: 14.608.435-4
Endereço: Rua Arnaldo Victaliano, 915 ap. 134
Ribeirão Preto - SP
Fone: (16) 3618-0018

ANEXO B - TCLE para as famílias

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Eu, _____, RG nº _____, declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de participante, que fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa intitulada: O COTIDIANO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A PRÁTICA DE TRABALHO EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO ENFATIZANDO A CRIANÇA, desenvolvida pela aluna de doutorado Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda do programa de pós-graduação: Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara da Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" – UNESP, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Rita Marques de Oliveira.

Estou ciente que esta pesquisa será realizada para fins de estudos científicos e promoção de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde e que o objetivo dela é avaliar o efeito da intervenção educativa sobre o cotidiano de agentes comunitários de saúde (ACS) em relação à alimentação e nutrição e o impacto desta intervenção em sua prática de trabalho na USF, com ênfase nas crianças menores de cinco anos.

Estou ciente ainda, que será realizada uma avaliação antropométrica em mim e em meus filhos menores de 5 anos, aferindo-se a estatura e o peso para posterior cálculo do IMC (Índice de Massa Corpórea) que é um índice que mostra se um indivíduo está com o peso adequado para sua estatura. Esses dados serão coletados individualmente sem causar constrangimento e garantindo a nossa privacidade. Também responderei o questionário Child Feeding Questionnaire (CFQ – Questionário sobre alimentação da criança), para levantar as crenças, atitudes e práticas dos pais com respeito à alimentação de seus filhos, bem como um formulário para Inquérito de Consumo Alimentar da família. Este procedimento será repetido na fase final do trabalho, denominada fase de avaliação. Eu aceito participar desta pesquisa, respondendo os questionários, sendo submetido ao exame antropométrico acima descrito e participando das oficinas educativas, mas caso seja necessário quero ser esclarecido quanto à evolução da pesquisa durante sua elaboração e execução. Tenho toda a liberdade de a qualquer momento retirar-me da mesma, sem nenhum constrangimento. Em nenhum momento, meu nome ou dos demais participantes será identificado. Nesta pesquisa, estou ciente que não existe nenhum risco, nem prejuízo à minha saúde e de minha família, pelo contrário, em relação aos benefícios, os ACS terão mais conhecimentos sobre alimentação e nutrição o que poderá beneficiar a mim e minha família.

DECLARO portanto, que após devidamente esclarecido pelos pesquisadores e ter entendido o que foi explicado, consisto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do participante

Profª Ms Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda
Pesquisadora
RG: 29.298.137-5
Endereço: Rua Triunfo, 795 ap. 101
Ribeirão Preto - SP
Fone: (16) 3237-1470

Profª Dra Telma Maria Braga Costa
Co-orientadora Pesquisadora
RG: 14.608.435-4
Endereço: Rua Arnaldo Victaliano, 915 ap. 134
Ribeirão Preto - SP
Fone: (16) 3618-0018

ANEXO C - TCLE para AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - OFICINAS**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)**

Eu, _____, RG nº _____, Agente Comunitário de Saúde da Unidade Básica de Saúde do _____, declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de participante, que fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa intitulada: O COTIDIANO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A PRÁTICA DE TRABALHO EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO ENFATIZANDO A CRIANÇA, desenvolvida pela aluna de doutorado Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda do programa de pós-graduação: Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara da Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" – UNESP, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Rita Marques de Oliveira.

Estou ciente que esta pesquisa será realizada para fins de estudos científicos e promoção de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde e que o objetivo dela é avaliar o efeito da intervenção educativa sobre o cotidiano de agentes comunitários de saúde (ACS) em relação à alimentação e nutrição e o impacto desta intervenção em sua prática de trabalho na USF, com ênfase nas crianças menores de cinco anos.

Estou ciente ainda, que como parte do trabalho, participarei de atividades educativas elaboradas e desenvolvidas pelas pesquisadoras com temas relacionados a Nutrição e alimentação de um modo geral e voltados às crianças menores de 5 anos.

Eu aceito participar desta pesquisa participando das oficinas educativas, mas caso seja necessário quero ser esclarecido quanto à evolução da pesquisa durante sua elaboração e execução. Tenho toda a liberdade de a qualquer momento retirar-me da mesma, sem nenhum constrangimento. Em nenhum momento, meu nome ou dos demais participantes será identificado. Nesta pesquisa, estou ciente que não existe nenhum risco, nem prejuízo à minha saúde e de minha família, bem como dos usuários, pelo contrário; em relação aos benefícios, receberei treinamento sobre alimentação e nutrição para minha prática de trabalho.

DECLARO portanto, que após devidamente esclarecido pelos pesquisadores e ter entendido o que foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa nas oficinas realizadas como forma de capacitação.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do pesquisador
Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda
RG: 29.298.137-5
Endereço: Rua Triunfo, 795 ap. 101
Ribeirão Preto - SP
Fone: (16) 3237-1470

Assinatura do participante

ANEXO D – Questionário da Alimentação da Criança (QAC)

QUESTIONÁRIO PERCEPÇÃO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Fator	Nome da Variável	Ordem	Questões	Opções de Resposta
Percepção de responsabilidade	PR1	1	Quando sua criança está em casa, com que frequência você é responsável por alimentá-la?	1= nunca 2= raramente
	PR2	2	Com que frequência você é responsável por decidir qual é o tamanho da porção de sua criança?	3= metade do tempo 4= maior parte do tempo
	PR3	3	Com que frequência você é responsável por decidir se sua criança come o tipo correto de comida?	5= sempre
Percepção do peso dos pais	PPW1	4	Sua infância (5 a 10 anos de idade)	1= muito abaixo do peso
	PPW2	5	Sua adolescência	2= abaixo do peso 3= normal
	PPW3	6	Seus 20 anos	4= acima do peso
	PPW4	7	Atualmente	5= muito acima do peso
Percepção do peso da criança	PCW1	8	Sua criança durante o primeiro ano de vida	1= muito abaixo do peso
	PCW2	9	Sua criança de 1 a 2 anos	2= abaixo do peso
	PCW3	10	Sua criança da pré-escola	3= normal
		11	Sua criança do pré a 2ª série	4= acima do peso
		12	Sua criança da 3ª a 5ª série	5= muito acima do peso
	13	Sua criança da 6ª a 8ª série		
Preocupação com o peso da criança	CN1	14	O quanto você se preocupa sobre a sua criança comer muito quando você não está perto dela?	1= despreocupado 2= um pouco preocupado
	CN2	15	O quanto você se preocupa sobre sua criança ter que fazer dieta para manter um peso desejável?	3= preocupado
	CN3	16	O quanto você se preocupa sobre sua criança ficar acima do peso?	4= bem preocupado 5= muito preocupado
Restrição	RST1A	17	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos doces (balas, sorvete, bolo e tortas)	1= discordo
	RST1B	18	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos alimentos altamente calóricos	2= discordo levemente
	RST1C	19	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muito de seus alimentos preferidos	3= neutro
	RST2	20	Eu intencionalmente mantenho algumas comidas fora do alcance da minha criança	4= concordo levemente
	RST3A	21	Eu ofereço doces (balas, sorvete, bolos, e tortas) para a minha criança como recompensa por um bom comportamento	5= concordo
	RST3B	22	Eu ofereço para minha criança seu alimento preferido em troca de um bom comportamento	
	RST4A	23	Se eu não orientar ou regular o que minha criança come, ela iria comer muita porcaria	
	RST4B	24	Se eu não guiar ou regular o que minha criança come ela iria comer muito de sua preferida	
Pressão; para comer	PE1	25	Minha criança deveria sempre comer toda a comida de seu prato	1= discordo
	PE2	26	Eu tenho que ser muito cuidadoso para ter certeza de que minha criança come o suficiente	2= discordo levemente 3= neutro
	PE3	27	Se minha criança diz “Eu não estou com fome”, eu tento fazer ela comer mesmo assim	4= concordo levemente
	PE4	28	Se eu não guiar ou regular o que minha criança come, ela poderia comer muito menos do que deveria	5= concordo
Monitoramento	MN	29	O quanto você mantém o controle dos doces (balas, sorvetes, bolos ou tortas) que sua criança come?	1= nunca 2= raramente
	MN	30	O quanto você mantém o controle dos lanches que sua criança come?	3= às vezes 4= na maior parte do tempo
	MN	31	O quanto você mantém o controle dos alimentos altamente calóricos que sua criança come?	5= sempre

ANEXO E – Questionário de determinação de estado nutricional, e características, socioeconômicas, culturais, de saúde e alimentar do entrevistado e/ou da criança

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM A FAMÍLIA DAS CRIANÇAS

Data da entrevista: ___/___/___

UBS: _____

Agente Comunitário: _____

Nome do entrevistado: _____

Nome da Criança: _____

Relação de parentesco com a criança _____

A. DADOS SOCIOECONÔMICOS DO ENTREVISTADO

1. Sexo: (1) M (2) F

2. Idade: _____ anos

3. Se não for a mãe - idade da mãe: _____ anos

4. Há quanto tempo vive no bairro: _____ 5. Há quanto tempo vive na cidade: _____

6. A criança mora com: ()

(1) mãe e pai (2) mãe (3) pai (4) não sabe (5) não respondeu (6) outro 7. Se outro, quem? _____

8. Escolaridade:

9. Da mãe: () 10. Do pai: ()

(1) não freqüentou a escola (2) sabe ler e escrever (3) ensino fundamental incompleto

(4) ensino fundamental completo (5) ensino médio incompleto (6) ensino médio completo

(7) ensino superior incompleto (8) ensino superior completo (9) curso técnico

(10) não sabe (11) não respondeu

11. A família recebe algum benefício?

(1) Programa do leite em pó (2) Programa do leite fluido (3) Bolsa família (4) Cesta básica (5) não sabe (6) não respondeu (7) não (8) Outro 12. Se outro, qual? _____

13. Qual o número de filhos da mãe: _____

14. Houve óbito de filho com até 1 ano de idade? _____

(1) sim (2) não (3) não sabe (4) não respondeu 15. Se sim, quantos? _____

16. Quem cuida da criança: _____

(1) Mãe

(2) Avó

(3) Irmão/irmã

(4) Vizinha

(5) Funcionários/creche

(6) Pai

(7) Escola

(8) Tia

(9) Não sabe

(10) Não respondeu

B. SAÚDE E NUTRIÇÃO

17. Sexo: (1) M (2) F

18. Data de nascimento: ___/___/___ 19. Idade: _____ meses

Coloque (0) para a resposta: Não sabe para as questões de 20 a 30.

20. Peso da criança ao nascer: _____ kg.
 21. Nasceu com _____ semanas.
 22. Está amamentando? (1) sim (2) não (passe para a 31)
 23. **Se sim**, até qual idade a criança recebeu só o leite de peito? _____
 24. E até qual idade a criança recebeu leite de peito (junto com outros alimentos)? _____
 25. **Se não**, (mas) já amamentou? (1) sim (2) não
 26. **Se sim**, até qual idade a criança recebeu só o leite de peito? _____
 27. E até qual idade a criança recebeu leite de peito (junto com outros alimentos)? _____
 28. **Se não**, por quê? _____
 29. Com que idade foi iniciada a alimentação complementar da criança? _____ meses
 30. Quem dá de comer à criança? _____

31. O que a criança come?
 (1) leite em pó (2) leite fluido (de vaca) (3) leite de peito (4) sopa (5) papinha (6) comida amassada (7) comida igual à da família (8) outro. 32. Qual? _____

33. Acesso à educação nutricional. Recebeu algum tipo de orientação nutricional nos últimos 6 meses? _____
 (1) sim (2) não (3) não sabe (4) não respondeu

34. Se sim, de quem?
 (1) Nutricionista (2) Médico (3) Enfermeiro (4) Agente de saúde (5) Pastoral da Criança
 (6) não sabe (7) não respondeu (8) Outro. 35. De quem? _____

C. ANTROPOMETRIA

da criança:

36. Peso: _____ kg
 37. Estatura: _____ cm

da mãe:

38. Peso: _____ kg
 39. Estatura: _____ m
 40. IMC: _____ kg/m²

D. Comensais:

41. Número de pessoas que residem na casa?: _____
 42. Quantos adultos (maiores de 20 anos) se alimentam na casa? _____
 43. Quantas crianças (de 5 a 20 anos) se alimentam na casa? _____
 44. Quantas crianças (menores de 5) se alimentam na casa? _____

ANEXO F - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM O AGENTE COMUNITÁRIO

Data da entrevista: ____/____/____

UBS: _____

Agente Comunitário: _____

Nome da Criança: _____

A. DADOS SOCIOECONÔMICOS DO ENTREVISTADO

1. Sexo: (1) M (2) F

2. Idade: _____ anos

3. Se não for a mãe - idade da mãe: _____ anos

4. Há quanto tempo vive no bairro: _____ 5. Há quanto tempo vive na cidade: _____

6. A criança mora com: ()

(1) mãe e pai (2) mãe (3) pai (4) não sabe (5) não respondeu (6) outro 7. Se outro, quem? _____

8. Escolaridade:

9. Da mãe: () 10. Do pai: ()

(1) não frequentou a escola (2) sabe ler e escrever (3) ensino fundamental incompleto

(4) ensino fundamental completo (5) ensino médio incompleto (6) ensino médio completo

(7) ensino superior incompleto (8) ensino superior completo (9) curso técnico

(10) não sabe (11) não respondeu

11. A família recebe algum benefício?

(1) Programa do leite em pó (2) Programa do leite fluido (3) Bolsa família (4) Cesta básica (5) não sabe (6) não respondeu (7) não (8) Outro 12. Se outro, qual? _____

13. Qual o número de filhos da mãe: _____

14. Houve óbito de filho com até 1 ano de idade? _____

(1) sim (2) não (3) não sabe (4) não respondeu 15. Se sim, quantos? _____

16. Quem cuida da criança: _____

(1) Mãe

(2) Avó

(3) Irmão/irmã

(4) Vizinha

(5) Funcionários/creche

(6) Pai

(7) Escola

(8) Tia

(9) Não sabe

(10) Não respondeu

B. SAÚDE E NUTRIÇÃO

17. Sexo: (1) M (2) F

18. Data de nascimento: ____/____/____ 19. Idade: _____ meses

Coloque (0) para a resposta: Não sabe para as questões de 20 a 30.

20. Peso da criança ao nascer: _____ kg.

21. Nasceu com _____ semanas.

22. Está amamentando? (1) sim (2) não (passe para a 31)

23. **Se sim**, até qual idade a criança recebeu só o leite de peito? _____

24. E até qual idade a criança recebeu leite de peito (junto com outros alimentos)? _____

25. **Se não**, (mas) já amamentou? (1) sim (2) não
26. **Se sim**, até qual idade a criança recebeu só o leite de peito? _____
27. E até qual idade a criança recebeu leite de peito (junto com outros alimentos)? _____
28. **Se não**, por quê? _____
29. Com que idade foi iniciada a alimentação complementar da criança? _____ meses
30. Quem dá de comer à criança? _____
31. O que a criança come?
(1) leite em pó (2) leite fluido (de vaca) (3) leite de peito (4) sopa (5) papinha (6) comida amassada (7) comida igual à da família (8) outro. 32. Qual? _____
33. Acesso à educação nutricional. Recebeu algum tipo de orientação nutricional nos últimos 6 meses? _____
(1) sim (2) não (3) não sabe (4) não respondeu
34. Se sim, de quem?
(1) Nutricionista (2) Médico (3) Enfermeiro (4) Agente de saúde (5) Pastoral da Criança
(6) não sabe (7) não respondeu (8) Outro. 35. De quem? _____

C. ANTROPOMETRIA

da criança:

36. Peso: _____ kg
37. Estatura: _____ cm

da mãe:

38. Peso: _____ kg
39. Estatura: _____ m
40. IMC: _____ kg/m²

D. Comensais:

41. Número de pessoas que residem na casa?: _____
42. Quantos adultos (maiores de 20 anos) se alimentam na casa? _____
43. Quantas crianças (de 5 a 20 anos) se alimentam na casa? _____
44. Quantas crianças (menores de 5) se alimentam na casa? _____

APÊNDICE A - **Autorização para a execução do trabalho junto à Secretaria de Saúde**
de **Ribeirão** **Preto.**



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

OF. 293/10 - GS
ASGS/asgs

Ribeirão Preto, 22 de janeiro de 2010.

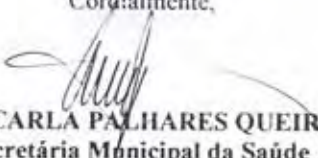
Senhora Orientadora,

Em atenção à solicitação de autorização para a realização do Projeto de Pesquisa intitulado "O Cotidiano do Agente Comunitário de Saúde e a Prática de Trabalho em Relação à Alimentação e Nutrição Enfatizando a Criança", informamos que somos favoráveis à realização do referido Projeto.

Solicitamos que os resultados da pesquisa sejam repassados ao Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas (Atenção Básica) – desta Secretaria.

Com protestos de distinta consideração e elevado apreço, subscrevemo-nos.

Cordialmente,


DRA. CARLA PALHARES QUEIROZ
Secretária Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROFª DRA. MARIA RITA MARQUES DE OLIVEIRA
ORIENTADORA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ALIMENTOS E
NUTRIÇÃO
UNESP –

APÊNDICE B – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)



Ribeirão Preto, 04 de Maio de 2010.

Prezado(a) Senhor(a), Daniela Elias Goulart De Andrade Miranda

Vimos por meio desta informar que Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto CEP/UNAERP analisou e aprovou sem restrições, o Projeto intitulado " O COTIDIANO DO ACS E A PRÁTICA DE TRABALHO EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO ENFATIZANDO A CRIANÇA" tendo como pesquisadora Daniela Elias Goulart de Andrade Miranda, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, registrado sobre o ComÉt: 04/2010

Temos ciência de que os estudos estão sendo conduzidos na Faculdade de Ciências Farmacêuticas UNESP - Araraquara.

Solicitamos que a senhora encaminhe os relatórios parciais e finais, bem como envie-nos possíveis emendas e novos termos de consentimento livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido no centro e novas informações sobre a segurança do estudo para que possamos fazer o devido acompanhamento.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Luciana Rezende Alves Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP
Universidade de Ribeirão Preto