



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Viviane Rangel de Muros Pimentel

Caracterização das ações de Alimentação e Nutrição desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, em cinco municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes.

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Fátima de Sousa.

Co-orientador: Prof Dr Edgar Merchán Hamann.

BRASÍLIA – DF

2011

Viviane Rangel de Muros Pimentel

Caracterização das ações de Alimentação e Nutrição desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, em cinco municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes.

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em **31 de Agosto de 2011**.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. **Maria Fátima de Sousa** - (*presidente*)

Instituição: **Universidade de Brasília**

Prof^a. Dr^a. **Anelise Rizzolo de Oliveira Pinheiro** - (*membro externo*)

Instituição: **Universidade de Brasília**

Prof^a. Dr^a. **Helena Eri Shimizu** - (*membro interno*)

Instituição: **Universidade de Brasília**

Prof^a. Dr^a. **Ana Valéria Machado Mendonça** - (*suplente*)

Instituição: **Universidade de Brasília**

FICHA CATALOGRÁFICA

Pimentel, Viviane Rangel de Muros

Caracterização das ações de Alimentação e Nutrição desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, em cinco municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes. Brasília, 2011, 199p.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Sousa, Maria Fátima de.

Co-orientador: Hamann, Edgar Merchán.

1. Alimentação e Nutrição 2. Estratégia Saúde da Família 3. Promoção da Alimentação Saudável 4. Atenção Básica de Saúde

DEDICATÓRIA

“Será que o machado se exalta acima daquele que o maneja ou a serra se vangloria contra aquele que a usa? Seria como se uma vara manejasse quem a ergue...”. (Isaías 10:15 a,b).

Com base neste versículo bíblico, inicio minha dedicatória honrando a Deus e dedicando este trabalho primeiramente a Ele, por sua infinda fidelidade, amor e misericórdia para comigo, pois sem Ele esse sonho não teria se concretizado! Posteriormente, dedico a pessoas muito especiais em minha vida que sempre estiveram ao meu lado, incondicionalmente: ao meu esposo Arthur pelo companheirismo, zelo, amor, compreensão e apoio incondicional durante toda esta jornada, inclusive durante o tempo em que estive viajando para execução do trabalho de campo. Amor, sem seu apoio este sonho não seria possível, *“te amo +”!* Ao nosso filho Gabriel, por ter se comportar muito bem em meu ventre e me inspirado a refletir sobre o amor e a presença divina em minha vida, me impulsionando de forma singela e constante durante os sete últimos meses desta caminhada. Aos meus pais, José e Josileia, pelo imenso amor, cumplicidade e carinho a mim dispensados sempre. Amo vocês! Vocês são os melhores pais do mundo! E, ao meu amado irmão Alexandre, presente de Deus para completar a alegria em nossa família, que apesar da distância que nos impossibilitava estarmos fisicamente próximos o tanto quanto gostaríamos, sempre se preocupou comigo. Te amo, maninho!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me sustentado a todo instante, permitindo que eu chegasse à conclusão deste curso. À minha amada família pelo carinho, compreensão, apoio e incentivo constantes. Amo muito vocês! Aos queridos professores Dra. Maria Fátima de Sousa e Dr. Edgar Merchán Hamann por todo cuidado e presteza a mim dispensados, bem como pelos inúmeros ensinamentos e orientação! Muito obrigada, professores! Às pesquisadoras do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília Andréia Cardial, Camila Reis, Caroline Linhares, Geiciane Neri, Ivana Vasconcelos, Juliana Cardoso, Natascha Façanha e Sumara Santana, pela amizade, companheirismo e apoio para a concretização deste estudo, pois sem o auxílio delas isso não seria possível. Por fim, agradeço ao Ministério de Ciência e Tecnologia pelo apoio financeiro, por meio do projeto intitulado *Estudo sobre o processo de organização da Atenção Básica: análise da inserção da Estratégia de Saúde da Família em municípios brasileiros de grande porte e do desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição*, convênio nº 2008NC000162, ao qual originou a presente pesquisa.

A todos vocês o meu *muito obrigada!*

“Levantarei os meus olhos para os montes, de onde vem o meu socorro? O meu socorro vem do Senhor que fez o céu e a terra”. (Salmos 121:1)

“Ora, àquele que é poderoso para fazer tudo, muito mais abundantemente além daquilo que pedimos ou pensamos, segundo o poder que em nós opera, a Ele a glória.” (Efésios 3:20 e 21a)

*“As benignidades do Senhor cantarei perpetuamente”.
(Salmos 89:1a)*

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo caracterizar as ações de Alimentação e Nutrição desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família, em cinco municípios brasileiros de grande porte, no intuito de contribuir para o alcance da expansão e qualificação destas ações na Atenção Básica à Saúde. A coleta de dados foi realizada em três etapas. Nas duas primeiras, a abordagem utilizada foi qualitativa com desenho de múltiplos casos, onde foram entrevistados profissionais da Estratégia Saúde da Família e Coordenadores das ações de Alimentação e Nutrição, sendo utilizadas as técnicas de Grupos Focais e entrevistas, respectivamente. A terceira etapa consistiu na Observação *in loco* de uma Unidade Básica de Saúde por município, cuja abordagem utilizada foi quantitativa, no intuito de complementar os dados obtidos nas entrevistas. Para cada etapa foram construídos instrumentos específicos, roteiros semi-estruturados previamente testados e validados, contendo dez perguntas norteadoras, cada. Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, por meio da qual foram construídos os discursos-sínteses, com auxílio do programa *Qualiquantisoft* e para a análise quantitativa, buscou-se auxílio no programa *SPSS* versão 18. Foram entrevistados 67 profissionais de saúde de várias áreas de formação e cinco Unidades visitadas. Os resultados obtidos revelaram dificuldades encontradas para a oferta das ações de Alimentação e Nutrição, carência de profissionais especialistas nesta área, falta de preparo das equipes para trabalhar essas ações junto à comunidade especialmente em virtude da falta de condições de trabalho, aliada à carência do nutricionista no serviço e às poucas capacitações, não conseguindo suprir a demanda existente, limitando o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde. Diante disto, levanta-se um apontamento aos “governantes da saúde” em nível central, refletir e repensar sobre a reconfiguração do desenho atual das equipes de Saúde da Família e sobre as condições de trabalho a elas ofertadas, bem como aos gestores municipais sobre a necessidade de mais capacitações, para que culmine em ajustes, contribuindo para o alcance da expansão e qualificação das ações de Alimentação e Nutrição desenvolvidas na Atenção Básica de Saúde.

Palavras-chave: Alimentação e Nutrição, Estratégia Saúde da Família, promoção da alimentação saudável, Atenção Básica de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the actions of the Food and Nutrition developed the Family Health Strategy in five large municipalities, in order to contribute to the scope for expansion and qualification of these shares in Primary Health Care. Data collection was performed in three steps. In the first two, the approach used was qualitative multiple case design, where respondents were professionals and the Family Health Strategy Coordinating the actions of Food and Nutrition, and used the techniques of focus groups and interviews, respectively. The third stage consisted of on-site observation of a Basic Health Unit for the municipality, whose quantitative approach was used in order to complement data obtained through interviews. For each step specific instruments were built, semi-structured pre-tested and validated with ten guiding questions each. For the analysis of qualitative data, we used the technique of the Collective Subject Discourse, by which the speeches were built-synthesis with the aid of the program Qualiquantisoft and quantitative analysis, we sought to aid in SPSS version 18. We interviewed 67 health professionals from various areas of training and five units visited. The results revealed difficulties in the supply of the shares of food and nutrition, lack of professionals in this area, lack of preparation of these action teams to work with the community primarily because of the lack of working conditions, together with the lack of a nutritionist service capabilities and the poor, failing to meet existing demand, limited compliance with the principles of comprehensiveness, universality and solvability of health care. Given this, it raises an appointment to "health officials" at the central level, reflect and rethink the current design of the reconfiguration of family health teams and on the working conditions offered to them, as well as municipal managers on the need for more training, culminating in for adjustments, contributing to the scope for expansion and qualification of the shares of developed and Nutrition in Primary Health.

Key words: Food and Nutrition, Family Health Strategy, promoting healthy eating, Primary Health.

LISTA DE FIGURA

Figura 1- Mapa para visualização dos municípios brasileiros que compuseram a amostra desta pesquisa, destacados com um círculo vermelho	34
--	----

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Ideias centrais categorizadas, número de respostas dadas em cada Ideia Central categorizada e porcentagem da pergunta norteadora 1, obtidas nas entrevistas com os coordenadores das ações de alimentação e nutrição de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-201154

Quadro 2- Ideias centrais categorizadas, número de respostas dadas em cada Ideia Central categorizada e porcentagem da pergunta norteadora 2, obtidas nas entrevistas com os coordenadores das ações de alimentação e nutrição de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-201155

Quadro 3- Ideias centrais categorizadas, número de respostas dadas em cada Ideia Central categorizada e porcentagem da perguntas norteadoras 3, 4, 5 e 6, obtidas nas entrevistas com os coordenadores das ações de alimentação e -nutrição de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-201157

Quadro 4- Ideias centrais categorizadas, número de respostas dadas em cada Ideia Central categorizada e porcentagem da perguntas norteadoras 7, 8, 9 e 10, obtidas nas entrevistas com os coordenadores das ações de alimentação e nutrição de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-201162

Quadro 5- Ideias centrais categorizadas, número de respostas dadas em cada Ideia Central categorizada e porcentagem da pergunta norteadora 1, obtidas nas entrevistas com profissionais da estratégia Saúde da Família de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-201168

Quadro 6- Ideias centrais categorizadas, número de respostas dadas em cada Ideia Central categorizada e porcentagem das perguntas norteadoras 2, 3, 4 e 6, obtidas nas entrevistas com profissionais da Estratégia Saúde da Família de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-201170

Quadro 7- Ideias centrais categorizadas da perguntas norteadoras 5, 7, 8 e 9, obtidas nas entrevistas com profissionais da ESF de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011	75
Quadro 8 - Ideias centrais categorizadas da pergunta norteadora 10, obtidas nas entrevistas com profissionais da ESF de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011	85
Tabela 1- Número de habitantes e de estabelecimentos de Serviços de Saúde nas capitais pertencentes à amostra pesquisada, segundo dados do IBGE, 2009	36
Tabela 2- Ano de implantação da Estratégia Saúde da Família e Percentual de cobertura, segundo dados do SIAB de Fev/2011	37
Tabela 3- Caracterização do perfil dos coordenadores entrevistados, em cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011	49
Tabela 4- Caracterização do perfil dos profissionais da ESF entrevistados nos Grupos Focais realizados nos cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Representação geográfica da amostra por estado: valores absolutos	35
Gráfico 2 - Representação percentual dos municípios pesquisados em relação ao total de municípios acima de 100 mil habitantes existentes, por estado	35
Gráfico 3 - Representação percentual dos sujeitos da pesquisa entrevistados	48
Gráfico 4 - Representação percentual dos entrevistados nos Grupos Focais, por município	48
Gráfico 5 - Formas de atendimentos observados em cinco UBS de cinco municípios brasileiros de grande porte. Brasil, 2011	88
Gráfico 6 - Tipos de grupos desenvolvidos em cinco UBS de cinco municípios brasileiros de grande porte. Brasil, 2011	89
Gráfico 7 - Presença de nutricionistas em cinco UBS de cinco municípios brasileiros de grande porte. Brasil, 2011	90
Gráfico 8 - Profissionais responsáveis pelo desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição em cinco UBS de cinco municípios brasileiros de grande porte. Brasil, 2011	91
Gráfico 9 - Tipo de relação observada entre os profissionais de cinco UBS, em cinco municípios brasileiros de grande porte. Brasil, 2011	92
Gráfico 10 - Instituições próximas às UBS observadas em cinco municípios brasileiros de grande porte. Brasil, 2011	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CGPAN – Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

E-Ch – Expressão-Chave

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAO - Food and Agriculture Organization (Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação)

GF – Grupo Focal

IAD – Instrumento de Análise do Discurso

IC – Ideia Central

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família

NESP – Núcleo de Estudos em Saúde Pública

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISVAN – Sistema De Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	19
3. MÉTODO	28
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	28
3.2. CAMPO DE ESTUDO	31
3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS	31
3.3.1- Breve histórico	31
3.3.2- Representação geográfica por região	34
3.3.3- Estabelecimentos de saúde e cobertura da ESF	36
3.4. O TRABALHO DE CAMPO	37
3.5. SUJEITOS DA PESQUISA	39
3.6. COLETA DOS DADOS	39
3.7. ANÁLISE DOS DADOS	43
3.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS	46
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	48
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENTREVISTADOS	49
4.1.1- Coordenadores	49
4.1.2- Profissionais da ESF	51
4.2. ANÁLISE DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO	53
4.2.1. Análise das entrevistas com as Coordenações das Ações de Alimentação e Nutrição	54
4.2.2 Análise dos Grupos Focais	67
4.3. ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	88
4.4. TRIANGULAÇÃO DOS MÉTODOS	93
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
6. REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES	121
ANEXO	199

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), lançada inicialmente como 'Programa', em 1994 após as contribuições do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), consolidou-se como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (ROSA e LABATE, 2005), atuando como um centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006e).

Mudanças oriundas deste processo enquadram-se como mudanças de natureza complexa, envolvendo mudanças no Modelo Assistencial e de Gestão em Saúde, implicando em mudanças na concepção de saúde/doença, no paradigma e na prática sanitários.

Diante disto, a ESF tem trazido para si a responsabilidade de mudar o modelo de atenção à saúde no Brasil reestruturando a Atenção Básica no conjunto dos Sistemas Municipais de Saúde; viabilizando a composição de uma rede de serviços nos diferentes níveis de complexidade, no intuito de assegurar a assistência integral aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2003a), no que tange ao desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (ALVES, 2005).

Essa concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (SOUZA, 2009), o que representa um grande desafio para os profissionais quanto à atenção continuada, resolutiva e pautada nos princípios da promoção da saúde.

Com mais de uma década de sua implantação e implementação, verifica-se um crescimento acelerado das equipes de Saúde da Família nos municípios de pequeno e médio porte, onde as ações de atenção básica eram inexistentes, sobretudo nas zonas rurais e periferias das cidades, gerando uma expansão da força de trabalho, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos, enfermeiros e odontólogos, ampliando assim os serviços de saúde (SCOREL *et. al.*, 2007).

No entanto, em municípios de grande porte, bem como nas principais capitais brasileiras, a cobertura de modo geral ainda não alcançou o alvo. A ESF ainda necessita entrar nas raízes dos “problemas” do sistema tradicional, fazendo de fato a conversão do modelo de atenção tradicional, caracterizado como hospitalocêntrico e de alto custo, não conseguindo, sobretudo, a redução dos riscos e agravos sociais, por não estar sendo capaz de se sustentar e de suportar a demanda pelas ações especialmente gerada por agravos ocasionados pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) e pelas deficiências nutricionais (BRASIL, 2009a).

Nas últimas décadas, as transformações socioeconômicas, históricas e culturais vêm afetando consideravelmente aspectos nutricionais e educacionais da população brasileira, gerando profundas modificações no perfil nutricional, especialmente representada pela diminuição da prevalência de deficiências nutricionais e aumento populacional do binômio sobrepeso/obesidade e de DCNT (BATISTA e RISSIN, 2003).

Diante destes agravos à saúde, cada vez mais se revela a importância da existência de um modelo de atenção que proporcione ações de promoção, prevenção e tratamento destes, para que se possa promover a saúde e qualidade de vida de forma integral (BRASIL, 2009a). É também relevante a necessidade de uma atenção especial para o desenvolvimento de ações relacionadas à alimentação e nutrição nos serviços de saúde, constatação já observada e contemplada na a Declaração de Adelaide, documento produzido na II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, onde a alimentação, entendida como um processo pelo qual o organismo obtém e assimila os nutrientes para suprimento das funções vitais, e nutrição, entendida como a ingestão de alimentos, levando em conta as necessidades alimentares do corpo, destacam-se como uma das áreas prioritárias para a promoção da saúde, em consonância com o entendimento da Constituição Federal no que tange à alimentação como um direito humano universal (BRASIL, 2007; FERREIRA & MAGALHÃES, 2007).

A necessidade e a imprescindibilidade de se conhecer melhor as ações de alimentação e nutrição ofertadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) emerge cada vez mais. Fornecer subsídios necessários à reformulação e redirecionamento dessas ações em concordância com as diretrizes das políticas públicas atualmente existentes tem sido uma demanda urgente para que estas políticas possam ser mais eficazes, e,

por conseguinte, contribuam com as mudanças necessárias para a expansão e qualificação das ações de nutrição desenvolvidas na Atenção Básica de Saúde (ABS) no Brasil.

Apesar deste processo refletir um grande desafio para a Atenção Básica, por poder gerar a necessidade de novos arranjos na assistência, bem como a organização/reorganização das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas no sistema de saúde, a Atenção Básica se torna um espaço privilegiado para ações de estratégias de incentivo e apoio de maneira a permitir a inserção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física (BRASIL, 2006e), uma vez que as ações de alimentação e nutrição destacam-se como componentes do trabalho interdisciplinar e como imprescindíveis a qualquer programa que tenha o intuito de elevar a qualidade de vida da população a partir do princípio da integralidade (ASSIS, 2002).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) traz em seu contexto que o apoio ao desenvolvimento de estudos referentes ao impacto de ações voltadas à alimentação na situação de saúde, tem sido fundamental para que se possa alcançar a promoção da saúde de forma plena. Entretanto, persiste o desafio de se organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde e que estejam mais associadas às diretrizes propostas nas políticas públicas em saúde, especialmente na PNPS e na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006d).

Diante disto, o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição na ABS torna-se uma ferramenta importante e necessária para contribuir de forma mais efetiva para a promoção da saúde. No entanto, embora reconhecida a importância, em virtude da ausência de estudos nacionais em municípios de grande porte (acima de 100 mil habitantes), o desafio de se conhecer melhor as ações de alimentação e nutrição que vêm sendo ofertado nas Unidades Básicas de Saúde da Família tem persistido.

Sob este enfoque, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de caracterizar as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, em cinco municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes.

Para tanto, foram desenhados os objetivos com a finalidade de conhecer como essas ações são desenvolvidas nas UBS dos municípios selecionados; identificar as demandas, dificuldades, condições de trabalho e fatores motivacionais para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição pelas equipes da ESF, nas UBS dos municípios selecionados; analisar reflexivamente os resultados obtidos sob os olhares da gestão, dos profissionais da ESF e da observação *in loco*; e contribuir para uma reflexão sobre a necessidade de ajustes nas ações de alimentação e nutrição desenvolvidas, para alcance de sua expansão e qualificação na Atenção Básica à Saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Apesar da existência de registros de ações governamentais na área da alimentação e nutrição em 1930, onde a subnutrição começou a ser identificada como problema social e de saúde pública durante o governo Vargas, sinalizando posteriormente sua emergência no cenário político brasileiro com o surgimento da Política social de alimentação e nutrição, criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) e da Comissão Nacional de Alimentação (CNA), bem como início da realização de pesquisas na área das ciências sociais associadas à nutrição a partir da metade dos anos 70, somente nos anos 90 surgiu o real interesse por ações nessas áreas (SILVA, 1995, BRAGA, 2004; SANTOS, 2005; VASCONCELOS, 2005; PELIANO, 1998).

Após criação do SAPS e da CNA, a intervenção estatal em alimentação e nutrição materializou-se em 1954 com a criação do que é hoje, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), programa mais duradouro na trajetória da política social de alimentação e nutrição brasileira e início dos programas de assistência nutricional às gestantes, nutrizes e crianças menores de cinco anos de idade desenvolvidos pela CNA, programas esses intimamente articulados às organizações internacionais e aos programas internacionais de ajuda alimentar criados no pós-Segunda Guerra Mundial, pela *Food and Agriculture Organization* (FAO) (VASCONCELOS, 2005).

Na busca pela análise dos problemas nutricionais e diante da necessidade de enfrentamento destes, em 1974, com a Conferência Mundial da Alimentação, deu-se início à inserção da Nutrição no contexto multidisciplinar, por meio da introdução de objetivos nutricionais nas políticas de desenvolvimento (SALAY, 1993).

No entanto, frente ao colapso do capitalismo, percebeu-se ainda a necessidade da incorporação do planejamento nutricional ao planejamento econômico dos países do Terceiro Mundo, originando a partir de então, os Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND) I e II, e criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) em 1972 ao qual tomou-se como responsabilidade e tutela o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I PRONAN) e após quatro anos, o II PRONAN, cuja execução

durou até 1984. (COIMBRA *et. al*, 1982, COUTINHO, 1988; L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 1988; MONTEIRO, 2000).

A partir de então, com o objetivo de assessorar o governo na formulação de propostas e implementação de ações em busca de soluções para o problema da fome e da miséria no Brasil, associada à necessidade de expansão dos serviços e da cobertura dos programas de alimentação e nutrição, em 1993 foram lançados o Plano de Combate à Fome e à Miséria e a proposta de constituição do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) (VASCONCELOS, 2005).

Em 1996, expressando a concepção da política de saúde brasileira, em um contexto de descentralização e controle social da gestão a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) emerge fundamentada nos eixos transversais dos princípios do SUS, tendo como diretrizes o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; a integração de ações programáticas e demanda espontânea; a articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006e).

No intuito de fortalecer e qualificar as ações de alimentação e nutrição em todo o país, na tentativa de controle da situação epidemiológica de saúde e nutrição, em 1999, foi aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), onde o Ministério da Saúde atestou seu compromisso, reconhecendo a alimentação e a nutrição como requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, passando a ser reconhecida como estratégia, trazendo em sua concepção a alimentação e a nutrição como requisitos básicos para a proteção e promoção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania, marcando o início das pesquisas no campo de nutrição científica responsáveis por influenciar a mudança da concepção da relação entre alimentação e saúde (BRASIL, 2003b; BUSS, 2000; SILVA *et. al*, 2002).

Ademais, com o propósito de predizer de maneira contínua as tendências das condições de nutrição e alimentação da população e seus fatores determinantes e com vistas ao monitoramento da situação alimentar e nutricional de determinados grupos populacionais, planejamento e avaliação dos efeitos de políticas, programas e

intervenções, foi criado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), agregando informações oriundas das três esferas do governo, municipais, estaduais e federais.

Sob o mesmo enfoque, de criar mecanismos que reduzissem as situações de vulnerabilidade, defendendo a equidade e incorporando a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas, em 2006 foi elaborada a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006d), uma importante resposta no intuito de se destacar ações intersetoriais como a estratégia de enfrentamento dos problemas quanto à segurança alimentar e nutricional (CAMPOS *et.al.*, 2004), por meio de uma articulação transversal, permitindo enxergar os riscos e necessidades da população e em especial a produção de autonomia no cuidado à saúde.

Com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde, a PNPS trouxe em um de seus eixos estratégicos a promoção da alimentação saudável, tendo entre suas diretrizes a promoção das ações relativas à alimentação saudável contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, inclusão social e cumprimento do direito humano à alimentação adequada; o desenvolvimento das ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar; e a implementação de ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação (BRASIL, 2006d).

Todos estes preceitos históricos foram decorrentes do despertar do governo frente à necessidade de se investir na formulação, implementação, concretização e monitoramento de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, especialmente desenvolvidas pela ABS, expressão oficializada pelo governo brasileiro para o que internacionalmente se convencionou chamar “atenção primária à saúde”, vem exercendo um papel fundamental na organização das ações dos sistemas de saúde de diversos países desde meados do século XX, sendo configurada como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (BAPTISTA *et al*, 2008; BRASIL, 2006e).

Com isto, pode-se observar que o histórico organizacional dos serviços de saúde orientados pela ABS foi marcado por sucessivas reconstruções até sua consolidação

como uma política de reforma, uma alternativa frente à permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos (CONILL, 2008).

Expressando o acerto na definição pelo Ministério da Saúde de revitalizar a ABS no Brasil, servindo como estratégia complementar para facilitar a regulamentação da Atenção Básica, surge a ESF como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, sendo considerada como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, caracterizada como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde, vista como uma janela de oportunidade para a ascensão e retomada da ABS na agenda da política nacional (SCOREL *et.al*, 2007).

Fruto do acirramento da crise estrutural do setor saúde no Brasil, a ESF vista como um componente constituinte do SUS, configura as dimensões práticas de saúde características da sociedade brasileira em termos territoriais, constituindo-se como uma das resultantes das mobilizações sociais em busca da construção do direito à saúde ao longo de mais de quatro décadas (SOUSA *et. al*, 2009), sendo sua implantação um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira que até então não havia sido formulada (SCOREL *et.al*, 2007).

Apesar de ter sido acelerada nos municípios de pequeno porte, nos grandes centros urbanos sua a implantação da ESF tem sido lenta, em parte justificada por se deparar com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao grau elevado de exclusão no acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e à desarticulação e má distribuição da oferta consolidada na rede assistencial (SOUSA *et. al*, 2000).

Sustentada no princípio da integralidade e definida como o primeiro nível de atenção à saúde, responsável pela articulação de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (SOUSA *et. al*, 2009), sendo o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, segundo Starfield (2002), a ABS deve ser compreendida como uma abordagem que alicerça e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, demandando uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, o que reflete a complexidade de sua atuação.

No entanto, a estruturação da rede de atendimento básico ainda representa um grande desafio. A ausência de recursos humanos em saúde com capacitação técnica adequada e condições de trabalho atrativas constitui ainda hoje uma realidade na maioria dos municípios brasileiros, tornando-se um grande obstáculo ao bom desempenho da gestão (BODSTEIN, 2002).

Visando o apoio à inserção da ESF na rede de serviços, a ampliação do escopo das ações da Atenção Primária, a resolutividade e considerando os processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em Março de 2008 (BRASIL, 2003a).

Constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, os NASF têm como responsabilidade central atuar e reforçar a atenção à saúde tendo como eixos norteadores a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado almejado pela ESF, por meio da criação de espaços de discussões para gestão do cuidado e discussão dos casos que inclui a definição de objetivos, critérios de prioridade e critérios de avaliação, bem como por meio da realização de atendimentos conjuntos no intuito de se construir um processo de aprendizado coletivo (BRASIL, 2003a).

Este esforço do governo tem sinalizado resultados relevantes, dentre os quais destacam-se a consolidação da PNAN, a constituição de indicadores nutricionais no Pacto pela Saúde em defesa da vida, o aumento da oferta de ações de alimentação por meio de grupos de apoio na ABS, especialmente após implantação do NASF, a inclusão da temática alimentar e nutricional cada vez mais presente em estudos e publicações científicas e o monitoramento das ações por meio do SISVAN.

Porém, ainda persistem lacunas para que as ações voltadas à alimentação e nutrição ofertadas possam suprir à demanda existente. É preciso que o setor de saúde assuma, por meio da rede de serviços e programas esta temática como resultado das variadas e complexas relações entre o biológico e o sócio-cultural, atuando como agente promotor da saúde, superando o paradigma de olhar a doença apresentada pelo usuário com vistas à uma atuação de forma plena, integral e contínua (SILVA *et. al*, 2002).

Isso não se restringe à busca por técnicas a serem trabalhadas pelos profissionais de saúde à população, mas sim, a exigência de um profissional de saúde que consiga associar saberes e práticas que potencializem seu papel de agente promotor da saúde coletiva por meio da integração das práticas e a construção de objetivos comuns capazes de orientar o trabalho dos profissionais, tendo como base o entendimento da dimensão humana e não somente o orgânico por se tratar de um processo mais amplo (SILVA *et. al*, 2002).

Na busca por um modelo de atenção integral à saúde da população, tem-se desenvolvido propostas de mudança na organização das práticas de saúde que propõem a transformação do saber e das práticas sanitárias por meio da redefinição do objeto, da reorganização das ações ofertadas e reorientação do processo de trabalho (TEIXEIRA, 1998).

Isso não significa desvalorizar uma área do conhecimento em detrimento de outra, mas o contrário, partindo do pleno reconhecimento das especificidades que cada área possui busca-se pensar em ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas de profissionais de diferentes áreas no intuito de superar a fragmentação do conhecimento ainda presente nos serviços de saúde oferecidos na Atenção Básica.

Segundo Gomes (1994), a interdisciplinaridade no campo da saúde pública alcança um status de necessidade interna diante da complexidade que a saúde impõe.

Com isso tornou-se possível abranger outras dimensões, onde o envolvimento multidisciplinar e o respeito às necessidades sentidas pela população permite a construção de elos que auxiliam na ampliação do cuidado em saúde, além de refletir o importante papel dos profissionais na comunidade (OLIVEIRA *et.al*, 2009), aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado.

Desta forma, avaliar os problemas encontrados e prover os recursos necessários é crucial para a garantia da integralidade da atenção, o que requer a integração das ações ofertadas por meio de redes assistenciais, sem precisar desrespeitar a interdependência entre atores e organizações, uma vez que nenhuma delas possui a seu exclusivo dispor a totalidade dos recursos necessários para o alcance da resolução dos anseios e demandas de uma população em seu ciclo de vida (SHIMIZU *et. al*, 2009).

No entanto, além do acesso universal e integral aos serviços de saúde, é necessário que este seja contínuo e de qualidade, contribuindo para o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, a valorização dos profissionais de saúde e a avaliação e acompanhamento dos resultados, bem como o estímulo à participação e controle social (BRASIL, 2009a), representando um grande desafio à ESF no que concerne à superação das iniquidades que se alastram ao longo da história, bem como operacionalizar uma proposta desta magnitude dentro de um território nacional tão heterogêneo (GARBOIS *et. al*, 2008).

Em contrapartida, a ESF mostra-se também como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição para qualificação da atenção à saúde, por meio do fortalecimento do cuidado nutricional aos usuários do SUS. Possibilita-se desse modo o estreitamento dos vínculos com as comunidades atendidas, ampliando assim suas fronteiras de atuação proporcionando uma maior resolubilidade da atenção.

Dentre as áreas estratégicas para a operacionalização da Atenção Básica tem-se verificado o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e a redução em grande escala da desnutrição infantil, progressos estes diretamente relacionados ao desenvolvimento de ações na área da alimentação e nutrição (BRASIL, 2009a), além de considerar como área estratégica a Promoção da Saúde, na qual a promoção de práticas alimentares saudáveis faz parte.

Sob o olhar do atendimento e cuidado nutricional, isto tem impulsionado cada vez mais à valorização do diálogo multi, inter e transdisciplinar, principalmente devido à necessidade de intervenção sobre o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em escala mundial (TORAL, 2007).

O perfil epidemiológico e nutricional atual tem composto um mosaico de agravos à saúde na população brasileira em geral, levando a um despertar das autoridades governamentais frente à necessidade de políticas que correspondam e supram as demandas advindas deste cenário, até que em 2003 a segurança alimentar e nutricional foi colocada como questão prioritária na agenda pública nacional (BATISTA FILHO e RISSIN, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que nos próximos dez anos, a obesidade será a principal causa de morte evitável em todo o mundo, superando o número de óbitos causados pelo cigarro e um estudo realizado por ela no ano de 2006 revelou que as crianças obesas já representam um percentual de 30% (WHO, 2003; BRASIL, 2006c).

No Brasil, dados compilados pelo Ministério da Saúde constataram que as doenças cardiovasculares têm sido responsáveis por 34% das causas de óbitos em adultos, apesar dos avanços na saúde pública e na medicina, bem como progressos econômicos, sociais e ambientais (RONQUE, 2005; BUSS, 2000 e SALAY, 2003), despertando preocupação entre os especialistas e o governo, devido ao aumento da incidência das DCNT, principalmente o sobrepeso e a obesidade, em escala ascendente e em indivíduos cada vez mais jovens (PINHEIRO, 2004).

Este quadro está intimamente associado a mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares da população (BRASIL, 2003b). Essas mudanças na sociedade ocidental têm apontado para a importância de uma ação específica no campo da saúde individual e coletiva, colocando os profissionais de saúde como indivíduos estratégicos na promoção da alimentação saudável (SILVA *et. al*, 2002).

Frente ao panorama atual, onde as emergentes e crescentes demandas de atenção à saúde têm decorrido principalmente dos agravos que acompanham as DCNT e as deficiências nutricionais, o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição com vistas à educação nutricional no contexto da promoção das práticas alimentares saudáveis na ABS, em especial por meio da ESF, tem sido apontada como importante estratégia para enfrentar os novos desafios no campo da saúde (PINHEIRO, 2003; SCHMITZ *et.al.*, 2008; BRASIL, 2009a).

Acerca do apoio ao cuidado pessoal e familiar desenvolvido na ESF, destaca-se a necessidade de empoderamento dos indivíduos para a realização de escolhas alimentares saudáveis (BRASIL, 2006a e WHO, 2009).

No entanto, embora estabelecidas as vantagens do desenvolvimento de ações na área da alimentação e nutrição na ABS por meio da ESF, para a promoção da saúde individual e coletiva de forma integral, sabe-se que promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis representa um grande desafio, pois envolve a modificação de

hábitos, crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006d e WHO, 2009).

Entender precocemente este processo, por meio de pesquisas apoiadas em diagnósticos concretos da realidade das ações de alimentação desenvolvidas na ABS, contribui positivamente na formação de escolhas e hábitos mais saudáveis, auxiliando na redução da probabilidade do aparecimento e/ou permanência de distúrbios e agravos à saúde (DAVANÇO *et.al.*; FISBERG, 2000).

Para tanto, torna-se necessário que a comunidade acadêmica realize sua contribuição trabalhando de forma articulada com o Estado, a iniciativa privada e a sociedade organizada, fornecendo subsídio científico para que seja possível delinear ações contextualizadas com a atual realidade e direcionadas à saúde integral da população.

Do contrário, ações isoladas e pontuais, sem embasamento científico que conheçam profundamente as ações de alimentação e nutrição que vêm sendo desenvolvidas nas UBS continuarão inviabilizando o cumprimento na prática de princípios que norteiam o próprio Sistema Único de Saúde, no que tange à garantia da saúde dos usuários de modo integral e eficaz.

3. MÉTODO

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa é parte de um estudo nacional intitulado *Estudo sobre o processo de organização da Atenção Básica: análise da inserção da Estratégia de Saúde da Família em municípios brasileiros de grande porte e do desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição*, da Unidade de Estudos e Pesquisa em Saúde da Família do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), ligado ao Centro de Estudos Avançados Multidisciplinar (CEAM), da Universidade de Brasília, com apoio financeiro do Ministério de Ciência e Tecnologia e o Ministério da Saúde, convênio nº 2008NC000162, entre os anos de 2009 a 2011.

Segundo Green (2004), uma pesquisa em saúde pode incluir estudos direcionados à compreensão da saúde humana, ao comportamento da saúde ou aos serviços de atendimento, de modo a buscar compreensão da saúde humana e de comportamentos saudáveis, assim como da performance dos serviços de atendimento.

Sob esta ótica, sabe-se que estudos quantitativos bem empregados contribuem para a realização de descrições criteriosas de muitos fenômenos relacionados à saúde por meio da matemática, onde seus resultados e produtos viabilizaram e ainda viabilizam importantes avanços em diversos setores da sociedade. (FERREIRA, 2002).

No entanto, abordagens qualitativas vêm cada vez mais dando sustentação aos estudos científicos em saúde, na busca pela aproximação de fenômenos subjetivos que envolvem o ser humano, permitindo uma análise além dos números e, conseqüentemente, maior sustentação e aprofundamento desta análise, permitindo a ampliação do entendimento sobre alguns fatos e fenômenos naturais (FERREIRA, 2002).

Apesar de uma das críticas à metodologia qualitativa se referir à representatividade, na maior parte das vezes, relacionada à possibilidade de generalizações dos dados (MARTINS, 2004), a pesquisa qualitativa tem cada vez mais

angariado espaço nas pesquisas científicas, uma vez que não cabe a ela a preocupação com generalização e sim, levar em consideração o estudo em amplitude e profundidade.

Nas ciências da saúde, esta abordagem, que enxerga os seres humanos em sua totalidade inicialmente difundida nas pesquisas sociais, está em franca expansão, permitindo conhecer a subjetividade das pessoas atendidas nos serviços de saúde, bem como o significado de suas vivências e sua relação com o mundo que as cerca, no âmbito individual e coletivo, por meio do trabalho com o universo das representações, crenças, valores e atitudes, ressaltando questões antes despercebidas (PRAÇA E MERIGHI, 2003).

Ademais, a abordagem qualitativa trabalha em nível de intensidade das relações sociais (MINAYO e SANCHES,1993), oferecendo subsídios para que a equipe de saúde compreenda as implicações dessa subjetividade no processo assistencial, proporcionando uma mudança de paradigma do próprio atendimento de modo a repercutir de forma direta na qualidade do serviço de saúde prestado, tanto em nível programático como diretamente no cuidado, sendo a observação dos dados da experiência segundo Comte (1978) e Durkheim (1978), a única forma científica de apreender o social.

Desta forma, no intuito de possibilitar o alcance pleno dos objetivos delineados nesta pesquisa, optou-se por adotar uma abordagem qualitativa, com desenho de múltiplos casos no qual cada experiência específica constitui uma unidade de análise singular, uma vez que se encontrará alicerçada na profundidade das categorias e subcategorias analíticas, buscando as relações explicativas que caracterizam as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na ABS dos municípios.

Partindo da premissa de que o conhecimento é produzido numa interação dinâmica entre o sujeito e o objeto de conhecimento e que existe um vínculo indissolúvel entre o mundo objetivo e subjetivo dos sujeitos (MINAYO, 2002), a escolha pela abordagem qualitativa se deu por permitir a reconstrução das representações sociais constituindo a vivência das relações objetivas pelos atores sociais que lhe atribuem significados (MINAYO, 1992), bem como pelo fato de preocupar-se com o processo e não simplesmente apenas com o resultado e o produto, tornando a opinião

coletiva semanticamente mais rica por ser plena de conteúdos significativos, fazendo emergir os variados detalhamentos individuais de uma mesma opinião coletiva diante do tema pesquisado (OTENIO, 2008).

A justificativa pela opção do tipo de estudo ser de múltiplos casos está ancorada na abordagem de Yin (2001), que considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituir-se-á em um projeto de casos múltiplos. Por se tratar de um fenômeno complexo, cada caso único poderá envolver mais de uma unidade de análise.

Apesar deste estudo ter sua essência ancorada na abordagem qualitativa por buscar incorporar o *significado* resgatado através da análise dos discursos dos atores enquanto “sujeitos” da pesquisa, compondo a parte “subjetiva” do trabalho e a *intencionalidade* como construções humanas significativas, abordagens essas difíceis de serem observadas em estudos exclusivamente quantitativos, sabe-se que para melhor compreensão da realidade, de modo a permitir explorar e examinar os dados e informações obtidos, torna-se fundamental a utilização de abordagens diversificadas, sendo importante sempre que necessário recorrer a instrumentos quantitativos para complementação com vistas à melhor compreensão da realidade, aliando aspectos subjetivos aos dados numéricos, propiciando uma análise mais completa da realidade (MINAYO, 1992).

Assim sendo, na busca pela complementariedade de informações e articulação entre as abordagens qualitativas e quantitativas, nesta pesquisa foi realizada um “mix” entre os métodos qualitativos e quantitativos para obtenção e posterior análise dos dados, que segundo Minayo (1992) são inseparáveis e interdependentes.

Para tanto, esta pesquisa também contou com o auxílio de dados quantitativos, sob o entendimento de que a utilização da linguagem matemática é uma importante ferramenta de auxílio na descrição, representação e interpretação dos dados obtidos.

3.2. CAMPO DE ESTUDO

Segundo Minayo 2006, em uma pesquisa qualitativa não há necessidade de um cálculo ou quantificação da amostra, uma vez que a amostra de uma pesquisa qualitativa é determinada no transcorrer da coleta de dados quando é alcançada a saturação.

Sob este enfoque, para seleção amostral, não se buscou uma maior quantificação possível e sim, trabalhar com a díade metodológica proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005), onde a geração da qualidade dos dados implica no trabalho com *pouco*, porém com *análise profunda* destes.

Desta forma, após o delineamento da abordagem desta pesquisa, iniciou-se o processo de escolha aleatória da amostra, composta por 05 municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes, dentre os 55 municípios selecionados para composição da amostra do Estudo *sobre o processo de organização da Atenção Básica: análise da inserção da Estratégia de Saúde da Família em municípios brasileiros de grande porte e do desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição*, da Unidade de Estudos e Pesquisa em Saúde da Família do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), no qual deu origem a presente pesquisa.

A seleção amostral correspondeu correspondendo a 14,8% (n=27) do total de capitais brasileiras e a aproximadamente 2% (n=265) do total de municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes existentes, segundo dados da POF/2009.

Como critérios de inclusão, foram considerados: compor a amostra do referido Estudo, ter representatividade de 01 (um) município por região do país e a obtenção do aceite para a participação na pesquisa

3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS

3.3.1- Breve histórico

Belém - PA:

O território hoje ocupado pelo município de Belém foi em meados do século XVIII, um pequeno aldeamento de índios que viviam às margens do Rio Lunga. Elevado à categoria de município com a denominação de Santa Maria de Belém do Grão Pará, em Janeiro de 1616 o nome do município veio se chamar apenas Belém. Anos se passaram e a população belenense foi aumentando consideravelmente. Atualmente, são cerca de 1.437.600 pessoas, em uma área territorial de 1.065Km² e um PIB per capita de 9,793 reais, segundo dados do IBGE de 2009.

Maceió/AL:

Maceió, denominação tupi "Maçayó" ou "Maçaió-k" que significa "o que tapa o alagadiço", surgiu com a construção de um engenho de açúcar, sendo desmembrada da Vila das Alagoas em 1815, dando início ao desenvolvimento do povoado de Maceió.

Com a emancipação política de Alagoas, em 1817, o governador da nova capitania iniciou o processo de transferência da capital para Maceió, um processo tumultuado marcado por resistência de homens públicos e da Câmara Municipal da época, sendo instalada a sede do governo em Maceió somente vinte e dois anos depois, em 1839, consolidando a partir de então seu desenvolvimento político e administrativo. Maceió, hoje com 936.314 habitantes, distribuídos em uma área territorial 511Km², segundo dados do IBGE no ano de 2009, possui um PIB per capita de 9,487 reais.

Goiânia - GO:

Goiânia, município com 1.281.975 habitantes distribuídos em uma extensão territorial de aproximadamente 739Km² e um PIB per capita de 14,355 reais, tornou-se a capital do estado de Goiás em 1930, intitulação anteriormente pertencente à então Cidade de Goiás.

A ideia da mudança da capital do Estado surgiu da necessidade de localizá-la, de acordo com os interesses econômicos e sociais de todos os municípios goianos. No entanto, a transferência definitiva da capital estadual da Cidade de Goiás para Goiânia

foi realizada somente em 1937, com a assinatura do Decreto nº 1816 e o batismo cultural feito 05 anos após, em 1942.

São Paulo - SP:

Elevada à categoria de capital com a denominação de São Paulo pela Carta Régia de 16 de Dezembro de 1815, até meados do século XIX, São Paulo viveu quase estagnada economicamente, com uma agricultura ainda baseada no braço escravo apenas movimentada pela passagem de tropas que desciam para Santos, carregadas de produtos do interior e retornavam aos pontos de origem com os importados. Somente em 1811 instalou-se a primeira fábrica de tecidos de algodão, que funcionou até o início do Império, porém só no fim do século passado deu-se o início de seu "progresso", a partir da segunda e terceira década do atual, com a extinção da escravatura, a vinda do imigrante europeu e o desenvolvimento da economia cafeeira.

O crescimento do povo paulistano foi lento e trabalhoso. No início do século XVII, São Paulo contava um grupo de milhares de índios e um numeroso quantitativo de mamelucos que deixaram heranças de sua influência tupi nos nomes de famílias e ruas.

Bem diferente da realidade de 1790, quando a cidade contava com apenas 38 ruas, 10 travessas e 6 becos, em uma divisão territorial datada de 2003, atualmente, com 11.037.593 pessoas, em um território de 1.523Km² e um PIB per capita de 29,394 reais (IBGE, 2009), o município de São Paulo é constituído de 97 distritos (IBGE, 2009).

Maringá-PR:

Seu povoamento iniciou-se por volta de 1938, mas apenas na década 40 começaram a ser erguidas as primeiras edificações urbanas, provisórias, poucas e bastante rústicas, construções de madeira destinadas à organização do assentamento de numerosos migrantes, em sua maioria colonos paulistas, mineiros e nordestinos.

Com a ampliação, a então chamada Maringá Velho em 1947 foi elevada à distrito de Maringá e quatro anos depois à categoria de Município. Hoje, Maringá com área territorial de 488Km², possui 335.511 habitantes e um PIB per capita de 18,914 reais, segundo dados do IBGE (2009).



Figura 1- Mapa para visualização dos municípios brasileiros que compuseram a amostra desta pesquisa, destacados com um círculo vermelho

Fonte: Brasil Channel, com adaptações.

3.3.2- Representação geográfica por região

No intuito de se saber a representatividade dos municípios visitados em relação ao total de municípios acima de 100 mil habitantes existentes nos estados visitados, foi calculada a representação geográfica equacionando o número de municípios pesquisados dividido pelo número total municípios acima de 100 mil habitantes existentes, em cada um dos estados visitados, para obtenção da representatividade em percentual.

Assim sendo, o estado de Alagoas obteve a maior representatividade, correspondendo a 50% (n=1) do total de municípios acima de 100 mil habitantes

existentes neste estado (n=2), seguido do estado da Paraíba com representatividade de 33,3% (n=1), do Pará com 11,1% (n=1), do Paraná com 5,9% (n=1) e por último o estado de São Paulo com representatividade de 1,4% (n=1), justificada pela dimensão populacional deste estado, possuindo 73 municípios acima de 100 mil habitantes.

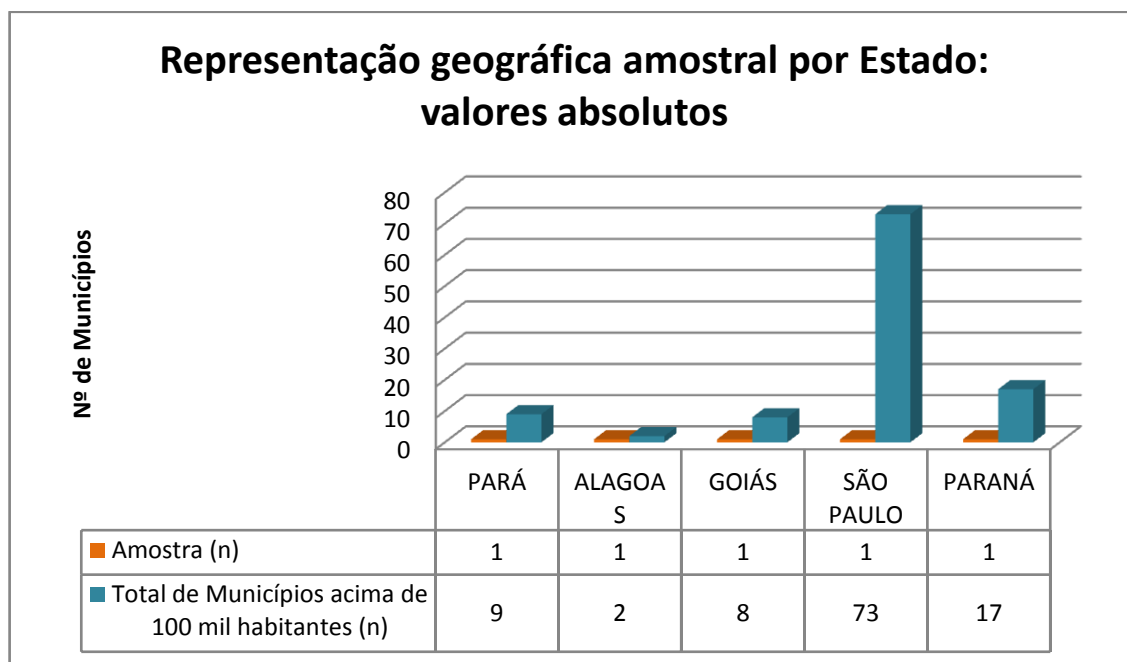


Gráfico 1 - Representação geográfica da amostra por Estado: valores absolutos.

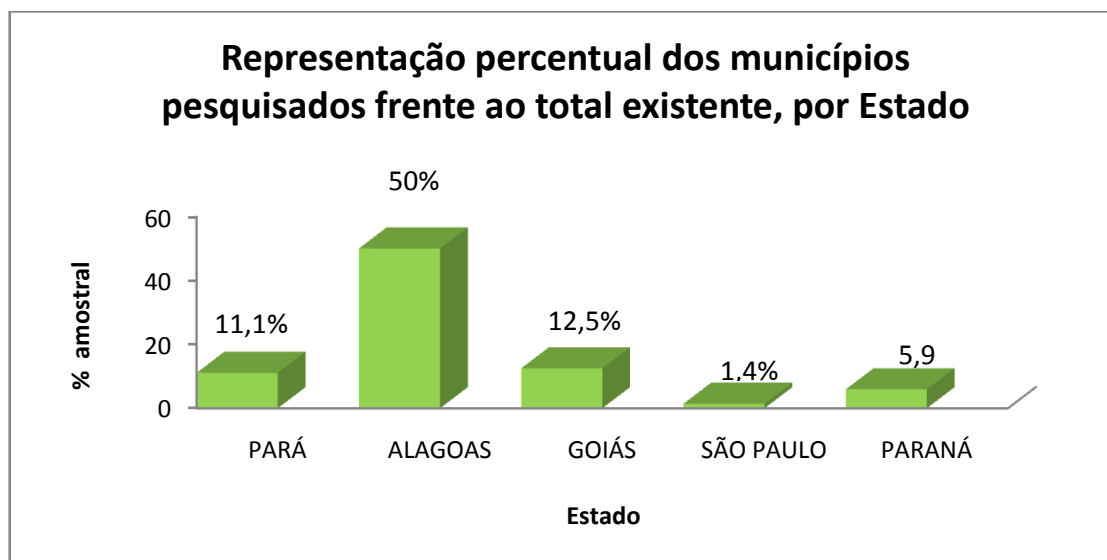


Gráfico 2 - Representação percentual dos municípios pesquisados em relação ao total de municípios acima de 100 mil habitantes existentes, por Estado.

3.3.3- Estabelecimentos de saúde e cobertura da ESF

Tabela 1- Número de habitantes e de estabelecimentos de Serviços de Saúde nas capitais pertencentes à amostra pesquisada, segundo dados do IBGE (2009).

Municípios	Nº de Habitantes	Total de Estabelecimentos de Saúde	Privados		Públicos		Parceria Privado/SUS	
			N	%	N	%	N	%
Belém – PA	1.437.600	277	194	70	29	10,5	54	19,5
Maceió – AL	936.314	236	83	35,2	75	31,8	78	33
Goiânia – GO	1.037.593	604	301	49,8	107	17,7	196	34,5
São Paulo – SP	1.281.975	1759	1187	67,5	507	28,8	65	3,7
Maringá-PR	335.511	150	72	48	31	20,7	47	31,3

Em relação aos estabelecimentos de saúde, dentre os municípios acima apresentados, analisando a variável “estabelecimentos privados”, observa-se que Belém é o que possui o maior percentual (70%), seguido de São Paulo-SP com 67,5% (n=1187), Goiânia com 49,8% (n=301), Maringá com 48% (n=72) e posteriormente, por Maceió com 35,2%(n=83), conforme demonstrado na *Tabela 1*.

No entanto, em relação aos “estabelecimentos de saúde públicos”, ao contrário do que se pensaria, os municípios não seguem necessariamente a ordem inversa acima descrita, onde supostamente Maceió seria o município com maior número de estabelecimentos de saúde públicos, seguido de Maringá, Goiânia, São Paulo e Belém.

Na verdade, a ordem decrescente de estabelecimentos de saúde públicos inicia-se por Maceió e termina com Belém conforme esperado, porém os demais são intermediados por São Paulo, Maringá e Goiânia.

A isso se deve ao número de estabelecimentos com “parceria privado/SUS”, ficando o município de Goiânia com o maior percentual (34,5%), seguido de Maceió (33%), Maringá (31,3%), Belém (19,5%) e São Paulo com o menor percentual, de 3,7%.

Tabela 2- Ano de implantação da Estratégia Saúde da Família e Percentual de cobertura, segundo dados do SIAB de Fev/2011.

MUNICÍPIOS	DADOS DA IMPLANTAÇÃO DA ESF NA CAPITAL			DADOS DE FEVEREIRO DE 2011	
	Mês/Ano	Nº de Equipes da ESF	Cobertura da ESF (%)	Nº de Equipes da ESF	Cobertura da ESF (%)
Belém – PA	Out/98	2	0,6	72	17,3
Maceió – AL	Jul/98	22	10,2	72	26,5
São Paulo – SP	Abr/00	101	3,5	963	30,1
Goiânia-GO	Set/98	7	2,4	150	40,4
Maringá-PR	Jul/98	1	1,3	61	62,7

Em relação à cobertura da Estratégia Saúde da Família, segundo dados do SIAB de Fevereiro de 2011, dentre os municípios que compõem a amostra do presente estudo, Maringá é o município que possui a maior cobertura da Estratégia Saúde da Família e apresentou maior crescimento percentual em cobertura relação à cobertura, seguido de Goiânia e São Paulo.

No município de Maceió é possível observar que apesar de possuir maior cobertura do que o município de Belém, em relação ao crescimento percentual de cobertura da ESF desde o ano de sua implantação, Belém possui maior índice se comparado ao município de Maceió.

Em última análise, pôde-se observar que todos os tiveram o mesmo ano de implantação da ESF, exceto São Paulo, que só foi ocorrer cerca de dois anos depois.

3.4. O TRABALHO DE CAMPO

Após seleção da amostra, iniciou-se o contato telefônico com a Coordenação das Ações de Alimentação e Nutrição das capitais selecionadas para verificação da disponibilidade em participarem desta pesquisa.

Em seguida, após aceitação informal via telefone, foi enviado um e-mail aos coordenadores das ações dos municípios no intuito de formalizar e amparar documentalmente o convite feito por telefone, bem como ressaltar a importância da pesquisa, constando em anexo um ofício feito em entendimento com o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS apoiando a execução desta pesquisa, juntamente com o protocolo da pesquisa detalhando sua importância, objetivos de sua realização bem como informações sobre os procedimentos a serem realizados, com o detalhamento de todas as atividades e sujeitos da pesquisa envolvidos em cada uma das etapas.

A eles foram disponibilizados os contatos dos pesquisadores (telefônicos e correios eletrônicos) e solicitadas as confirmações das datas para a execução do trabalho de campo e sugestões quanto ao cronograma das atividades de cada etapa.

Após retorno do e-mail enviado, foi realizado um novo contato telefônico com os Coordenadores das Ações de Alimentação e Nutrição para o efetivo agendamento das datas em que as atividades seriam realizadas e a partir de então construído o cronograma de trabalho contendo os horários de execução das atividades e locais.

No intuito de facilitar o processo de escolha dos sujeitos da pesquisa, bem como a UBS a ser observada, o papel de mobilizar apoio junto às Unidades Básicas de Saúde para que selecionassem e disponibilizassem os profissionais para participação dos Grupos Focais e a escolha da UBS a ser observada ficou a cargo dos Coordenadores.

Agendadas as datas e horários, deu-se início às viagens aos municípios selecionadas para execução da pesquisa *in loco* em Dezembro de 2009 e contou com a participação de 05 pessoas entre pesquisadores e auxiliares de pesquisa, todos previamente treinados.

A permanência em cada cidade variou entre três e cinco dias e o período de realização da coleta de dados durou três meses, de Dezembro de 2009 a Março de 2010.

Faz-se necessário destacar que todas as capitais visitadas receberam os pesquisadores bem, com respeito e presteza, o que leva à reflexão de que a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial, o que só é possível por

meio da pesquisa qualitativa, onde torna-se possível o encontro entre a realidade concreta e os pressupostos teóricos, possibilitando ao pesquisador e aos sujeitos da investigação um processo mais amplo de construção de conhecimento. (MINAYO, 2006).

Para o deslocamento dos pesquisadores, embora facultado, todas as capitais ofereceram apoio logístico de transporte, o que otimizou o tempo, facilitando sobremaneira a execução de todas as atividades e cumprimento do cronograma previsto.

3.5. SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos deste estudo corresponderam a dois grupos: profissionais das equipes da ESF e dos NASF, das Unidades Básicas de Saúde e Coordenadores das ações de alimentação e nutrição dos municípios selecionados.

Os critérios de inclusão dos sujeitos do estudo foram: ser profissional que compunham as equipes de Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde para um grupo e para o outro ser Coordenador(a) das ações de alimentação e nutrição dos municípios previamente selecionados e, após devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, terem aceitado a participar voluntariamente.

3.6. COLETA DOS DADOS

Levando-se em consideração que a pesquisa qualitativa permite que instrumentos sejam construídos em conformidade com a aproximação sucessiva do pesquisador em relação ao objeto, proporcionando captação mais fidedigna da

realidade estudada, para a coleta de dados deste estudo, foram elaborados instrumentos específicos.

Vale ressaltar que todos os instrumentos utilizados foram previamente testados em dois municípios do entorno do Distrito Federal não pertencentes à amostra da pesquisa, Planaltina-GO e Formosa-GO, cuja escolha se deu por amostra de conveniência, levando-se em consideração a disponibilidade dos mesmos em aceitar a participar deste processo, voluntariamente. Posteriormente, todos os instrumentos foram devidamente ajustados e validados para então serem aplicados neste estudo.

A aplicação dos instrumentos tanto para o teste e validação, como para execução da pesquisa de campo propriamente dita foi realizada por pesquisadores e auxiliares de pesquisa do NESP previamente treinados, em duplas.

A coleta de dados foi realizada em três etapas, cada uma com um instrumento específico. Na primeira e segunda etapas foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Uma direcionada aos Coordenadores das ações de alimentação e nutrição dos municípios e outra aos profissionais integrantes das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

A escolha das entrevistas semi-estruturadas se deu por poder ser utilizada na obtenção de dados de natureza mais complexa, permitindo maior flexibilidade, abertura e maior interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, facilitando uma melhor apreensão de suas atitudes, emoções, julgamentos, percepções e opiniões (FLICK, 2004; Ludcke, André, 1986), tornando possível por partir de questionamentos básicos alicerçados em pressupostos e teorias, o surgimento de novas hipóteses neste contexto de interação entre sujeitos e a ciência, viabilizando o mapeamento e compreensão do mundo em que indivíduos estão inseridos, por meio da compreensão entre os atores sociais e seu cotidiano (GASKELL, 2002).

No entanto, por sabe que a entrevista deve ser uma conversa com finalidade e para tanto, guiada por um roteiro de modo que cada questão levantada faça parte do delineamento do objeto, principalmente no caso de uma entrevista semi-estruturada (MINAYO 2006), foram desenvolvidos roteiros semi-estruturados (*apêndices 3 e 4*), um para cada público-alvo.

Na primeira etapa o instrumento utilizado contendo dez perguntas norteadoras, direcionado às Coordenações das ações de Alimentação e Nutrição, abordou assuntos sobre a implantação ações de alimentação e nutrição no município, o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição na ESF do município, as dificuldades para desenvolvimentos dessas ações e também questões sobre a existência de estratégias para capacitação na área de alimentação e nutrição no município, se o número de profissionais das equipes disponíveis é suficiente para atender às demandas na área da alimentação, como ele(ela), gestor(a) procura motivar os profissionais e se o vínculo empregatício dos profissionais das equipes de Saúde da Família tem interferido de alguma forma no desenvolvimento e oferta das ações de alimentação e nutrição.

Na segunda etapa, direcionada aos profissionais integrantes das equipes da ESF e dos NASF, foram feitos Grupos Focais, um em cada município, uma técnica de pesquisa cujo objetivo é coletar a partir do diálogo e do debate, informações acerca de um tema específico que trabalha com a reflexão expressa através da “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem simultaneamente seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema.

Teve como objetivo conhecer a opinião dos profissionais frente à importância de trabalhar com ações de alimentação e nutrição na população atendida por eles, identificar as demandas relacionadas à alimentação e nutrição existentes nas UBS, as dificuldades encontradas para o desenvolvimento dessas ações e a existência de parceria para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, bem como as condições de trabalho em relação à infraestrutura, disponibilidade de recursos e apoio para o desenvolvimento dessas ações, a valorização e motivação para exercerem o trabalho e o que poderia ser feito para superar os desafios de forma a melhorar a oferta de ações de alimentação e nutrição no município.

Para tanto, foi elaborado um roteiro semi-estruturado, composto por dez perguntas norteadoras apresentando um direcionamento geral sem dirigir as respostas e nem podar os comentários, mas retornando aos principais temas para que não houvesse dispersão, sendo aplicado com os profissionais de várias especialidades de modo que compusessem um grupo com maior diversificação de profissionais (odontólogos, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, nutricionistas,

psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas e auxiliares de saúde bucal), conforme disponibilidade dos municípios.

Sabe-se que o número de participantes de um Grupo Focal pode exercer influências positivas e negativas, onde o excesso de participantes pode permitir maior diversidade de ideias e fornecer consistente diversidade de opiniões, porém pode reduzir o tempo de participação de outros, bem como delongar o término provocando cansaço e dispersão, assim como um número reduzido pode contribuir com que todos tenham a oportunidade de expor suas ideias, porém quando muito pequeno pode causar um esgotamento precoce dos assuntos.

Segundo Krueger (1996) o número mínimo ideal é 04 (quatro) e máximo de 12 (doze) participantes. Desta forma, na formação dos grupos focais os coordenadores foram instruídos a solicitarem às respectivas UBS a participação de 06 a 10 profissionais, bem como que fosse multiprofissional (ACS, nutricionista, médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e de saúde bucal, dentista, psicólogo, assistente social,...), se possível com representação de pelo menos 01 (um) destes, conforme disponibilidade e existência destes profissionais nas capitais.

Cada GF contou com a participação de dois pesquisadores: um moderador e um observador/relator. A condução, a cargo do moderador, ocorreu de forma a incentivar a participação e o diálogo entre todos os participantes, possibilitando a troca de experiências e interação em torno das ideias, evitando a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização da palavra, atentando sempre para não transparecer seus pontos de vista.

Ao observador/relator ficou a responsabilidade de observar e registrar as discussões e as questões complexas no tocante ao conteúdo explanado, bem como o comportamento gestual e visual dos participantes.

No intuito de poder posteriormente caracterizar o perfil dos participantes dos GF, nesta etapa foi solicitado aos mesmos que realizassem o preenchimento de um questionário sobre o perfil dos participantes, rápido e de simples preenchimento, antes de iniciarmos os Grupos Focais (*apêndice 6*).

Por fim, a última etapa foi a realização da Observação direta de uma UBS por município, escolhidas por eles em virtude da facilidade de acesso e articulação destes com as mesmas para recebimento dos pesquisadores.

Para esta etapa foi desenvolvido um roteiro semi-estruturado específico, com o objetivo de conhecer e presenciar como as Unidades Básicas de Saúde da Família se organizam para ofertar as ações de alimentação e nutrição, no que tange às ações desenvolvidas; a existência de nutricionista na Unidade ou no NASF; os profissionais responsáveis pela coordenação dessas ações; observação *in loco* de alguma atividade sendo realizada; observação de cartazes sobre alimentação e nutrição na Unidade; a observação da relação entre os profissionais para desenvolvimento das ações e a relação com a chefia; observação de instituições próximas às UBS e existência de parcerias para o desenvolvimento das ações, permitindo ampliar a compreensão dos demais dados obtidos com a execução das outras etapas do estudo.

A visita foi realizada uma única vez e durou em média 01 hora. Em todas as visitas realizadas fomos acompanhados pelos Coordenadores das Ações de Alimentação e Nutrição ou seu representante, responsáveis por apresentar os pesquisadores aos diretores das UBS, facilitando nossa entrada na rede. Após chegada nas UBS e devidamente apresentados, a observação foi acompanhada pelos respectivos diretores das UBS, que passavam por toda Unidade apresentando as dependências e profissionais lá presentes.

Ao total, foram realizados cinco Grupos Focais, cinco entrevistas com coordenadores das ações de alimentação e nutrição e Observação em cinco Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

3.7. ANÁLISE DOS DADOS

A análise das Entrevistas com as Coordenações das ações de alimentação e nutrição e dos Grupos Focais (GF) foram feitas sobre a ótica metodológica do Discurso

do Sujeito Coletivo (DSC), uma técnica de processamento dos depoimentos que ao revelarem o pensamento das coletividades torna possível compreender o porquê desta maneira de pensar, uma vez que o pensamento ou a opinião de indivíduos só podem ser vistos legitimamente sob forma de um depoimento discursivo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Após transcrição literal (*ipsis verbis*) das entrevistas e grupos focais, se deu o processamento dos dados obtidos nos DSC, realizado com o auxílio do QualiQuantiSoft, versão 2011, um *software* de apoio à pesquisas quali-quantitativas, desenvolvido pelos professores Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com o objetivo de sistematizar as opiniões obtidas por meio da organização do número de pessoas com o mesmo pensamento sobre determinado assunto.

Para construção dos DSC das Entrevistas com os Coordenadores e dos GF, foram utilizados dois operadores inerentes à metodologia: as Expressões-Chaves (E-Ch), fragmentos de resposta que refletem a essência do conteúdo do depoimento a partir das quais foram construídos os DSC ao final da análise e as IC (Ideias Centrais), através das quais se faz aglomeração dos discursos semelhantes ou complementares em categorias de análises, por descrever de maneira mais concisa possível o sentido das E-Ch selecionadas em cada trecho de entrevista, representando o que o entrevistado quis dizer em seu discurso.

A partir de então, para construção dos DSC, elaborados a partir de fragmentos literais das entrevistas que representam o conteúdo essencial (ECH) de depoimentos semelhantes, agrupados dentro de uma mesma categoria (IC semelhantes), foram dados os seguintes passos:

1º passo: Cadastramento das pesquisas (Entrevistas com os Coordenadores e GF), das perguntas relativas à cada pesquisa e dos respectivos entrevistados, no QualiQuantiSoft;

2º passo: Inserção das respostas dos entrevistados dadas à cada pergunta, das E-Ch e das IC, no Instrumento de Análise do Discurso 1, do software;

3º passo: Categorização das IC;

4º passo: Conferência das IC categorizadas e construção dos DSC de cada pergunta, no Instrumento de Análise do Discurso 2, do software.

Depois de construídos os DSC, foram geradas as análises quali-quantitativas de cada pergunta contida nas entrevistas com os coordenadores e nos GF, com base nas IC identificadas.

É importante frisar que todas as entrevistas foram gravadas, sem abstenção de nenhum entrevistado e em seguida transcritas *ipsis verbis*, processo que compreende na descrição rigorosa das conversas gravadas, incluindo silêncio, exaltação, lapsos, interjeições e a participação do entrevistador por meio das perguntas, o que exigiu uma escuta minuciosa do material gravado por inúmeras vezes e revisão posterior do conteúdo degravado (MINAYO, 2006).

Com relação ao roteiro de Observação aplicado nas UBS, a metodologia de análise adotada foi quantitativa, por meio da utilização do *software* SPSS, versão 18, com o objetivo de transformar os dados obtidos em informações importantes e complementares para posterior cruzamento dos dados obtidos neste estudo, por meio da triangulação de métodos.

Posteriormente, foi realizada a análise por triangulação de métodos, por meio do cruzamento dos dados obtidos nas entrevistas com as coordenações das ações de alimentação e nutrição, nos GF e nas Observação feitas nas UBS, uma estratégia ancorada no cruzamento e no emprego de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação, capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, atendendo tanto os requisitos do método qualitativo, ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, quanto às ambições do método quantitativo, ao propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência de programa sob estudo (MINAYO, 2005).

Quanto ao levantamento bibliográfico para referenciar este estudo, foram utilizados livros, bem como as bases de dados do Ministério da Saúde, do IBGE e SciELO, considerando publicações científicas e legislações entre os anos de 1978 a 2011.

3.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Em virtude da necessidade de se considerar os aspectos éticos em todas etapas operacionais de qualquer tipo de estudo científico, desde a concepção inicial da proposta até o processo de desenvolvimento e produto final, especialmente ao serem sujeitos do estudo seres humanos, no intuito da obtenção de uma atitude responsável com relação ao respeito por todos os aspectos éticos, este estudo na ocasião ainda como um projeto, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (CEP/FS) e aprovado com o número de registro **107/09** em Outubro de 2009, *anexo 1*.

Em cumprimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, todos os sujeitos deste estudo, após devidamente informados quanto aos objetivos da pesquisa e procedimentos a serem adotados, não oferecendo-lhes risco, consentiram suas participações de forma voluntária por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), *apêndice 1*, sendo-lhes garantidos os princípios bioéticos da autonomia de participarem ou se recusarem à participar deste estudo, da não-maleficência, do anonimato, bem como sigilo absoluto das informações prestadas, sendo utilizadas somente para fins científicos, sob responsabilidade e tutela do Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP/CEAM/UnB, da Universidade de Brasília.

Antes de cada entrevista foram explanadas as finalidades do estudo e os meios para o alcance destas, sendo-lhes garantida a possibilidade de solicitação da interrupção da entrevista a qualquer momento e esclarecido que a não participação não teria nenhum tipo de repercussão negativa no âmbito de trabalho do(a) entrevistado(a), bem como a manutenção dos instrumentos de coleta de dados sob guarda do NESP/CEAM/UnB por cinco anos, permanecendo em armários fechados e que nenhum funcionário ao qual o(a) participante esteja subordinado(a) terá acesso ao conteúdo do estudo.

Após preenchimento do TCLE, os sujeitos do estudo receberam uma via contendo o nome dos pesquisadores envolvidos e seus contatos, bem como o telefone e o endereço do Núcleo de Estudos em Saúde Pública- NESP/CEAM/UnB.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

No total, foram entrevistados sessenta profissionais da Estratégia de Saúde da Família, por meio da realização de cinco Grupos Focais e cinco Coordenadores das Ações de Alimentação e Nutrição dos municípios, além de dois coordenadores das áreas de Atenção Básica de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família do município de São Paulo que optaram por participar juntamente com a coordenadora das ações de alimentação e nutrição, totalizando sessenta e sete profissionais entrevistados.

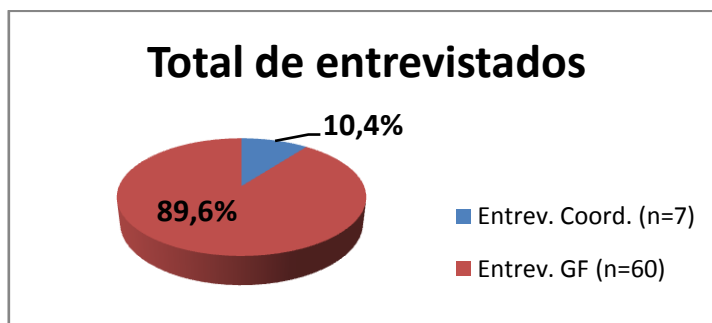


Gráfico 3 - Representação percentual dos sujeitos da pesquisa entrevistados.

Do total de entrevistados nos Grupos Focais realizados (n=60), o município de Maceió foi o que teve maior representatividade, seguido dos municípios de Maringá, Belém, São Paulo e Goiânia, conforme demonstrado no Gráfico 4.

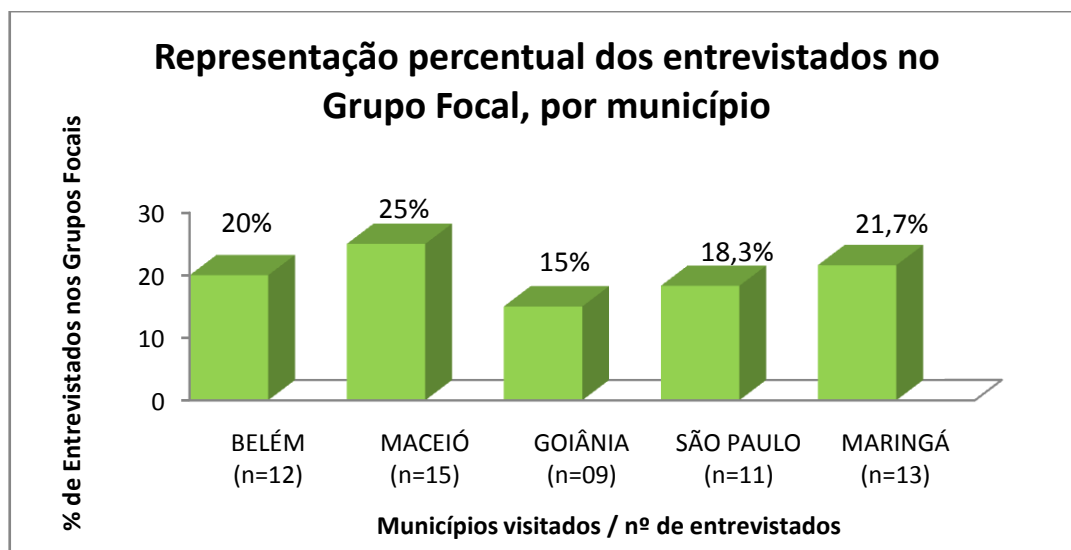


Gráfico 4 - Representação percentual dos entrevistados no Grupo Focal, por município.

Tendo em vista que a análise de dados qualitativos pode envolver uma diversidade de métodos e técnicas de investigação, não seguindo um único padrão ou instrumento, sendo a flexibilidade a marca principal das técnicas de coletas de dados (MARTINS, 2004), os dados coletados foram oriundos de diferentes instrumentos: roteiro de entrevistas semi-estruturadas, roteiro de grupo focal, roteiro para observação *in loco*, conforme abaixo descrito.

4.1- CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENTREVISTADOS

4.1.1- Coordenadores

Os dados referentes à construção do perfil foram obtidos no momento das entrevistas e complementados com dados obtidos por meio do preenchimento do cabeçalho do TCLE pelos mesmos, abaixo descrito na Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização do perfil dos coordenadores entrevistados, em cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

CATEGORIA		N	%
Gênero	Masculino	-	-
	Feminino	07	100
	<i>TOTAL</i>	07	100
Tempo de Serviço no Cargo			
	< 02 anos	03	42,8
	03 - 05 anos	01	14,3
	06 – 10 anos	01	14,3
	11 – 15 anos	01	14,3
	16 anos ou mais	01	14,3

	<i>TOTAL</i>	07	100
Formação			
	Enfermeiro	01*	14,3
	Nutricionista	05**	71,4
	Médico	01***	14,3
	<i>TOTAL</i>	07	100

* Coordenadora da ESF de seu município.

** Coordenadoras das ações de alimentação e nutrição.

*** Coordenadora da ABS de seu município.

Em relação ao gênero dos coordenadores entrevistados nos cinco municípios, pôde-se observar que 100% (n=07) foi composto por mulheres.

Quanto ao tempo de serviço, 28,6% (n=02) das entrevistadas estão desempenhando suas funções na coordenação há mais de 10 anos. No entanto, chamou à atenção que aproximadamente 43% (n=03) das entrevistadas têm menos de dois anos no cargo, permitindo observar que apesar de haver uma importante representação de coordenadores experientes à frente das ações, é relevante o número de coordenadoras recém contratadas. As demais entrevistadas (n=02) das entrevistadas, estão no cargo a pelo menos 03 anos, correspondendo a 28,6%.

Por fim, com relação à formação dos profissionais, dentre as 07 (sete) coordenadoras entrevistadas, 71,4% (n=05) são nutricionistas e coordenam as ações de alimentação e nutrição em seus municípios, possibilitando ressaltar a importância de se ter esses profissionais ocupando cargos na gestão para coordenação das ações de alimentação e nutrição, uma vez que são plenamente habilitadas a exercerem tamanha responsabilidade.

Vale ressaltar ainda que participaram das entrevistas também 01 (uma) coordenadora responsável pela coordenação da ESF de seu município e 01 (uma) responsável pela coordenação da Atenção Básica de Saúde de seu município, cujas áreas de formação são enfermagem e medicina, respectivamente, correspondendo cada uma à 14,3% das entrevistadas.

4.1.2- Profissionais da ESF

Por meio da aplicação do *Questionário de caracterização do perfil dos participantes do Grupo Focal*, (Apêndice 2) foi possível conhecer o perfil dos 60 (sessenta) profissionais entrevistados no que tange ao gênero, a faixa-etária, o tempo de serviço no cargo e a formação profissional, dados estes abaixo relacionados em categorias e subcategorias.

Tabela 4 Caracterização do perfil dos profissionais da ESF entrevistados nos Grupos Focais realizados nos cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

CATEGORIA		N	%
Gênero	Masculino	09	15
	Feminino	51	85
	<i>TOTAL</i>	60	100
Faixa Etária (anos)	23 – 29	07	11,7
	30 – 39	22	36,7
	40 – 49	21	35,0
	50 anos ou mais	10	16,6
	<i>TOTAL</i>	60	100
Tempo de Serviço no Cargo	< 01 ano	10	16,7
	1 – 5 anos	21	35,0
	6 – 10 anos	13	21,7
	10 – 15 anos	08	13,3
	16 – 20 anos	03	5,0
	21 anos ou mais	02	3,3
	<i>TOTAL</i>	57*	95
	Formação	Enfermeiro	13

Odontólogo	11	18,3
Agente comunitário de saúde	08	13,3
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	07	11,7
Nutricionista	05	8,3
Médico	05	8,3
Assistente social	03	5,0
Fisioterapeuta	02	3,3
Psicólogo	01	1,7
Educador Físico	01	1,7
Outros**	03	5,0
TOTAL	59***	98,3

* 03 (três) profissionais não informaram.

** Formação em outras áreas, exercendo cargos administrativos nas Unidades.

*** 01 (um) profissional não respondeu.

Com a análise do perfil dos participantes do Grupo Focal, pôde-se observar que no que tange ao gênero a grande maioria dos entrevistados foi composta por mulheres, correspondendo a 85% (n=51) do total de entrevistados (n=60).

Em relação à faixa-etária, os entrevistados que estão entre 30 e 39 anos representou a maior parte, correspondendo a 36,7% (n=22), assemelhando-se aos dados encontrados em um estudo realizado por Machado (2000), que obteve como resultado 40% dos profissionais compondo esta faixa-etária. No entanto, vale ressaltar que a faixa-etária de 40-49 anos também foi bastante expressiva, correspondendo a valores muito próximos aos encontrados na faixa-etária de 30-39, 35% (n=21) do total de entrevistados e frisar também a importante representação referente aos profissionais com 50 anos ou mais observada neste estudo, que representou um percentual maior do que os profissionais com menos de 30 anos, sendo a maior idade referida 61 anos e a menor 23 anos, contrapondo com os dados obtidos por Machado (2000).

Quanto ao tempo de serviço, grande parte dos entrevistados, 35% (n=21) está entre 01 a 05 anos, mas chamou à atenção ver que 16,7% (n=10) tem menos de 01 ano, valor este três vezes maior do que o número de profissionais que já estão trabalhando há

mais de 16 anos, o que permite-nos visualizar uma entrada considerável de profissionais no serviço de saúde, promovendo a renovação destes na ABS.

Por fim, com relação à formação dos profissionais, dentre os 60 profissionais que compuseram os cinco Grupos Focais, ao contrário do que supostamente pudesse ser esperado, uma vez que o objeto de análise do presente estudo é voltado para as ações de alimentação e nutrição, o número de nutricionistas participantes dos Grupos Focais ocupou a quinta posição juntamente com o médico, ambos correspondendo a 8,3% (n=05), justificado pelo fato da recente implantação dos NASF, bem como a não adesão de alguns municípios que compuseram a amostra deste estudo.

A maior parte dos profissionais entrevistados foi composta por enfermeiros, correspondendo a 21,7% (n=13), seguida do odontólogo com 18,3% (n=11), do ACS com 13,3% (n=08), profissionais estes que compõem a equipe básica da ESF. Embora em menor número, houve participação de profissionais fisioterapeutas (n=2), psicólogo (n=1) e educador físico (n=1), justificada pela inserção destes na ESF por meio dos NASF.

4.2- ANÁLISES DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

Segundo Nagai *et al* (2007), o DSC pode ter mais de uma ideia central na resposta de um indivíduo ou a mesma ideia central pode emergir dos discursos de muitos sujeitos diferentes. Existe ainda a possibilidade de que algumas dessas falas tenham identidade própria e não reflitam a resposta de outras pessoas.

Desse modo, as respostas podem abordar de maneiras diversas um mesmo problema, complementando-se umas às outras e/ou explicando-se mutuamente (LEFREVE & LEFREVE, 2006). Levando estas premissas em consideração, foram construídos os DSC, cujas análises encontram-se abaixo descritas.

4.2.1- Análise das Entrevistas com as Coordenações das Ações de Alimentação e Nutrição

Para a análise, as dez perguntas foram agrupadas em quatro grandes blocos e os resultados quali-quantitativos do DSC serão apresentados por meio de quadros contendo as ideias centrais, o número e a porcentagem de respostas obtidas em cada uma delas seguidas das discussões analíticas ao final de cada bloco.

Bloco 1- “A implantação das ações nos municípios”:

Quadro 1- Ideias centrais categorizadas, número de respostas dadas em cada Ideia Central categorizada e porcentagem da pergunta norteadora 1, obtida nas entrevistas com os coordenadores das ações de alimentação e nutrição de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

Pergunta norteadora 1	Ideias Centrais (IC) categorizadas	Nº de Respostas	%
1- Como ocorreu a implantação das ações de alimentação no município?	Iniciadas com o desenvolvimento de programas do governo.	02	40,0%
	Iniciadas por iniciativa do município	02	40,0%
	Não informado	01	20,0%

As entrevistas revelaram que as ações de alimentação e nutrição foram implantadas basicamente de duas formas: iniciadas com o desenvolvimento de programas do governo em dois dos municípios entrevistados participantes desta pesquisa e por iniciativa do próprio município sendo oficializadas com a criação de um Programa de Alimentação e Nutrição municipal por meio do qual foram criadas as diretrizes municipais para atuação de diversas áreas com a alimentação e nutrição, correspondendo a 40% (n=02) do total de municípios visitados, ambas IC. No entanto, faz-se necessário destacar que não foi possível obter informações sobre como ocorreu a implantação das ações de alimentação e nutrição em um dos municípios pesquisados, localizado na região norte do país, o que correspondeu a uma perda de 20% (n=01).

Bloco 2- “O desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição existentes nos municípios, sob o olhar da gestão”:

Quadro 2- Ideias centrais categorizadas, número de respostas dadas em cada Ideia Central categorizada e porcentagem da pergunta norteadora 2, obtidas nas entrevistas com os coordenadores das ações de alimentação e nutrição de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

Pergunta norteadora 2	Ideias Centrais (IC) categorizadas	Nº de Respostas	%
2- Como ocorre o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição na ESF de seu município?	Por meio de grupos, palestras, oficinas e atividades pontuais em dias comemorativos, desenvolvidas pelos profissionais das Unidades e também com auxílio de parcerias.	03	50,0%
	Não é específico do nutricionista e ocorrem de acordo com as necessidades locais.	02	33,3%
	Por meio de busca ativa	01	16,7%

Conforme demonstrado no quadro acima, este bloco contou com a participação de 06 entrevistadas, sendo 02 no município de São Paulo e revelou que as formas mais comuns para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, correspondendo a 50% (n=03) das respostas, têm sido por meio da realização de grupos, palestras, oficinas e atividades pontuais em dias comemorativos promovidas pelos profissionais das UBS e com auxílio de parcerias, especialmente para o desenvolvimento dessas ações em escolas e em eventos junto à comunidade, sendo a alimentação trabalhada de forma transversal inclusive com os funcionários, no intuito de estimular o consumo de alimentos mais saudáveis, conforme abaixo relatado.

[...] Na Academia da Terceira Idade, tem sempre alguém falando sobre alimentação. Nos grupos de puericultura, de hipertensos e diabéticos, de adolescentes e de tratamento de tabagismo também é falado [...] e um grupo de mães para incentivar o aleitamento materno, trabalhando a questão da alimentação saudável. Tem também as equipes que fazem palestras e em algumas Unidades, estágios de nutrição e os professores quando está na grade curricular têm feito esse trabalho, ora com a população, ora com os próprios funcionários, para estimular o consumo

de alimentos saudáveis. [...] Agente faz palestras periódicas com donos de cantinas para conscientizar em relação à alimentação saudável. [...] Com os professores, agente faz treinamento em parceria com a Fundação Municipal de Assistência ao Estudante, que tem sete nutricionistas que trabalham ativamente nesta questão da implementação da alimentação saudável nas escolas. Ano passado agente fez um trabalho legal de cozinha folclórica, [...] agente levantou os pratos folclóricos de cada região do Brasil e propomos preparações. [...] Fizemos uma gincana do aleitamento materno[...]e contrataram um trio elétrico e aí tinha o bloco dos pais, dos profissionais de saúde, dos agentes comunitários, das mães, das crianças e todos participaram. Em outra Unidade [...] as equipes resolveram fazer o festival da taioba. Era taioba na torta, no suco, refogada, então aquilo envolveu a Unidade [...] na tentativa de mudar alguns hábitos e adquirir outros. [...] No centro de atenção psíquico-social [...] tem uma cozinha experimental [...] e desenvolvem ações de alimentação e nutrição. Então, a alimentação tem sido um tema transversal, permeando todos os outros assuntos dentro da Unidade, até para funcionários.

Outro dado importante obtido, responsável por 33,3% (n=02) das respostas, refere-se ao desenvolvimento dessas ações de alimentação e nutrição baseadas nas demandas locais, nas áreas de promoção da alimentação saudável, promoção da saúde, assistência nutricional na prevenção de carências nutricionais, vigilância sanitária e nutricional com o SISVAN e o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, não sendo específica de execução exclusiva do nutricionista. Há participação expressiva de enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e educador em saúde pública no desenvolvimento dessas ações, conforme relato:

As ações acontecem principalmente [...] pela necessidade local, nas áreas de promoção da alimentação saudável, promoção da saúde, assistência nutricional na prevenção de carências nutricionais, vigilância sanitária e nutricional com o SISVAN e o acompanhamento das famílias do Bolsa

Família. Elas não são específicas do profissional nutricionista [...] o maior número de envolvimento está entre enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, nutricionista e educador em saúde pública, envolvidos com ações de alimentação e nutrição. Tem Unidade que o nutricionista coordena, tem Unidade que ele ajuda, mas sempre com apoio desses profissionais [...].

Apesar de menos expressiva sob a ótica quantitativa, correspondendo a 16,7% (n=01) das respostas, foi de igual importância saber que as ações de alimentação e nutrição no município acontecem não só com a procura da comunidade pelo atendimento nas UBS, mas também pela busca ativa realizada por agentes comunitários de saúde, o que é de extrema importância para o acompanhamento e monitoramento da saúde dos usuários, reforçando a relevância da visão da ESF.

As ações de alimentação e nutrição no município acontecem mais a contento nas áreas de PSF realmente. Tem os agentes que estão no dia-a-dia na casa para ver como está a suplementação no caso de programas de suplementação dos micro-nutrientes, vendo se aquela criança está em dia com esta suplementação.

Bloco 3- “O olhar da gestão sobre as dificuldades encontradas para a execução das ações de alimentação e nutrição e capacitação de profissionais nesta área”:

Quadro 3- Ideias centrais categorizadas, número de respostas dadas em cada Ideia Central categorizada e porcentagem da perguntas norteadoras 3, 4, 5 e 6, obtidas nas entrevistas com os coordenadores das ações de alimentação e nutrição de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

Perguntas norteadoras 3, 4, 5 e 6	Ideias Centrais (IC) categorizadas	Nº de Respostas	%
3- <i>Quais as dificuldades encontradas para execução das ações de alimentação e nutrição?</i>	Articular a saúde e a educação, implementar programas governamentais pela especificidade cultural da população e escassez de acesso ao alimento e fazer o acompanhamento nutricional	01	20,0%

		pela perda de dados.		
		Trabalhar a promoção da saúde, por causa da visão assistencialista da população.	01	20,0%
		Baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família no município, interferindo na realização da busca ativa necessária.	01	20,0%
		Escassez de tempo frente à demanda assistencialista, baixa adesão da população às orientações e trabalhar visualmente o porcionamento dos alimentos.	01	20,0%
		O tamanho, complexidade e extensão do município.	01	20,0%
4- No município há estratégias de capacitação na área de alimentação e nutrição?	Sim,	principalmente voltadas para os programas do Ministério da Saúde.	03	60,0%
	Sim,	voltadas para projetos do município, além dos programas do Ministério da Saúde.	02	40,0%
5- Existem dificuldades para realização dessas capacitações na área de alimentação e nutrição? Se sim, qual(ais)?	Sim,	pela resistência do médico em reunir-se com a equipe.	01	20,0%
	Sim.	Encaixe de agendas, cancelamento de capacitações em função de surtos epidêmicos, adesão dos profissionais e insegurança dos multiplicadores para trabalhar com a metodologia ativa.	01	20,0%
	Sim,	pela falta de recursos humanos e dificuldade com o transporte da Secretaria para levar aos locais onde acontecem as capacitações.	01	20,0%
	Sim.	Retirar os profissionais dos locais de trabalho para serem capacitados.	01	20,0%
	Não.		01	20,0%
6- As equipes existentes são suficientes para atenderem as demandas relacionadas à alimentação e nutrição?	Não.	Há necessidade de contratação de nutricionista para suprir as demandas existentes.	03	42,8%
	Não.	Há necessidade de aumentar o número de profissionais e nutricionistas, nas equipes existentes.	02	28,6%
	Não.	Há necessidade de aumentar a cobertura da ESF e NASF.	02	28,6%

Referente à pergunta norteadora 03, cada município relatou uma dificuldade diferente para a realização das ações de alimentação e nutrição que vão desde enfrentamentos em nível governamental no que tange à articulação entre a saúde e a educação e baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família no município, interferindo na realização da busca ativa necessária, até dificuldades oriundas de questões sócio-econômico-culturais da população, especialmente no que se refere ao trabalho com a promoção da saúde, por causa da visão assistencialista da população e sua baixa adesão às orientações, além de dificuldades na realização do acompanhamento nutricional pela perda de dados, dificultando a implementação de programas governamentais.

Também foram relatadas dificuldades referentes à escassez de tempo frente à demanda assistencialista, trabalhar visualmente o porcionamento dos alimentos e dificuldades no acompanhamento em virtude do tamanho, complexidade e extensão do município.

No que tange à existência de capacitações e dificuldades para realização das mesmas, perguntas norteadoras 4 e 5, pôde-se observar que na maioria dos municípios essas capacitações ocorrem especialmente voltadas para os programas do Ministério da Saúde (MS), com frequência no mínimo semestral, priorizando a educação continuada, correspondendo a 60% (n=03) das respostas dadas pelas coordenações.

[...] Agente vem desenvolvendo algumas estratégias de capacitação voltadas principalmente para os programas direcionados pelo Ministério da Saúde: SISVAN, acompanhamento das famílias do bolsa família, Programa Nacional de Suplementação de Ferro, promoção da alimentação saudável, ciclos da vida, aleitamento e distúrbios nutricionais. [...]tanto em nível central [...] quanto em nível distrital. [...] Todos os anos elaboramos pelo menos duas ou três capacitações. [...] A princípio, estávamos realizando capacitações pontuais, tentando abranger um grande número de profissionais, hoje priorizamos a educação continuada, o que na prática nós chamamos de supervisão educativa que são visitas frequentes às Unidades de Saúde para avaliar como estão acontecendo as ações de alimentação e nutrição e já treinando, orientando os

profissionais para melhorar e agente já tem avançado em algumas ações através dessas capacitações que agente tem feito. São de extrema importância para a qualidade do nosso trabalho.

Em 40% (n=02) dos municípios, além das capacitações serem voltadas para Programas do MS, são realizadas capacitações com os professores de creches e escolas relacionadas à alimentação saudável, começando desde o aleitamento materno até a alimentação complementar, por meio de atividades lúdicas elaboradas pelos mesmos e contam também com apoio financeiro e de recursos humanos oriundos de parcerias. Nas Unidades, os públicos-alvo são em especial os profissionais enfermeiros que acabam fazendo o papel da nutricionista na hora da identificação da eminência do risco, para que ele saiba encaminhar de forma correta para o nutricionista e os agentes comunitários de saúde para que possam dar orientações sobre alimentação saudável e para crianças menores de dois anos durante as visitas domiciliares.

No entanto, 80,0% (n=04) dos municípios relataram dificuldades, uma diferente por município e apenas 20,0% (n=01) disse não ter dificuldade para realização das mesmas. Foram relatadas dificuldades que vão desde o cancelamento de capacitações em função de surtos epidêmicos e insegurança dos multiplicadores para trabalhar com a metodologia ativa, até dificuldades em conseguir transporte junto à Secretaria para levar as coordenadoras aos locais para realização das capacitações e retirar os profissionais dos locais de trabalho para serem capacitados. Porém, despertou à atenção a dificuldade de realizar as capacitações pela falta de recursos humanos.

É questão de recursos humanos mesmo na Unidade [...]. Hoje tem eu que coordeno e tem outra nutricionista que trabalha comigo, só nós duas para estar fazendo essa supervisão, aí dificulta. Agente não consegue fazer a supervisão da forma que agente gostaria, trimestralmente.

De igual modo, foram relevantes as dificuldades para capacitação em virtude da resistência do médico em reunir-se com a equipe, da dificuldade de encaixe de agendas entre os profissionais nutricionistas e os demais profissionais das equipes e da adesão de profissionais às capacitações, conforme relatos abaixo.

Agente sente em relação ao médico. Sempre que agente vai reunir médico é difícil, nunca tem tempo, nunca pode, então agente tem esta dificuldade, mas com os outros profissionais de forma alguma, não existe essa resistência não, muito pelo contrário, eles querem informação, são comprometidos, têm uma receptividade muito boa quando agente solicita para treinamento, mesmo os enfermeiros. Sabem que agente está somando o trabalho deles. É mais uma informação que eles vão ter para atender àquela população, àquela comunidade [...].

[...] Encaixar a agenda da nutrição com as demais [...] e outras dificuldades relacionadas à adesão de profissionais [...].

Esses DSC acima descritos revelam a necessidade de se repensar o compromisso das três esferas do governo, federal, estadual e municipal, em possibilitar a contratação de mais profissionais para suprir a carência existente, bem como o compromisso dos próprios profissionais em estarem mais abertos e interessados em capacitarem-se na área de alimentação e nutrição, reconhecendo a importância e dando o devido valor às mesmas por poderem contribuir diretamente na melhoria do desenvolvimento de seus trabalhos junto à população por eles assistida, propiciando maior resolutibilidade no atendimento prestado.

Em relação à pergunta norteadora 06, foram unânimes, os relatos referentes à insuficiência do número de equipes existentes frente às demandas existentes nas UBS, refletindo a carência de recursos humanos que ainda persiste, em todos os municípios pesquisados, especialmente de nutricionistas, seguidos dos demais profissionais das equipes e a necessidade de aumento da cobertura da ESF e NASF.

[...] Agente tem uma carência muito grande ainda na equipe para trabalhar alimentação e nutrição. O nosso suporte nas Unidades de Saúde são as enfermeiras que fazem o papel da nutricionista ou encaminha para a Unidade Básica de Saúde especializada do Estado [...] e agente fica dando este apoio logístico daqui na medida do possível. [...] Apesar da gente ter o envolvimento do curso de nutrição das instituições

de ensino envolvidos na rede, acho que o número de profissionais ainda é insuficiente. É um contra-senso muito grande que num município de mais de trezentos mil habitantes, por exemplo, haja uma única profissional, não é? Durante uma história de dez anos do Programa Saúde da Família e de vinte anos de SUS? [...]. Se agente tem como maior causa de morte as doenças crônicas não transmissíveis e um dos pontos principais é a alimentação pouco saudável, o profissional que está mais habilitado para trabalhar com isso é o nutricionista e ele não está efetivamente inserido na Atenção Básica. Está muito, muito longe disso! [...] Tudo isso perpassa por uma questão de contratação de recursos humanos, de concurso que inclua o profissional nutricionista na área. Seria super importante isso! Então, aumentar a cobertura de equipe de Estratégia Saúde da Família e automaticamente mais equipes NASF naquele trabalho que demanda como um todo, porque a qualidade da assistência é outra quando você tem esta cobertura.

Bloco 4- “Desafios e potencialidades para a execução das ações de alimentação e nutrição, sob o olhar das gestões municipais”:

Quadro 4- Ideias centrais categorizadas, número de respostas dadas em cada Ideia Central categorizada e porcentagem da perguntas norteadoras 7, 8, 9 e 10, obtidas nas entrevistas com os coordenadores das ações de alimentação e nutrição de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

Perguntas norteadoras 7, 8, 9 e 10	Ideias Centrais (IC) categorizadas	Nº de Respostas	%
7- O NASF foi implantado no município?	Não. Há um projeto de implantação em andamento.	03	42,9%
	Sim. Fortaleceu o trabalho e melhorou a qualidade da atenção, sendo levado em consideração o perfil epidemiológico para a formação das equipes.	03	42,9%
	Não. Há planos de implantação.	01	14,2%

8- A inserção do nutricionista no NASF seria suficiente para suprir as demandas na área da alimentação e nutrição? Por quê?	Não. Seria necessário ter mais nutricionista.	04	80,0%
	Sim. A inserção do nutricionista nos NASF foi expressiva.	01	20,0%
9- Como você procura motivar os profissionais que trabalham com as ações de alimentação e nutrição em sua equipe?	Planejamento integrado, decisões conjuntas e elogiando.	02	40,0%
	Fornecendo condições de trabalho e enfatizando a união e a ética profissional.	01	20,0%
	Por meio de reuniões de sensibilização com os profissionais das equipes. Na gestão não precisa motivar.	01	20,0%
	Sendo otimista.	01	20,0%
10- Você acha que o vínculo empregatício dos profissionais da ESF interfere de alguma forma no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição realizadas por eles?	Sim. Na continuidade do trabalho.	02	40,0%
	Não.	02	40,0%
	Não informado.	01	20,0%

Em relação aos desafios para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição nos municípios visitados, a pergunta norteadora 07 revelou que apenas um município (20%) já implantou o NASF, em três (60%) a implantação já está em andamento e um (20%) ainda não aderiu e nem possui projetos já delineados, havendo apenas planos de implantação, mas sem previsão de quando será feita, demonstrando que apesar dos municípios reconhecerem a importância dos NASF, ainda permanece o desafio de sua implantação na maioria dos municípios participantes desta pesquisa.

No município onde houve a implantação do NASF, pôde-se observar que houve o fortalecimento do trabalho desenvolvido na ESF e melhoria da qualidade da atenção, conforme relato:

[...] As equipes de Estratégia Saúde da Família ficavam muito isoladas, não tinha com quem compartilhar as outras especificidades, ficando sozinhas para resolver tudo. Ficava meio estrangulada, na verdade. Então com a instalação dessas equipes NASF, veio fortalecer para a Estratégia da Saúde da Família realmente acontecer e melhorou a qualidade da assistência. [...].

No entanto, apesar da inserção do nutricionista no NASF representar uma potencialidade para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, a 8ª pergunta norteadora revelou que a proposta atualmente existente ainda não seria suficiente para atender às demandas na área de alimentação e nutrição, sendo necessário um maior número desses profissionais, levantando um questionamento sobre o número de nutricionistas preconizado para composição dos NASF, o que representa um desafio a ser vencido.

Um nutricionista para onze equipes nos parece a princípio ainda insuficiente, porque a pressão da sociedade e dos profissionais é de assistência [...]. O ideal seria pelo menos um nutricionista em cada Unidade de Saúde [...]. Vai dar para fazer um trabalho melhor do que o que está sendo feito, mas não para atender a demanda, porque a demanda é muito grande. Só seria suficiente se tivesse nutricionista na Unidade Básica para estar ali lidando diretamente com as ações, organizando e seria o profissional correto na Unidade para estar se reportando, para ser responsável na Unidade de saúde pelas áreas da alimentação e nutrição [...].

O único município que relatou ser suficiente justificou dizendo que isso foi possível por ter sido expressiva a inserção de nutricionistas nos NASF.

Na cidade como um todo, como agente pode observar, a presença do profissional nutricionista nas equipes NASF foi grande. Não sei precisar os números, mas foi expressiva e a participação das equipes NASF com a nutricionista da nossa rede tem estimulado o serviço. [...].

Apesar da perda de dados na ordem de 20% (n=01), representada pela falta de informação do município localizado na região sul, dentre os demais municípios entrevistados, outro desafio para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição revelada nas entrevistas abrangeu questões referentes ao vínculo empregatício dos profissionais da ESF interferindo no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição realizadas por eles.

Sim, com certeza, mas não de uma maneira taxativa. O profissional efetivo tem um vínculo maior com a instituição, mas em algumas áreas temos profissionais contratados para também trabalhar as ações de alimentação e nutrição e que se envolve muito até porque como eles não têm uma estabilidade e precisam se esforçar mais para mostrar o trabalho. Por outro lado, por não ter a estabilidade, podem sair a qualquer momento e aí você tem que capacitar de novo muitos profissionais. Já tem o conhecimento daquela comunidade, você está empenhado no trabalho, mas quando começa a saber de fato o que está fazendo tem que procurar outro emprego e outra pessoa vai ocupar o cargo dela. Então, o profissional contratado é complicado, a prefeitura só pode contratar por dois anos, depois disso não pode nem renovar o contrato. Dois anos e aí aquele profissional é descartado. É todo um trabalho jogado no lixo. O contrato está acabando e vai se desmotivar, começar a faltar para procurar outro emprego porque ele tem uma família para sustentar, o que acaba interferindo diretamente no trabalho dele e o usuário do SUS tem um trabalho que não é contínuo. É um grande entrave a alta rotatividade de profissionais quando não há um vínculo direto com o serviço público e este vínculo empregatício é muito importante para a continuidade do trabalho e para a segurança daquele profissional.

E apesar das respostas dadas relatando a não interferência do vínculo empregatício no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, houve relato sobre a inferência da diferenciação salarial em Unidades mistas, onde têm profissionais

de Unidades tradicionais e profissionais da ESF às vezes interfere no desenvolvimento das ações, mesmo que de forma mínima.

O que emperra muitas vezes são Unidades Mistas que dividem o mesmo espaço físico, é Unidade de modelo tradicional e tem equipes que trabalham a Estratégia Saúde da Família. Às vezes dá confusão por questão salarial. Então, assim... às vezes agente esbarra muito nisso assim e diz "ah que não tem profissional para fazer, onde o profissional que tem é da demanda tal" e aí o PSF atende tudo. Aí a questão salarial que ele sabe que é diferenciada as vezes dá algum probleminha, mas assim... é mínimo. Agente não tem tido problemas que interfiram sério nas ações de modo a comprometer o andamento, não.

Em relação às potencialidades para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, expressada na forma como as coordenações responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição tem motivado os profissionais que trabalham com as ações de alimentação e nutrição em sua equipe, os resultados revelaram que 40% (n=02) das entrevistadas motivam por meio da realização de um planejamento integrado, decisões conjuntas e elogiando o trabalho desenvolvido pelos mesmos.

Agente tem motivado nesse sentido de distribuir materiais, de chamar, de discutir, de participação, construir junto aquela proposta, poder participar de um planejamento integrado e há tomada de decisões conjuntas. Isso muda tudo [...]. Fazemos a diretriz para agente atuar e agente está avançando muito nesse trabalho em equipe. Agente está abrindo as portas, está aberto para todo mundo porque não adianta ter um programa que lindo, fazer a diretriz e a Política, sendo que a adesão é importante, a realidade é importante. Então agente tem tentado, na área de alimentação e nutrição, motivar essa participação e [...] tem tentado também trazer para perto para conseguir enxergar o que está acontecendo e ao mesmo tempo, "olha você está fazendo isso, que legal!"

Outra forma de motivação relatada é por meio do fornecimento de condições de trabalho e enfatizando a união e a ética profissional, além de reuniões de sensibilização com os profissionais das equipes e demonstração de otimismo por parte da coordenação, no entanto houve relato de dificuldade em motivar em virtude das demandas referentes ao cumprimento de programa do governo somadas às atividades diárias, representando outro desafio a ser superado.

[...] Agente tem muita dificuldade nessa motivação porque eu vejo questionando muito aqui o preenchimento do SISVAN, mas não tem como fugir disso. Eles são muito pressionados a trabalhar o SISVAN por conta do Bolsa Família e aí é quando eles ficam muito angustiados. Agente motiva muito através de reunião de sensibilização, sensibilizando eles da importância de fazer isso, não só por eles, mas pela população que dependem daquilo e para eles mesmos, que está monitorando a saúde das crianças. É muita luta para sensibilizar, mas agente consegue.

4.2.2- Análise dos Grupos Focais

Para a análise das respostas obtidas nos grupos focais, as dez perguntas foram agrupadas em quatro grandes blocos e os resultados qualiquantitativos do DSC serão apresentados por meio de quadros contendo as ideias centrais, o número e a porcentagem de respostas obtidas em cada uma delas, seguidas das discussões analíticas ao final de cada bloco.

Bloco 1- “Reconhecimento dos profissionais sobre a importância de trabalhar as Ações de Alimentação e Nutrição na ESF”:

Quadro 5- Ideias centrais categorizadas, número de respostas dadas em cada Ideia Central categorizada e porcentagem da pergunta norteadora 1, obtidas nas entrevistas com profissionais da estratégia Saúde da Família de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

Pergunta norteadora 1	Ideias Centrais (IC) categorizadas	Nº de Respostas	%
1- Qual a importância de trabalhar ações de alimentação e nutrição na população que vocês atendem?	Importante para a promoção da saúde.	5	29,4
	Prevenir agravos à saúde decorrentes da má alimentação.	5	29,4
	Auxiliar no tratamento de agravos à saúde.	3	17,6
	Auxiliar na tomada de decisão da conduta da equipe, agregando conhecimento para execução do trabalho.	3	17,6
	Estimula o comparecimento dos pacientes nas consultas.	1	5,9

Ao analisar a pergunta norteadora 1, referente ao reconhecimento dos profissionais sobre a importância de trabalhar ações de alimentação e nutrição na população que eles atendem, pôde-se observar que a maioria das respostas dadas, aproximadamente 60% (n=10) ressaltaram ser fundamental trabalhar essas ações para que se possa contribuir na prevenção de agravos à saúde e conseqüentemente, na promoção da saúde.

Para que a doença não venha a ser desenvolvida. Todos os dias vemos as pessoas adoecerem com problemas relacionados à alimentação e nutrição. Vemos a importância da nutrição, porque às vezes tem uma doença, mas não tem um remédio tão eficaz quanto uma boa alimentação e a alimentação consegue diminuir a pressão arterial e estabilizar um diabético. O processo saúde e doença está diretamente relacionado a uma boa alimentação. As crianças estão ficando obesas, os adultos estão cada vez mais gordos e doentes. "Há quase um mês atrás, fomos visitar um senhor em sua casa. Estávamos conversando com a esposa dele que é hipertensa e diabética e até encaminhamos para a nutricionista. A pressão dele estava bem alta. Sabe o que ele disse? 'pressão eu controlo com açaí e com camarão'. Dissemos a ele: 'amanhã passe lá na "casa"

que vamos lhe encaminhar pro médico para ele pedir uns exames, vamos lhe encaminhar até pra nutricionista'. Ele não veio. Uma semana atrás, numa visita, brincamos com ele: 'o senhor nem apareceu lá'. Hoje nos deparamos com ele aguardando e a esposa. 'O que aconteceu?' 'Ele sofreu um derrame!' Quando ele me viu disse: 'eu não vim e olhe o que tá acontecendo comigo?' Entenderam? Os maus hábitos alimentares! Uma pessoa trabalhadora, um taxista, por não procurar melhores orientações quase ele morre! A doença é consequência de toda uma história de vida, de hábitos. Por isso é necessário um trabalho de mudança de hábito o tempo todo, com a criança, com a mãe, na gestação e até o adulto. Então, com a nutrição eles podem acordar para essa realidade.

Outras importâncias relatadas indicaram a influência positiva que uma alimentação pode exercer no tratamento de agravos já instalados, além de auxiliar na tomada de decisão, agregando conhecimento para a execução do trabalho das equipes.

[...] Agente também trabalha muito com cicatrização de feridas de acamados e vemos que ele pode ir ao melhor dermatologista do município, usar a pomada mais cara e não cicatriza, porque não é só a pomada ou o médico bom, é a alimentação. Se ele não manda nutriente no sangue não vai cicatrizar nunca porque a alimentação influencia diretamente na parte clínica, por isso ela é muito importante.

Muita coisa passa pela alimentação. Ela diz muito da cultura da população, fala muito do modo de vida, do comportamento e da história da pessoa. Através dela agente consegue avaliar os hábitos, a rotina, que serve muito para equipe ver o quê pode orientar e o que não dá para orientar. Agente agrega mais conhecimento, que é muito legal e com o apoio de uma nutricionista do NASF agente se sente respaldados, seguros e mais tranquilos na execução do nosso trabalho.

No entanto, apesar de menos expressiva, correspondendo a apenas aproximadamente 6% (n=01) das respostas obtidas nesta pergunta, chama a atenção a IC central referente à influência positiva que as ações de alimentação e nutrição trabalhadas têm exercido na população, estimulando o comparecimento dos pacientes às consultas nas UBS, ressaltando que além das importâncias já tão conhecidas, esta tem sido mais uma contribuição ao serem trabalhadas essas ações junto à comunidade.

Agente vê que com as palestras nessa área, eles vão ficando cada vez mais informados, se interessam mais e vêm para consulta. A mãe traz a filha, traz o marido.

Bloco 2- “O desenvolvimento das ações”:

Quadro 6- Ideias centrais categorizadas, número de respostas dadas em cada Ideia Central categorizada e porcentagem das perguntas norteadoras 2, 3, 4 e 6, obtidas nas entrevistas com profissionais da estratégia Saúde da Família de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

Pergunta norteadoras 2,3, 4 e 6	Ideias Centrais (IC) categorizadas	Nº de Respostas	%
<i>2- Quais as demandas relacionadas à alimentação e nutrição vocês atendem?</i>	Hipertensão e diabetes.	4	40,0
	Obesidade em adultos e infantil.	3	30,0
	Consumo precoce de alimentos industrializados e açúcar.	2	20,0
	Doença mental e hanseníase.	1	10,0
<i>3- Existe(m) alguma(s) ação(ões) que vocês consideram importante(s), mas que não está(ão) sendo feita(s) atualmente? Se sim, quais?</i>	Sim. Implantação de hortas.	3	27,2
	Sim. Dar continuidade ao desenvolvimento de ações anteriormente realizadas.	2	18,2
	Sim. Educação nutricional infantil nas escolas.	2	18,2
	Sim. Prevenção de transtornos alimentares e orientação sobre a introdução de alimentos para o bebê e criança.	1	9,1
	Sim. Grupos sobre alimentação para jovens e adolescentes.	1	9,1
	Sim. Sensibilização de professores e pais.	1	9,1
	Sim. Palestras orientando a compra alimentos da	1	9,1

		estação por serem mais baratos.		
4- Como são desenvolvidas as ações de alimentação na população que vocês atendem?	Desenvolvimento de grupos, oficinas, cursos e palestras.	10	27,8%	
	Orientação nas residências sobre a compra, a escolha e a substituição de alimentos por mais saudáveis.	06	16,7%	
	A identificação das demandas é feita na busca ativa (residências) e na triagem (Unidades).	05	13,9%	
	Realizando trabalhos nas escolas.	04	11,1%	
	Trabalho multidisciplinar e articulação entre a equipe.	03	8,3%	
	Reuniões da equipe para planejamento e apoio matricial.	03	8,3%	
	Enfermeiras fazem o acompanhamento e para palestras a nutricionista é convidada.	02	5,5%	
	Trabalhando a nutrição com todos da família, especialmente na zona rural.	02	5,5%	
	Além do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, são desenvolvidas ações com base no diagnóstico local.	01	2,9%	
6- Existe alguma parceria para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição junto à comunidade? Se sim, qual(ais)?	Sim, com Faculdade/Universidade.	04	23,5%	
	Sim, com igrejas, centro/lideranças comunitárias e bar.	04	23,5%	
	Sim, com padarias, supermercados e açougues.	04	23,5%	
	Sim, com o governo e Estado.	02	11,8%	
	Sim, com creches e escolas.	01	5,9%	
	Sim, com a comunidade.	01	5,9%	
	Não. Houve tentativa com a Universidade Federal, mas não foi aceita por falta de espaço físico e de nutricionista na Unidade.	01	5,9%	

As respostas obtidas neste bloco revelaram que as demandas mais comuns têm sido a hipertensão, o diabetes e a obesidade em adultos e crianças, estando estes agravos presentes em 70% (n=07) das respostas dos entrevistados, condizendo com o panorama nacional e mundial, onde cada vez mais a obesidade tem crescido de forma

preocupante e em indivíduos cada vez mais jovens, desencadeando o aparecimento de doenças oportunistas tais como as relatadas, hipertensão e diabetes.

Está crescendo muito a obesidade, inclusive infantil. Crianças e adultos estão cada vez mais gordos e doentes, consequência dos maus hábitos alimentares que começam errados lá no início, na amamentação. Com a obesidade vem as doenças oportunistas, que tem sido crescentes e precisam ser trabalhadas.

É interessante observar que uma das causas associadas ao ganho de peso tem sido o aumento no consumo de alimentos industrializados, inclusive por crianças, informação esta referida nas entrevistas realizadas.

Agente tem percebido muito uma introdução muito precoce de alimentos industrializados, de refrigerantes e de açúcar, antes mesmo dos seis meses de idade. Já ouvimos mães falarem: 'refrigerante não mata, porque se matasse estaríamos todos mortos. Então, por que meu filho não pode?' E quando se orienta na introdução de novos alimentos para dar preferência para os alimentos naturais, perguntam: 'como vou fazer um suco sem açúcar, que graça que tem um suco sem açúcar?' Também há muitas crianças que comem biscoitos industrializados. Leva no lanche da escola e às vezes chegam lá para vacina ou para consulta e quando agente olha para mãozinha, está com os biscoitos. Agente pergunta: 'ele come isso todo o dia?' Aí ela responde 'não, de vez em quando ele leva pro colégio pra lanchar e em casa também'. Optam por isso pela facilidade e também pela questão de hábito, então agente tem trabalhado bastante com isso.

Segundo a WHO e FAO por muitos dos alimentos industrializados serem ricos em gorduras e carboidratos refinados, apresentando elevado valor energético, o consumo inadequado, em excesso e muito frequente destes alimentos, pode comprometer a saúde da criança, se perpetuando na idade adulta, sendo ainda mais preocupante saber que o aumento da oferta desses alimentos podem influenciar

diretamente nos padrões alimentares da população, principalmente das crianças, uma vez que os primeiros anos de vida se destacam como um período muito importante para o estabelecimento de hábitos, o que merece uma atenção especial quanto à este dado obtido nesta pesquisa, no que tange à uma maior atenção e melhor direcionamento das ações de alimentação ofertadas nas UBS.

Em relação às ações consideradas importantes, mas que não estão sendo feitas atualmente, 27,2% (n=03) das respostas dadas foram referentes à necessidade de implantação de hortas para auxiliar na melhoria da qualidade alimentar da população, seguida da necessidade de trabalhar a educação nutricional desde a infância, nas escolas, dar continuidade nas ações anteriormente realizadas, com 18,2% (n=02) cada, bem como a necessidade de realizar grupos sobre alimentação para jovens e adolescentes, orientação para a compra alimentos da estação por serem mais baratos, trabalhar a prevenção de transtornos alimentares e orientar mais sobre a introdução de alimentos para o bebê e criança, correspondendo cada uma a 9,1% (n=1) das respostas.

Sobre o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição nos municípios, a maior parte das respostas se concentrou no desenvolvimento por meio da realização de grupos, oficinas, cursos e palestras com a comunidade objetivando a promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como orientação nas residências sobre a compra, a escolha e a substituição de alimentos por mais saudáveis, totalizando 44,5% (n=16) das respostas.

Nas visitas, agente sempre fala de alimentação. [...] Agente faz aquela orientação básica com relação aos horários, ao fracionamento e procura ver que tipo de alimentação aquela pessoa faz uso, como é feita aquela alimentação, a compra e como é a manipulação. [...] Ao entrar na casa das pessoas, agente descobre coisas que jamais saberíamos se agente não tivesse fazendo essa visita. Descobre que o hipertenso que tomou seu remedinho está fazendo seu lanche com bolachinha cheia de sal. Porque quando agente pergunta à ele, ele jamais diz e quando agente encontra mães dando um refrigerante agente diz: 'pega um limão com um pedacinho da cenoura, porque fica gostoso e muito melhor do que o

refrigerante'. Agente orienta a retirar as coisas negativas e produzir coisas novas. Isso é importantíssimo!

Outras formas de desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição identificadas são por meio da realização de trabalhos nas escolas e especialmente na zona rural, a nutrição é trabalhada com todos da família durante a visita, sendo estas ações desenvolvidas com base no diagnóstico local, além do que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

A identificação das demandas é feita na busca ativa nas residências e na triagem nas UBS e são realizadas de reuniões entre a equipe para planejamento das ações de alimentação e nutrição e apoio matricial do nutricionista, sendo as enfermeiras as responsáveis por fazer o acompanhamento no dia-a-dia e em caso de necessidade de dar palestras nas UBS, o nutricionista é convidado.

Em relação à existência de parcerias para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, 94,1% (n=16) das respostas revelaram haver parcerias, dentre as quais 70,5% (n=12) concentraram-se em parcerias com Faculdade/Universidade, igrejas, lideranças/centro comunitário, bar, padarias, supermercados e açougues. Parceria com o governo/Estado para o desenvolvimento das ações foi contemplada em apenas 11,8% (n=2) das respostas, valor semelhante às parcerias com creches/escolas e com a comunidade. Em contrapartida, embora menos expressiva, porém não menos importante, 5,9% (n=01) das respostas revelaram a tentativa frustrada de parceria junto à uma Universidade, devido a problemas estruturais e falta de nutricionista na UBS, o que revela um dado preocupante.

Bloco 3- "Dificuldades, conflitos e desafios para a oferta das ações de alimentação e nutrição":

Quadro 7- Ideias centrais categorizadas da perguntas norteadoras 5, 7, 8 e 9, obtidas nas entrevistas com profissionais da ESF de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

Perguntas norteadoras 5, 7, 8, 9.	Ideias Centrais (IC) categorizadas	Nº de Respostas	%
5- Qual (ais) a(s) dificuldade(s) encontrada(s) pela equipe para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição com a população de seu município?	Trabalhar os hábitos alimentares inadequados e a resistência à mudança desses hábitos.	10	20,0
	Falta de conhecimento técnico e do auxílio de um nutricionista.	07	14,0
	Suprir a demanda.	07	14,0
	Trabalhar com aspectos culturais que permeiam a alimentação.	05	10,0
	Estímulo da mídia influenciando o consumo de alimentos não saudáveis.	04	8,0
	Orientar a população nos casos de falta de recursos financeiros.	04	8,0
	Demanda assistencialista.	04	8,0
	Cultura medicamentosa.	02	4,0
	Falta de articulação entre a equipe.	01	2,0
	Busca por praticidade interferindo na qualidade da alimentação.	01	2,0
	Falta de orientação sobre a utilização de alimentos fornecidos pelo programa municipal.	01	2,0
	Burocracia para liberação de espaço físico para o desenvolvimento das ações.	01	2,0
	Falta de assiduidade do paciente nos grupos atrapalhando a continuidade das ações.	01	2,0
Orientação nutricional feita sem adequação à realidade da população.	01	2,0	
Baixa adesão do usuário quanto à orientação para a ida à Unidade.	01	2,0	
7- Há alguma parceria que gostaria de fazer para auxiliar no desenvolvimento das ações de alimentação e	Sim, com órgãos do governo municipais e federais.	06	30,0%
	Sim, com a Universidade.	05	25,0%
	Sim, com sociedades civis de direito privado.	05	25,0%

<i>nutrição?</i>			
	Sim, com outros Estados.	01	5,0%
	Sim, com cooperativa.	01	5,0%
	Sim, com creche.	01	5,0%
	Sim, com associações comunitárias.	01	5,0%
8- Há condições de trabalho em relação à infraestrutura, disponibilidade de recursos e apoio para o desenvolvimento de suas atividades diárias? Por quê?	Não, por problemas infra-estruturais.	17	48,5%
	Não, pela falta suporte do governo.	05	14,3%
	Não, pela falta de recursos humanos.	04	11,4%
	Não, pela falta de recursos financeiros.	04	11,4%
	Sim, pela melhoria das condições infra-estruturais, porém falta tempo para fazer atendimento humanizado.	03	8,6%
	Sim, por motivação pessoal.	01	2,9%
	Sim, por haver comprometimento da gestão.	01	2,9%
9- Vocês se sentem valorizados e/ou motivados para exercerem seu trabalho? Por quê?	Não, por questões financeiras.	07	21,9%
	Não, pela sobrecarga e falta de condições de trabalho.	07	21,9%
	Não, pela falta de reconhecimento e de respeito por parte da gestão.	05	15,6%
	Sim, pela comunidade.	04	12,5%
	Sim, pela existência de capacitações, condições de trabalho, valorização da gestão e salarial.	04	12,5%
	Não, pela instabilidade contratual.	03	9,4%
	Oscila.	01	3,1%
	Sim, por ter satisfação com o trabalho que realiza.	01	3,1%

Analisando as IC sínteses da pergunta norteadora 5 obtidas nos grupos focais, pôde-se observar que algumas dificuldades para o desenvolvimento das ações

relatadas pelos profissionais revelaram problemas muito mais abrangentes que envolvem questões sócio-econômicas e culturais da população, bem como dificuldades pela falta de uma integração e articulação entre a equipe e com a própria gestão municipal para liberação de espaço físico, além da dificuldade em trabalhar os hábitos alimentares inadequados pela resistência da população à mudança desses hábitos e a busca por assistência.

No entanto, chama à atenção o grande número de relatos nas questões referentes à *'falta de conhecimento técnico e do auxílio de um nutricionista'* e *'dificuldades em suprir a demanda'*, que totalizaram 28% (n=14) dos relatos.

Agente como enfermeiro, médicos, não tem uma especificidade de estar fazendo uma prescrição dietética, agente fala muito no geralzão. Fica difícil para um profissional que não é da área da nutrição elaborar um cardápio de acordo com o que o paciente tem, com a deficiência que ele tem e também ajustar com o que ele tem em casa. Agente não tem tempo e nem tem o conhecimento como a nutrição. Agente faz por cima. Agente programou uma reunião para gestantes e o módulo seria alimentação só que agente não tem um embasamento, aí agente vai para a internet, mas não se faz profissional de internet. Então fica difícil pra gente. Quem vai dar a aula? Nós recebemos apenas algumas capacitações e em algumas Unidades só, mas muito pouco. Agente tenta passar o que é de vivência da gente, mas não é o recurso profissional que agente teria com o nutricionista. Muitas vezes vemos a enfermeira fazer receita de sopinha, copiando e ensinando, mas passa uma semana a mãe já esqueceu e aí a criança volta para o saquinho de biscoitos de novo. Por mais que agente tente fazer essa questão da alimentação, agente não consegue. Aí entra a questão do nutricionista.

Agente está sempre correndo atrás do prejuízo. A demanda é muito grande e o número de profissionais é pequeno. Como fazer trabalho compartilhado? Existe uma demanda reprimida, nem todos têm esse acesso. É um médico para quatro mil pessoas, então não anda. Tem que

escolher quem vai ser atendido, se o hipertenso, se o diabético e você faz um tratamento, mas tem paciente que volta dez vezes e ele tem umas 05 ou mais patologias e agente não tem profissional suficiente. Vemos que o norteador do PSF é qualitativo, mas o resultado ainda é quantitativo. É difícil. Muitas vezes olhamos só a quantidade e não a qualidade. Eles reclamam que o auxiliar não vai mais na casa deles como ia antes. Com relação ao acompanhamento nutricional, funciona com grande dificuldade. Nós temos uma grande dificuldade de fazer o nosso plantão porque temos que cobrir as equipes do PSF e a demanda com todas as especialidades. Aí fica complicado.

Esses DSC revelam que apesar do esforço em atender as demandas relacionadas à alimentação e nutrição, os profissionais não têm o preparo necessário para trabalhar essas ações, em virtude da falta de conhecimento, comprometendo o desenvolvimento das mesmas, refletindo conseqüentemente na dificuldade em suprir a demanda, por falta de profissionais. Estas constatações revelam a urgência em se criar soluções de enfrentamento desses problemas e repensar a forma como profissionais de saúde, comprometidos com a prestação de serviços à população, têm desempenhado suas funções, conforme observado por Castro (2007), especialmente no que tange a falta de recursos humanos e investimentos em capacitações.

Chamou a atenção também a dificuldade de desenvolver as ações de alimentação e nutrição em virtude da influência que a mídia tem exercido na população, estimulando o consumo de alimentos nem sempre saudáveis.

Uma coisa que dificulta muito para população não aderir de forma maciça para a mudança e pramente não avançar de uma forma mais rápida é que temos a mídia que trabalha muito contra. Agente vê a introdução precoce dos alimentos, principalmente os açúcares estimulado pela mídia. Agente educa, orienta e nos aproximamos mais das famílias, mas 'como mudar hábitos?'. Existe uma exigência do Ministério da Saúde pramente fazer alguma coisa, agente tem falando, orientando, chegando à família e aí vem a mídia, que às

vezes é contra. Acabamos lutando por uma coisa que está bem mais visível diariamente do que a nossa fala enquanto profissional. Não é só isso, mas é um ponto para pensar.

De igual modo, a cultura medicamentosa tanto por parte dos pacientes quanto de médicos relatada como dificuldade para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, merece atenção por revelar dados preocupantes, demonstrados na fala abaixo descrita.

A população em geral tem hábitos de difícil correção só que tem também a questão do paciente que prefere tomar o comprimido tal hora e comer uma feijoada em seguida. É muito difícil mudar comportamento alimentar numa população que está acostumada a tomar remédios para o problema. Por outro lado, tem a questão da cultura medicamentosa também por parte do médico. É muito mais fácil orientarem uma prescrição médica em cinco minutos do que fazer uma orientação nutricional em meia hora!

Essa realidade demanda mudanças, a começar pelos profissionais, uma vez que suas atitudes e formas de condutas podem exercer influência direta na forma de agir dos pacientes, para então viabilizar o trabalho sobre a importância de mudanças de comportamento e hábitos na população por eles atendida.

Outras dificuldades relatadas pelos profissionais entrevistados permearam questões referentes à falta de condições de trabalho em relação à infraestrutura, disponibilidade de recursos e apoio para o desenvolvimento de suas atividades diárias e inclusive para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição. Aproximadamente 86% (n=30) das respostas obtidas revelaram não haver condições de trabalho ideais, especialmente pela existência de problemas infra-estruturais, pela falta de espaço físico, de equipamentos, de materiais, de salas, de cadeiras, de água para beber e falta de tempo para realizar atendimento humanizado, bem como falha na manutenção/reparos de equipamentos e falta de segurança nas UBS, culminando no

comprometimento do desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição nos municípios.

As condições de trabalho são difíceis. Faltam materiais, insumos como luvas, medicamentos e os equipamentos são precários, a quantidade é insuficiente e a manutenção é muito falha. Balanças de adulto agente não tem nenhuma excelente e a balança pediátrica agente tem que fazer o revezamento, do contrário as crianças ficam sem se pesar ou então pesa a mãe com a criança na de adulto. Já chegamos a ficar sem a balança pesa bebê por anos. Às vezes agente sente falta até de um aparelho de pressão que é uma coisa tão simples. Com relação ao espaço físico o prédio é pequeno para a nossa realidade. Houve uma promessa de aumentar, mas ficou na promessa. Faltam salas para atender, cadeiras e fica difícil estar atendendo o idoso, a criança, a gestante. Quando falamos em nutrição temos que ver isso, porque até para educar a comunidade você precisa de espaço. Às vezes tem equipe se reunindo no refeitório. A nossa sala de consulta é pequena, não tem ventilador e o posto fica do lado do sol. Não tem condições! Pela falta de espaço na Unidade, as mães não aceitam esperar tanto para fazer o peso da sua criança e a altura. Quando conseguimos espaço as mães atendem, mas se for na Unidade muitas mães vão embora porque não agüentam esperar e isso dificulta o nosso trabalho. Temos que nos virar com o que temos e quando não produzimos somos cobrados, mas não nos dão condições de trabalho e aí agente fica brincando de atender, porque acabamos não conseguindo atender à demanda e nem fazemos o trabalho preventivo porque não temos as condições necessárias para levar adiante esse trabalho. Também falta mais segurança. Já houve assalto na Unidade e levaram computador, ar-condicionado e outras coisas. Com isso, a comunidade está desacreditada dos serviços porque ela vem e não tem estrutura para ser atendida. Há anos não vemos um retorno: 'olha, agente não tem condições agora, mas agente está atento'. Só querem saber de cobrar, cobrar, cobrar, mas agente nunca perde a esperança e nos

desdobramos para fazer o melhor como profissional e como pessoa porque agente reconhece o valor de uma vida.

Também foram expressivos os relatos que pontuaram a existência de dificuldades pela falta de recursos humanos, financeiros e falta de suporte do governo, totalizando 37,1% (n=13) das respostas. No entanto, apesar da grande maioria das respostas terem apontando para falta de condições de trabalho adequados, pôde-se observar que aproximadamente 14% (n=05) revelaram haver condições especialmente em decorrência de melhorias na infraestrutura e salarial, bem como por haver motivação pessoal impulsionando o desenvolvimento das ações, mesmo em meio às dificuldades e existir um gestor comprometido em fornecer condições de trabalho aos profissionais da UBS.

Em relação aos conflitos identificados por meio da pergunta norteadora 9, foi possível observar que a falta de valorização e motivação, presente em 71,7% (n=22) das respostas, revelaram que os profissionais no geral têm estado desmotivados e sentem-se desvalorizados, especialmente pela falta de valorização financeira, sobrecarga de trabalho, falta de condições de trabalho e falta de reconhecimento e respeito por parte da gestão.

O salário está muito baixo e isso desanima. Trabalhamos porque gostamos mesmo [...].

Sentimos muito a questão das metas. Às vezes o profissional é avaliado pelo número e não pelo que ele faz. Pode ser um excelente profissional, mas não conseguiu atingir aquela meta, é taxado como preguiçoso, porque não trabalhou, enrolou, faltou ao trabalho e isso frustra! [...] Tem muitas coisas que agente faz e não entra como meta. As crianças que tão com dificuldade de alimentação que agente ajuda também e não entra como meta [...].

[...] Agente sabe que agente faz diferença onde estamos e é por saber que faz diferença na vida daquela população que nos sentimos totalmente

desrespeitados. Somos muito cobrados e pouco valorizados e essa falta de valorização faz com que agente trabalhe desmotivado.

Outro dado preocupante revelado nesta pergunta norteadora 9 é referente à desmotivação em decorrência da instabilidade contratual, interferindo no desenvolvimento do trabalho.

Quem é contratado tem medo de ir ao Banco porque se chegar e não tiver o seu salário na conta, provavelmente foi demitido. Quando agente assina o contrato, sabe que pode ou não ser renovado, mas se não vai ser renovado é dever do município informar no final do mês. Ficamos desmotivados também porque o tempo todo estão dizendo que agente vai sair porque somos contratados só por dois anos e isso reflete em desmotivação até para ajudar um paciente porque agente vai até a comunidade, mas nem sabe se vai voltar na semana seguinte [...].

Segundo Farias e Vaitsman (2002), esse tipo de relação trabalhista por contratos sem concurso público é um importante dado a ser destacado, uma vez que as diferentes formas de contrato podem gerar tensões, conforme observado nesta pesquisa, exercendo influência no desenvolvimento do trabalho.

Embora expressivo o percentual de relatos acima descritos, é interessante observar que os motivos relatados em justificativa à falta de valorização e motivação são semelhantes os expostos em 25,8% (n=8) das falas dos profissionais que se sentem motivados e valorizados, tais como: existência de capacitações, melhoria das condições de trabalho, valorização da gestão e melhoria salarial, o que demonstram que estes fatores são relevantes para o pleno desenvolvimento das atividades nas UBS. No entanto, merece destaque o número de profissionais que relataram se sentirem valorizados sim, mas pela comunidade que correspondeu a 12,5% (n=04) das respostas.

Há valorização pela comunidade, não pela gestão. Apesar das dificuldades que nós passamos, o que motiva agente é a gratidão que agente tem das pessoas. Agente estar vendo que o nosso trabalho está

tendo algum resultado nos dá motivação pra gente continuar todo dia. A comunidade nos dá muito apoio, eles têm o maior carinho, ela reconhece a dificuldade que nós temos e ainda assim confia no nosso trabalho. É realmente gratificante esse reconhecimento da comunidade. Essa é a valorização que nós temos. O pouco de alegria vem da comunidade mesmo.

Em relação à pergunta norteadora 7, as ideias centrais revelaram desafios no que tange à necessidade de parcerias que gostariam de fazer para auxiliar no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, relatada em 100% (n=20) das respostas dadas, especialmente com órgãos do governo municipais e federais, com Universidades e com sociedades civis de direito privado.

Agente precisa de parcerias tanto municipal quanto alguma coisa nova na gestão, já que agente está tentando mudar o modelo, trabalhando com a alimentação, o que para todos ainda é novo. [...] Precisamos do apoio da educação tendo uma participação efetiva, trabalhando hábitos já na oferta da merenda. Também uma parceria com o próprio Ministério da Saúde em termos de recursos para nós e em termos de políticas públicas, talvez junto com o gestor local [...].

A Universidade é um centro de excelência, uma referência para nós, mas agente ainda não consegue ver a Universidade chegando junto da gente. Seria interessante essa parceria, principalmente com a federal. Tendo parceria agente pode levar essas pessoas para orientar na comunidade o que melhoraria bastante principalmente na questão de palestras, educação e saúde com esses grupos. Nós preparamos uma capacitação com os ACS, mas quando temos alguém de fora para falar parece que a atenção é maior, até porque eles nos vêem todos os dias e não é diferente na comunidade. Acho que a comunidade vai receber com maior atenção e em maior número também. [...].

O terceiro setor ainda não conseguiu estar ativo quanto à estratégia de Saúde da Família. Ninguém quer patrocinar a área da saúde, porque não há interesse nesse sentido. Até pensamos em tentar parceria, mas vemos a dificuldade quando se diz que é para a Unidade básica e ainda mais na periferia, onde não vai aparecer tanto e se não aparecem, então aparece a dificuldade. [...].

Também foi relatada necessidade de mais parcerias com cooperativa, creches, associações comunitárias e com outros Estados, para que as ações possam ser melhor desenvolvidas junto à comunidade.

Deveríamos também nos entrosar com parcerias de outros estados. Fazer uma mesa redonda para trocar experiências, pegar ideias novas para enriquecer.

Com um sistema de cooperativa que o que eles plantassem fosse devolvido em lucro. Ter um lugar que ele pudesse vender a produção. Eu acho que iria melhorar muito a condição alimentar deles.

Estávamos pensando em creche, onde a criança fica bom tempo do dia num trabalho com educadores. Seria interessante atingir

Em termos de espaço, precisaríamos usar mais as associações comunitárias.

BLOCO 4- “Potencialidades para a superação dos desafios, visando a melhoria das ações de Alimentação e Nutrição desenvolvidas na ESF”:

Quadro 8- Ideias centrais categorizadas da pergunta norteadora 10, obtidas nas entrevistas com profissionais da ESF de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

Pergunta norteadora 10	Ideias Centrais (IC) categorizadas	Nº de Respostas	%
<i>10- O que vocês acham que poderia ser feito para superar os desafios, de forma a melhorar a oferta das ações de alimentação e nutrição em seu município?</i>	Incluir o nutricionista.	07	21,2
	Trabalhar a mudança de hábitos desde a infância, de forma multidisciplinar e em articulação com escolas.	05	15,2
	Persistir na educação nutricional, trabalhando com toda a família.	04	12,2
	Realizar um trabalho de forma contínua e capacitar a população de forma criativa, com novas ideias.	04	12,2
	Ter mais tempo para o atendimento e planejamento das ações.	03	9,1
	Ter maior articulação entre a equipe e apoio da gestão.	02	6,1
	Melhorias no espaço físico.	01	3,0
	Desvincular a escolha do gestor de aspectos políticos.	01	3,0
	Controle de propaganda de alimentos, pelo estado.	01	3,0
	Ter incentivo do governo para plantação de hortas.	01	3,0
	Ter treinamentos sobre alimentação alternativa e agricultura de subsistência.	01	3,0
	Articular com profissionais da saúde mental e pactuar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição no município.	01	3,0
	Investir mais no aleitamento materno.	01	3,0
Considerar as necessidades e condições da população para então elaborar as orientações.	01	3,0	

Em relação ao Quadro 10, pôde-se observar que as IC pontuaram necessidades relevantes para superação dos desafios, apontando para a necessidade de maior atuação e apoio dos municípios em relação à melhoria do espaço físico e desburocratização para conseguí-lo, desvinculação da escolha do gestor de indicações

políticas, ter mais tempo para atendimento e planejamento e pactuar a Política de Alimentação e Nutrição.

Foi interessante observar também que cerca de 15% (n=05) das IC apontaram para a importância do desenvolvimento do trabalho de forma multidisciplinar desde a infância, articulando com o trabalho nas escolas, conforme relato abaixo descrito.

O cuidado tem que vir desde criança para ser um adulto saudável. Agente tem que educar as crianças em primeiro lugar porque se agente não trabalhar os hábitos alimentares desde a base, agente vai ficar dando murro em ponta de faca pro resto da vida! [...] É importantíssimo a equipe trabalhar junto e também seria interessante articular com escolas para estar passando informação, levando a nutricionista lá.

Em nível federal, os DSC refletiram além da necessidade de se ter um incentivo à implantação de hortas para estimular o consumo de alimentos mais saudáveis, a necessidade do Estado controlar as propagandas de alimentos por exercerem influência no consumo de alimentos não saudáveis.

O Estado tem a obrigação de proteger os nossos filhos contra propaganda de alimentos pouco saudáveis. Adianta promover sem proteger? Temos que proteger também e essa proteção precisa ser dada pelo Estado.

No entanto, a maior forma de superação dos desafios para melhorar a oferta de ações de alimentação e nutrição em seu município relatada foi a necessidade primordial de se incluir o nutricionista de forma mais expressiva na ESF para fazer um trabalho mais direcionado, proporcionando maior eficácia e efetividade das ações ofertadas, correspondendo a 21,2% (n=07) das respostas.

Devia ter mais profissionais porque a demanda é muito grande. Todos querem marcar com o nutricionista, mas a demanda de profissionais é pouca. Então, falta melhorar em nível de profissionais. Se tivesse o profissional nessa área seria mais fácil. Dentro das nossas competências,

agente tenta fazer o máximo, mas agente não tem como fazer um trabalho completo em relação à nutrição, não é o bastante e agente leva muito tempo fazendo. É muita carga e só aquela orientação que o médico ou a enfermeira faz com muito gosto não substitui uma dietazinha programada. Hoje, pra agente avançar um pouco mais com a nutrição, realmente teria que ser incluído um profissional, uma referência e de uma forma ativa, não só no papel. Agente tem essa necessidade primordial de ter um profissional específico para fazer um trabalho mais direcionado para a nutrição. Que não tivesse um profissional em cada Unidade, mas tivesse pelo menos um como demanda espontânea para atender já melhoraria bastante porque não dá pra fazer as atribuições específicas do nutricionista.

Esta fala revela que apesar da disposição dos profissionais desenvolverem as ações de alimentação e nutrição com a comunidade, estes não têm o preparo necessário para desenvolvê-las de forma adequada, contemplando todas as facetas ao se trabalhar essas ações por não conseguem desempenhar as atribuições específicas do nutricionista, inviabilizando o desenvolvimento de ações mais completas e específicas.

Em relação à visão dos observadores dos Grupos Focais, os dados obtidos revelaram que os profissionais entrevistados de forma geral apresentaram-se bem receptivos e contribuíram de forma significativa para enriquecimento dos debates direcionados pelos moderadores. No entanto, em alguns dos municípios foi necessária maior intervenção dos moderadores para retomada ao tema de algumas perguntas feitas, especialmente relativas às dificuldades para realização das ações de alimentação e nutrição, às condições de trabalho, à valorização e motivação para desenvolverem as ações e ao que poderia ser feito para superar os desafios para oferta das ações de alimentação e nutrição, em virtude do grande número de participantes falando simultaneamente, bem como em algumas situações onde as perguntas se

desvirtuavam para questionamentos e pedidos de auxílio aos pesquisadores para que intercedessem por melhorias junto ao Ministério da Saúde.

4.3- ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Os dados foram analisados seguindo a ordem das perguntas norteadoras que compuseram o Roteiro de Observação (*Apêndice 5*), seguida da interpretação escrita e representações gráficas, conforme disposição abaixo.

A despeito das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nas UBS visitadas, pôde-se observar que em 60% (n=03) delas são realizadas por meio do desenvolvimento de grupos e 40% (n=02), por meio de consultas individuais, conforme demonstrado no gráfico 5.

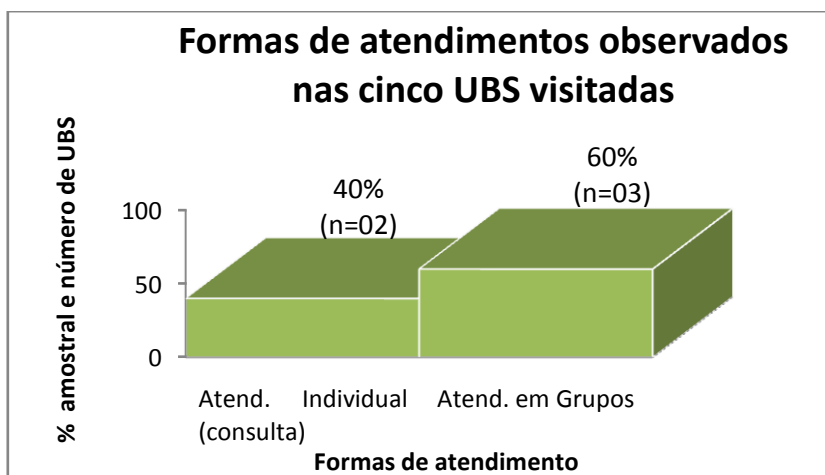


Gráfico 5 - Formas de atendimentos observados em cinco UBS de cinco municípios brasileiros de grande porte. Brasil, 2011.

Dentre os atendimentos em grupos, em todas as UBS visitadas são desenvolvidas atividades com gestantes e hipertensos e diabéticos. Em relação ao grupo de idosos e crianças, estes encontram-se presentes em 60% (n=03) e 40%

(n=02) das UBS visitadas, respectivamente. Também foi identificado o desenvolvimento de grupos de adolescentes, adultos, obesidade e pacientes com síndrome plurimetabólica, correspondendo a 20% (n=01) das UBS visitadas, cada, conforme abaixo demonstrado.

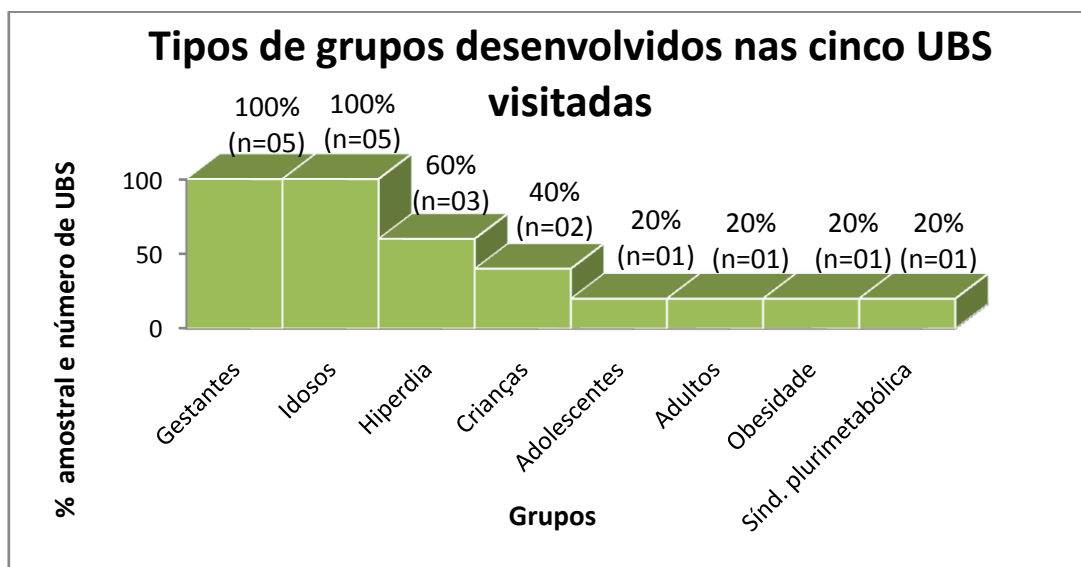


Gráfico 6 - Tipos de grupos desenvolvidos em cinco UBS de cinco municípios brasileiros de grande porte. Brasil, 2011.

Com relação à presença de nutricionistas nas UBS visitadas, as observações revelaram que este profissional encontra-se presente em 60% (n=03) dos municípios ao qual pertencem as UBS, sendo apenas 50% (n=02) destes profissionais pertencentes à UBS, uma vez que os demais (n=02) são oriundos dos NASF.

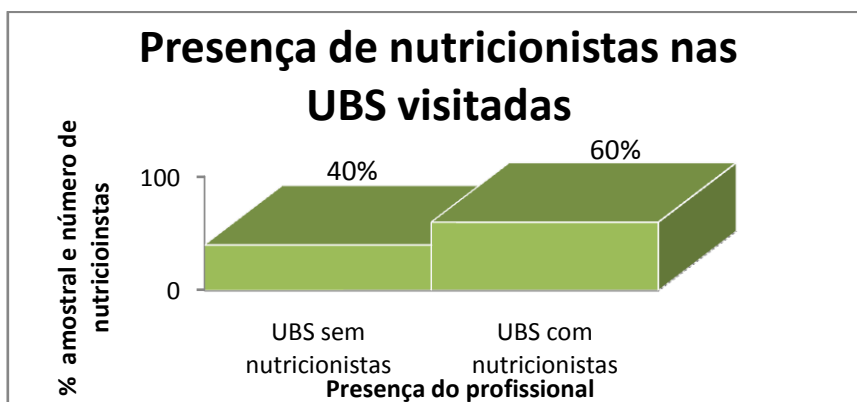


Gráfico 7 - Presença de nutricionistas em cinco UBS de cinco municípios brasileiros de grande porte. Brasil, 2011.

No entanto, a ausência de nutricionistas em 40% (n=02) das UBS visitadas é um dado preocupante uma vez que a alimentação é uma temática trabalhada diariamente nas Unidades, a exemplo dos grupos desenvolvidos pelas mesmas, acima descritos, onde o trabalho com essa temática é fundamental e imprescindível.

Com relação aos profissionais responsáveis pela coordenação da oferta das ações de alimentação e nutrição nas UBS, os dados obtidos na Observação revelaram que apesar das ações serem referentes à alimentação e nutrição, sendo o nutricionista o profissional mais habilitado para coordená-las, este profissional têm exercido esse papel em apenas 40% (n=2) dos municípios visitados, sendo esta atividade desenvolvida em maior parte por enfermeiras das UBS, conforme demonstrado graficamente abaixo, o que nos leva à reflexão sobre a necessidade de uma maior inserção destes profissionais na ABS.

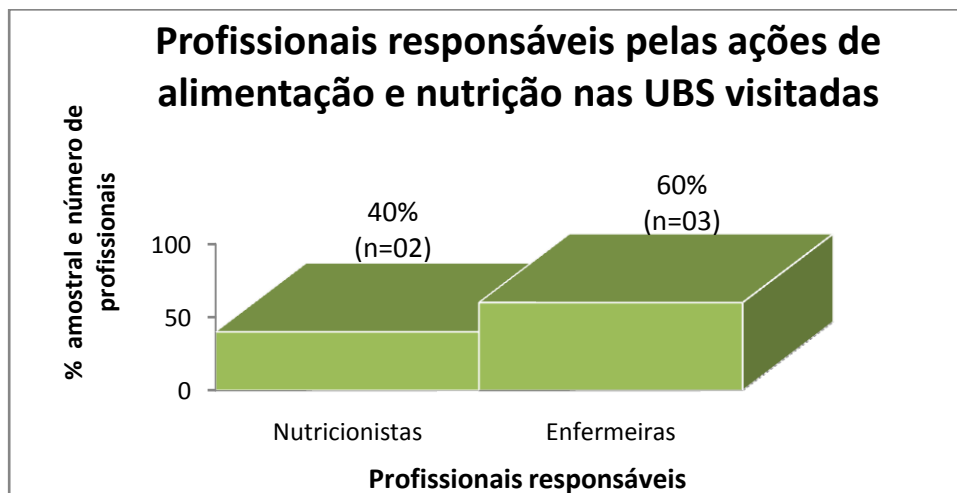


Gráfico 8 - Profissionais responsáveis pelo desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição em cinco UBS de cinco municípios brasileiros de grande porte. Brasil, 2011.

Em relação à observação de alguma ação de alimentação e nutrição sendo desenvolvida no momento da visita às UBS, em apenas um município (20%) foi possível acompanhar, especificamente o trabalho sobre aleitamento materno e importância da alimentação saudável, em um grupo de gestantes. O desenvolvimento deste grupo contou com o envolvimento dos profissionais da Unidade em parceria com estagiários de nutrição e enfermagem de uma Universidade existente no município. Nos

demais municípios (n=04) (80%) infelizmente não foi observada nenhuma ação sendo desenvolvida.

Quanto aos cartazes sobre a alimentação e nutrição, foram encontrados em 80% (n=04) das UBS visitadas, não sendo observado em apenas uma Unidade. Entre os temas abordados, foram observados cartazes sobre a campanha de amamentação, a hipertensão, a Pirâmide Alimentar, alimentação saudável, “Saúde de Ferro”, “Você é o que você come”, “os benefícios das frutas na alimentação” confeccionado por estagiários de nutrição junto com a comunidade e outro sobre alimentação e diabetes, do Ministério da Saúde (MS).

No que tange ao tipo de relação entre os profissionais das UBS visitadas, foi observado a presença de respeito, articulação e integração entre os mesmos, no entanto em 40% (n=2) das UBS refletiram um certo grau de distanciamento e falta de vínculo entre eles, o que preocupa, uma vez que para o desenvolvimento das ações voltadas à saúde, faz-se necessário um trabalho multidisciplinar de modo a permitir o alcance do atendimento de forma eficaz e integral.

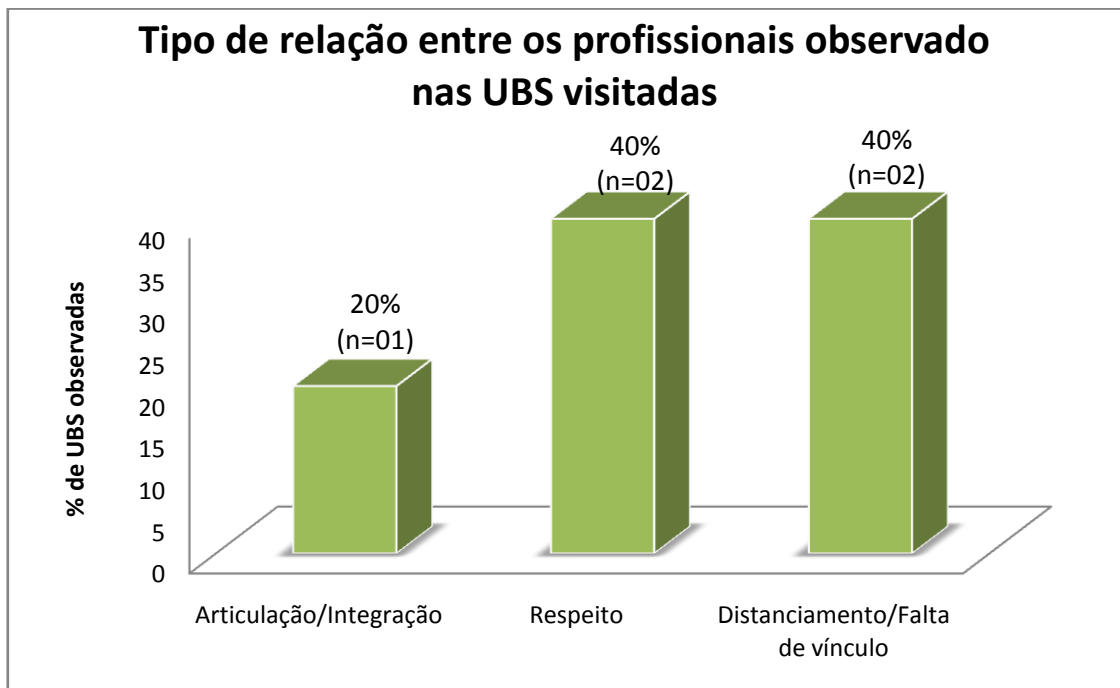


Gráfico 9 - Tipo de relação observada entre os profissionais de cinco UBS, em cinco municípios brasileiros de grande porte. Brasil, 2011.

Em relação à motivação, os profissionais pertencentes às UBS observadas transpareceram se sentirem motivados para a realização das ações de alimentação e nutrição, pela chefia imediata, correspondendo esta constatação à 60% (n=03) das UBS observadas. Em contrapartida, foi também relevante a constatação dessa falta de motivação em 40% (n=02) das UBS visitadas, o que pode interferir negativamente no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição junto à comunidade.

Quanto à existência de condições mínimas de trabalho no que tange à equipamentos, materiais e espaço físico, em 80% (n=04) das UBS visitadas, foram identificadas condições para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, sendo observada uma situação precária em apenas 01 UBS, o que correspondeu a 20%.

Com relação ao desenvolvimento de parcerias, a maioria das UBS visitadas referiram possuir, correspondendo a 60% (n=03). No entanto, ainda é significativo o número de UBS que não têm parcerias (40%) (n=02) para potencializar o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, apesar de ter sido observada a presença de instituições próximas às Unidades, conforme demonstrado abaixo.

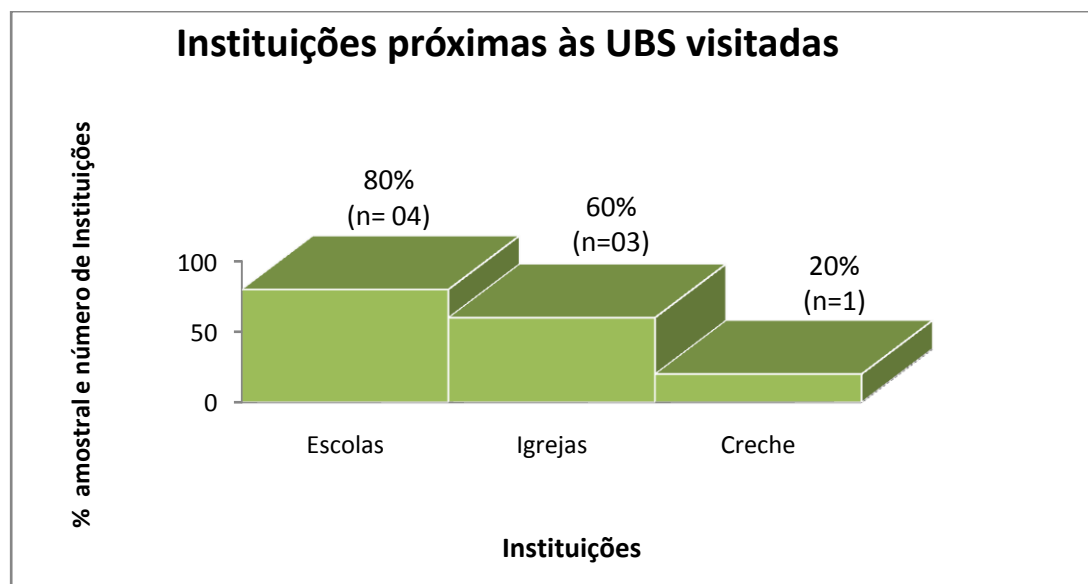


Gráfico 10 - Instituições próximas às UBS observadas em cinco municípios brasileiros de grande porte. Brasil, 2011.

4.4- TRIANGULAÇÃO DOS MÉTODOS

Em virtude das informações qualitativas situarem-se na realidade, cujos fenômenos marcados por estruturas, relações e subjetividade podem ser explicados em sua magnitude e compreendidos em sua intensidade, aprofundando as reflexões em suas múltiplas dimensões, e ainda, em busca da valorização da quantificação como parte da qualidade dos fenômenos e dos sujeitos sociais (MINAYO, 2005), realizou-se a triangulação dos métodos, por meio da junção dos temas semelhantes obtidos nos DSC das entrevistas com as coordenações e nos grupos focais, complementados com os dados obtidos nas observações feitas nas UBS, reagrupados em cinco tópicos, com o intuito de pontuar e discutir as visões dos profissionais da ESF, dos coordenadores das ações e a observação do pesquisador, realizando uma análise única de modo a permitir inferências e reflexões sobre a forma com que as ações de alimentação e nutrição têm sido desenvolvidas na ABS.

O processo de implantação das ações de alimentação nos municípios:

Muito embora seja reconhecida a importância de assegurar o direito humano à alimentação adequada, contribuindo para a redução dos riscos relacionados aos determinantes e condicionantes da situação de saúde e alimentação da população brasileira, por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais com vistas ao monitoramento da situação alimentar e nutricional, à promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, à prevenção e controle de distúrbios e doenças nutricionais, ao desenvolvimento de linhas de investigação e ao desenvolvimento de capacitação, diretrizes contempladas na PNAN, com a realização deste estudo, pôde-se observar que uma parte considerável dos municípios não tiveram este entendimento por demanda própria, mas sim, decorrentes do despertar do governo federal frente à necessidade de se investir na formulação, implementação, concretização e monitoramento de políticas públicas que abarcassem estas ações.

Dentre as respostas obtidas, pôde-se observar que as ações de alimentação e nutrição foram implantadas nos municípios basicamente de duas formas. Uma em cumprimento aos programas demandados pelo governo aos municípios e a outra por iniciativa do próprio município, desenvolvendo atividades conduzidas por ele com a implantação de um programa municipal, sendo oficializadas com a criação de um Programa de Alimentação e Nutrição municipal por meio do qual foram criadas as diretrizes municipais para atuação de diversas áreas com a alimentação e nutrição com o objetivo de prevenir doenças, correspondendo a 20% (n=02) das respostas obtidas, cada uma destas formas de implantação.

O reconhecimento dos profissionais da ESF e NASF sobre a importância de trabalhar a alimentação e nutrição junto à comunidade:

Para os profissionais da ESF e NASF, trabalhar com as ações de alimentação e nutrição é fundamental para que se possa contribuir na prevenção e tratamento de agravos e conseqüentemente, na promoção da saúde. Outras importâncias ressaltadas abrangeram o fato do desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição auxiliar na tomada de decisão das equipes, agregando conhecimento para a execução de seus trabalhos, além de estimular a população quanto ao comparecimento nas consultas.

Os relatos obtidos nesta pesquisa vão de encontro com estudos realizados por Pinheiro (2003) e Schimitz *et.al.* (2008), onde o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição, em especial por meio da ESF, tem sido apontado como importante estratégia para enfrentar os novos desafios no campo da saúde, sendo sua importância amplamente reconhecida pelos profissionais da ESF e NASF entrevistados, visto que isto tem feito diferença no cotidiano dos pacientes por eles assistidos, influenciando diretamente no processo saúde-doença da população, em consonância ao descrito por Brasil (2003b) *Apud* Pinheiro (2008), onde a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania.

O desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição nos municípios visitados:

As ações têm sido desenvolvidas em especial nas UBS, onde foram observados cartazes sobre a alimentação e nutrição, expostos em 80% (n=04) delas, refletindo a compreensão da importância por parte das Unidades em veicular informações nesta área ao preocupar-se com uma difusão constante e permanente desta temática. No entanto, também têm sido trabalhadas junto às escolas e residências, nas áreas de promoção da alimentação saudável, promoção da saúde, assistência nutricional na prevenção de carências nutricionais, vigilância sanitária e nutricional com o SISVAN e o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família.

As ações, com o objetivo de estimular o consumo de alimentos mais saudáveis visando a prevenção de doenças e conseqüentemente promoção da saúde, têm sido desenvolvidas por meio da realização de grupos com hipertensos, diabéticos, obesos, gestantes, crianças, adolescentes, adultos e idosos, além de palestras, cursos, oficinas e atividades pontuais em dias comemorativos promovidas pelos profissionais das UBS, em consonância ao que foi identificado nas observações das Unidades, onde 60% (n=03) delas são realizadas por meio de atividades em grupos.

Para o desenvolvimento das atividades tem-se considerado as demandas locais e para a execução de algumas delas, os profissionais das UBS contam com o auxílio de algumas parcerias especialmente no que se refere ao apoio de recursos humanos, materiais e espaço físico.

O planejamento das ações tem se dado por meio da realização de reuniões entre a equipe e seu desenvolvimento não tem sido responsabilidade exclusiva do nutricionista. Apesar das ações serem referentes à alimentação e nutrição, sendo o nutricionista o profissional mais habilitado para coordená-las e acompanhar seu desenvolvimento no dia-a-dia, as enfermeiras têm assumido esse papel na maioria das UBS, conforme revelado nas entrevistas e nas observações feitas nas UBS, seguida do nutricionista, contando também com uma participação expressiva de médicos, auxiliares de enfermagem, dentre outros profissionais, para realização das ações de alimentação e nutrição, sendo a alimentação trabalhada de forma transversal.

A isto atribui-se o fato de que muito embora a visão da criação do NASF tenha sido de apoio à inserção da ESF na rede de serviços, sob a ótica de ampliar o escopo das ações e a resolutividade, com a responsabilidade de atuar e reforçar a atenção à saúde e apoiar à coordenação do cuidado, conforme descrito em BRASIL (2003a), a baixa atuação do nutricionista nas equipes de saúde têm contribuído para limitação da oferta destas ações, o que demanda uma atenção especial quanto à necessidade de maior inserção deste profissional na ABS.

Dificuldades, conflitos e desafios para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição pelos profissionais e gestores:

Sob o olhar da gestão, as dificuldades relatadas permearam questões referentes à articulação entre a saúde e a educação, a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família no município interferindo na realização da busca ativa necessária para auxiliar no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, dificuldades na realização do acompanhamento nutricional pela perda de dados, trabalhar visualmente o porcionamento dos alimentos junto à comunidade e dificuldades em virtude do tamanho, complexidade e extensão do município, dificultando a implementação de programas governamentais.

Sob o olhar dos profissionais da ESF e NASF entrevistados nos Grupos Focais, dentre as dificuldades para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição por eles relatadas, a mídia foi um ponto importante destacado, devido à influência que tem exercido na população, estimulando o consumo de alimentos nem sempre saudáveis.

Sabe-se que os usuários não são receptores passivos e sim, atores sociais que produzem sentidos diversos (MÓL e PIRES, 2006). No entanto, ao veicularem propagandas sobre alimentação, carregadas de ideologias, os meios de comunicação têm determinado em diferentes medidas, o comportamento de muitos indivíduos (BYDLOWSKI, 2004), culminando na associação entre a saúde coletiva e as informações sobre saúde que a mídia difunde (LEFÈVRE, 1999), o que requer uma atenção especial do governo para que haja maior fiscalização e controle das

propagandas de alimentos não saudáveis veiculadas diariamente nos meios de comunicação.

De igual modo, a cultura medicamentosa relatada nos Grupos Focais, tanto por parte dos pacientes quanto dos médicos, foi uma dificuldade pontuada que merece atenção e demanda mudanças, a começar pelos próprios profissionais em se esforçarem ao máximo para oferecerem uma orientação adequada em detrimento de prescrições medicamentosas, para que se viabilize mudanças de comportamento e hábitos na população por eles atendida.

Em relação às semelhanças relatadas pelas coordenações das ações e pelos profissionais entrevistados nos Grupos Focais, pôde-se observar que ambos grupos referiram dificuldades para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição em virtude de questões sócio-econômicas e culturais da população, além da dificuldade em trabalhar os hábitos alimentares inadequados pela resistência da população à mudança desses hábitos, bem como a baixa adesão às orientações dadas à ela e sua visão ao buscar o serviço, ainda assistencialista, dificultando o trabalho da equipe sob o enfoque da promoção da saúde.

Sabe-se que a inserção das ações de alimentação e nutrição, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, tem favorecido a discussão e a implementação das diretrizes da PNAN, potencializando a prática de promoção da alimentação saudável junto aos profissionais e a comunidade, permitindo uma visão ampliada do processo saúde e doença a partir do processo de trabalho multidisciplinar e interdisciplinar (BRASIL, 2009b).

No entanto, apesar das entrevistas com as coordenações das ações terem revelado a inserção do nutricionista no NASF como uma potencialidade para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição de maneira mais eficiente e eficaz, revelaram também que a proposta ainda não é suficiente para atender às demandas na área de alimentação e nutrição em virtude da escassez de recursos humanos, em conformidade com os relatos dos profissionais da ESF e NASF entrevistados e as observações nas UBS, bem como pela alta demanda na área da alimentação e nutrição, estando muitas das vezes o nutricionista limitado apenas ao apoio matricial.

Com as observações nas UBS pôde-se notar que o nutricionista não se encontra presente em 40% (n=02) das UBS visitadas, revelando um dado preocupante uma vez que a alimentação é de suma importância para auxiliar na proteção, prevenção e promoção da saúde e tratamento de agravos, conforme relato dos próprios profissionais e por ser uma temática trabalhada diariamente nas Unidades. Esta preocupação justifica-se também pelo fato da grande ocorrência de relatos dos profissionais que desenvolvem essas ações referirem falta de conhecimento técnico para desenvolvimento das mesmas e dificuldades em suprir a demanda nesta área, em virtude da falta de conhecimento e ausência do nutricionista.

Segundo Brasil (2009a), além do acesso universal e integral aos serviços de saúde, é necessário que este seja contínuo e de qualidade, contribuindo para o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população. No entanto, isto ainda representa um grande desafio. Apesar do esforço em atenderem as demandas relacionadas à alimentação e nutrição, os profissionais ainda não encontram-se plenamente preparados para trabalhar essas ações.

A falta de conhecimento técnico, associada à falta de nutricionistas nas UBS de forma mais efetiva tem comprometido a eficiência do serviço prestado, revelando a urgência em se criar soluções de enfrentamento desses problemas e repensar a forma como profissionais, comprometidos com a prestação de serviços à população, têm desempenhado suas funções.

Agente como enfermeiro, médicos, não tem uma especificidade de estar fazendo uma prescrição dietética, agente fala muito no geralzão. [...] Por mais que agente tente fazer essa questão da alimentação, agente não consegue. Aí entra a questão do nutricionista.

De igual relevância, houve relatos no que tange à falta de capacitações nesta área. No entanto, foram relatadas por parte da gestão, dificuldades para capacitação em virtude da baixa adesão de profissionais às capacitações, da resistência do médico em reunir-se com a equipe, da dificuldade de encaixe de agendas entre os profissionais nutricionistas e os demais profissionais das equipes e pela falta de recursos humanos.

Em consonância ao descrito por Bodstein (2002), esta ausência de recursos humanos em saúde com capacitações técnicas adequadas e condições de trabalho atrativas, uma realidade na maioria dos municípios brasileiros, tem sido um grande obstáculo ao bom desempenho da gestão e concomitantemente do serviço de saúde, perdurando o desafio em prol do alcance da estruturação da rede de atendimento básico de saúde no Brasil.

Este panorama tem demandado a necessidade de um maior compromisso e priorização do governo em possibilitar a contratação de mais profissionais para suprir a carência existente no serviço de saúde, da gestão em ofertar mais capacitações e o compromisso dos próprios profissionais responsáveis pelo desenvolvimento dessas ações em estarem mais abertos e interessados em capacitarem-se na área de alimentação e nutrição, reconhecendo a importância e dando o devido valor às mesmas.

Isto exige maior articulação entre o governo e as gestões municipais, entre os gestores e os profissionais e entre os próprios profissionais, para que haja um trabalho em conjunto, de modo a unir forças em prol da ampliação da resolutibilidade no atendimento prestado e conseqüentemente, melhoria das ações de alimentação desenvolvidas junto à população, uma vez que foi observado nas UBS visitadas um certo grau de distanciamento e falta de vínculo entre eles, o que preocupa, uma vez que para o desenvolvimento das ações voltadas à saúde, faz-se necessário um trabalho multidisciplinar para que se promova um atendimento de forma eficaz e integral.

Em relação aos conflitos, relatados pelos profissionais da ESF e NASF, estes permearam questões referentes à falta de condições de trabalho para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, o tipo de vínculo empregatício dos profissionais e a falta de valorização/motivação destes na execução dos seus trabalhos.

Segundo Shimizu *et al* (2009), avaliar os problemas encontrados e prover os recursos necessários é crucial para a garantia da integralidade da atenção, no entanto, os resultados obtidos nas entrevistas revelaram problemas infra-estruturais nas UBS em relação à falta de espaço físico, de equipamentos, de materiais, de salas e de cadeiras

para os atendimentos, assim como falhas na manutenção/reparos de equipamentos e a falta de segurança nas UBS, dificultando a execução das ações de alimentação e nutrição nos municípios, comprometendo a qualidade do serviço ofertado, apesar da observação nas UBS ter identificado a existência de condições mínimas de trabalho para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição no que tange à equipamentos, materiais e espaço físico em 80% (n=04) das UBS visitadas.

Faz-se necessário destacar que essa dissonância entre os relatos sobre as condições de trabalho e as observações realizadas nas Unidades pode estar atrelada ao fato das UBS visitadas terem sido escolhidas pelos próprios municípios, superestimando os dados obtidos, diferentes da realidade das demais UBS existentes nos municípios, ressaltando a importância do cruzamento dos dados, por meio da triangulação dos métodos.

O vínculo empregatício dos profissionais da ESF também foi outro ponto de conflito identificado. Apesar de metade das respostas dadas pelas coordenações dizer não haver interferência deste no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição pelos profissionais, os relatos deles obtidos nos Grupos Focais revelaram que este tem interferindo sim e de forma significativa no desenvolvimento dessas ações, especialmente em virtude da instabilidade contratual, citada como um fator crucial para o sentimento de desmotivação por parte dos profissionais entrevistados, conforme relato abaixo.

Quem é contratado tem medo de ir ao Banco porque se chegar e não tiver o seu salário na conta, provavelmente foi demitido [...] e isso reflete em desmotivação até para ajudar um paciente porque agente vai até a comunidade, mas nem sabe se vai voltar na semana seguinte [...].

A desmotivação dos profissionais da ESF e NASF também tem sido um ponto importante de conflito. Diferente dos relatos das coordenações referindo motivarem os profissionais por meio da realização de um planejamento integrado e decisões conjuntas, do fornecimento de condições de trabalho, além de reuniões de sensibilização com os profissionais das equipes, demonstração de otimismo por parte da coordenação, elogiando o trabalho desenvolvido pelos mesmos e enfatizando a

união e a ética profissional, os profissionais têm se sentido desmotivados para exercerem seu trabalho.

A falta de condições infra-estruturais associada à sobrecarga de trabalho causada pela escassez de profissionais frente à demanda, têm contribuído para a desmotivação dos profissionais ao executarem de suas atividades diárias, também pelo fato de se sentirem muitas das vezes desvalorizados principalmente pela gestão em decorrência da falta de valorização financeira e falta de reconhecimento por parte da gestão, confirmando a constatação feita nas observações realizadas onde foi visível a falta de motivação entre os profissionais em 40% (n=02) das UBS.

Há valorização pela comunidade, não pela gestão. [...] O pouco de alegria vem da comunidade mesmo.

O salário está muito baixo e isso desanima. [...].

[...] Agente sabe que agente faz diferença onde estamos e é por saber que faz diferença na vida daquela população que nos sentimos totalmente desrespeitados. Somos muito cobrados e pouco valorizados e essa falta de valorização faz com que agente trabalhe desmotivado.

Deste modo permanecem os desafios em atender as demandas na área de alimentação e nutrição e trabalhar com o enfoque na promoção da saúde, diante da cultura medicamentosa dos profissionais e da população, da necessidade de mudança dos hábitos alimentares da população em meio à resistência, da visão assistencialista dos usuários, da necessidade de ampliação de parcerias e ainda, adequar as orientações às questões sócio-econômicas e culturais da população, para melhoria das ações de alimentação e nutrição ofertadas nos municípios.

Potencialidades para superação dos desafios em busca da melhoria das ações de alimentação e nutrição ofertadas:

Algumas formas de superação dos desafios para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição identificadas apontam para a importância do comprometimento por parte da gestão em fornecer condições de trabalho aos profissionais da UBS, associada à melhoria da infraestrutura da UBS. De igual modo, torna-se importante o reconhecimento por meio da valorização salarial e investimentos em capacitações, além da imprescindibilidade de um planejamento integrado, decisões conjuntas e elogio ao trabalho desenvolvido pelos profissionais, para que estes se sintam valorizados e conseqüentemente motivados para trabalharem com empenho e dedicação ainda maiores, proporcionando melhoria das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas.

Outra potencialidade destacada é a necessidade de mais parcerias para auxiliar no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, de modo a contribuir para a ampliação e potencialização das ações desenvolvidas junto à comunidade, importância essa observada em uma UBS visitada, onde o trabalho sobre aleitamento materno e a importância da alimentação saudável estava sendo desenvolvido em um grupo de gestantes com o envolvimento dos profissionais da Unidade em parceria com estagiários de nutrição e enfermagem de uma Universidade existente no município. Houve apontamento também de uma maior necessidade de articulação das UBS com as escolas, para trabalhar ações de alimentação e nutrição desde a infância e de forma multidisciplinar.

Em nível federal e estadual, as potencialidades identificadas impulsionaram para a necessidade de se ter um incentivo à implantação de hortas para estimular o consumo de alimentos mais saudáveis e a necessidade do Estado controlar as propagandas de alimentos por exercerem influência no consumo de alimentos não saudáveis. A nível municipal foi ressaltado a necessidade de maior articulação entre a saúde e a educação, desvinculação da escolha do gestor de indicações políticas, pactuar a Política de Alimentação e Nutrição no município, melhoria do espaço físico e desburocratização para conseguí-lo.

No entanto, a maior forma de superação dos desafios para melhorar a oferta de ações de alimentação e nutrição relatada, além da necessidade de incremento dos demais profissionais nas equipes e aumento da cobertura da ESF e NASF, foi a necessidade primordial de se incluir o nutricionista de forma mais expressiva na ESF para fazer um trabalho mais direcionado, uma vez que apesar da disposição dos profissionais desenvolverem as ações de alimentação e nutrição com a comunidade, eles não possuem o preparo necessário e adequado, não conseguindo desempenhar as atribuições específicas do nutricionista.

[...] Se agente tem como maior causa de morte as doenças crônicas não transmissíveis e um dos pontos principais é a alimentação pouco saudável, o profissional que está mais habilitado para trabalhar com isso é o nutricionista e ele não está efetivamente inserido na Atenção Básica. Está muito, muito longe disso! [...] Tudo isso perpassa por uma questão de contratação de recursos humanos, de concurso que inclua o profissional nutricionista na área. Seria super importante isso!

Conforme descrito por Brasil (2003b), o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição na ABS potencializa a prática de promoção da saúde, permitindo uma visão ampliada do processo saúde e doença a partir do processo de trabalho multidisciplinar e interdisciplinar.

Entretanto, em consonância ao destacado por (Brasil 2009), ainda faz-se necessário superar o desafio em ofertar essas ações de forma plena e eficaz, o que remete a necessidade de ir além do que somente fomentar a inserção destas ações no âmbito das estratégias de atenção à saúde de forma multidisciplinar, mas promover o apoio e a incorporação qualificada deste profissional nutricionista na rede básica de saúde, no intuito de superar a fragmentação do conhecimento ainda presente nos serviços de saúde oferecidos na Atenção Básica, uma vez que a interdisciplinaridade no campo da saúde pública é apontada como necessária diante da complexidade que a saúde impõe, conforme destacado por Gomes (1994).

Por conseguinte, a realidade identificada nesta pesquisa revelou a necessidade de novos arranjos no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição ofertadas

na ABS por meio da ESF, especialmente referente à composição das equipes, para viabilizar o desenvolvimento de ações mais completas e específicas para que seja possível uma expansão e qualificação das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na ABS, propiciando um serviço de saúde mais eficaz, efetivo e integral.

Assim, a ABS poderá ser reconhecida como um espaço propício para a construção da saúde numa perspectiva que extrapole a visão biologicista do cuidado e contribua para completar a agenda ainda incompleta na ESF descrita por SOUSA & HAMANN (2009), por meio da ampliação das ações ofertadas para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil. Do contrário, ações pontuais continuarão inviabilizando o cumprimento na prática de princípios que norteiam o próprio SUS que é a garantia da saúde dos mesmos de modo integral e eficaz, conforme anteriormente colocado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz dos resultados obtidos, foi possível conhecer um pouco melhor o processo de implantação das ações de alimentação e nutrição e como as mesmas têm sido ofertadas nos municípios pesquisados.

Respeitando as peculiaridades de cada município, a execução desta pesquisa permitiu a identificação de alguns pontos semelhantes e diferentes entre os cinco municípios pesquisados.

As semelhanças permearam questões referentes à forma de desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, o foco dos trabalhos e as dificuldades existentes para seu desenvolvimento e capacitação dos profissionais da ESF e NASF nesta área, bem como a forma de superação dos desafios para melhoria na oferta das mesmas na ABS.

Como maiores formas de desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, observou-se que em todas as regiões pesquisadas este processo ocorre por meio da realização de grupos especialmente voltados aos idosos e gestantes, bem como oficinas, palestras e busca ativa nas residências, levando-se em consideração as demandas locais para execução das mesmas, sendo o foco destinado à prevenção e promoção da saúde.

Outra semelhança foi referente à não especificidade do desenvolvimento e coordenação destas ações pelo profissional nutricionista, registro obtido em todos os municípios pesquisados, especialmente em virtude do mesmo ainda não estar inserido de forma efetiva nas equipes. Somente o município de São Paulo havia implantado o NASF até o momento da realização desta pesquisa e os demais municípios, apesar de não terem implantado referiram que mesmo implantando ainda seria insuficiente o número de nutricionistas proposto para composição dos NASF, para suprimento da demanda.

Ademais, muito embora um destes, localizado na região Sudeste do país, tenha relatado não haver dificuldade para execução de capacitações na área de alimentação e nutrição, as demais coordenações dos municípios relataram diferentes apontamentos.

Na região Norte a resistência do médico em reunir-se com a equipe tem sido o principal limitante para realização dessas capacitações. Já as regiões Centro-oeste e Nordeste apontaram dificuldades referentes ao encaixe de agendas, cancelamento de capacitações em função de surtos epidêmicos, adesão dos profissionais, insegurança dos multiplicadores para trabalhar com a metodologia ativa, falta de recursos humanos e dificuldade com o transporte da Secretaria para levar aos locais onde acontecem as capacitações. Na região Sul, a principal dificuldade relatada foi retirar os profissionais dos locais de trabalho para serem capacitados.

Isto permitiu visualizar que apesar do reconhecimento dos profissionais da ESF e NASF sobre a importância de se trabalhar essas ações junto à comunidade essas ações ainda não têm sido desenvolvidas de forma plena, integral e eficaz, em virtude dos expressivos desafios, conflitos e dificuldades ainda existentes, sendo destacada como maior forma de superação, tanto pelas Coordenações das ações de alimentação e nutrição, como pelos profissionais entrevistados nos Grupos Focais, a necessidade iminente de inserção do nutricionista de forma mais expressiva nas equipes de modo a auxiliarem no direcionamento e coordenação, contribuindo na melhoria dessas ações desenvolvidas na ABS.

No que tange às diferenças, destacou-se a forma de implantação das ações de alimentação e nutrição que nos municípios localizados nas regiões Centro-oeste e Nordeste foram iniciadas por meio da necessidade de cumprimento aos Programas coordenados pelo Governo Federal, diferentemente dos municípios localizados nas regiões Sul e Sudeste, iniciadas por meio da criação de um Programa Municipal que estabeleceu diretrizes para atuação na área da alimentação e nutrição.

A despeito das dificuldades para desenvolvimento das ações, cada coordenação entrevistada revelou uma distinta. No Norte do país, as dificuldades permearam questões referentes à falta de articulação entre os setores Saúde e Educação, à dificuldade de implementar programas governamentais pela especificidade cultural da população e escassez de acesso ao alimento e fazer o acompanhamento nutricional pela perda de dados. No Centro-oeste e Nordeste, foram relatadas dificuldades em trabalhar a promoção da saúde devido à busca por assistência por parte da população e em virtude da baixa cobertura da ESF no município, interferindo na realização da

busca ativa necessária, respectivamente. Na região Sul, a dificuldade relatada permeou questões referentes à escassez de tempo frente à demanda assistencialista, baixa adesão da população às orientações e trabalhar visualmente o porcionamento dos alimentos. Por fim, no Sudeste, as dificuldades referidas foram decorrentes do tamanho, complexidade e extensão do município.

As capacitações na área de alimentação e nutrição relatadas pelas coordenações também ocorrem de formas distintas nos municípios, basicamente de duas formas: especialmente voltadas para projetos do MS, nas regiões Norte e Nordeste e especialmente voltadas para projetos do município, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste.

Outras diferenças identificadas por meio do cruzamento dos dados obtidos nas entrevistas com as coordenações e nos Grupos Focais, onde apesar das coordenações referirem motivar os profissionais, especialmente por meio planejamento integrado, decisões conjuntas, elogiando e buscando oferecer condições de trabalho, o relato da maior parte dos profissionais entrevistados (72%) revelaram estarem desmotivados e se sentirem desvalorizados, em virtude da sobrecarga de trabalho, falta de condições de trabalho, falta de reconhecimento e de respeito por parte da gestão, de questões financeiras e instabilidade contratual, refletindo que muito embora 50% das coordenações entrevistadas tenha referido que o vínculo empregatício dos profissionais não tem interferido no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, grande parte dos relatos dos profissionais refletiram haver.

Apesar do esforço incessante dos profissionais das ESF e NASF em atenderem as demandas na área da alimentação e nutrição, estes não encontram-se tecnicamente preparados para tal trabalho, especialmente em decorrência da falta de condições de trabalho, de conhecimento técnico e de capacitações nesta área. Ademais, apesar dos NASF possibilitarem a integração do nutricionista à equipe multidisciplinar, o número destes profissionais nestes Núcleos ainda tem se mostrado insuficiente, não conseguindo dar o suporte necessário à estes profissionais frente à grande demanda existente.

De igual modo, muito embora as ações sejam referentes à alimentação e nutrição, as enfermeiras têm assumido o papel de coordenação das ações na maioria

das UBS visitadas. O nutricionista ainda não encontra-se presente uma parcela considerável das UBS visitadas, apesar do potencial do desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição no auxílio à proteção, prevenção e promoção da saúde e tratamento de agravos ter sido um dos pontos de destaque obtido neste estudo.

Vale ressaltar ainda, um outro ponto importante destacado nesta pesquisa: a necessidade de melhoria das condições infraestruturais, investimentos em capacitações e maior atenção do governo no que tange à instabilidade contratual dos profissionais que compõem as equipes, uma vez que têm interferindo de forma significativa no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, especialmente em virtude da instabilidade contratual, citada como um fator crucial para o sentimento de desmotivação por parte dos profissionais entrevistados que tem culminado no comprometimento em desenvolvê-las com qualidade.

A ABS, por meio da ESF tem sido sem dúvida, um espaço importantíssimo para o desenvolvimento das mesmas com repercussões potenciais nas comunidades atendidas.

Um reflexo disto tem sido o controle da deficiência de micronutrientes, por exemplo, no caso da anemia e hipovitaminose A, auxiliando neste controle, monitoramento e acompanhamento do surgimento e evolução das DCNT nas famílias e comunidades atendidas.

Entretanto, apesar das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica serem reconhecidas em virtude de sua importante contribuição para a qualificação e garantia da integralidade da atenção à saúde prestada à população brasileira, a baixa oferta dessas ações nas Unidades Básicas de Saúde e a carência de profissionais especialistas nesta área têm limitado o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde, princípios estes contemplados nas Políticas nacionais de Promoção da Saúde e da Alimentação e Nutrição, em cumprimento aos princípios do SUS.

Superar estas dificuldades requer um grande trabalho que vai além da ampliação da oferta de ações de alimentação e nutrição no âmbito das estratégias de atenção à saúde, mas também promover o apoio e acompanhamento dos usuários que só será plenamente viável por meio de melhorias infra-estruturais nas UBS, capacitações dos

profissionais da ESF e dos NASF que trabalham diariamente com essas ações, bem como com a incorporação do nutricionista na rede Básica de Saúde, especialmente na composição das equipes de Saúde da Família, para que se possa caminhar rumo à melhoria do serviço de alimentação e nutrição ofertado na rede básica de saúde.

Diante disto, levanta-se um apontamento aos gestores das ações de alimentação e nutrição municipais sobre a necessidade de preparar melhor os profissionais para trabalhar com essas ações, por meio de capacitações constantes e monitoramentos periódicos das ações que vêm sendo desenvolvidas, identificando as dificuldades e fornecendo condições para superação das mesmas, quer seja no âmbito teórico-prático ou à níveis infra-estruturais, dando todo o suporte necessário para que essas ações possam ser desenvolvidas de forma plena em seus municípios.

Aos demais “governantes da saúde” em nível central, é necessário refletir e repensar sobre a reconfiguração do desenho atual das equipes de Saúde da Família, para que culmine em ajustes nas ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na ABS, viabilizando o alcance de sua expansão e qualificação, de modo que a “porta de entrada” dos serviços de saúde de nosso país permaneça não somente aberta, mas apta à receber as demandas e poder ofertar de forma plena, eficaz e integral as ações de promoção da saúde e qualidade de vida aos indivíduos que por ela adentrem.

6. REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, fev.2005.

ASSIS, A.M.; SANTOS, S.M.C.; FREITAS, M.C.S.; SANTOS, J.M.; SILVA, M.C.M. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, Campinas, 15(3):255-266, set./dez., 2002.

BAPTISTA, T.W. de F., FAUSTO, M.C.R., CUNHA, M.S da. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis [online]**. 2009, vol.19, n.4, pp. 1007-1028. ISSN 0103-7331.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública** 19 (suppl. 1): S181:S191, 2003.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2002, vol.7, n.3, pp. 401-412. ISSN 1413-8123.

BYDLOWSKI, C.R.; WESTPHAL, M.F.; PEREIRA, I.M.T.B. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, 2004. *In*: TEO, Carla Rosane Paz Arruda. Discursos e a construção do senso comum sobre alimentação a partir de uma revista feminina. **Saúde soc. [online]**. 2010, vol.19, n.2, pp. 333-346. ISSN 0104-1290.

BRAGA, V. Cultura alimentar: contribuições da antropologia da alimentação, **Saúde Rev.**, Piracicaba, 6(13): 37-44, 2004.

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, DF 24 set. 1990.

_____ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa. (2002). *Manual operacional para Comitês de Ética em pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____ Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição Vasconcellos AN. et AL. *A Saúde Pública e a Regulamentação da publicidade de Alimentos*. Brasília, 2006b. 10p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 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, 2006c.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Obesidade*. Nº 12. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, 2009a. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1562-1.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição* (Série B. Textos Básicos

de Saúde). 2. ed. rev. 2003b.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. **Rev Bras saúde materno infantil** 2003a; 3(1):113-125.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009b. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica: *Diretrizes do NASF*; n. 27).

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília-DF, 2006d. 60 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1198-7

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília, 2006e.

_____ Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/IEC, 1996. *citado em*: Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. CAD. Saúde Pública 2007; 23(7): 1674-81.

_____ Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/DAB. Sistema de Informação da Atenção Básica/SIAB. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>. Acesso em 28 de março de 2011, às 13:45h.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.

CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B. de, CASTRO, A.M. de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2004, vol.9, n.3, pp. 745-749. ISSN 1413-8123.

COMTE, A. **Discurso sobre o espírito positivo** São Paulo: Abril. (Coleção Pensadores), 1978.

COIMBRA, M., MEIRA, J.F.P., STARLING, M.B.L. **Comer e aprender: uma história da alimentação escolar no Brasil**. Belo Horizonte: MEC/INAE; 1982. *In*: VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. **Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula**. *Rev. Nutr.* [online]. 2005, vol.18, n.4, pp. 439-457. ISSN 1415-5273.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 1, p. S7-S27, 2008.

COUTINHO, A.O.N. Alimentação do brasileiro: uma visão histórica. **Rev Saúde Debate**. 1988; 13(23):32-9. *In*: VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. **Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula**. *Rev. Nutr.* [online]. 2005, vol.18, n.4, pp. 439-457. ISSN 1415-5273.

DAVANÇO, G.M., TADDEI, J.A.A.C.; GAGLIANONE, C.P. Conhecimentos, atitudes e práticas de professores de ciclo básico, expostos e não expostos a Curso de Educação Nutricional. **Rev. Nutr.**, abr./jun. 2004, vol.17, no.2, p.177-184.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Abril. (Coleção Pensadores). 1978.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONCA, M.H.M. de; SENNA, M. de C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica [online]**. 2007, vol.21, n.2-3, pp. 164-176. ISSN 1020-4989.

FARIAS, L.O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, set./out. 2002. In: OTENIO, C.C.M.; NAKAMA, L.; LEFÈVRE, A.M.C. e LEFÈVRE, F. **Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal**. *Saude soc.* [online]. 2008, vol.17, n.4, pp. 135-150. ISSN 0104-1290.

FERREIRA, R.F., CALVOSO, G.G., GONZÁLES, C.B.L. Caminhos da Pesquisa e a Contemporaneidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2): 243-250. 2002.

FERREIRA, V.A.; MAGALHAES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.7, pp. 1674-1681. ISSN 0102-311X.

FISBERG M., MEDEIROS E.H. Hábitos alimentares na adolescência. **Pediatria Moderna** 2000;36 (11):724-34.

FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2ª ed. – Porto Alegre: Bookman, 2004.

GARBOIS, J.A.; VARGAS, L.A., CUNHA, F.T.S. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. **Physis [online]**. 2008, vol.18, n.1, pp. 27-44. ISSN 0103-7331

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In Bauer, MW.; Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. [tradução Pedrinho Guareschi]. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GOMES, R., DESLANDES, S.F.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 1994, vol.2, n.2, pp. 103-114. ISSN 0104-1169.

GRENN, J., THOROGOOD, M.. Qualitative methods for Health Research. Thousand Oaks: SAGE Publication. 2004.

IBGE - INSTITUO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 18 outubro de 2010, às 08:36h.

IBGE - INSTITUO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Serviços de Saúde nos municípios brasileiros em 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 18 outubro de 2010, às 11:12h

KRUEGER R.A. Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. London: Sage Publications. 1996.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil. I. Período de 1940 a 1964. **Rev Nutr.** 1988; 1(2):87-138. *In*: VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. **Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula.** *Rev. Nutr.* [online]. 2005, vol.18, n.4, pp. 439-457. ISSN 1415-5273.

LEFÈVRE, F. **A saúde como fato coletivo.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 83-91, 1999. *In*: TEO, Carla Rosane Paz Arruda. Discursos e a construção do senso comum sobre alimentação a partir de uma revista feminina. **Saúde soc. [online]**. 2010, vol.19, n.2, pp. 333-346. ISSN 0104-1290.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa.** 2ª edição. Caxias do Sul: Educs, 2005. 256p.

_____ O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10(20):517-24.

LUDKE, M. ANDRÉ, M.E.D. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARTINS, H.H.T.S. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 30, n.2, p. 289-300, maio/ago, 2004.

MELLO, G.A., FONTANELLA, B.J.B., DEMARZO, M.M.P. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais**. *Rev. APS*, v. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MINAYO, M.C.S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento dialético. In: MINAYO, M.S.C.; DESLANDES, S.F. (org). **Caminhos do pensamento – epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

_____ **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1982.

_____ **O desafio do conhecimento – metodologia qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 9ª ed. Revista e aprimorada, 2006.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.19-52.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Qualitative and Qualitative Methods: Oposition or Complementarity? *Cad. de Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993.

MÓL, M.C.; PIRES, G.L. **Feliz na contemporaneidade: saúde e estética no discurso de Veja**. *Corpoconsciência*, Santo André, v. 10, n. 1, p. 23-38, 2006. In: TEO, Carla Rosane Paz Arruda. Discursos e a construção do senso comum sobre alimentação a

partir de uma revista feminina. **Saúde soc. [online]**. 2010, vol.19, n.2, pp. 333-346. ISSN 0104-1290.

MONTEIRO, C.A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec; 2000. In: VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. **Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula**. *Rev. Nutr.* [online]. 2005, vol.18, n.4, pp. 439-457. ISSN 1415-5273.

NAGAI R., LEFÈVRE A.M.C.; LEFÈVRE F.; STELUTI J.; TEIXEIRA L.R.; ZINN, L.C.S., *et al.* Conhecimentos e práticas de adolescentes na prevenção de acidentes de trabalho: estudo qualitativo. **Rev Saúde Pública**. 2007; 41(3):404-11.

OLIVEIRA, C.M., CASANOVA, A.O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2009, vol.14, n.3, pp. 929-936. ISSN 1413-8123.

PELIANO, A.M.T.M. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Breve retrospectiva Histórica. *In: Caderno NESP : Economia e Nutrição - contribuição para um debate*. CEAM. Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília. Brasília-DF, v.1, nº 2, 1998.

PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev Nutr.** 2004; 17(4):523-33.

PINHEIRO, A.R.O.; CARVALHO, D.B.B. de. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saude soc. [online]**. 2008, vol.17, n.2, pp. 170-183. ISSN 0104-1290.

PINHEIRO, A.R.O. **A promoção da alimentação saudável como instrumento de prevenção e combate ao sobrepeso e obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2003. 15p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/alimentacao>>. Acesso em: 20 de junho de 2009, às 16:03h.

PRAÇA, N.S., MERIGHI, M.A.B. **Abordagens teórico metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.

RONQUE, V.E.R.; CYRINO, E.S.; DOREA, V.R. *et al.* Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de alto nível socioeconômico em Londrina, Paraná, Brasil. **Rev. Nutr.**, nov./dez. 2005, vol.18, no.6, p.709-717.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005; 13(6):1027-34.

SALAY, E. **Hábitos alimentares e aspectos nutricionais e de qualidade dos alimentos**. UNICAMP, Campinas - SP, Outubro de 2003, 15p.

_____ Política de Alimentação e Nutrição: Evolução das Abordagens. **Revista Cadernos de Debate**, Vol. I. UNICAMP, Campinas - SP, 1993, 19p.

SANTOS, C.R.A. A alimentação e seu lugar na história: os tempos da memória gustativa, Editora UFPR, **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 42, p. 11-31, 2005.

SCHMITZ, B.A.S.; RECINE E.; CARDOSO, G.T.; SILVA, J.R.M.; AMORIM, N.F.A.; BERNARDON, R.; RODRIGES, M.L.C.F. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. **Cad. Saúde Pública**, 2008; 24:S312-322.

SHIMIZU, H.E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?. **Rev. bras. enferm. [online]**. 2009, vol.62, n.3, pp. 424-429. ISSN 0034-7167.

SILVA, A.C. da. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. **Estud. av.** [online]. 1995, vol.9, n.23, pp. 87-107. ISSN 0103-4014.

SILVA, D.O.; RECINE, E.G.I.G.; QUEIROZ, E.F.O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, n.5, pp. 1367-1377. ISSN 0102-311X.

SOUSA M.F.; FERNANDES, A.S.; ARAÚJO, C.L.; FERNANDES, M.C. Gestão da atenção básica: redefinindo contextos e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2000; 21:7–14p.

SOUSA, M.F.de; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1325-1335. ISSN 1413-8123.

SOUZA, G. de. Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Set/2009. Disponível em: <http://enfermeiropsf.blogspot.com/2009_09_03_archive.html>. Acesso em: 23 de junho de 2010, às 14:35h.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

OTENIO, C.C.M.; NAKAMA, L.; LEFEVRE, A.M.C. e LEFÈVRE, F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. **Saude soc.** [online]. 2008, vol.17, n.4, pp. 135-150. ISSN 0104-1290.

TEIXEIRA C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, **Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. IESUS, VII(2), 7-28p., Abr/Jun, 1998. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2010, às 11:50h.

TORAL, N. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, 0026/2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=452>. Acesso em: 13 de abril de 2009, às 11:26h.

VASCONCELOS, F.A.G. A Política social de alimentação e nutrição no Brasil: acumulação de capital e reprodução da fome/desnutrição. **Rev Saúde Debate**. 1988; 13(23):42-9. *In*: VASCONCELOS, F.A.G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Rev. Nutr.* [online]. 2005, vol.18, n.4, pp. 439-457. ISSN 1415-5273.

WHO - World Health Organization. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization. WHO Technical Report Series, 916]. Geneva, 2003.

WHO - World Health Organization. **Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh world health assembly**. Technical Report Series, n.916. Geneva, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>>. Acesso em: 29 de junho de 2009.

YIN, R.K. **Estudo de caso. Planejamento e métodos**. Porto Alegre. Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. DADOS DO MUNICÍPIO:	
Município:	Estado:
CEP:	Telefones para contato: ()
2. DADOS DO PARTICIPANTE:	
Nome completo do Entrevistado:	
	Sexo: M () F ()
Cargo/Função:	
Tempo de ocupação do Cargo/Função:	
Telefones para contato: ()	
E-mail:	

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

- TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Estudo sobre o processo de Organização da Atenção Básica no Brasil: análise da Inserção do Programa de Saúde da Família e do Desenvolvimento de Ações Estratégicas de Alimentação e Nutrição, nos municípios de grande porte.
- PESQUISADORES:** Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann e Prof^a Dr^a. Maria Fátima de Sousa e M.Sc. Ivana Aragão Lira Vasconcelos.
CARGO/FUNÇÃO: Docentes do Quadro (Edgar Hamann e Maria Fátima de Sousa) e pesquisadora visitante (Ivana Vasconcelos) .
UNIDADE DA UnB: Faculdade de Ciências da Saúde – Departamento de Saúde Coletiva – Núcleo de Estudos de Saúde Pública.
- AUXILIARES DE PESQUISA:** Juliana Cardoso Álvares; Caroline Linhares; Viviane Rangel de M. Pimentel; Natascha Façanha Silva Ramos, Geiciane Silva Neri e Andréia da Silva Cardial.

4. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

Sem Risco (**X**) Baixo Risco () Médio Risco () Alto Risco ()

5. DURAÇÃO DA PESQUISA: 18 (dezoito) meses.

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA**1. Justificativa e Objetivo da pesquisa:**

Este estudo está inserido na Unidade de Estudo e Pesquisa em Saúde da Família do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília - NESP/UnB, em parceria com o Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN/ UnB). Tem como objetivo analisar a organização da Estratégia Saúde da Família no âmbito das ações de alimentação e nutrição na perspectiva da Promoção da Saúde, em 55 municípios acima de 100 mil habitantes. Considerando o atual perfil epidemiológico nutricional da população brasileira, torna-se imprescindível a inserção das ações de alimentação e nutrição na atenção básica, particularmente na Estratégia Saúde da Família, para atender aos princípios de integralidade, universalidade e resolubilidade. Entender como essas ações vêm sendo realizadas contribuirá para a inserção ou incorporação progressiva e organizada de novas iniciativas de promoção da saúde, o que justifica a importância dessa pesquisa.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos:

Os procedimentos dessa pesquisa consistirão em sua participação com informações que serão concedidas pela aplicação de questionários e da sua participação na discussão em grupo, de acordo com a sua disponibilidade. Esta última técnica requer gravação, desde que todos os seus participantes autorizem. Os métodos e técnicas de coleta de dados serão aplicados pelos pesquisadores e/ou auxiliares de pesquisa treinados. Caso esteja de acordo, a entrevista será gravada ou assinada para transcrição / registro posterior, visando facilitar o processamento do material. As informações obtidas por meio da entrevista serão processadas pelos pesquisadores e auxiliares de pesquisa, sob acompanhamento dos pesquisadores e analisadas em conjunto com as entrevistas com outros atores e material de fontes diversas da pesquisa. Será garantido o sigilo quando as informações forem divulgadas.

3. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo:

Não há nenhum procedimento alternativo.

IV. ESCLARECIMENTOS DOS PESQUISADORES SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Os resultados da análise final, no período de estudo, são de única e exclusiva responsabilidade do Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP/CEAM/UnB, visto que serão consideradas informações provenientes de diversas fontes.
2. Os instrumentos de coleta de dados (tanto em papel como em meio magnético) serão mantidos sob guarda do NESP/CEAM/UnB, por cinco anos, permanecendo em armários fechados.
3. O entrevistado tem garantido o acesso às informações sobre os procedimentos de coleta de dados. Não há riscos relacionados à aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Os benefícios da pesquisa serão indiretos.
4. É garantido sigilo e privacidade dos dados obtidos nesta pesquisa, sendo destinado apenas ao uso para fins científicos. Nenhum funcionário ao qual o(a) participante esteja subordinado(a) terá acesso ao conteúdo da pesquisa. Os resultados serão traduzidos em forma de relatório, teses, dissertações e/ou artigos sem identificação individual da fonte. Serão evitadas citações diretas de falas no trabalho final a ser elaborado.
5. É garantida a liberdade de retirar seu consentimento, de deixar de participar do estudo e de solicitar a interrupção da gravação a qualquer momento, sendo necessário entrar em contato com os pesquisadores ou auxiliares de pesquisa, para que este procedimento seja efetuado. A não participação não terá repercussões negativas no âmbito de trabalho do(a) entrevistado(a).
6. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do Núcleo de Estudos em Saúde Pública- NESP/CEAM/UnB, por meio dos quais pode vir a tirar suas dúvidas sobre o presente estudo, a qualquer tempo.

V. NOME DOS RESPONSÁVEIS PELA CONDUÇÃO DA PESQUISA E TELEFONES, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS POSTERIORES, REFERENTES À PESQUISA

Prof. Dr. Edgar Merchán Hamann

Prof^a. Dr^a Maria Fátima de Sousa

M.Sc. Ivana Aragão Lira Vasconcelos

Esp. Viviane Rangel de M. Pimentel

Telefones do Núcleo de Estudos em Saúde Pública- NESP (61) 3340-6863 / 3349-9884.

Endereço para correspondência: Ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública/ UnB

SCLN 406 Bl. "A" salas 225 - Asa Norte - Brasília – DF - CEP: 70847-510.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Não há observações.

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após devidamente esclarecido(a) pelos entrevistadores, responsáveis pela presente pesquisa, ter entendido o que me foi explicado e consinto a minha participação neste estudo proposto no presente termo.

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

 Assinatura do entrevistador



(2ª Via do TCLE: do Entrevistado)

V. NOME DOS RESPONSÁVEIS PELA CONDUÇÃO DA PESQUISA E TELEFONES, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS POSTERIORES, REFERENTES À PESQUISA

Prof. Dr. Edgar Merchán Hamann

Profª. Drª Maria Fátima de Sousa

M.Sc. Ivana Aragão Lira Vasconcelos

Esp. Viviane Rangel de M. Pimentel

Telefones do Núcleo de Estudos em Saúde Pública- NESP (61) 3340-6863 / 3349-9884.

Endereço para correspondência: Ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública/ UnB

SCLN 406 Bl. "A" salas 225 - Asa Norte - Brasília – DF - CEP: 70847-510.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Não há observações.

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após devidamente esclarecido(a) pelos entrevistadores, responsáveis pela presente pesquisa, ter entendido o que me foi explicado e consinto a minha participação neste estudo proposto no presente termo.

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

 Assinatura do entrevistador

APÊNDICE 2- Questionário de caracterização do perfil dos participantes dos Grupos Focais

Nº: _____

Questionário de caracterização do perfil dos participantes do Grupo Focal

Data: ____/____/____ Pesquisadores: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Nome completo: _____
2. Data de nascimento: ____/____/____ 3. Idade: _____ 4. Sexo: a) () M b) () F
5. Cidade: _____ 6. Estado: _____
7. Telefone: () _____ 8. Celular: () _____
9. Cargo/função: _____
10. Há quantos anos/ meses trabalha no cargo atual? _____
11. Estado Civil:
 - () solteiro () viúvo () casado () divorciado () Com companheiro (a)
 - () outros _____

ESCOLARIDADE

12. Frequenta a escola?
 - () Sim (*siga para a 13*)
 - () Não, já frequentou (*pule para 15*)
 - () Nunca frequentou (*pule para próxima etapa*)
13. Qual é o curso que frequenta?
 - () Classe de alfabetização de adultos
 - () Ensino fundamental
 - () Ensino médio
 - () Curso pré-vestibular
 - () Ensino superior (*pule para 15*)

APÊNDICE 3- Roteiro da Entrevista com a coordenação das ações de alimentação e nutrição

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – COORDENADORES

1. Como ocorreu a implantação das ações de alimentação e nutrição no município?
2. Como são desenvolvidas as ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família do município?
3. Quais as dificuldades encontradas para a execução das ações de alimentação e nutrição?
4. No município há capacitação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na área de alimentação e nutrição?
5. Existem dificuldades para a realização dessas capacitações em alimentação e nutrição?
6. As equipes existentes são suficientes para atenderem as demandas relacionadas à alimentação e nutrição?
7. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi implantado no município?
8. A inserção do nutricionista no Núcleo de Apoio à Saúde da Família seria suficiente para suprir as demandas dessa área? Por quê?
9. Como você procura motivar os profissionais que trabalham com as ações de alimentação e nutrição em sua equipe?
10. Você acha que o vínculo empregatício dos profissionais da Estratégia Saúde da Família interfere de alguma forma no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição realizado por eles?

APÊNDICE 4 - Roteiro do Grupo Focal

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

1. Qual a importância de trabalhar com ações de alimentação e nutrição na população que vocês atendem?
2. Quais demandas relacionadas à alimentação e nutrição vocês atendem?
3. Existe(m) alguma(s) ação(ões) que vocês consideram importante(s), mas que não está(ão) sendo feita(s)? Se sim, qual(ais)?
4. Como são desenvolvidas as ações de alimentação e nutrição na população que vocês atendem?
5. Quais as dificuldades encontradas para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição com a população de seu município?
6. Existe alguma parceria para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição junto à comunidade? Se sim, qual (ais)?
7. Há alguma parceria que gostariam de fazer para auxiliar no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição?
8. Há condições de trabalho, em relação à infraestrutura, disponibilidade de recursos e apoio, para o desenvolvimento de suas atividades diárias? Por quê?
9. Vocês se sentem valorizados e/ou motivados para exercerem seu trabalho? Por quê?
10. O que vocês acham que poderia ser feito para superar os desafios, de forma a melhorar a oferta das ações de alimentação e nutrição em seu município?

APÊNDICE 5- Roteiro de Observação das Unidades Básicas de Saúde**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

Nº: _____

Município: _____ Data da Observação: __/__/__

Identificação da unidade: _____

Pesquisadoras responsáveis: _____

1. Qual(ais) ação(ões) de alimentação e nutrição são desenvolvidas na Unidade visitada?
2. Há nutricionista na Unidade observada ou no NASF?
3. Qual(ais) profissional(ais) é(são) responsável(eis) pela coordenação da oferta das ações de alimentação e nutrição na Unidade?
4. Foi observada alguma ação de alimentação e nutrição sendo realizada no momento da visita?
5. Foi observado algum cartaz sobre a alimentação e nutrição na Unidade?
6. Que tipo de relação entre os profissionais foi observada no momento da visita?
7. Os profissionais transpareceram se sentirem motivados pela chefia para a realização das ações de alimentação e nutrição?
8. Foi observado a existência de condições mínimas de trabalho na Unidade observada para ofertar ações de alimentação e nutrição, no que tange à equipamentos, materiais e espaço físico?
9. Foi observada a existência de parceria da Unidade com alguma instituição?
10. Há alguma instituição próxima à Unidade?

APÊNDICE 6- Instrumento de Análise do Discurso das entrevistas com os Coordenadores

Instrumento de Análise do Discurso - IAD – Entrevistas com os Coordenadores
(55 registros e 33 IC sínteses)

Perguntas norteadoras:	IC	DSC
1- Como ocorreu a implantação das ações de alimentação e nutrição no município?	IC A= Não informado	-
	IC B= Iniciadas com o desenvolvimento de programas do governo.	<i>Iniciou com as ações de vigilância nutricional, em especial com crianças de baixo peso, monitoradas através do SISVAN ainda numérico no programa de controle das carências e ações educativas na Unidade de saúde. Depois o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e o de Ferro, a Vitamina A primeiro, atualmente implantados em todas as Unidades. Posteriormente, o município começou a conhecer os demais programas voltados para alimentação e nutrição e a articular a implantação e implementação dessas ações, por meio do estabelecimento de protocolos.</i>
	IC C= Iniciadas por iniciativa do município	<i>Iniciou conduzida pela região, com a implantação de um programa municipal e a oficialização veio com a criação do Programa de Alimentação e Nutrição aqui do município, visando a criação das diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde para atuação das diversas áreas dessa Secretaria com a alimentação e nutrição. Dentro do programa agente começou a desenvolver as ações de alimentação e nutrição com o objetivo de promover ações de alimentação saudável, estimular a população atendida pelo PSF à consumir alimentos mais saudáveis, com o objetivo de não adoecer.</i>
2- Como ocorre o desenvolvimento das	IC A= Por meio de grupos, palestras, oficinas e	<i>Todos os eventos que as Unidades promovem, o assunto é mencionado. Na Academia da Terceira</i>

<p><i>ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família de seu município?</i></p>	<p>atividades pontuais em dias comemorativos, desenvolvidas pelos profissionais das Unidades e também com auxílio de parcerias.</p>	<p><i>Idade, tem sempre alguém falando sobre alimentação. Nos grupos de puericultura, de hipertensos e diabéticos, de adolescentes e de tratamento de tabagismo também é falado sobre alimentação e um grupo de mães para incentivar o aleitamento materno, trabalhando a questão da alimentação saudável. Tem também as equipes que fazem palestras e em algumas Unidades estágios de nutrição e os professores quando está na grade curricular têm feito esse trabalho, ora com a população, ora com os próprios funcionários, para estimular o consumo de alimentos saudáveis. Nós temos conversado muito com a Secretaria de Educação para trabalhar esse tema e às vezes ela me procura para fazer esse trabalho nas escolas. Nós temos uma lei aqui do estado que proíbe o consumo de alimentos não saudáveis nas cantinas escolares. Apesar dagente ter um pouco de dificuldade na questão da fiscalização ainda, porque a rede é muito grande, tem escolas que já conseguiram abolir completamente o uso de frituras, salgadinhos, refrigerantes, pelo menos para os alunos do ensino fundamental. Então são alguns avanços que agente já conseguiu ter. Agente faz palestras periódicas com donos de cantinas para conscientizar em relação à alimentação saudável. Algumas cantinas nós já conseguimos que eles tenham essa definição que o que está vendendo está interferindo diretamente no índice de obesidade, sobrepeso. Agente leva todos estes índices para os donos de cantina e professores. Com os professores, agente faz treinamento em parceria com a Fundação Municipal de Assistência ao Estudante, que tem sete nutricionistas que trabalham ativamente nesta questão da implementação da alimentação</i></p>
--	--	--

		<p>saudável nas escolas. Ano passado agente fez um trabalho legal de cozinha folclórica, era início do programa, mas agente queria levantar esse tema alimentação e agente levantou os pratos folclóricos de cada região do Brasil e propomos preparações. Agente se envolveu até aqui no gabinete. Agente fez um livrinho de receitas de comidas folclóricas de cada região. Fizemos uma gincana do aleitamento materno e fizemos blocos do aleitamento e contrataram um trio elétrico e aí tinha o bloco dos pais, dos profissionais de saúde, dos agentes comunitários, das mães, das crianças e todos participaram. Em outra Unidade estavam fazendo o estudo da taioba. Eles trouxeram os benefícios e aí as equipes resolveram fazer o festival da taioba. Era taioba na torta, no suco, refogada, então aquilo envolveu a Unidade. No lúdico, a coisa do envolvimento de uma maneira bem tranquila, descontraída, mas envolvendo na tentativa de mudar alguns hábitos e adquirir outros. Na questão da AIDS acho que a nutrição tem um trabalho muito importante. No centro de atenção psíquico-social na região Sul do município, tanto infantil, adolescentes quanto adulto, eles têm uma cozinha experimental com orientação de alimentação de nutrição e desenvolvem ações de alimentação e nutrição. Então, a alimentação tem sido um tema transversal, permeando todos os outros assuntos dentro da Unidade, até para funcionários.</p>
	<p>IC B= Não é específico do nutricionista e ocorrem de acordo com as necessidades locais.</p>	<p>As ações acontecem principalmente por iniciativa local, pela necessidade local, nas áreas de promoção da alimentação saudável, promoção da saúde, assistência nutricional na prevenção de carências nutricionais, vigilância sanitária e nutricional com o SISVAN e o acompanhamento das famílias do Bolsa Família. Elas não são</p>

		<p><i>específicas do profissional nutricionista, agente tem o profissional na rede, mas agente observou que o maior número de envolvimento está entre enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, nutricionista e educador em saúde pública, envolvidos com ações de alimentação e nutrição. Tem Unidade que o nutricionista coordena, tem Unidade que ele ajuda, mas sempre com apoio desses profissionais e na DST/AIDS tem um grupo de estudos de alimentação que não é só de nutricionista.</i></p>
	<p>IC C= Por meio de busca ativa</p>	<p><i>As ações de alimentação e nutrição no município acontecem mais a contento nas áreas de PSF realmente. Tem os agentes que estão no dia-a-dia na casa para ver como está a suplementação no caso de programas de suplementação dos micronutrientes, vendo se aquela criança está em dia com esta suplementação.</i></p>
<p>3- Quais as dificuldades encontradas para a execução das ações de alimentação e nutrição?</p>	<p>IC A= Articular a saúde e a educação, implementar programas governamentais pela especificidade cultural da população e escassez de acesso ao alimento e fazer o acompanhamento nutricional pela perda de dados.</p>	<p><i>Adequar tanto a saúde quanto a educação. Agente sente resistência ao que está entranhado na cultura da população daqui. É complicado falar de alimentação saudável com uma pessoa que só tem aquela caça, aquela pesca e aquele açaí no quintal. Agente tem que estudar mais esses hábitos alimentares para poder intervir de forma correta e não chegar lá com padronizado ao que é a alimentação saudável, com os dez passos da alimentação saudável do Ministério da Saúde entregar para o ribeirinho. Para ele aquela pirâmide dos alimentos não faz muito sentido porque o acesso dele é diferenciado. E agente sente dificuldades nesse acompanhamento, tanto na implantação quanto na implementação e o acompanhamento desses programas. Culpa também do usuário, de solicitar sempre o médico para tudo e aí fica tudo muito centralizado no médico e agente perde dados de atendimento</i></p>

		<p>com a nutrição. No Programa Bolsa Família, na saúde agente perde muitos beneficiários com essa coisa da condicionalidade da saúde, porque é difícil agente fazer essa busca ativa do acesso. Vão, incentivam o beneficiário de que ele precisa cumprir a condicionalidade de saúde com o risco de perder o benefício e nem assim eles procuram a nutricionista para fazer acompanhamento da saúde que é tão importante pramente por questão de dados e índice e para eles, ter esse acompanhamento nutricional.</p>
	<p>IC B= Trabalhar a promoção da saúde, por causa da visão assistencialista da população</p>	<p>Os profissionais tentam trabalhar as ações de alimentação e nutrição com a população, mas muito no âmbito tratamento de distúrbios nutricionais e prevenção de doenças. Ainda é um desafio trabalhar a promoção da saúde realmente. A população pressiona as equipes de saúde para a assistência nutricional, atendimento individual.</p>
	<p>IC C= Baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família no município, interferindo na realização da busca ativa necessária.</p>	<p>Nossa maior dificuldade é a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família no município ainda, em torno de 28%. E quando tem uma cobertura baixa, agente não tem como fazer a busca ativa, estar lá para estar pegando essas crianças e agente só consegue ter uma cobertura razoável dentro das equipes porque tem um agente para fazer a busca ativa para estar controlando a caderneta da criança, ver se está com a suplementação em dia ou não.</p>
	<p>IC D= Escassez de tempo frente à demanda assistencialista, baixa adesão da população às orientações e trabalhar visualmente o porcionamento dos alimentos.</p>	<p>A maior dificuldade é tempo, em função da demanda da assistência, essa é a grande queixa dos profissionais das equipes de Saúde da Família. A outra dificuldade é a adesão da população a essas orientações que de maneira geral é muito baixa. As pessoas têm a ideia do que é ter uma alimentação saudável, mas aderem pouco na prática. Outra coisa é que agente trabalha de forma muito subjetiva falando dos</p>

		<p><i>alimentos, da importância, de como preparar, mas o grande problema é a quantidade, eles não têm noção de quantidade, então tem essa dificuldade que precisa ser levada em consideração na hora de conversar e explicar. Então, eu acho que agente precisa avançar nesse sentido, dar um passo além e começar a trabalhar de uma forma mais prática.</i></p>
	<p>IC E= O tamanho, complexidade e extensão do município.</p>	<p><i>A dificuldade é o tamanho do município. Tentar unificar alguma coisa é uma necessidade, mas chegar na fórmula e agente conseguir uma política municipal, uma diretriz municipal, é a dificuldade que agente tem. Como atingir todas as nossas realidades e condições para agente conseguir efetivamente implantar a política nacional na íntegra e ter a nossa posição? Quais são as diretrizes municipais de alimentação e nutrição em cada rede, em cada ação?</i></p>
<p><i>4- No município há estratégias para capacitação na área de alimentação e nutrição?</i></p>	<p>IC A= Sim, voltadas para projetos do município, além do que é demandado pelo Ministério da Saúde.</p>	<p><i>Sim. Agente procura fazer reuniões periódicas para frisar com a enfermeira que acaba fazendo o papel da nutricionista na hora da identificação, para ela saber fazer a identificação correta não só do risco, porque o risco é fácil, é identificar a eminência do risco no atendimento dela e saber encaminhar de forma correta para o nutricionista. As nutricionistas também quando tem algum projeto que agente queira implantar no Município ou têm uma solicitação do Ministério da Saúde, agente convoca as nutricionistas e se reúnem nas Unidades Básicas de Saúde e faz este treinamento com esses profissionais. No bolso, agente pede ajuda para uma Fundação que gerencia o Bolsa Família. Agente tem parceria com o CECAN também, que disponibiliza alguém "sempre que vem alguém de fora a pessoa é mais privilegiada, é mais assim... bem ouvida"... "o reflexo é melhor e maior naquele âmbito" Até</i></p>

		<p><i>creches também, onde agente fez um trabalho muito legal em relação à alimentação saudável que estamos concluindo para partir para as escolas, tentando conciliar isso com o Saúde na Escola, que agente está envolvido e fez um trabalho muito bom, deixando com os professores bonequinhos emborrachados, caderno de atividades onde tinha cruzadinhas para pintar e ligar, tudo relacionado à alimentação, começando desde o aleitamento materno até a alimentação complementar. A repercussão foi tão boa que não conseguiu ficar só com o professor, todo mundo quis participar nas creches. Também agente faz oficinas com todas as Unidades de saúde, trabalhando com a alimentação para crianças menores de dois anos para que os agentes comunitários possam estar dando orientação quando vai fazer a visita domiciliar e não esperar só quando tem as reuniões da Unidade de saúde. Agente sempre faz oficina de avaliações do programa SISVAN, de como ele está se dando, quais as dificuldades que está tendo e capacitamos todas as Unidades de Saúde em relação à alimentação complementar saudável e aí agente está agora só monitorando. As oficinas de capacitação agente tenta fazer trimestralmente quando dá, quando não dá agente faz duas vezes por ano, porque os recursos humanos estão escassos e não temos como estar em todas as Unidades trimestralmente. Tem coisas que agente faz anualmente, porque agente sente a necessidade que seriam as ações de alimentação e nutrição em relação ao SISVAN. Todo ano existe uma rotatividade grande de profissionais nas unidades de saúde e agente vê a necessidade de estar chamando esse pessoal que está entrando, para capacitar em relação à</i></p>
--	--	--

		suplementação de Vitamina A.
	<p>IC B= Sim, principalmente voltadas para os programas do Ministério da Saúde.</p>	<p><i>Sim. Agente vem desenvolvendo algumas estratégias de capacitação voltadas principalmente para os programas direcionados pelo Ministério da Saúde: SISVAN, acompanhamento das famílias do bolsa família, Programa Nacional de Suplementação de Ferro, promoção da alimentação saudável, ciclos da vida, aleitamento e distúrbios nutricionais e elas ocorrem de diversas formas. Todas as ações de alimentação e nutrição do município partem de um planejamento integrado, anual e delas saem também as propostas de capacitação do ano. Essas capacitações são tanto em nível central para grande grupos, quanto em nível distrital como nós chamamos para pequenos grupos. A metodologia utilizada às vezes é a tradicional em grande grupos, mas agente tem tentando estimular cada vez mais metodologias mais ativas, mais participativas e temos capacitado também profissionais nutricionistas e outros para trabalhar com metodologias ativas. Todos os anos elaboramos pelo menos duas ou três capacitações. Todas as nossas Unidades são capacitadas na iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e temos também capacitações para uso do SISVAN WEB. Agente está fazendo um planejamento para uma capacitação em antropometria que é uma coisa que agente precisa melhorar. Para a rede de atenção básica, o primeiro treinamento específico que vai realizar de uma forma unificada é antropometria, visando uma vigilância nutricional para agente ir comparando os dados e confiar no resultado que agente vai ter e conseguir orientar qual a diretriz do município para cada patologia, para cada ciclo de vida. Fizemos um levantamento de todo os</i></p>

		<p>recursos materiais de antropometria de todas as Unidades antes de fazer um treinamento, vendo a realidade para ter noção do que está acontecendo lá. A princípio, estávamos realizando capacitações pontuais, tentando abranger um grande número de profissionais, hoje priorizamos a educação continuada, o que na prática nós chamamos de supervisão educativa que são visitas frequentes às Unidades de Saúde para avaliar como estão acontecendo as ações de alimentação e nutrição e já treinando, orientando os profissionais para melhorar e agente já tem avançado em algumas ações através dessas capacitações que agente tem feito. São de extrema importância para a qualidade do nosso trabalho.</p>
<p>5- Existem dificuldades para realização dessas capacitações na área de alimentação e nutrição? Se sim, qual(ais)?</p>	<p>IC A= Sim, pela resistência do médico em reunir-se com a equipe.</p>	<p>Agente sente em relação ao médico. Sempre que agente vai reunir médico é difícil, nunca tem tempo, nunca pode, então agente tem esta dificuldade, mas com os outros profissionais de forma alguma, não existe essa resistência não, muito pelo contrário, eles querem informação, são comprometidos, têm uma receptividade muito boa quando agente solicita para treinamento, mesmo os enfermeiros. Sabem que agente está somando o trabalho deles. É mais uma informação que eles vão ter para atender àquela população, àquela comunidade. Recursos financeiros agente tem o Fundo de Alimentação e Nutrição, sempre que agente se reúne agente tem recurso para isso e temos espaço, temos o SAMU aqui que tem um auditório grande.</p>
	<p>IC B= Sim. Encaixe de agendas, cancelamento de capacitações em função de surtos epidêmicos, adesão dos profissionais e insegurança dos</p>	<p>Sim. Encaixar a agenda da nutrição com as demais. Algumas capacitações ao longo do ano foram canceladas em função de surtos de febre amarela, de H1N1, de endemias e outras dificuldades relacionadas à adesão de profissionais e principalmente a questão dos</p>

	multiplicadores para trabalhar com a metodologia ativa.	<i>profissionais multiplicadores ainda terem muita insegurança pra trabalhar com metodologias ativas.</i>
	<u>IC C=</u> Sim, pela falta de recursos humanos e dificuldade com o transporte da Secretaria para levar aos locais onde acontecem as capacitações.	<i>É questão de recursos humanos mesmo na unidade e muitas vezes o transporte para agente estar se deslocando. Às vezes agente tem a supervisão marcada, mas aí está com problema no transporte. Hoje tem eu que coordeno e tem outra nutricionista que trabalha comigo, só nós duas para estar fazendo essa supervisão, aí dificulta. Agente não consegue fazer a supervisão da forma que agente gostaria, trimestralmente.</i>
	<u>IC D=</u> Sim. Retirar os profissionais dos locais de trabalho para serem capacitados.	<i>Devido à altíssima demanda dos serviços, retirar os profissionais da rotina para a participação. Estamos revendo agora a forma de fazer essas capacitações, tentando fazer localmente e não mais centralizando, porque agente está vendo que o resultado é mais efetivo quando se faz no local de trabalho, porque o nível de comprometimento dos profissionais é maior.</i>
	<u>IC E=</u> Não.	<i>Dificuldade para capacitação não tem, não.</i>
6- As equipes existentes são suficientes para atenderem as demandas relacionadas à alimentação e nutrição?	<u>IC A=</u> Não. Há necessidade de contratação de nutricionista para suprir as demandas existentes.	<i>Não. Agente tem uma carência muito grande ainda na equipe para trabalhar alimentação e nutrição. O nosso suporte nas Unidades de Saúde são as enfermeiras que fazem o papel da nutricionista ou encaminha para a Unidade Básica de Saúde especializada do Estado, os auxiliares e os ACS e agente fica dando este apoio logístico daqui na medida do possível. Os programas nacionais de alimentação ficam a enfermeira responsável. Em relação à palestra da alimentação complementar, agente capacitou toda a Unidade de Saúde no básico, então os próprios enfermeiros e os assistentes sociais fazem as palestras. Quando é uma palestra mais específica, eles solicitam da agente e agente de acordo com a nossa disponibilidade, tenta dar</i>

		<p><i>essa palestra, mas quem termina levando nas costas as ações de alimentação e nutrição nas Unidades de Saúde são os enfermeiros auxiliares, porque no SISVAN a parte de coletas de dados é feita pelos auxiliares de enfermagem, que são treinados para estar dando esse suporte e as enfermeiras é que fazem a avaliação através do gráfico da carência criança. Apesar de agente ter o envolvimento do curso de nutrição das instituições de ensino envolvidos na rede, acho que o número de profissionais ainda é insuficiente. É um contrasenso muito grande que num município de mais de trezentos mil habitantes, por exemplo, haja uma única profissional, não é? Durante uma história de dez anos do Programa Saúde da Família e de vinte anos de SUS? Agora nós vamos ter sete nutricionistas, foi um avanço e tanto, mas ainda temos que avançar porque nós não teremos um serviço de assistência e nós vamos precisar. Agente vai ter uma ótima cobertura de promoção da alimentação saudável, de ações de alimentação e nutrição num aspecto, mas vai precisar também de nutrição clínica, de ambulatório para atender os pacientes que já têm as doenças instaladas. Nós temos uma demanda muito grande de pacientes com nutrição enteral que não temos como atendê-los de maneira eficaz, mas já é um avanço muito grande. Se agente tem como maior causa de morte as doenças crônicas não transmissíveis e um dos pontos principais é a alimentação pouco saudável, o profissional que está mais habilitado para trabalhar com isso é o nutricionista e ele não está efetivamente inserido na Atenção Básica. Está muito, muito longe disso! Então, uma solução para melhorar essa questão não só aqui a nível da sede, mas no contexto todo das Unidades de</i></p>
--	--	--

		<p>Saúde é contratar mais profissionais especializados na área de nutrição para fazer esse atendimento, incluir o nutricionista nas Unidades de execução do PSF ou pelo menos que cada Unidade de Saúde tivesse no mínimo um nutricionista e aqui na sede também melhorar a equipe em relação a recursos humanos. Tudo isso perpassa por uma questão de contratação de recursos humanos, de concurso que inclua o profissional nutricionista na área. Seria super importante isso!</p>
	<p>IC B= Não. Há necessidade de aumentar o número de profissionais e nutricionistas, nas equipes existentes.</p>	<p>Para profissionais não nutricionistas a demanda é grande e o número de profissionais é insuficiente. Nessa unidade por exemplo, apesar de ter todas as equipes completas, ela ainda assim não consegue atender a demanda da população e com relação ao quadro de nutricionistas mesmo, também é incompleta, considerando que o nutricionista aqui no município, de uma maneira geral, ainda não está inserido na saúde da família, apenas na residência. Para cobrir 100% precisa reforçar as equipes profissionais.</p>
	<p>IC C= Não. Há necessidade de aumentar a cobertura da ESF e NASF.</p>	<p>O olhar agora é para onde não tem 100% de cobertura e é necessário. Aqui no município algumas regiões já tem uma cobertura chegando a 100%, mas tem outras que há necessidade de maior número Unidades Básicas, por isso que a atenção nesse momento da Secretaria da Atenção Básica é centrar realmente esforços nesse bairro. Então, aumentar a cobertura de equipe de Estratégia Saúde da Família e automaticamente mais equipes NASF naquele trabalho que demanda como um todo, porque a qualidade da assistência é outra quando você tem esta cobertura.</p>
<p>7- O NASF foi implantado no</p>	<p>IC A= Não. Há planos de implantação.</p>	<p>Não. Existe um planejamento de NASF, se é que eu posso dizer assim, mas não sei informar</p>

<i>município?</i>		<i>exatamente se já é para implantar ou se é só um projetinho mesmo.</i>
	IC B= Não. Há um projeto de implantação em andamento.	<i>Não. O município ainda não fez adesão pelo NASF, o que é uma pena, agente sente muita falta. Já estão sendo feitas as articulações necessárias para essa adesão. O município concluiu no ano passado e enviou ao Estado e ao Ministério da Saúde a proposta do NASF. Nessa proposta a nutrição foi entendida como prioridade para todos os Núcleos, fornecendo apoio matricial, proposta do NASF que estamos adaptando para nossa realidade aqui. Nós já estamos fazendo um trabalho de base com as equipes para receber esses profissionais com propostas. Então a chance de dar certo melhora bastante com isso. Agente tem batalhado muito e ficado muito no pé para chegar o momento em que agente vai fazer a adesão, para que seja incluído nutricionista nessa equipe do NASF. Eu acho que já passou da hora de o município aderir, mas é uma coisa mais de cima, de gestão.</i>
	IC C= Sim. Fortaleceu o trabalho e melhorou a qualidade da atenção, sendo levando em consideração o perfil epidemiológico para a formação das equipes.	<i>O trabalho da prevenção é importante e o PSF tem esta função, mas ele acabava sozinho, até numa função mais de emergência, curativa e muitas vezes ainda tinham que suprir as necessidades que hoje o NASF supre. As equipes de Estratégia Saúde da Família ficavam muito isoladas, não tinha com quem compartilhar as outras especificidades, ficando sozinhas para resolver tudo. Ficava meio estrangulada, na verdade. Então com a instalação dessas equipes NASF, veio fortalecer para a Estratégia da Saúde da Família realmente acontecer e melhorou a qualidade da assistência. Agente percebe que as equipes de NASF são profissionais jovens, a grande maioria. Tem muita vontade de trabalhar e de aprender e a contribuição de cada área é</i>

		<p><i>fundamental. Esse conhecimento que eles trazem, essa garra, é bom para renovar e agrega valores ao trabalho, no sentido de estimular e de repente fazer você enxergar por outro lado e as decisões são tomadas sempre a partir deste estudo da realidade. Então acho que isso ajudou bastante e para constituir as equipes do NASF, para agregar os profissionais, foi feito um estudo epidemiológico do território, de acordo com o que aquela população mostrava de necessidade, de problemas. Foi levado isto em conta para compor os profissionais da equipe NASF.</i></p>
<p>8- A inserção do nutricionista no NASF seria suficiente para suprir as demandas na área de alimentação e nutrição? Por quê?</p>	<p>IC A= Não. Seria necessário ter mais nutricionista.</p>	<p><i>Um nutricionista para onze equipes nos parece a princípio ainda insuficiente, porque a pressão da sociedade e dos profissionais é de assistência, atendimento individual especializado, encaminhamento para nutricionista e a proposta do NASF ela é diferenciada, não prevê muito este tipo de ação, prevê ações mais coletivas, em âmbito familiar e conjuntas com as equipes e os profissionais têm a visão de que o profissional nutricionista do NASF ou do Saúde da Família em si, ele está ali para que sejam encaminhados os casos para eles apenas. O ideal seria pelo menos um nutricionista em cada Unidade de Saúde, até porque o NASF está mais para um apoio logístico, ele não vai fazer atendimento, ele vai estar dando um apoio geral na Unidade de Saúde. Seria uma ajuda grande porque pelo menos as Unidades podiam se reportar de alguma forma, ter algum apoio para palestra que necessite porque até isso agente fica com carência, de algum evento precisar de alguém para fazer uma palestra de alimentação e nutrição e agente fica aqui atropelado e agente não tem a quem recorrer. Vai dar para fazer um trabalho melhor do que o que está sendo feito, mas não para atender a</i></p>

		<p>demanda, porque a demanda é muito grande. Só seria suficiente se tivesse nutricionista na Unidade Básica para estar ali lidando diretamente com as ações, organizando e seria o profissional correto na Unidade para estar se reportando, para ser responsável na Unidade de saúde pelas áreas da alimentação e nutrição e em número suficiente de profissionais de modo que entrando de licença, tenha outro para cobri-lo, para não causar uma demanda reprimida.</p>
	<p>IC B= Sim. A inserção do nutricionista nos NASF foi expressiva.</p>	<p>Na cidade como um todo, como agente pode observar, a presença do profissional nutricionista nas equipes NASF foi grande. Não sei precisar os números, mas foi expressiva e a participação das equipes NASF com a nutricionista da nossa rede tem estimulado o serviço. Se têm dúvidas eles perguntam. Eles têm ideias, eles têm projetos, então isto tem estimulado a nossa rede.</p>
<p>9- Como você procura motivar os profissionais que trabalham com as ações de alimentação e nutrição em sua equipe?</p>	<p>IC A= Fornecendo condições de trabalho e enfatizando a união e a ética profissional.</p>	<p>Procurando sempre atender as solicitações deles, de infra-estrutura no que tange à questão da alimentação e nutrição, solicitação de material pedagógico, de material educativo, material, equipamentos, balança quando eles pedem, adipômetro. E sempre que me reúno com mais de quatro, procuro motivar a união e a ética profissional que é o que está faltando na nossa área de alimentação e nutrição.</p>
	<p>IC B= Planejamento integrado, decisões conjuntas e elogiando.</p>	<p>Agente tem motivado nesse sentido de distribuir materiais, de chamar, de discutir, de participação, construir junto aquela proposta, poder participar de um planejamento integrado e há tomada de decisões conjuntas. Isso muda tudo, a co-responsabilidade, o envolvimento dos profissionais... Então agente tem avançado no planejamento integrado com relação à intra e intersectorialidade, convidando outros atores para participar do planejamento das ações de</p>

		<p><i>alimentação e nutrição, de onde saem as comissões de trabalho que articulam as prioridades das ações de alimentação e nutrição e são grupos que estão indo muito bem. Fazemos a diretriz para agente atuar e agente está avançando muito nesse trabalho em equipe. Agente está abrindo as portas, está aberto para todo mundo porque não adianta ter um programa que lindo, fazer a diretriz e a Política, sendo que a adesão é importante, a realidade é importante. Então agente tem tentado, na área de alimentação e nutrição, motivar essa participação e dando o apoio técnico e condições para ele poder atuar. Agente tem tentado também trazer para perto para conseguir enxergar o que está acontecendo e ao mesmo tempo, "olha você está fazendo isso, que legal!"</i></p>
	<p>IC C= Por meio de reuniões de sensibilização com os profissionais das equipes. Na gestão não precisa motivar.</p>	<p><i>A minha outra colega tem uma motivação muito grande, adora o que faz, então não preciso motivar porque ela já é motivada. Com aos demais profissionais, agente tem muita dificuldade nessa motivação porque eu vejo questionando muito aqui o preenchimento do SISVAN, mas não tem como fugir disso. Eles são muito pressionados a trabalhar o SISVAN por conta do Bolsa Família e aí é quando eles ficam muito angustiados. Agente motiva muito através de reunião de sensibilização, sensibilizando eles da importância de fazer isso, não só por eles, mas pela população que dependem daquilo e para eles mesmos, que está monitorando a saúde das crianças. É muita luta para sensibilizar, mas agente consegue.</i></p>
	<p>IC D= Sendo otimista.</p>	<p><i>Procuro ser bem otimista. As coisas que agente faz agora, não é só para ter resultados agora. Nada do que você faz de promoção em saúde é para ter resultado imediato. É com essa</i></p>

		<i>perspectiva que eu sempre procuro trabalhar.</i>
10- Você acha que o vínculo empregatício dos profissionais da EFS interfere de alguma forma no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição realizadas por eles?	<u>IC A=</u> Sim. Na continuidade do trabalho.	<i>Sim, com certeza, mas não de uma maneira taxativa. O profissional efetivo tem um vínculo maior com a instituição, mas em algumas áreas temos profissionais contratados para também trabalhar as ações de alimentação e nutrição e que se envolve muito até porque como eles não têm uma estabilidade e precisam se esforçar mais para mostrar o trabalho. Por outro lado, por não ter a estabilidade, podem sair a qualquer momento e aí você tem que capacitar de novo muitos profissionais. Já tem o conhecimento daquela comunidade, você está empenhado no trabalho, mas quando começa a saber de fato o que está fazendo tem que procurar outro emprego e outra pessoa vai ocupar o cargo dela. Então, o profissional contratado é complicado, a prefeitura só pode contratar por dois anos, depois disso não pode nem renovar o contrato. Dois anos e aí aquele profissional é descartado. É todo um trabalho jogado no lixo. O contrato está acabando e vai se desmotivar, começar a faltar para procurar outro emprego porque ele tem uma família para sustentar, o que acaba interferindo diretamente no trabalho dele e o usuário do SUS tem um trabalho que não é contínuo. É um grande entrave a alta rotatividade de profissionais quando não há um vínculo direto com o serviço público e este vínculo empregatício é muito importante para a continuidade do trabalho e para a segurança daquele profissional.</i>
	<u>IC B=</u> Não.	<i>Não. De forma alguma. Hoje agente não tem não do trabalho. Agente nunca teve problemas com isso não. Aqui todos os profissionais do município são através de concurso. Agora os ACS eram por contrato e outros são concursados mesmo, daqui. O que emperra muitas vezes são Unidades Mistas</i>

		<p>que dividem o mesmo espaço físico, é Unidade de modelo tradicional e tem equipes que trabalham a Estratégia Saúde da Família. Às vezes dá confusão por questão salarial. Então, assim... às vezes agente esbarra muito nisso assim e diz "ah que não tem profissional para fazer, onde o profissional que tem é da demanda tal" e aí o PSF atende tudo. Aí a questão salarial que ele sabe que é diferenciada as vezes dá algum probleminha, mas assim... é mínimo. Agente não tem tido problemas que interfiram sério nas ações de modo a comprometer o andamento, não.</p>
	IC C= Não informado.	-

APÊNDICE 7- Instrumento de Análise do Discurso dos Grupos Focais

Instrumento de Análise do Discurso - IAD – GRUPO FOCAL

(261 registros e 82 IC sínteses)

Perguntas norteadoras:	IC	DSC
1- Qual a importância de trabalhar com ações de alimentação e nutrição na população que vocês atendem?	IC A= Auxilia na tomada de decisão da conduta da equipe.	<i>Muita coisa passa pela alimentação. Ela diz muito da cultura da população, fala muito do modo de vida, do comportamento e da história da pessoa. Através dela agente consegue avaliar os hábitos, a rotina, que serve muito para equipe ver o que pode orientar e o que não dá para orientar. Agente agrega mais conhecimento, que é muito legal e com o apoio de uma nutricionista do NASF agente se sente respaldados, seguros e mais tranquilos na execução do nosso trabalho.</i>
	IC B= Importante para a promoção da saúde.	<i>Acompanhamento nutricional no PSF agente acha de fundamental importância, principalmente na promoção da saúde. Agente lembra de como era e hoje como está o perfil daquela população. Hoje nós não temos crianças com baixo peso na nossa Unidade e também a obesidade mórbida é pouca.</i>
	IC C= Prevenir agravos à saúde decorrentes da má alimentação.	<i>Para que a doença não venha a ser desenvolvida. Todos os dias vemos as pessoas adoecerem com problemas relacionados à alimentação e nutrição. Vemos a importância da nutrição, porque às vezes tem uma doença, mas não tem um remédio tão eficaz quanto uma boa alimentação e a alimentação consegue diminuir a pressão arterial e estabilizar um diabético. O processo saúde e doença está diretamente relacionado a uma boa alimentação. As crianças estão ficando obesas, os adultos estão cada vez mais gordos e doentes. "Há quase um mês atrás, fomos visitar um senhor</i>

		<p><i>em sua casa. Estávamos conversando com a esposa dele que é hipertensa e diabética e até encaminhamos para a nutricionista. A pressão dele estava bem alta. Sabe o que ele disse? 'pressão eu controlo com açáí e com camarão'. Dissemos a ele: 'amanhã passe lá na "casa" que vamos lhe encaminhar pro médico para ele pedir uns exames, vamos lhe encaminhar até pra nutricionista'. Ele não veio. Uma semana atrás, numa visita, brincamos com ele: 'o senhor nem apareceu lá'. Hoje nos deparamos com ele aguardando e a esposa. 'O que aconteceu?' 'Ele sofreu um derrame!' Quando ele me viu disse: 'eu não vim e olhe o que tá acontecendo comigo?' Entenderam? Os maus hábitos alimentares! Uma pessoa trabalhadora, um taxista, por não procurar melhores orientações quase ele morre! A doença é consequência de toda uma história de vida, de hábitos. Por isso é necessário um trabalho de mudança de hábito o tempo todo, com a criança, com a mãe, na gestação e até o adulto. Então, com a nutrição eles podem acordar para essa realidade.</i></p>
	<p><u>IC D=</u> Auxiliar no tratamento de agravos à saúde.</p>	<p><i>É importante agente dar orientação sobre alimentação porque agente vê pessoas que estavam obesas e conseguiram perder peso e a pressão deles abaixou bastante. Agente também trabalha muito com cicatrização de feridas de acamados e vemos que ele pode ir ao melhor dermatologista do município, usar a pomada mais cara e não cicatriza, porque não é só a pomada ou o médico bom, é a alimentação. Se ele não manda nutriente no sangue não vai cicatrizar nunca porque a alimentação influencia diretamente na parte clínica, por isso ela é muito importante.</i></p>
	<p><u>IC E=</u> Estimula o</p>	<p><i>Agente vê que com as palestras nessa área, eles</i></p>

	comparecimento dos pacientes na consulta.	<i>vão ficando cada vez mais informados, se interessam mais e vêm para consulta. A mãe traz a filha, traz o marido.</i>
2- Quais as demandas relacionadas à alimentação e nutrição vocês atendem?	IC A= Hipertensão e Diabetes.	<i>Agente se depara com "n" situações, principalmente com a situação das crianças e dos hipertensos e diabéticos, que a nossa orientação a respeito da alimentação é redobrada nesses grupos. Agente também encontra além de hipertensos e diabéticos, pacientes com síndrome metabólica em geral. As pessoas se alimentam mal, usam muito óleo, muito açúcar e muitos produtos industrializados.</i>
	IC B= Obesidade em adultos e infantil.	<i>Está crescendo muito a obesidade, inclusive infantil. Crianças e adultos estão cada vez mais gordos e doentes, consequência dos maus hábitos alimentares que começam errados lá no início, na amamentação. Com a obesidade vem as doenças oportunistas, que tem sido crescentes e precisam ser trabalhadas.</i>
	IC C= Consumo precoce de alimentos industrializados e açúcar.	<i>Agente tem percebido muito uma introdução muito precoce de alimentos industrializados, de refrigerantes e de açúcar, antes mesmo dos seis meses de idade. Já ouvimos mães falarem: 'refrigerante não mata, porque se matasse estaríamos todos mortos. Então, por que meu filho não pode?' E quando se orienta na introdução de novos alimentos para dar preferência para os alimentos naturais, perguntam: 'como vou fazer um suco sem açúcar, que graça que tem um suco sem açúcar?' Também há muitas crianças que comem biscoitos industrializados. Leva no lanche da escola e às vezes chegam lá para vacina ou para consulta e quando agente olha para mãozinha, está com os biscoitos. Agente pergunta: 'ele come isso todo o dia?' Aí ela responde 'não, de vez em quando ele leva pro colégio pra lanche e em casa também'.</i>

		<i>Optam por isso pela facilidade e também pela questão de hábito, então agente tem trabalhado bastante com isso.</i>
	IC D= Doença mental e hanseníase.	<i>Na nossa área agente tem pacientes de todas as patologias. Além de hipertensos e diabéticos, agente tem trabalhado isso com pacientes de doença mental, que são muitos e também com hanseníase.</i>
3- <i>Existe(m) alguma(s) ação(ões) que vocês consideram importante(s), mas que não está(ão) sendo feita(s)? Se sim, qual(ais)?</i>	IC A= Sim. Educação nutricional nas escolas.	<i>Tínhamos que reeducar nas escolas, começar de criancinha. A questão da educação na criança é muito importante, porque ela também vai questionar em casa. A partir do momento em que você começa a orientar e a ensinar a criança, agente sabe que vai ter um adulto com a visão de uma alimentação saudável. É organizar essas ações dentro das escolas.</i>
	IC B= Sim. Sensibilização de professores e pais.	<i>Deveria ter também uma reunião com professores para sensibilizá-los porque o professor tem o poder maior sobre as crianças e também com os pais para eles poderem dar uma orientação melhor para o seu filho.</i>
	IC C= Dar continuidade ao desenvolvimento de ações anteriormente realizadas.	<i>As equipes já desenvolveram atividade com os idosos na promoção de saúde, incluindo também da alimentação saudável em um antigo asilo e também agente teve um grupo de perda de peso, onde o pessoal da nutrição trabalhava e uma funcionária chegou a perder em quatro meses frequentando esse grupo, sete quilos. Sucesso absoluto! São iniciativas muito válidas.</i>
	IC D= Sim. Prevenção de transtornos alimentares e orientação para a introdução de alimentos para o bebê e a criança.	<i>Dentro da parte de saúde mental, seria muito interessante ter mais informação para população sobre os transtornos alimentares, com ações conjuntas entre nutrição, psicologia e saúde mental e também sobre a alimentação para o bebê e para a criança.</i>
	IC E= Sim. Palestras orientando a compra de	<i>Vamos fazer as palestras e colocar para população que agente tem que aproveitar o que</i>

	alimentos da estação por serem mais baratos.	<i>está mais barato, o que tem no momento disponível. Porque fazer aquela dieta dos sonhos para controlar o diabetes, a hipertensão, a obesidade, é impossível!</i>
	<u>IC F=</u> Sim. Grupos sobre alimentação para jovens e adolescentes.	<i>Há muita demanda de jovens, muitos adolescentes. Esse grupo é um pouco difícil de acesso, mas agente está de olho para inserir novos programas de nutrição para eles entrarem também.</i>
	<u>IC G=</u> Sim. Implantação de hortas.	<i>Tem algumas escolinhas particulares que tem florestinha com frutas e a criança aprende a descascá-las. Seria interessante que tivesse em outras escolas e também implantar horta dentro do Posto de Saúde para podermos até mesmo orientar mais, incentivar, falar para eles dos recursos que eles têm ou às vezes um irmão e não aproveitam. Muitos têm um quintal que pode fazer uma horta. Ele fazendo uma hortinha já vai ter legumes, verduras, como por exemplo, coentro e cebolinha que ajuda à combater a anemia. Então, agente tem que fazer com que eles vejam que aquilo é um recurso que eles têm e ver que com pouco eles podem melhorar a alimentação deles. Temos bastante entusiasmo com horta e para a população que tem interesse, é fundamental.</i>
4- Como são desenvolvidas as ações de alimentação e nutrição na população que vocês atendem?	<u>IC A=</u> Enfermeiras fazem o acompanhamento e para palestras a nutricionista é convidada.	<i>Enquanto enfermeiras agente se organiza e passa orientações. No caso das nossas gestantes, o acompanhamento é bem detalhado e se a paciente falta à consulta de pré-natal, agente pede para o agente comunitário ir atrás para saber o que aconteceu. Quando tem alguma atividade na Unidade agente convida a nutricionista para dar palestra. Então, os pacientes agente está sempre dando algum tipo de orientação em relação à questão nutricional.</i>
	<u>IC B=</u> Orientação nas	<i>Nas visitas agente sempre fala de alimentação.</i>

	<p>residências sobre a compra, a escolha e a substituição de alimentos por mais saudáveis.</p>	<p><i>Diariamente agente está entrando na casa de alguém e faz aquele discurso do tripé do tratamento da hipertensão: o medicamento, a atividade física e a alimentação. Agente faz aquela orientação básica com relação aos horários, ao fracionamento e procura ver que tipo de alimentação aquela pessoa faz uso, como é feita aquela alimentação, a compra e como é a manipulação. Agente tem essa facilidade em observar o que aquela pessoa consome e também orientamos. Agente sempre orienta hipertensos e diabéticos que o dinheiro que essa pessoa compra um charque, ela consegue comprar uma outra carne mais barata, verdura e a fruta. Se tem uma criança obesa, uma criança desnutrida ou um idoso, agente consegue perceber melhor, o que no consultório da Unidade passaria batido. Ao entrar na casa das pessoas, agente descobre coisas que jamais saberíamos se agente não tivesse fazendo essa visita. Descobre que o hipertenso que tomou seu remedinho está fazendo seu lanche com bolachinha cheia de sal. Porque quando agente pergunta à ele, ele jamais diz e quando agente encontra mães dando um refrigerante agente diz: 'pega um limão com um pedacinho da cenoura, porque fica gostoso e muito melhor do que o refrigerante'. Agente orienta a retirar as coisas negativas e produzir coisas novas. Isso é importantíssimo!</i></p>
	<p><u>IC C=</u> Reuniões da equipe para planejamento e apoio matricial.</p>	<p><i>Agente tem as reuniões de equipe e nessas reuniões agente planeja com o que vamos trabalhar. Agente levanta as necessidades e traz para a equipe, tentando ajudar nas necessidades que eles têm. Entramos na realidade daquele indivíduo porque não dá para usar um modelo em nutrição. Agente discute um hipertenso, o que ele</i></p>

		<p>teria de fazer para mudar ou qual seria o ideal, se vai ser preciso investigar, pedir para ele mudar, introduzir e tirar para que haja uma mudança. Então, através de reuniões E a educação continuada acontece dentro da estratégia de Matriciamento do NASF.</p>
	<p>IC D= A identificação das demandas são feitas na busca ativa (residências) e na triagem (Unidades).</p>	<p>Agente faz visita domiciliar e agente vê qual a demanda e marca, mas não é só na consulta. Às vezes agente chega lá e vê um adolescente comendo tudo errado, aí agente marca a consulta com a nutrição, pede para nutricionista estar observar melhor. Dentro da Unidade eles trazem os problemas pra gente e através da triagem os profissionais vão fazendo o acompanhamento. Quando nós precisamos de algum contato com a comunidade, agente vai em busca do agente comunitário para ele fazer essa ponte de ir chamar àquela família para a Unidade de saúde.</p>
	<p>IC E= Desenvolvimento de grupos, oficinas, cursos e palestras.</p>	<p>Desenvolvemos trabalhos com o objetivo de promoção à saúde e prevenção de doenças. Basicamente desenvolvemos grupos procurando atingir a necessidade da comunidade. Agente trabalha muito com esclarecimento da alimentação saudável para criança fazendo um trabalho com receitas, para gestantes enfatizando a importância da alimentação para formação do bebê e para sua saúde, no grupo do idoso, do hipertenso, do diabético e grupo de educação nutricional para qualquer pessoa e idade abordando temas diferentes a cada encontro. Fazemos também palestras educativas e algumas atividades conforme vão surgindo as demandas, como por exemplo mães que não estão sabendo como devem alimentar o filho, formamos o "grupo de alimentação para crianças de seis meses a dois anos" e também eventos temáticos em dias comemorativos como a "Festa do Dia da</p>

		<p><i>Criança", o " Dia Saudável" onde agente trabalha com oficina de alimentação. Quando não conseguimos fazer na Unidade, agente vai até eles. Fizemos um grupo de educação alimentar em um bairro e teve participação da turma toda em volta do bairro também e fizemos um curso de alimentação saudável com mulheres da zona rural que agente via um certo grau de depressão. Elas aprenderam a fazer muitas coisas com soja e aderiram bem à alimentação saudável através da soja, já que na região é uma coisa que tem à vontade. Então, a comunidade como um todo tem acesso à promoção da alimentação saudável.</i></p>
	<p>IC F= Realizando trabalhos nas escolas.</p>	<p><i>Agente trabalha a prevenção da obesidade infantil na escola porque agente percebe lá que as crianças estão cada vez mais gordinhas e alguns magrinhos. Agente convida pessoas de fora ou os próprios profissionais da Rede e organizamos atividades com as crianças voltadas para prevenção da obesidade com ações de alimentação saudável e servimos mesas de frutas. Então, agente faz ações dessa natureza para poder incentivar o consumo de alimentos saudáveis. As crianças que estão em escolas que tem o Programa Saúde na Escola também trabalham essa temática. Agente vai nas escolas e ensina as crianças, os adolescentes.</i></p>
	<p>IC G= Trabalho multidisciplinar e articulação entre a equipe.</p>	<p><i>Agente interage. Agente encaminha para gestante estar passando para nutrição, a enfermagem também manda pr agente, para estar marcando consulta dentária. Uma integração multidisciplinar. Não dá para falar de odontologia sem falar de nutrição. Agente está sempre falando em alimentação em todas as nossas atividades, com a gestante, no aleitamento, o médico e o enfermeiro falando diretamente com o hipertenso, o diabético, então os profissionais</i></p>

		<i>estão todos envolvidos nisso.</i>
	IC H= Além do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, são desenvolvidas ações com base no diagnóstico local.	<i>Além do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, agente desenvolve ações com base no diagnóstico local, mas atividades que agente sabe que vai surtir um bom resultado.</i>
	IC I= Trabalhando a nutrição com todos da família, especialmente na zona rural.	<i>Cada família agente trata algum item. Agente explica bastante a relação da doença com o alimento: o diabetes com o açúcar, o sal com a hipertensão, a falta de exercícios com doenças, a depressão com a falta de nutrientes. Na zona rural, quando agente vai atender um hipertenso, agente acaba fazendo o atendimento na família toda de uma vez e acaba descobrindo uma criança que não está se alimentando. Então, da criança recém-nascida até o idoso agente trata a nutrição familiar.</i>
5- Quais as dificuldades encontradas para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição com a população de seu município?	IC A= Trabalhar os hábitos alimentares inadequados e a resistência à mudança desses hábitos.	<i>Agente orienta as mães à marcarem com o nutricionista, mas elas falam que a nutricionista vai passar coisas que ela não tem condições de comprar. Só que muitas vezes tem dinheiro para comprar e não faz alimentação diferente do que deveria fazer. As pessoas são resistentes em mudar o hábito alimentar, principalmente os quem têm doenças crônicas já estabelecidas. Durante uma visita a um diabético, enquanto orientávamos ele foi até a cozinha e voltou com um prato cheio de doce. A diabetes estava altíssima e ele sabe os riscos e nem viramos às costas ele já estava com o prato de doce na mão e ainda reclamou que a consulta demora, só que assim não adianta, não há consulta que resolva. Outro caso foi de um senhor de 80 anos que é diabético insulínico-dependente e toma dois litros de coca-cola por dia. Então, orientar o paciente que precisa de uma alimentação com rigidez de</i>

		<p>horário é muito difícil porque eles não levam muito à sério a questão do hábito e de uma boa alimentação. Agente fala da importância de todos os dias comerem uma folha como a alface, a couve, dá todas as orientações necessárias, mas é difícil porque conscientizar é difícil. Na área rural então, a carninha de porco eles continuam comendo, o sal. Agente tenta mostrar para população que a mudança do hábito vai fazer melhorar a doença, mas são muito resistentes.</p>
	<p>IC B= Orientar a população nos casos de falta de recursos financeiros.</p>	<p>Tem dias que não tem nem o que agente orientar por causa das condições. Às vezes agente orienta na Unidade, mas quando agente chega na residência que vai ver que muitas vezes não tem dinheiro para comprar nem o pão de manhã. É uma situação muito difícil. Quando chegamos e vemos que aquela família nem tem o que comer, o que você vai falar pra aquela pessoa? É muito difícil de orientar, porque o que é que eu vou orientar para aquela mãe, se ela não tem um real para comprar nada para aquela criança ou para aquela família? Hoje em dia já paramos com 'proibido comer doce', 'não coma doce', porque não adianta, às vezes é aquilo que ele tem pra comer. Agente sabe que tem que orientar, não falta nossa teoria, não falta boa vontade da nossa parte, só que fica complicado fazer um cardápio quando a pessoa não tem o que comer. Como que agente vai influenciar?</p>
	<p>IC C= Trabalhar com aspectos culturais que permeiam a alimentação.</p>	<p>Sobre o cultural da população, ainda hoje se come muita comida salgada e pesada desde cedo. Em relação ao aleitamento materno por exemplo, é muito difícil uma criança chegar aos seis meses só no leite materno exclusivo e aí os cursos de capacitação que agente faz de aleitamento materno ficam só na teoria, porque na prática não têm como caminhar porque apesar</p>

		<p><i>de orientamos falando da importância da amamentação pra criança e que até os seis meses de vida não há necessidade de oferecer nem água, chega a avó da criança e manda dar chá para o bebê e a mãe dá, diz que o leite é fraco e a mãe acaba introduzindo outro tipo de alimento para a criança, passam a dar a fórmula. Com isso, o trabalho de 09 meses adiantou pouco e a consequência é o aumento dos casos de crianças com intolerância e alergia à proteína do leite de vaca. Então, é muito difícil trabalhar a cultura alimentar por já está escondido, por causa dessa origem de muitos anos, sendo difícil estimular porque viu a mãe fazendo assim, o pai fazendo assim, passou uma vida toda fazendo assim e já está idoso e continua fazendo errado. Essa é uma dificuldade muito grande das equipes deslançarem melhor e obterem resultados esperados, porque a cultura é uma coisa muito séria, agente não consegue mudar do dia para a noite e às vezes nem em longos anos.</i></p>
	<p>IC D= Demanda assistencialista.</p>	<p><i>A demanda da assistência devora a promoção! Eles não querem entender muito o conceito, eles querem ser atendidos e ponto final. Querem solução e quando você vem com a promoção, a população está querendo resolver o problema dela, não está pensando lá na frente, gerando uma sobrecarga de pronto atendimento. Não entende o nosso trabalho, vem à Unidade em busca de 'pílulas' para ficar bem. A população tem escassez de acesso, de educação, de uma série de outras questões que são importantes para se ter saúde e aí fica um pouco difícil fazer todo o papel do PSF que é enorme e trabalhar sobre uma agenda regular, com consultas marcadas, com demandas coerentes, com planejamento. Por enquanto o planejamento</i></p>

		<i>desmorona na primeira fila de pronto atendimento que tem ou na primeira solicitação de reunião.</i>
	IC E= Cultura medicamentosa.	<i>A população em geral tem hábitos de difícil correção só que tem também a questão do paciente que prefere tomar o comprimido tal hora e comer uma feijoada em seguida. É muito difícil mudar comportamento alimentar numa população que está acostumada a tomar remédios para o problema. Por outro lado, tem a questão da cultura medicamentosa também por parte do médico. É muito mais fácil orientarem uma prescrição médica em cinco minutos do que fazer uma orientação nutricional em meia hora!</i>
	IC F= Busca por praticidade interferindo na qualidade da alimentação.	<i>No dia-a-dia a comunidade em si, nem que ela tenha condições financeiras, ela não tem interesse de ter um bom hábito alimentar. Muitas vezes ela compra um refrigerante, mas ela não vai lá na feira comprar uma fruta porque não quer ter o trabalho para fazer o suco. O refrigerante compra, leva para casa e não tem trabalho nenhum. A população se acostumou a esse tipo de hábito alimentar e não tem interesse em mudar, porque se ele for à feira compra legumes por um real e não costuma fazer isso porque não quer ter trabalho, simplesmente se acomodou. É por isso que ela não quer que o bebê fique sendo amamentado, porque ela faz o mingau e deixa ali e quando volta é só botar na boca da criança. Não faz um mingau para o idoso, dá mesmo a alimentação da casa, frita, porque é mais prático. Não é que ele não tenha condições, até dá pra comprar, mas não quer.</i>
	IC G= Orientação nutricional feita sem adequação à necessidade da população.	<i>Até então não tínhamos acesso a profissionais de nutrição. É um trabalho muito novo. As poucas experiências que eu tivemos levando essas equipes aos domicílios não surtiram o efeito</i>

		<p><i>esperado porque foi feito um estudo pela equipe e foi levado a eles um cardápio com várias orientações que estavam muito longe do alcance das pessoas.</i></p>
	<p><u>IC H=</u> Estímulo da mídia influenciando o consumo de alimentos não saudáveis.</p>	<p><i>Uma coisa que dificulta muito para população não aderir de forma maciça para a mudança e prazente não avançar de uma forma mais rápida é que temos a mídia que trabalha muito contra. Agente vê a introdução precoce dos alimentos, principalmente os açúcares estimulado pela mídia. Agente educa, orienta e nos aproximamos mais das famílias, mas 'como mudar hábitos?'. Existe uma exigência do Ministério da Saúde prazente fazer alguma coisa, agente tem falando, orientando, chegando à família e aí vem a mídia, que às vezes é contra. Acabamos lutando por uma coisa que está bem mais visível diariamente do que a nossa fala enquanto profissional. Não é só isso, mas é um ponto para pensar.</i></p>
	<p><u>IC I=</u> Suprir a demanda.</p>	<p><i>Agente está sempre correndo atrás do prejuízo. A demanda é muito grande e o número de profissionais é pequeno. Como fazer trabalho compartilhado? Existe uma demanda reprimida, nem todos têm esse acesso. É um médico para quatro mil pessoas, então não anda. Tem que escolher quem vai ser atendido, se o hipertenso, se o diabético e você faz um tratamento, mas tem paciente que volta dez vezes e ele tem umas 05 ou mais patologias e agente não tem profissional suficiente. Vemos que o norteador do PSF é qualitativo, mas o resultado ainda é quantitativo. É difícil. Muitas vezes olhamos só a quantidade e não a qualidade. Eles reclamam que o auxiliar não vai mais na casa deles como ia antes. Com relação ao acompanhamento nutricional, funciona com grande dificuldade. Nós temos uma grande dificuldade de fazer o nosso plantão porque</i></p>

		<i>temos que cobrir as equipes do PSF e a demanda com todas as especialidades. Aí fica complicado.</i>
	IC J= Falta de conhecimento técnico e do auxílio de um nutricionista.	<i>Agente como enfermeiro, médicos, não tem uma especificidade de estar fazendo uma prescrição dietética, agente fala muito no geralzão. Fica difícil para um profissional que não é da área da nutrição elaborar um cardápio de acordo com o que o paciente tem, com a deficiência que ele tem e também ajustar com o que ele tem em casa. Agente não tem tempo e nem tem o conhecimento como a nutrição. Agente faz por cima. Agente programou uma reunião para gestantes e o módulo seria alimentação só que agente não tem um embasamento, aí agente vai para a internet, mas não se faz profissional de internet. Então fica difícil pra gente. Quem vai dar a aula? Nós recebemos apenas algumas capacitações e em algumas Unidades só, mas muito pouco. Agente tenta passar o que é de vivência da gente, mas não é o recurso profissional que agente teria com o nutricionista. Muitas vezes vemos a enfermeira fazer receita de sopinha, copiando e ensinando, mas passa uma semana a mãe já esqueceu e aí a criança volta para o saquinho de biscoitos de novo. Por mais que agente tente fazer essa questão da alimentação, agente não consegue. Aí entra a questão do nutricionista.</i>
	IC K= Falta de orientação sobre a utilização de alimentos fornecidos por programa municipal.	<i>A entrega do leite de soja na comunidade é uma coisa muito mecânica. A pessoa não é orientada sobre o que pode ela fazer, como ele pode ser aproveitado. É política mesmo. Tem gente que recebe e nem precisa.</i>
	IC L= Falta de assiduidade do paciente nos grupos atrapalhando a continuidade das	<i>Tem grupos que são difíceis por serem fechados, porque precisamos que a pessoa compareça em todos os grupos para ouvir as orientações, para ter continuidade do trabalho, mas eles têm</i>

	ações.	<i>dificuldade de comparecer.</i>
	IC M= Burocracia para liberação de espaço físico para o desenvolvimento das ações.	<i>Muitas vezes as coisas emperram muito na 'burrocracia' para liberação de espaço pragemente fazer mais eventos com a população. E a população cobra muito esses eventos dagente. Eles adoram!</i>
	IC N= Falta de articulação entre a equipe.	<i>Agente se vê na Unidade todos os dias, mas não senta para saber o que cada um está fazendo. Não tem a política de pelo menos uma vez por mês trocar uma ideia, sentar e conversar.</i>
	IC O= Baixa adesão do usuário quanto à orientação para ida à Unidade.	<i>Agente tenta dizer ao paciente quando vemos que ele não está bem, para ele ir à Unidade, mas eles não aceitam muito a orientação dagente.</i>
6- Existe alguma parceria para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição junto à comunidade? Se sim, qual(ais)?	IC A= Sim, com Faculdade/Universidade.	<i>Temos o privilégio de estarmos com estágios muito bacanas da nutrição com estagiárias de faculdades do município, a partir da associação entre a Unidade de Saúde com a Universidade. Se atendem uma criança com algum probleminha, já trabalha aleitamento materno e amamentação exclusiva, numa orientação mais exclusiva. Os alunos fazem palestras e organizam palestras para os ACS. Tudo que a preceptora faz, eles fazem também: atendimento, palestras, visitas domiciliares.</i>
	IC B= Sim, com igrejas, centro/lideranças comunitárias e bar.	<i>Já tivemos dificuldade com falta de água na Unidade e a igreja nos cedeu e agente faz muitas reuniões na igreja. Agente consegue milagres com essas parcerias com igrejas, conseguindo espaço pra agente capacitar os ACS, pragemente reunir grupos, mas às vezes ela tem os próprios serviços dela e temos que sair. Agente consegue também com um bar e com lideranças comunitárias, que nos ajudam bastante à nível de espaço físico. Apesar da dificuldade que agente enfrenta, agente conseguiu avançar com essas parcerias.</i>

	IC C= Não. Houve tentativa com a Universidade Federal, mas não foi aceita por falta de espaço físico e de nutricionista na Unidade.	<i>Foi indicada parcerias com a Universidade Federal e não foi aceita por falta de condições mesmo, de espaço físico na nossa Unidade. E para receber aluno, ela tem que ter profissional lá.</i>
	IC D= Sim, com o governo e estado.	<i>Agente tem duas escolas que tem o Programa de Saúde na Escola do governo, onde os profissionais fazem não somente a avaliação nutricional, mas a promoção em relação à alimentação saudável. Também tem um incentivo específico do governo na questão de alimentação alternativa para começar da base e um projeto de envolver a agricultura de subsistência na merenda escolar. Com o Estado temos quando fornece espaço físico.</i>
	IC E= Sim, com creches e escolas.	<i>A Unidade tem parceria com as creches e as escolas que nos pedem muito também.</i>
	IC F= Sim, com a comunidade.	<i>A saúde é feita com boa vontade, tanto dos profissionais como também dos pacientes que às vezes têm o espaço, sedem bolas.</i>
	IC G= Sim, com padarias, supermercados e açougues.	<i>Temos com mercados, padarias e açougues. Todo início e término de ano agente procura fazer com as crianças um lanche estimulando a alimentação saudável em parceria com alguns supermercados e quando agente fez a festa do Dia das Crianças o supermercado ajudou agente doando milho de pipoca e algumas coisas. Quando vamos solicitar, os supermercados nos ajudam. Agente fez também uma oficina de biscoito de aveia integral com crianças de cinco escolas municipais e uma panificadora fez pragemente uma quantidade suficiente para distribuir para todas essas crianças.</i>
<i>7- Há alguma parceria que gostaria de fazer</i>	IC A= Sim, com órgãos do governo municipais e	<i>Agente precisa de parcerias tanto municipal quanto alguma coisa nova na gestão, já que</i>

<p>para auxiliar no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição?</p>	<p>federais.</p>	<p>agente está tentando mudar o modelo, trabalhando com a alimentação, o que para todos ainda é novo. Seria interessante uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde fornecendo um nutricionista em cada Unidade, que seria o mínimo, porque a saúde começa pela boca, desde bebezinho até o idoso e entre a Secretaria Municipal de Saúde e de Educação para trabalhar educação em saúde nas escolas. Precisamos do apoio da educação tendo uma participação efetiva, trabalhando hábitos já na oferta da merenda. Também uma parceria com o próprio Ministério da Saúde em termos de recursos para nós e em termos de políticas públicas, talvez junto com o gestor local e poderíamos pensar uma ação conjunta da Secretaria de Agricultura do município com o PSF, para localizar regiões que tenham uma maior concentração de pessoas que possam direcionar o seu trabalho para essa área de agricultura.</p>
	<p>IC B= Sim, com a Universidade.</p>	<p>A Universidade é um centro de excelência, uma referência para nós, mas agente ainda não consegue ver a Universidade chegando junto dagente. Seria interessante essa parceria, principalmente com a federal. Tendo parceria agente pode levar essas pessoas para orientar na comunidade o que melhoraria bastante principalmente na questão de palestras, educação e saúde com esses grupos. Nós preparamos uma capacitação com os ACS, mas quando temos alguém de fora para falar parece que a atenção é maior, até porque eles nos vêem todos os dias e não é diferente na comunidade. Acho que a comunidade vai receber com maior atenção e em maior número também. No entanto, essa parceria precisa ser de forma constante e agente precisa ter como se comprometer como</p>

		<i>preceptor para que agente não tenha sobrecarga de trabalho, porque não dá para pegar um estudante e deixar na Unidade que ele não vai fazer nada.</i>
	IC C= Sim, com sociedades civis de direito privado.	<i>O terceiro setor ainda não conseguiu estar ativo quanto à estratégia de Saúde da Família. Ninguém quer patrocinar a área da saúde, porque não há interesse nesse sentido. Até pensamos em tentar parceria, mas vemos a dificuldade quando se diz que é para a Unidade básica e ainda mais na periferia, onde não vai aparecer tanto e se não aparecem, então aparece a dificuldade. Seria muito importante e interessante uma parceria com o SESI, porque eles promovem aqueles cursos de alimentação alternativa, aproveitando até as cascas das frutas que agente acha que é lixo. O SESC também tem um trabalho muito efetivo, tem estrutura, tem conhecimento, tem verba, os cursos são muito bons, o pessoal gosta do que faz e agente vê que ele é muito atuante. Valeria à pena também uma parceria com a própria Pastoral da Criança. Ela desenvolve um bom trabalho e muitas crianças foram recuperadas com a multimistura. As crianças ficavam gordinhas, coradinhas, aí passava no exame médico e vinha tudo bem. Recuperamos muitas crianças com o uso da multimistura.</i>
	IC D= Sim, com outros estados.	<i>Deveríamos também nos entrosar com parcerias de outros estados. Fazer uma mesa redonda para trocar experiências, pegar ideias novas para enriquecer.</i>
	IC E= Sim, com cooperativa.	<i>Com um sistema de cooperativa que o que eles plantassem fosse devolvido em lucro. Ter um lugar que ele pudesse vender a produção. Eu acho que iria melhorar muito a condição alimentar deles.</i>

	IC F= Sim, com creche.	<i>Estávamos pensando em creche, onde a criança fica bom tempo do dia num trabalho com educadores. Seria interessante atingir.</i>
	IC G= Sim, com associações comunitárias.	<i>Em termos de espaço, precisaríamos usar mais as associações comunitárias.</i>
8- Há condições de trabalho em relação à infraestrutura, disponibilidade de recursos e apoio para o desenvolvimento de suas atividades diárias? Por quê?	IC A= Não, por problemas infra-estruturais.	<i>As condições de trabalho são difíceis. Faltam materiais, insumos como luvas, medicamentos e os equipamentos são precários, a quantidade é insuficiente e a manutenção é muito falha. Balanças de adulto agente não tem nenhuma excelente e a balança pediátrica agente tem que fazer o revezamento, do contrário as crianças ficam sem se pesar ou então pesar a mãe com a criança na de adulto. Já chegamos a ficar sem a balança pesa bebê por anos. Às vezes agente sente falta até de um aparelho de pressão que é uma coisa tão simples. Com relação ao espaço físico o prédio é pequeno para a nossa realidade. Houve uma promessa de aumentar, mas ficou na promessa. Faltam salas para atender, cadeiras e fica difícil estar atendendo o idoso, a criança, a gestante. Quando falamos em nutrição temos que ver isso, porque até para educar a comunidade você precisa de espaço. Às vezes tem equipe se reunindo no refeitório. A nossa sala de consulta é pequena, não tem ventilador e o posto fica do lado do sol. Não tem condições! Pela falta de espaço na Unidade, as mães não aceitam esperar tanto para fazer o peso da sua criança e a altura. Quando conseguimos espaço as mães atendem, mas se for na Unidade muitas mães vão embora porque não aguentam esperar e isso dificulta o nosso trabalho. Temos que nos virar com o que temos e quando não produzimos somos cobrados, mas não nos dão condições de trabalho e aí agente fica brincando de atender,</i>

		<p><i>porque acabamos não conseguindo atender à demanda e nem fazemos o trabalho preventivo porque não temos as condições necessárias para levar adiante esse trabalho. Também falta mais segurança. Já houve assalto na unidade e levaram computador, ar-condicionado e outras coisas. Com isso, a comunidade está desacreditada dos serviços porque ela vem e não tem estrutura para ser atendida. Há anos não vemos um retorno: 'olha, agente não tem condições agora, mas agente está atento'. Só querem saber de cobrar, cobrar, cobrar, mas agente nunca perde a esperança e nos desdobramos para fazer o melhor como profissional e como pessoa porque agente reconhece o valor de uma vida.</i></p>
	<p>IC B= Não, pela falta de recursos humanos.</p>	<p><i>Faltam recursos humanos, o que sobrecarrega os outras e isso é um problema sério. Não tem um investimento devido nas equipes formadas e uma divisão melhor das equipes. Pela falta de funcionário, o agente comunitário não está o dia na casa do paciente porque tem que estar dentro da Unidade fazendo trabalho administrativo, ajudando a enfermeira e tem Unidades que fica um médico atendendo quatro mil pessoas e um dentista para atender duas equipes. Além disso, são muitos programas para atender e não tem profissional e agente acaba não atendendo bem os pacientes e nem fazendo um controle bom para todos os programas como deveria ser feito.</i></p>
	<p>IC C= Não, pela falta suporte do governo.</p>	<p><i>Muitas das vezes o governo nos dá projetos que ficam somente no papel porque não dá o suporte pra gente trabalhar. Agente gostaria de fazer, mas quando agente tenta realizar agente encontra dificuldade dentro da Unidade e 'lá de cima'. Agente sente que estamos meio amarrados para fazer mais coisas. Tem coisas que a comunidade</i></p>

		<p><i>traz para nós, mas agente fica 'de mãos atadas' porque não temos como resolver. Deveria ser revisto o compromisso do governo conosco, dando suporte para trabalharmos. Rever os projetos que ele nos dá, porque não é só colocar no papel, mas é também dar suporte, porque se eles implantam um projeto têm que levar até o fim. Agente vai à comunidade sem levar nada e as pessoas nos perguntam se nós fomos lá só para assinar o papel. Está faltando vontade política, porque vontade os profissionais tem e quem sofre somos nós os profissionais da ponta, porque às vezes o usuário não entende. Então, acho que tudo isso tem que ser revisto.</i></p>
	<p>IC D= Não, pela falta de recursos financeiros.</p>	<p><i>O profissional muitas vezes empenha-se em ajudar, mas cadê verba? Mesmo tendo boa vontade nós não temos recursos para fazer oficinas de alimentação. Tem os recursos do FAN e agente usa uma parte dele para comprar frutas para algumas oficinas de alimentos saudáveis, só que se agente for comprar para todas as Unidades, o recurso só vai dar para essa atividade. Falta financiamento. Para este ano agente pensou em alimentação alternativa por ser uma área de frutas, muita jaca, muita manga, mas tem o entrave: 'tem que ter quem faça e que faça de graça'. Tem agora o discurso de que 'tem que se ser criativo'. Isso é ótimo, mas também se precisa de recursos para captar recursos. Agente tem que cumprir nosso papel dentro do PSF e ainda captar recursos e fica complicado porque não tem tempo para isso. Às vezes agente tem que bancar algum recurso do nosso bolso para poder realizar a atividade. É bem complicado. Agente faz o que se pode fazer, mas agente precisa realmente de um olhar caridoso. Agente faria bem mais se agente tivesse mais recursos.</i></p>

	<p>IC E= Sim, pela melhoria das condições infra-estruturais, porém falta tempo para fazer atendimento humanizado.</p>	<p><i>A infraestrutura melhorou. Antes agente tinha que fazer tudo ao mesmo tempo, não se sabia se fazíamos grupo ou se atendia pessoas, mas hoje temos mais espaço. Na outra unidade o dentista não tinha consultório, era um 'dentista virtual' porque visitas, orientava, mas perguntavam quando iria atender. Agora há equipamento que não existe nem em consultório particular. Hoje, a nossa dificuldade é a ansiedade de realizar as coisas por causa da falta de tempo para se pensar ações coletivas, para fazer um atendimento humanizado.</i></p>
	<p>IC F= Sim, por motivação pessoal.</p>	<p><i>Para fazer saúde, fazemos em qualquer lugar. Se agente tiver um posto em que possamos desenvolver um melhor trabalho, ótimo, mas depende da vontade dele em fazer. Quem não quer estar numa sala com ar condicionado? Eu também sonho, mas se tiver que ir para o bar, eu vou!</i></p>
	<p>IC G= Sim, por haver comprometimento da gestão.</p>	<p><i>Agente avançou muito! Esse novo gestor da unidade realmente é comprometido, ele corre atrás. Na nossa unidade faltou uma luva ele vai buscar e vai correndo.</i></p>
<p>9- Vocês se sentem valorizados e/ou motivados para exercerem seu trabalho? Por quê?</p>	<p>IC A= Não, por questões financeiras.</p>	<p><i>O salário está muito baixo e isso desanima. Trabalhamos porque gostamos mesmo. No caso os agentes comunitários de saúde, acho que de todos são os mais prejudicados, porque ganham o salário mínimo e tem que ficar na rua, a mercê de tudo o que acontece. É complicado! Os demais profissionais trabalham dentro de uma unidade de saúde onde tem equipamentos de proteção, estão preparados para receber qualquer tipo de patologia, mas o agente de saúde vai à comunidade, entra em casa e tem uma proximidade muito maior e não vai com nenhum equipamento de proteção e não recebem risco de vida e insalubridade porque dizem que o</i></p>

		<p><i>trabalho não traz risco, sendo que na primeira visita ninguém sabe o que vai encontrar e já aconteceu de chegar para fazer a visita domiciliar e deparar com um tiroteio. Isso teria que ser revisto. É a questão mesmo de investimentos melhores. E também não é justo não termos uma carreira e não termos uma valorização pelo mérito, só tem pela antiguidade. Ter um mestrado ou doutorado é um diferencial muito grande no salário aí fora, mas aqui o salário é o mesmo daquele que não busca aperfeiçoamento. Você sendo um bom profissional, produzindo, estudando, se dedicando, tem o mesmo tipo de valorização dentro do serviço do que aquele que não tem absolutamente nenhum compromisso e isso é desmotivador ao extremo!</i></p>
	<p>IC B= Não, pela instabilidade contratual.</p>	<p><i>Quem é contratado tem medo de ir ao Banco porque se chegar e não tiver o seu salário na conta, provavelmente foi demitido. Quando agente assina o contrato, sabe que pode ou não ser renovado, mas se não vai ser renovado é dever do município informar no final do mês. Ficamos desmotivados também porque o tempo todo estão dizendo que agente vai sair porque somos contratados só por dois anos e isso reflete em desmotivação até para ajudar um paciente porque agente vai até a comunidade, mas nem sabe se vai voltar na semana seguinte. Deveria ser revisto isso, porque não podemos ficar como se estivéssemos pendurados todo o tempo. Esse contrato nos deixa muito fragilizados porque a qualquer momento agente vai pra rua.</i></p>
	<p>IC C= Não, pela falta de reconhecimento e de respeito por parte da gestão.</p>	<p><i>Aflige muito ainda a falta de valorização do servidor. Nós não somos reconhecidos devidamente por quem tomam as decisões, se querem demitir, demitem. Não somos respeitados enquanto profissional. Muitas vezes vêm gestores</i></p>

		<p><i>que não conhecem o teu trabalho, na verdade ele não quer saber do teu trabalho. Então, é muito difícil falar em valorização do serviço público porque dizem que não trabalhamos, que não fazemos as coisas certas, mas o grande problema são os gestores, pessoas que nos mandam para gerenciar Unidades e até níveis mais altos e não tem nenhuma formação, tratam os funcionários como se fossem bichos. Já fomos até taxadas de chiqueiros não como profissionais, mas enquanto Unidade de Saúde. Houve o compromisso da gestão de dizer: 'em um ano vamos mudar essa história'. Só que anos se passaram e nós continuamos na mesma posição. Agente sempre que tem reunião é colocado que eles reconhecem o trabalho dos profissionais da Unidade, mas esse trabalho no final, não é reconhecido. Agente sabe que agente faz diferença onde estamos e é por saber que faz diferença na vida daquela população que nos sentimos totalmente desrespeitados. Somos muito cobrados e pouco valorizados e essa falta de valorização faz com que agente trabalhe desmotivado.</i></p>
	<p>IC D= Não, pela sobrecarga e falta de condições de trabalho.</p>	<p><i>Sentimos muito a questão das metas. Às vezes o profissional é avaliado pelo número e não pelo que ele faz. Pode ser um excelente profissional, mas não conseguiu atingir aquela meta, é taxado como preguiçoso, porque não trabalhou, enrolou, faltou ao trabalho e isso frustra! Agente tem que dar conta das equipes e ainda tem que fazer promoção, educação em saúde, visita e falar de vacina que seria educação em saúde, não entra na meta. Tem muitas coisas que agente faz e não entra como meta. As crianças que tão com dificuldade de alimentação que agente ajuda também e não entra como meta. Às vezes agente</i></p>

		<p><i>está trabalhando com prevenção e aí falam paragente fazer outra coisa para entregar no dia seguinte e aí agente tem que cuidar de outras coisas e às vezes acumula outras funções que impedem que você faça o seu trabalho fora da Unidade, o que acaba com a motivação e quando agente tenta resolver o problema de uma pessoa, mas não tem como agente resolver por muitas vezes faltar condições também às vezes desanima um pouco. É difícil porque às vezes agente quer fazer além, mas não dá. Algumas coisas que agente quer fazer em relação à alimentação saudável e agente não consegue, o que acaba nos desmotivando. Então, é muito complicado. Agente só vê cobrança! São números exorbitantes e agente fica tendo que trabalhar em favor desses números, só que precisam entender que estamos trabalhando com pessoas, com vidas que precisam ser respeitadas e honradas e se for através do nosso serviço é o que vai acontecer.</i></p>
	<p>IC E= Oscila.</p>	<p><i>Essa questão da motivação é oscilante. Tem dias que agente se sente extremamente desmotivado, outro dia tem o reconhecimento do usuário ou do colega e motiva. Sermos concursados, termos décimo terceiro salário, férias também motiva. Estamos adiantados porque tem outros locais que os profissionais não têm isso, são contratos precários. Então, tem vezes que agente acha que vale à pena e tem dias que não.</i></p>
	<p>IC F= Sim, pela comunidade.</p>	<p><i>Há valorização pela comunidade, não pela gestão. Apesar das dificuldades que nós passamos, o que motiva agente é a gratidão que agente tem das pessoas. Agente estar vendo que o nosso trabalho está tendo algum resultado nos dá motivação pra agente continuar todo dia. A comunidade nos dá muito apoio, eles têm o maior</i></p>

		<i>carinho, ela reconhece a dificuldade que nós temos e ainda assim confia no nosso trabalho. É realmente gratificante esse reconhecimento da comunidade. Essa é a valorização que nós temos. O pouco de alegria vem da comunidade mesmo.</i>
	IC G= Sim, por ter satisfação com o trabalho que realiza.	<i>Eu gosto muito do que eu faço e estou satisfeita com meu trabalho, sim.</i>
	IC H= Sim, pela existência de capacitações, condições de trabalho, valorização da gestão e salarial.	<i>No geral, agente não pode reclamar. Trabalhamos em uma Unidade boa e em termos de cursos de qualificação e capacitações o município tem coberto nossas necessidades proporcionando uma condição bem legal. Há uma preocupação em estar fazendo crescimento profissional e com isso agente se sente valorizado. Com relação à gerência também, houve mudanças e vem nesse processo de construção conosco. Vem respondendo super bem. A distância desgasta um pouco, mas agente sabia e estamos sendo pagos para isso. Tudo isso faz com que o profissional trabalhe com mais alegria, mais ânimo e repasse para comunidade. Agente vê uma integração da equipe porque as pessoas estão motivadas para estarem desenvolvendo um trabalho e a comunidade por sua vez sente que são atendidos de uma forma melhor, com humanização, não é só o atendimento técnico e acabam vindo mais, respeitando mais o trabalho do profissional e isso faz com que tudo ande melhor. Na hora em que se tem condição adequada, não tem como estar desenvolvendo trabalho inadequado ou a pessoa estar insatisfeita.</i>
10- O que vocês acham que poderia ser feito para superar	IC A= Ter maior articulação entre a equipe e apoio da gestão dando	<i>As mudanças têm que ocorrer internamente por ser muito importante o contato entre a própria equipe e também com outras equipes, o que não</i>

<p><i>os desafios, de forma a melhorar a oferta das ações de alimentação e nutrição em seu município?</i></p>	<p>condições de trabalho.</p>	<p><i>acontece. E também, mudanças na gestão. Que as pessoas que estão à frente dêem condições paragente porque agente tem que se comprometer sabendo que agente vai ter condições para trabalhar.</i></p>
	<p><u>IC B=</u> Trabalhar a mudança de hábitos desde a infância, de forma multidisciplinar e em articulação com escolas.</p>	<p><i>O cuidado tem que vir desde criança para ser um adulto saudável. Agente tem que educar as crianças em primeiro lugar porque se agente não trabalhar os hábitos alimentares desde a base, agente vai ficar dando murro em ponta de faca pro resto da vida! Às vezes, como a demanda é muito grande muitas vezes agente não lembra de passar para a nutricionista ou de passar pra outro colega. Só quando aquilo é muito visível agente encaminha. Agente tem essas falhas. Precisamos trabalhar multidisciplinarmente, um trabalho em rede, para ver a realidade e ajudar. É importantíssimo a equipe trabalhar junto e também seria interessante articular com escolas para estar passando informação, levando a nutricionista lá.</i></p>
	<p><u>IC C=</u> Incluir o nutricionista.</p>	<p><i>Devia ter mais profissionais porque a demanda é muito grande. Todos querem marcar com o nutricionista, mas a demanda de profissionais é pouca. Então, falta melhorar em nível de profissionais. Se tivesse o profissional nessa área seria mais fácil. Dentro das nossas competências, agente tenta fazer o máximo, mas agente não tem como fazer um trabalho completo em relação à nutrição, não é o bastante e agente leva muito tempo fazendo. É muita carga e só aquela orientação que o médico ou a enfermeira faz com muito gosto não substitui uma dietazinha programada. Hoje, pr agente avançar um pouco mais com a nutrição, realmente teria que ser incluído um profissional, uma referência e de uma forma ativa, não só no papel. Agente tem essa</i></p>

		<i>necessidade primordial de ter um profissional específico para fazer um trabalho mais direcionado para a nutrição. Que não tivesse um profissional em cada Unidade, mas tivesse pelo menos um como demanda espontânea para atender já melhoraria bastante porque não dá pra fazer as atribuições específicas do nutricionista.</i>
	IC D= Considerar as necessidades e condições da população para então elaborar as orientações.	<i>Levar em conta as necessidades e adaptar as condições da população. Não adianta nada fazer um cardápio lindo e maravilhoso se a população não tem condições de comprar aquilo. É muito melhor atuar incentivando para ele estar plantando uma horta.</i>
	IC E= Persistir na educação nutricional, trabalhando com toda a família.	<i>Não adianta ficar passando dietas, o problema está na educação porque uma fruta não é mais cara do que um pacote de bolacha, mas é uma questão de hábitos. A nutrição será mais uma batalha que teremos que enfrentar, necessitando já e com certa urgência! Mudança de hábitos sempre é lento e difícil, mas um dia chegaremos lá! Agente tem que tentar convencê-los de que aquele alimento não favorável vai afetar os outros aspectos como o diabetes, porque é tudo associado e tem que trabalhar a família inteira. Vamos ter que continuar batendo na tecla para no futuro alcançar o mesmo sucesso que agente alcançou no esquema vacinal. Agente espera que possa dar resultados, que aquela orientação se estenda para a vizinha e vá crescendo. Esse é nosso intuito.</i>
	IC F= Realizar um trabalho de forma contínua e capacitar de forma criativa, com novas ideias.	<i>Eles têm informação sobre alimentação o que falta é o trabalho contínuo com eles, repetindo mês a mês os grupos. Trabalhar esse tema com novas ideias, com criatividade, de uma forma ampla e constante para dar uma continuidade no processo e conseqüentemente haja maior adesão da população. E a metodologia ativa é o melhor</i>

		<i>caminho porque eles não têm paciência para palestras mais, já cansaram. Interagir com eles é mais válido, até para eles estarem entendendo também.</i>
	IC G= Investir mais no aleitamento materno.	<i>Nós temos alguns grupos que já funcionam, mas agente identifica muitas coisas que podem ser feitas. Agente tem vontade de investir mais no aleitamento materno, mas ainda não conseguimos.</i>
	IC H= Articular com profissionais da saúde mental e pactuar a Política Nacional de Alimentação no município.	<i>Falta agente estar mais próximos dos profissionais de saúde mental para lidar com determinadas pessoas na questão da alimentação e nutrição, que é basicamente uma mudança de hábito e agente não consegue trabalhar se agente não tiver esses profissionais trabalhando ao nosso lado. E também, enquanto agente não tiver nada pactuado com os municípios relacionado à Política de Alimentação e Nutrição, a alimentação vai continuar engatinhando e sem recursos porque as equipes não têm instrumentos vindos do nível central para trabalhar de forma eficaz e efetiva porque elas têm outras coisas pactuadas que vêm na frente e elas são obrigadas a dar conta.</i>
	IC I= Melhorias no espaço físico.	<i>Quando falamos em nutrição temos que ver isso, porque até para educar a comunidade você precisa de espaço. Se puder melhorar a parte de recursos para a Unidade ou para a região, seria ótimo. Espaço para a cozinha experimental, por exemplo e junto com esse espaço, que pudesse ter espaço para desenvolver atividade física, onde agente pudesse acolher melhor.</i>
	IC J= Ter mais tempo para o atendimento e planejamento das ações.	<i>Para desenvolver um trabalho técnico precisamos saber a realidade do povo. Para isso agente precisa ficar mais com o paciente e no momento da consulta poder atender melhor sobre o próprio Hiperdia, sobre a própria criança, ensinando a</i>

		<i>mãe como alimentar. Com relação ao tempo para nós com relação às horas para compartilhar as agendas, também é restrito. Agente tem reuniões divididas ou gerais, em que não se pode pensar em planejamento. É preciso ter mais horas específicas disponíveis para o planejamento.</i>
	IC K= Ter um treinamento com alimentação alternativa e a agricultura de subsistência.	<i>Ter um treinamento com alimentação alternativa e a agricultura de subsistência seria fundamental.</i>
	IC L= Desvincular a escolha do gestor de aspectos políticos.	<i>Que esses gestores tenham capacidade, tenham habilidade, que eles conheçam o que é a sua gestão, não pode vincular a gestão das unidades de saúde a algum político. Políticos nós somos, mas a politicagem não pode existir para esse caso.</i>
	IC M= Controle de propaganda de alimentos, pelo estado.	<i>O Estado tem a obrigação de proteger os nossos filhos contra propaganda de alimentos pouco saudáveis. Adianta promover sem proteger? Temos que proteger também e essa proteção precisa ser dada pelo estado.</i>
	IC N= Ter incentivo do governo para implantação de hortas.	<i>A nutricionista do posto conversa muito sobre esse assunto de alimentação: 'veja o espaço que você tem, vá, plante, faça uma horta!' Mas deveria ter um incentivo do governo nesse aspecto. Ver o espaço que tem no bairro pra até a equipe do PSF incentivar e aí acho até que eles melhorariam de saúde.</i>

APÊNDICE 8- Artigo submetido à Revista de Ciência & Saúde Coletiva

Alimentação e Nutrição na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e potencialidades do serviço ofertado, sob o olhar dos profissionais de cinco municípios brasileiros de grande porte.

Food and Nutrition in the Family Health Strategy: difficulties and potential of the service offered under the vision of professionals from five municipalities large Brazilian.

Viviane Rangel de Muros Pimentel¹,
Maria Fátima de Sousa²
Edgar Merchán Hamann³

Resumo

Este trabalho é parte de uma dissertação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, originada a partir de um estudo nacional e teve como objetivo conhecer as dificuldades e potencialidades para superação dos desafios para melhoria do serviço de alimentação e nutrição desenvolvido na Estratégia Saúde da Família, através do olhar dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família de cinco municípios brasileiros de grande porte. Foi utilizada a abordagem qualitativa com desenho de múltiplos casos e a técnica de Grupos Focais para a coleta de dados. O instrumento utilizado foi um roteiro semi-estruturado previamente testado e validado, contendo duas perguntas norteadoras. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, por meio da qual foram construídos os discursos-sínteses, com auxílio do programa Qualiquantisoft. Foram entrevistados 60 profissionais de saúde de várias áreas de formação. Os resultados obtidos revelaram que as dificuldades encontradas para a oferta das ações de alimentação e nutrição e a carência de profissionais especialistas nesta área têm limitado o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde.

Palavras-chave: alimentação, nutrição, Estratégia Saúde da Família, profissionais de saúde.

¹ Nutricionista, mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília - UnB.

² Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde, professora da Universidade de Brasília e coordenadora do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB. fatimasousa@unb.br

³ Médico, doutor em Saúde Pública, pela Fundação Oswaldo Cruz. Vice-diretor da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília.

Abstract

This work is part of a dissertation at the Faculty of Health Sciences, University of Brasilia, originated from a national study and aimed to understand the difficulties and potential for overcoming the challenges to improving food and nutrition service developed in the Health Strategy Family, through the eyes of professional teams of the Family Health Strategy and Support Center for Family Health of five large municipalities. We used a qualitative approach drawing with multiple cases and the technique of focus groups to collect data. The instrument used was a semi-structured previously tested and validated, with two main questions. For data analysis, we used the technique of collective subject discourse, through which the speeches were discourse syntheses with Qualiquantisoft program. We interviewed 60 health professionals from various fields of training. The results revealed that the difficulties encountered in the offering of the shares of food and nutrition and lack of specialists in this area have limited adherence to the principles of comprehensiveness, universality and resolution of health care.

Key Words: food, nutrition, Family Health Strategy, health care professionals.

Introdução

Nas últimas décadas, as transformações socioeconômicas, históricas e culturais vêm afetando consideravelmente aspectos nutricionais e educacionais da população brasileira, gerando profundas modificações no perfil nutricional, especialmente representada pela diminuição da prevalência de deficiências nutricionais e aumento populacional do binômio sobrepeso/obesidade e de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ¹.

Diante destes agravos à saúde, cada vez mais se revela a importância e a necessidade de uma atenção especial para o desenvolvimento de ações relacionadas à alimentação e nutrição nos serviços de saúde, constatação já observada e contemplada na Declaração de Adelaide, documento produzido na II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, onde a alimentação e nutrição destacam-se como uma das áreas prioritárias para a promoção da saúde ^{2,3}.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) por sua vez, mostra-se como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição visando a qualificação da atenção à saúde, por meio do fortalecimento do cuidado nutricional aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando o estreitamento dos vínculos com as comunidades atendidas, ampliando assim suas fronteiras de atuação, proporcionando uma maior resolubilidade da atenção.

Com isto, percebe-se a necessidade e imprescindibilidade de se conhecer o serviço de alimentação e nutrição desenvolvido pelas equipes da ESF nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), especialmente sobre a visão dos profissionais responsáveis pela execução das ações.

Apesar deste processo demonstrar um grande desafio para a Atenção Básica de Saúde (ABS), por poder gerar a necessidade de novos arranjos na assistência, bem como a organização/reorganização das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas no sistema de saúde, ela é um espaço privilegiado para ações de incentivo e apoio à inserção de hábitos alimentares saudáveis, uma vez que as ações de alimentação e nutrição destacam-se como componentes do trabalho interdisciplinar e como imprescindível a qualquer programa que tenha o intuito de elevar a qualidade de vida da população a partir do princípio da integralidade ^{4,5}.

Frente a esta necessidade este artigo teve como objetivo conhecer as demandas, dificuldades e potencialidades para superação dos desafios para melhoria do serviço de alimentação e nutrição desenvolvido na ESF, através do olhar dos profissionais das equipes da

ESF e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) de cinco municípios brasileiros de grande porte.

Método

Este artigo apresenta dados parciais de uma dissertação de mestrado da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, originada a partir de um estudo nacional da Unidade de Estudos e Pesquisa em Saúde da Família, do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP/CEAM) da Universidade de Brasília, com apoio do Observatório de Políticas de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde e do Ministério de Ciência e Tecnologia.

Segundo Green ⁶, uma pesquisa em saúde pode incluir estudos direcionados à compreensão da saúde humana, ao comportamento da saúde ou aos serviços de atendimento, de modo a buscar compreensão da saúde humana e de comportamentos saudáveis, assim como da performance dos serviços de atendimento.

Sob esta ótica, sabe-se que estudos quantitativos bem empregados contribuem para a realização de descrições criteriosas de muitos fenômenos relacionados à saúde por meio da matemática, onde seus resultados e produtos viabilizaram e ainda viabilizam importantes avanços em diversos setores da sociedade ⁷.

No entanto, abordagens qualitativas vêm cada vez mais dando sustentação aos estudos científicos em saúde, na busca pela aproximação de fenômenos subjetivos que envolvem o ser humano, permitindo uma análise além dos números e, conseqüentemente, maior sustentação e aprofundamento desta análise, permitindo a ampliação do entendimento sobre alguns fatos e fenômenos naturais ⁷.

Nas ciências da saúde, esta abordagem está em franca expansão, permitindo conhecer a subjetividade das pessoas atendidas nos serviços de saúde, bem como o significado de suas vivências e sua relação com o mundo que as cerca, no âmbito individual e coletivo, por meio do trabalho com o universo das representações, crenças, valores e atitudes, ressaltando questões antes despercebidas⁸. Ademais, por trabalhar em nível de intensidade das relações sociais⁹, oferece subsídios para que a equipe de saúde compreenda as implicações dessa subjetividade no processo assistencial, sendo a observação dos dados da experiência segundo Comte ¹⁰ e Durkheim ¹¹, a única forma científica de apreender o social.

Desta forma, no intuito de possibilitar o alcance pleno do objetivo delineado neste artigo, optou-se por adotar uma abordagem qualitativa, com desenho de múltiplos casos,

buscando as relações explicativas que caracterizam o serviço de alimentação e nutrição desenvolvido pelas equipes da ESF e NASF.

A justificativa pela opção do tipo de estudo ser de múltiplos casos está ancorada na abordagem de Yin¹², que considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituir-se-á em um projeto de casos múltiplos.

Na seleção amostral não buscou-se uma maior quantificação possível e sim, trabalhar com a díade metodológica proposta por Lefèvre e Lefèvre¹³, onde a geração da qualidade dos dados implica no trabalho com *pouco*, porém com *análise profunda* destes.

Sob esta ótica, os municípios foram selecionados aleatoriamente, considerando como critérios de inclusão compor a amostra do estudo ao qual deu origem ao presente trabalho e ter a representatividade de um município em cada uma das cinco regiões do país, totalizando cinco municípios.

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2009 a março de 2010. A técnica utilizada foi a do Grupo Focal, cujo objetivo é coletar a partir do diálogo e do debate, informações acerca de um tema específico que trabalha com a reflexão expressa através da “fala” dos participantes, sendo utilizado um roteiro semi-estruturado, contendo 02 perguntas distribuídas em dois blocos: “*Dificuldades para a oferta das ações de alimentação e nutrição*” e “*Potencialidades para superação dos desafios, visando a melhoria do serviço de Alimentação e Nutrição ofertado na ESF*”, aplicado com os profissionais das equipes da ESF e NASF dos cinco municípios selecionados, de várias especialidades.

Vale ressaltar que este instrumento, construído no intuito de dar um direcionamento geral, facilitando a retomada aos principais temas para que não houvesse dispersão do tema, foi previamente testado, ajustado e validado em dois municípios do entorno do Distrito Federal, não pertencentes à amostra.

Para a análise dos dados obtidos nos Grupos Focais foi a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹³ por auxiliar no processamento dos depoimentos, tornando possível compreender o porquê da maneira de pensar ao revelar o pensamento das coletividades.

O processamento dos dados foi feito utilizando o programa QualiQuantSoft versão 2011, um *software* de apoio à pesquisas quali-quantitativas desenvolvido com o objetivo de sistematizar as opiniões obtidas em pesquisas do DSC por meio da organização do número de pessoas com o mesmo pensamento sobre determinado assunto.

Depois de criado o banco de dados, foram extraídas as Ideias Centrais (IC) sínteses das respostas de cada indivíduo e posteriormente construídos os DSC.

Em conformidade com os aspectos éticos e legais e, atendendo às orientações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS¹⁴, o projeto de pesquisa deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (CEP/FS), sendo aprovado em Outubro de 2009 com o número de registro 107/09 e todos os sujeitos após devidamente informados quanto aos objetivos deste estudo e procedimentos a serem adotados, consentiram suas participações de forma voluntária por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Características dos sujeitos da pesquisa

Foram entrevistados 60 (sessenta) profissionais de saúde, de várias formações profissionais, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1- Perfil dos profissionais da ESF de cinco municípios brasileiros de grande porte, quanto à formação. Brasil-2011.

CATEGORIA	N	%	
Formação	Agente comunitário de saúde	08	13,3
	Enfermeiro	13	21,7
	Técnico/Auxiliar de Enfermagem	07	11,7
	Odontólogo	11	18,3
	Nutricionista	05	8,3
	Médico	05	8,3
	Assistente social	03	5,0
	Psicólogo	01	1,7
	Fisioterapeuta	02	3,3
	Educador Físico	01	1,7
	Outros*	03	5,0
TOTAL	59**	98,3	

* Formação em outras áreas, exercendo cargos administrativos nas Unidades.

** 01 (um) profissional não respondeu.

Com relação ao gênero, houve predominância do sexo feminino, correspondendo a 85% (n=51) dos participantes entrevistados, conforme demonstrado abaixo na Quadro 2, dado esse também encontrado em outros estudos que observaram uma tendência à feminilização entre os trabalhadores de saúde ^{15,16}.

Quadro 2- Quadro 1- Perfil dos profissionais da ESF de cinco municípios brasileiros de grande porte, quanto ao gênero, faixa-etária e tempo de serviço no cargo. Brasil-2011.

CATEGORIA		N	%
Gênero	Masculino	09	15
	Feminino	51	85
	<i>TOTAL</i>	60	100
Faixa Etária (anos)	23 – 29	07	11,7
	30 – 39	22	36,7
	40 – 49	21	35,0
	50 anos ou mais	10	16,6
	<i>TOTAL</i>	60	100
Tempo de Serviço no Cargo	< 01 ano	10	16,7
	1 – 5 anos	21	35,0
	6 – 10 anos	13	21,7
	10 – 15 anos	08	13,3
	16 – 20 anos	03	5,0
	21 anos ou mais	02	3,3
	<i>TOTAL</i>	57*	95

* 03 (três) profissionais não informaram.

Em relação à idade, 36,7% (n=22) dos profissionais entrevistados encontra-se na faixa-etária entre 30-39 anos, assemelhando-se o encontrado em um estudo realizado por Machado ¹⁵, que obteve como resultado 40% dos profissionais compondo esta faixa-etária. No

entanto, vale ressaltar que a faixa-etária de 40-49 anos também foi bastante expressiva, correspondendo a valores muito próximos encontrados na faixa-etária de 30-39.

Quanto ao tempo de serviço, dentre os profissionais que responderam grande parte, 35% (n=21) está entre 01 a 05 anos, mas chamou à atenção ver que 16,7% (n=10) tem menos de um ano, valor este três vezes maior do que o número de profissionais que já estão trabalhando há mais de 16 anos, o que permite-nos visualizar uma entrada considerável de profissionais no serviço de saúde, promovendo a renovação de profissionais no serviço de saúde.

A análise dos Discursos do Sujeito Coletivo

Os resultados qualiquantitativos do DSC, agrupados em dois blocos, serão apresentados por meio de quadros seguidos da descrição em itens das ideias centrais de cada pergunta descritas e dos DSC construídos para cada uma delas. As discussões analíticas foram feitas ao final de cada bloco.

BLOCO 1- “Dificuldades para a oferta das ações de alimentação e nutrição”:

Quadro 3- Ideias centrais categorizadas da pergunta norteadora 1, colhidas nas entrevistas com profissionais da ESF de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

Pergunta norteadora 1	Ideias Centrais (IC) categorizadas	Nº de Respostas	%
<i>1- Qual (ais) a(s) dificuldade(s) encontrada(s) pela equipe para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição com a população de seu município?</i>	Trabalhar os hábitos alimentares inadequados e a resistência à mudança desses hábitos.	10	20,0
	Falta de conhecimento técnico e do auxílio de um nutricionista.	07	14,0
	Suprir a demanda.	07	14,0
	Trabalhar com aspectos culturais que permeiam a alimentação.	05	10,0
	Estímulo da mídia influenciando o consumo de alimentos não saudáveis.	04	8,0
	Orientar a população nos casos de falta de recursos financeiros.	04	8,0

Demanda assistencialista.	04	8,0
Cultura medicamentosa.	02	4,0
Falta de articulação entre a equipe.	01	2,0
Busca por praticidade interferindo na qualidade da alimentação.	01	2,0
Falta de orientação sobre a utilização de alimentos fornecidos pelo programa municipal.	01	2,0
Burocracia para liberação de espaço físico para o desenvolvimento das ações.	01	2,0
Falta de assiduidade do paciente nos grupos atrapalhando a continuidade das ações.	01	2,0
Orientação nutricional feita sem adequação à realidade da população.	01	2,0
Baixa adesão do usuário quanto à orientação para a ida à Unidade.	01	2,0

1- Qual (ais) a(s) dificuldade(s) encontrada(s) pela equipe para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição com a população de seu município?

IC 1.A: Trabalhar os hábitos alimentares inadequados e a resistência à mudança desses hábitos.

[DSC 1.A] *Agente orienta as mães à marcarem com o nutricionista, mas elas falam que a nutricionista vai passar coisas que ela não tem condições de comprar. Só que muitas vezes tem dinheiro para comprar e não faz alimentação diferente do que deveria fazer. As pessoas são resistentes em mudar o hábito alimentar, principalmente os quem têm doenças crônicas já estabelecidas. Orientar o paciente que precisa de uma alimentação com rigidez de horário é muito difícil porque eles não levam muito a sério a questão de uma boa alimentação. Agente fala da importância de todos os dias comerem uma folha como a alface, a couve, dá todas as orientações necessárias, mas é difícil porque conscientizar é difícil. Na área rural então, a carinha de porco eles continuam comendo, o sal. Agente tenta mostrar para população que a mudança do hábito vai fazer melhorar a doença, mas são muito resistentes.*

IC 1.B: Falta de conhecimento técnico e do auxílio de um nutricionista.

[DSC 1.B] *Agente como enfermeiro, médicos, não tem uma especificidade de estar fazendo uma prescrição dietética, agente fala muito no geralzão. Fica difícil para um profissional que*

não é da área da nutrição elaborar um cardápio de acordo com o que o paciente tem, e também ajustar com o que ele tem em casa. Agente não tem tempo e nem o conhecimento como a nutrição. Agente faz por cima. Agente programou uma reunião para gestantes e o módulo seria alimentação só que agente não tem um embasamento. Quem vai dar a aula? Nós recebemos apenas algumas capacitações e em algumas Unidades só, mas muito pouco. Agente tenta passar o que é de vivência dagente, mas não é o recurso profissional que agente teria com o nutricionista.

IC 1.C: Suprir a demanda.

[DSC 1.C] Agente está sempre correndo atrás do prejuízo. A demanda é muito grande e o número de profissionais é pequeno. Tem que escolher quem vai ser atendido, se o hipertenso, se o diabético. O norteador do PSF é qualitativo, mas o resultado ainda é quantitativo. É difícil. Muitas vezes olhamos só a quantidade e não a qualidade. Eles reclamam que o auxiliar não vai mais na casa deles como ia antes. Com relação ao acompanhamento nutricional, funciona com grande dificuldade porque temos que cobrir as equipes do PSF e a demanda com todas as especialidades. Aí fica complicado.

IC 1.D: Trabalhar com aspectos culturais que permeiam a alimentação.

[DSC 1.D] Sobre o cultural da população, ainda hoje se come muita comida salgada e pesada desde cedo. Em relação ao aleitamento materno, por exemplo, é muito difícil uma criança chegar aos seis meses só no leite materno exclusivo porque apesar de orientamos falando da importância da amamentação pra criança e que até os seis meses de vida não há necessidade de oferecer nem água, chega a avó da criança e manda dar chá para o bebê e a mãe dá, diz que o leite é fraco e a mãe acaba introduzindo outro tipo de alimento para a criança, passam a dar a fórmula. Então, é muito difícil trabalhar a cultura alimentar por já está escondido, por causa dessa origem de muitos anos, sendo difícil estimular porque viu a mãe fazendo assim, o pai fazendo assim, passou uma vida toda fazendo assim e já está idoso e continua fazendo errado. Essa é uma dificuldade muito grande das equipes deslancharem melhor e obterem resultados esperados.

IC 1.E: Estímulo da mídia influenciando o consumo de alimentos não saudáveis.

[DSC 1.E] Uma coisa que dificulta muito para população não aderir de forma maciça para a mudança e pr agente não avançar de uma forma mais rápida é que temos a mídia que trabalha muito contra. Agente vê a introdução precoce dos alimentos, principalmente os

açúcares, estimulado pela mídia. Agente educa, orienta e nos aproximamos mais das famílias, mas 'como mudar hábitos?'. Existe uma exigência do Ministério da Saúde pragueira fazer alguma coisa. Agente tem falando, orientando, chegando à família e aí vem a mídia, que às vezes é contra. Acabamos lutando por uma coisa que está bem mais visível diariamente do que a nossa fala enquanto profissional. Não é só isso, mas é um ponto para pensar.

IC 1.F: Orientar a população nos casos de falta de recursos financeiros.

[DSC 1.F] Tem dias que não tem nem o que agente orientar por causa das condições. Às vezes agente orienta na unidade, mas quando agente chega na residência que vai ver que muitas vezes não tem dinheiro para comprar nem o pão de manhã. É uma situação muito difícil. Quando chegamos e vemos que aquela família nem tem o que comer, o que você vai falar pra aquela pessoa? Hoje em dia já paramos com 'proibido comer doce', 'não coma doce', porque não adianta, às vezes é aquilo que ele tem pra comer. Agente sabe que tem que orientar, não falta nossa teoria, não falta boa vontade da nossa parte, só que fica complicado fazer um cardápio quando a pessoa não tem o que comer. Como que agente vai influenciar?

IC 1.G: Demanda assistencialista.

[DSC 1.G] A demanda da assistência devora a promoção! Eles não querem entender muito o conceito, eles querem ser atendidos e ponto final. Querem solução e quando você vem com a promoção, a população está querendo resolver o problema dela, não está pensando lá na frente, gerando uma sobrecarga de pronto atendimento. Não entende o nosso trabalho, vem à Unidade em busca de 'pílulas' para ficar bem. A população tem escassez de acesso, de educação, de uma série de outras questões que são importantes para se ter saúde e aí fica um pouco difícil fazer todo o papel do PSF que é enorme e trabalhar sobre uma agenda regular, com consultas marcadas, com demandas coerentes, com planejamento. Por enquanto o planejamento desmorona na primeira fila de pronto atendimento que tem ou na primeira solicitação de reunião.

IC 1.H: Cultura medicamentosa.

[DSC 1.H] A população em geral tem hábitos de difícil correção só que tem também a questão do paciente que prefere tomar o comprimido tal hora e comer uma feijoada em seguida. É muito difícil mudar comportamento alimentar numa população que está acostumada a tomar remédios para o problema. Por outro lado, tem a questão da cultura

medicamentosa também por parte do médico. É muito mais fácil orientarem uma prescrição médica em cinco minutos do que fazer uma orientação nutricional em meia hora!

IC 1.I: Falta de articulação entre a equipe.

[DSC 1.I] *Agente se vê na Unidade todos os dias, mas não senta para saber o que cada um está fazendo. Não tem a política de pelo menos uma vez por mês trocar uma ideia, sentar e conversar.*

IC 1.J: Busca por praticidade interferindo na qualidade da alimentação.

[DSC 1.J] *No dia-a-dia a comunidade em si, nem que ela tenha condições financeiras, ela não tem interesse de ter um bom hábito alimentar. Muitas vezes ela compra um refrigerante, mas ela não vai lá na feira comprar uma fruta porque não quer ter o trabalho para fazer o suco. A população se acostumou a esse tipo de hábito alimentar e não tem interesse em mudar porque se for à feira, compra legumes por um real e não costuma fazer isso porque não quer ter trabalho, simplesmente se acomodou. É por isso que ela não quer que o bebê fique sendo amamentado, porque ela faz o mingau e deixa ali e quando volta é só botar na boca da criança. Não faz um mingau para o idoso, dá mesmo a alimentação da casa, frita, porque é mais prático.*

IC 1.K: Falta de orientação sobre a utilização de alimentos fornecidos pelo programa municipal.

[DSC 1.K] *A entrega do leite de soja na comunidade é uma coisa muito mecânica. A pessoa não é orientada sobre o que pode ela fazer, como ele pode ser aproveitado.*

IC 1.L: Burocracia para liberação de espaço físico para o desenvolvimento das ações.

[DSC 1.L] *Muitas vezes as coisas emperram muito na 'burocracia' para liberação de espaço prazente fazer mais eventos com a população e a população cobra muito esses eventos da gente. Eles adoram!*

IC 1.M: Falta de assiduidade do paciente nos grupos atrapalhando a continuidade das ações.

[DSC 1.M] *Tem grupos que são difíceis por serem fechados, porque precisamos que a pessoa compareça em todos os grupos para ouvir as orientações, para ter continuidade do trabalho, mas eles têm dificuldade de comparecer.*

IC 1.N: Orientação nutricional feita sem adequação à realidade da população.

[DSC 1.N] *Até então não tínhamos acesso a profissionais de nutrição. É um trabalho muito novo. As poucas experiências que eu tivemos levando essas equipes aos domicílios não surtiram o efeito esperado porque foi feito um estudo pela equipe e foi levado a eles um cardápio com várias orientações que estavam muito longe do alcance das pessoas.*

IC 1.O: Baixa adesão do usuário quanto à orientação para a ida à Unidade.

[DSC 1.O] *Agente tenta dizer ao paciente quando vemos que ele não está bem, para ele ir à Unidade, mas eles não aceitam muito a orientação dagente.*

Analisando as IC sínteses da pergunta norteadora 1, pôde-se observar que algumas dificuldades para o desenvolvimento das ações relatadas pelos profissionais revelaram problemas muito mais abrangentes que envolvem questões sócio-econômicas e culturais da população, bem como dificuldades pela falta de uma integração e articulação entre a equipe e com a própria gestão municipal.

No entanto, chama à atenção o grande número de relatos nas questões referentes à ‘falta de conhecimento técnico e do auxílio de um nutricionista’ e ‘dificuldades em suprir a demanda’, que totalizaram 28% (n=14) dos relatos. Os DSC destas IC revelaram que apesar do esforço em atender as demandas relacionadas à alimentação e nutrição, os profissionais não têm o preparo necessário para trabalhar essas ações, em virtude da falta de conhecimento e preparo, comprometendo o desenvolvimento das mesmas, refletindo na dificuldade em suprir a demanda, por falta de profissionais frente à demanda.

Estas constatações revelam a urgência em se criar soluções de enfrentamento desses problemas e repensar a forma como profissionais de saúde, comprometidos com a prestação de serviços à população, têm desempenhado suas funções, conforme observado por Castro¹⁷, especialmente no que tange a falta de recursos humanos e investimentos em capacitações.

BLOCO 2- “Potencialidades para a superação dos desafios, visando a melhoria do serviço de Alimentação e Nutrição ofertado na ESF”

Quadro 4- Ideias centrais categorizadas da pergunta norteadora 2, colhidas nas entrevistas com profissionais da ESF de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

Pergunta norteadora 2	Ideias Centrais (IC) categorizadas	Nº de Respostas	%
2- O que vocês acham que poderia ser feito para superar os desafios, de forma a melhorar a oferta das ações de alimentação e nutrição em seu município?	Incluir o nutricionista.	07	21,2
	Trabalhar a mudança de hábitos desde a infância, de forma multidisciplinar e em articulação com escolas.	05	15,2
	Persistir na educação nutricional, trabalhando com toda a família.	04	12,2
	Realizar um trabalho de forma contínua e capacitar a população de forma criativa, com novas ideias.	04	12,2
	Ter mais tempo para o atendimento e planejamento das ações.	03	9,1
	Ter maior articulação entre a equipe e apoio da gestão.	02	6,1
	Melhorias no espaço físico.	01	3,0
	Desvincular a escolha do gestor de aspectos políticos.	01	3,0
	Controle de propaganda de alimentos, pelo estado.	01	3,0
	Ter incentivo do governo para plantação de hortas.	01	3,0
	Ter treinamentos sobre alimentação alternativa e agricultura de subsistência.	01	3,0
	Articular com profissionais da saúde mental e pactuar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição no município.	01	3,0
	Investir mais no aleitamento materno.	01	3,0
	Considerar as necessidades e condições da população para então elaborar as orientações.	01	3,0

2- O que vocês acham que poderia ser feito para superar os desafios, de forma a melhorar a oferta das ações de alimentação e nutrição em seu município?

IC 2.A: Incluir o nutricionista.

[DSC 2.A] *Todos querem marcar com o nutricionista, mas a demanda de profissionais é pouca. Agente tenta fazer o máximo, mas agente não tem como fazer um trabalho completo em relação à nutrição e agente leva muito tempo fazendo. É muita carga e só aquela orientação que o médico ou a enfermeira faz, com muito gosto não substitui uma dietazinha programada. Se tivesse o profissional nessa área seria mais fácil. Pr agente avançar realmente, teria que ser incluída uma referência e de uma forma ativa, não só no papel.*

Agente tem essa necessidade primordial de ter um profissional específico para fazer um trabalho mais direcionado para a nutrição. Que não tivesse um profissional em cada Unidade, mas tivesse pelo menos um como demanda espontânea para atender já melhoraria bastante porque não dá pra fazer as atribuições específicas do nutricionista.

IC 2.B: Trabalhar a mudança de hábitos desde a infância, de forma multidisciplinar e em articulação com escolas.

[DSC 2.B] Agente tem que educar as crianças em primeiro lugar porque se agente não trabalhar os hábitos alimentares desde a base, agente vai ficar dando murro em ponta de faca pro resto da vida! Porém, como a demanda é muito grande muitas vezes agente não lembra de passar para a nutricionista ou de passar pra outro colega, só quando aquilo é muito visível agente encaminha. Agente tem essas falhas. Precisamos trabalhar multidisciplinarmente, um trabalho em rede, para ver a realidade e ajudar. É importantíssimo a equipe trabalhar junto e também seria interessante articular com escolas para estar passando informação, levando a nutricionista lá.

IC 2.C: Persistir na educação nutricional, trabalhando com toda a família.

[DSC 2.C] Não adianta ficar passando dietas, o problema está na educação. Agente tem que tentar convencê-los de que aquele alimento não favorável vai afetar os outros aspectos como o diabetes, porque é tudo associado e tem que trabalhar a família inteira. Vamos ter que continuar batendo na tecla para no futuro alcançar o mesmo sucesso que agente alcançou no esquema vacinal. Agente espera que possa dar resultados, que aquela orientação se estenda para a vizinha e vá crescendo. Esse é nosso intuito.

IC 2.D: Realizar um trabalho de forma contínua e capacitar a população de forma criativa, com novas ideias.

[DSC 2.D] Eles têm informação sobre alimentação o que falta é o trabalho contínuo com eles, repetindo mês a mês os grupos. Trabalhar esse tema com novas ideias, com criatividade, de uma forma ampla e constante para dar uma continuidade no processo e conseqüentemente haja maior adesão da população. E a metodologia ativa é o melhor caminho porque eles não têm paciência para palestras mais, já cansaram. Interagir com eles é mais válido, até para eles estarem entendendo também.

IC 2.E: Ter mais tempo para o atendimento e planejamento das ações.

[DSC 2.E] *Agente precisa ficar mais com o paciente e no momento da consulta poder atender melhor sobre o próprio Hiperdia, sobre a própria criança, ensinando a mãe como alimentar. Com relação ao tempo para nós com relação às horas para compartilhar as agendas, também é restrito. Agente tem reuniões divididas ou gerais, em que não se pode pensar em planejamento. É preciso ter mais horas específicas disponíveis para o planejamento.*

IC 2.F: Ter maior articulação entre a equipe e apoio da gestão.

[DSC 2.F] *As mudanças têm que ocorrer internamente por ser muito importante o contato entre a própria equipe e com outras equipes, o que não acontece. Também, mudanças na gestão. Que as pessoas que estão à frente dêem condições prazerosas porque agente tem que se comprometer sabendo que agente vai ter condições para trabalhar.*

IC 2.G: Melhorias no espaço físico.

[DSC 2.G] *Quando falamos em nutrição temos que ver isso, porque até para educar a comunidade você precisa de espaço. Espaço para a cozinha experimental, por exemplo e junto com esse espaço, ter espaço para desenvolver atividade física, onde agente pudesse acolher melhor.*

IC 2.H: Desvincular a escolha do gestor de aspectos políticos.

[DSC 2.H] *Não pode vincular a gestão das Unidades de saúde a algum político. Políticos nós somos, mas a politicagem não pode existir para esse caso. Que esses gestores tenham capacidade, tenham habilidade, que eles conheçam o que é a sua gestão.*

IC 2.I: Controle de propaganda de alimentos, pelo estado.

[DSC 2.I] *O Estado tem a obrigação de proteger os nossos filhos contra propaganda de alimentos pouco saudáveis. Adianta promover sem proteger? Temos que proteger também e essa proteção precisa ser dada pelo estado.*

IC 2.J: Ter incentivo do governo para plantação de hortas.

[DSC 2.J] *A nutricionista do posto conversa muito: 'veja o espaço que você tem, vá, plante, faça uma horta!' Mas deveria ter um incentivo do governo nesse aspecto. Ver o espaço que tem no bairro para até a equipe do PSF incentivar e aí acho até que eles melhorariam de saúde.*

IC 2.K: Ter treinamentos sobre alimentação alternativa e agricultura de subsistência.

[DSC 2.K] *Ter um treinamento com alimentação alternativa e a agricultura de subsistência seria fundamental.*

IC 2.L: Articular com profissionais da saúde mental e pactuar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição no município.

[DSC 2.L] *Falta agente estar mais próximos dos profissionais de saúde mental para lidar com determinadas pessoas na questão da alimentação e nutrição. E também, enquanto agente não tiver nada pactuado com os municípios relacionado à Política de Alimentação e Nutrição, a alimentação vai continuar engatinhando e sem recursos porque as equipes não têm instrumentos vindos do nível central para trabalhar de forma eficaz e efetiva porque elas têm outras coisas pactuadas que vêm na frente e elas são obrigadas a dar conta.*

IC 2.M: Investir mais no aleitamento materno.

[DSC 2.M] *Nós temos alguns grupos que já funcionam, mas agente identifica muitas coisas que podem ser feitas. Agente tem vontade de investir mais no aleitamento materno, mas ainda não conseguimos.*

IC 2.N: Considerar as necessidades e condições da população para então elaborar as orientações.

[DSC 2.N] *Levar em conta as necessidades e adaptar as condições da população. Não adianta nada, fazer um cardápio lindo e maravilhoso se a população não tem condições de comprar aquilo.*

Os DSC referentes ao Quadro 2 pontuaram necessidades relevantes para superação dos desafios, apontando para a necessidade de maior atuação e apoio dos municípios em relação à melhoria do espaço físico e desburocratização para conseguí-lo, desvinculação da escolha do gestor de indicações políticas, ter mais tempo para atendimento e planejamento e pactuar a Política de Alimentação e Nutrição. Em nível federal, os DSC refletiram a necessidade de se controlar as propagandas de alimentos por exercerem influência no consumo de alimentos não saudáveis, além da necessidade de se ter um incentivo à implantação de hortas para estimular o consumo de alimentos mais saudáveis.

No entanto, 36,4% (n=12) das IC apontaram para a importância do desenvolvimento do trabalho de forma multidisciplinar desde a infância e necessidade primordial de se incluir o nutricionista de forma mais expressiva na ESF para fazer um trabalho mais direcionado,

proporcionando maior eficácia e efetividade do serviço ofertado, o que demonstra a necessidade de alguns rearranjos.

Considerações Finais

A ABS, por meio da ESF é, sem dúvida, um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição com repercussões potenciais nas comunidades atendidas. Um reflexo disto tem sido o controle da desnutrição primária e da deficiência de micronutrientes, por exemplo, no caso da anemia e hipovitaminose A, onde as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na ABS têm auxiliando neste controle, além de realizar um monitoramento e acompanhamento do surgimento e evolução das DCNT nas famílias e comunidades atendidas.

Apesar de se reconhecer que as ações de alimentação e nutrição na atenção básica tanto podem contribuir para a qualificação como para a garantia da integralidade da atenção à saúde prestada à população brasileira, este estudo revelou que as dificuldades encontradas para a oferta das ações de alimentação e nutrição e a carência de profissionais especialistas nesta área têm limitado o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde.

Tendo em vista a multiplicidade e complexidade de aspectos e esferas que tem condicionado e determinado a saúde da população nos dias de hoje, ainda torna-se necessário que haja maior diálogo e interação entre os campos da *Alimentação & Nutrição* e a ABS. Tal diálogo contribuiria para a organização do processo de trabalho da ABS em conformidade com o panorama nutricional atual, onde o sobrepeso e a obesidade têm crescido de modo alarmante.

Faz-se necessário ainda, que no processo de organização da ABS sejam contempladas práticas de saúde orientadas a contribuir para uma atuação planejada e equânime de problemas e demandas por meio da oferta de mais ações voltadas à alimentação e nutrição, para que se possa caminhar rumo à superação das carências desse serviço na rede básica de saúde.

No entanto, superar este desafio requer um grande trabalho que vai além da ampliação da oferta de ações de alimentação e nutrição no âmbito das estratégias de atenção à saúde, mas que perpassa pela promoção do apoio e acompanhamento dos usuários que só será

plenamente viável por meio da incorporação do nutricionista na rede Básica de Saúde, especialmente na composição das equipes de Saúde da Família.

Diante disto, traz-se esta questão à reflexão face à necessidade de se repensar sobre a configuração do desenho atual das equipes de Saúde da Família promovendo a inserção de profissionais qualificados e em número adequado para a gestão e execução das ações de alimentação e nutrição, para que culmine em ajustes nos serviços ofertados, viabilizando o alcance da expansão e qualificação das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na ABS. Desse modo, almeja-se que a “porta de entrada” dos serviços de saúde de nosso país permaneça não somente aberta, mas apta a receber as demandas e poder ofertar de forma plena e integral as ações de promoção da saúde e da qualidade de vida aos indivíduos que por ela adentrem.

Assim, a ABS poderá ser reconhecida como um espaço propício para a construção da saúde numa perspectiva que extrapole a visão biologicista do cuidado e contribua para completar a agenda ainda incompleta no PSF¹⁸ por meio da ampliação das condições e serviços de alimentação e nutrição ofertados para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil.

Agradecimentos:

Pimentel V.R. de M. participou da pesquisa e trabalhou na concepção e escrita do artigo. Sousa M.F.de e Hamann E.M. participaram da pesquisa e trabalharam na redação final e na formatação do artigo.

Referências Bibliográficas

1. Batista Filho, M. e Rissin, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. de Saúde Públ.**, 19 (suppl. 1): S181:S191, 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

3. Brasil. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde/IEC, 1996. In: Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. de Saúde Públ.**, 2007; 23(7): 1674-81.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Obesidade**. Nº 12. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
5. Assis, AM.; Santos, SMC.; Freitas, MCS; Santos, JM; Silva, MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, Campinas, 15(3):255-266, set./dez., 2002.
6. Grenn, J.; Thorogood, N. **Qualitative methods for Health Research**. Thousand Oaks: SAGE Publication. 2004.
7. Ferreira, RF.; Calvoso, GG.; Gonzáles, CBL. Caminhos da Pesquisa e a Contemporaneidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15 (2): 243-250. 2002.
8. Praça, NS.; Merighi, MAB. **Abordagens teórico metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.
9. Minayo, MCS. & Sanches, O. Qualitative and Qualitative Methods: Oposition or Complementarity? **Cad. de Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993.
10. Comte, A. **Discurso sobre o espírito positivo** São Paulo: Abril. (Coleção Pensadores). 1978
11. Durkheim, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Abril. (Coleção Pensadores). 1978.
12. Yin, RK. **Estudo de caso. Planejamento e métodos**. Porto Alegre. Bookman, 2001.
13. Lefèvre, F.; Lefèvre, AMC. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. 2ª edição. Caxias do Sul: Educs, 2005. 256p.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>> Acesso em: 05 de Novembro de 2009.
15. Machado, MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Relatório final. In: Otenio, CCM.; Nakama, L.; Lefèvre, AMC. e Lefèvre, F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. **Saúde soc.** [online]. 2008, vol.17, n.4, pp. 135-150.
16. Gil, CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

17. Castro, JL. **Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto**. Natal: Observatório RH, 2007.
18. Sousa, MF; Hamann, EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1325-1335.

ANEXO

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

Universidade de Brasília
 Faculdade de Ciências da Saúde
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **107/09**

Título do Projeto: Estudo sobre o processo de organização da atenção básica no Brasil: análise da inserção do programa de saúde da família nos municípios de grande porte e do desenvolvimento de ações estratégicas de alimentação e nutrição.

Pesquisadora Responsável: Edgar Merchan Hamann

Data de Entrada: 30/09/2009

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **107/09** com o título: “Estudo sobre o processo de organização da atenção básica no Brasil: análise da inserção do programa de saúde da família nos municípios de grande porte e do desenvolvimento de ações estratégicas de alimentação e nutrição”, analisado na 9ª Reunião Ordinária, realizada no dia 13 de outubro de 2009.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 13 de outubro de 2009.

Prof. Volnei Garrafa
 Coordenador do CEP-FS/UnB