

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Kathleen Sousa Oliveira

**BARREIRAS PARA PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO  
SAUDÁVEL ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

**RECIFE**  
**2010**

KATHLEEN SOUSA OLIVERA

**BARREIRAS PARA PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL  
ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Oliveira e Silva

**RECIFE**

**2010**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

O48b Oliveira, Kathleen Sousa.  
Barreiras para promoção da alimentação saudável enfrentadas  
pelos profissionais de saúde no Distrito Federal/ Kathleen Sousa  
Oliveira. — Recife: K. S. Oliveira, 2010.  
113 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de  
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.  
Orientadora: Denise Oliveira e Silva.

1. Promoção de Alimentos. 2. Promoção da Saúde. 3.  
Alimentação. 4. Política. I. Silva, Denise Oliveira e. II. Título.

CDU 612.39

---

**KATHLEEN SOUSA OLIVEIRA**

**BARREIRAS PARA PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL  
ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Denise Oliveira e Silva  
Fundação Oswaldo Cruz

---

Dra. Elisabetta Recine  
Universidade de Brasília

---

PhD Wayner Vieira de Souza  
Fundação Oswaldo Cruz

## **AGRADECIMENTOS**

Denise Oliveira e Silva, minha orientadora, agradeço pela generosidade, confiança, fé e amor ofertados, fazendo-me encontrar o caminho desta dissertação e guiando-me até o limiar de minhas próprias possibilidades.

Erica, Simone e Vanessa pelo companheirismo durante essa jornada.

Junia pelas múltiplas análises estatísticas e paciência em discutir e discutir e discutir cada detalhe que encontrávamos.

Patricia Gentil e Janine Coutinho pelas sugestões, comentários, muitos almoços e paciência em escutar.

Rita Araujo e Verônica Lima pelo auxílio na revisão dos textos em português e inglês, respectivamente.

Nas pessoas de Ana Beatriz, Dillian, Dirceu, Fagundes, Fernando, Katiana, Kelva e Rosangela agradeço a todos os meus colegas de trabalho, pelo suporte e compreensão.

A minha família, Helena, Vaslanv, Karen, Kellen, Luis Henrique, Juvelina e Oswaldo pelo apoio e compreensão por eu não poder estar presente em determinados momentos.

“...embora o mundo comum seja o terreno comum a todos, os que estão presentes ocupam nele diferentes lugares, e o lugar de um não pode coincidir com o de outro”

*Hannah Arendt em A Condição Humana*

OLIVEIRA, Kathleen Sousa. **Barreiras para promoção da alimentação saudável enfrentadas pelos profissionais de saúde no distrito federal.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2009.

### **RESUMO**

Esta dissertação teve por objetivo analisar quais são as barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde do Distrito Federal (DF) para realizar a promoção da alimentação saudável. Foram considerados os dados de médicos e enfermeiros que participaram da pesquisa “Promoção da Alimentação Saudável no SUS-DF: conhecimento, atitudes e práticas”, conduzida pela Fundação Oswaldo Cruz em 2008. Examinaram-se os dados referentes às características demográficas e profissionais dos profissionais de saúde, bem como as barreiras percebidas. A determinação dos tipos de barreiras foi feita por meio da análise fatorial. Para os médicos foram encontrados quatro tipos de barreiras; e, para os enfermeiros, três. Os dois grupos apresentaram a situação sócio-cultural do usuário como principal barreira que impede atividades de promoção da alimentação saudável nas unidades básicas de saúde do DF. A infra-estrutura do serviço de saúde, a capacitação e a disponibilidade de materiais educativos são importantes, mas não decisivos. A formação dos profissionais de saúde deve ser observada de modo a possibilitar que estes saibam interagir em diferentes contextos sócio-culturais.

**Palavras-chave:** promoção da alimentação saudável, profissionais de saúde, barreiras.

OLIVEIRA, Kathleen Sousa. **Barriers to the promotion of healthy eating among health professionals in brazilian federal disctrict.** Dissertation (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2009.

### **ABSTRACT**

The objective of this dissertation was to describe barriers that limit the promotion of healthy eating by health professionals in basic health units at the primary care level in the Federal District (DF), Brazil. We considered the data from physician and nurses included in the research "Promoting Healthy Eating in the SUS-DF: knowledge, attitudes and practices" conducted by the Oswaldo Cruz Foundation in 2008. Data regarding demographics, professional characteristics and perceived barriers were examined. Determination of barrier types was achieved by factor analysis. For the physician were identified four barriers type and for nurses, three. Both groups presented the user's socio-cultural conditions as the main barrier to the promotion of healthy eating in the basic health of the DF. The infrastructure of the health service, training and availability of educational materials are important but not decisive. The health professional's education should be observed to enable them to interact in different social and cultural contexts.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL .....</b>	<b>14</b>
2.1 Transição epidemiológica e nutricional.....	14
2.2 Promoção da saúde e da alimentação saudável .....	17
2.3 Políticas públicas para promoção da alimentação saudável .....	21
2.4 Barreiras para a abordagem nutricional nas unidades básicas de saúde .....	26
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>35</b>
3.1 Objetivo geral.....	35
3.2 Objetivos específicos.....	35
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>36</b>
4.1 Sobre a pesquisa “conhecimento, atitudes e práticas de profissionais de saúde na promoção da alimentação saudável” .....	36
4.1.1 Considerações Éticas .....	37
4.2 Base de dados .....	37
4.3 Análise dos dados.....	38
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
5.1 Categoria profissional dos médicos.....	41
5.2 Categoria profissional dos enfermeiros .....	43
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>45</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO B – Lista dos centros de saúde pesquisados no Distrito Federal .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO D – Questionário.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO E - Memória da análise fatorial .....</b>	<b>83</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A promoção da alimentação saudável configura-se com uma importante ação das instituições públicas, na medida em que o Brasil vivencia um processo de transição nutricional com diminuição da desnutrição, aumento do sobrepeso, aumento das doenças crônicas não transmissíveis e da obesidade e permanência de quadros de doenças relacionadas às carências nutricionais. Essa transição integra-se aos processos de transformações demográficas, sociais, econômicas e epidemiológicas que ocorrem há cerca de quatro décadas.

Os estudos que vêm sendo realizados no Brasil, apresentados na primeira parte deste documento, revelam uma tendência declinante da desnutrição em crianças com o respectivo aumento da prevalência do sobrepeso, tanto em crianças como em adultos, em todas as regiões e estratos econômicos.

As doenças crônicas não transmissíveis como o *diabetes mellitus*, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial e alguns tipos de câncer têm se constituído, de forma crescente, como causas de incapacidade e morte prematura, o que desperta para a importância da formação de hábitos alimentares saudáveis e que visam à promoção da saúde da população.

Em termos de políticas públicas destacam-se como marcos legais e instrumentais que visam à promoção da alimentação saudável: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde e o Guia Alimentar da População Brasileira.

O Brasil tem buscado, como ações que possibilitem a concretização dos princípios e diretrizes dessas políticas, a regulação, a informação/comunicação e o desenvolvimento de capacidades como, por exemplo, possibilitar aos profissionais de saúde que façam aconselhamento sobre dietas saudáveis.

Na atenção básica à saúde, a unidade básica de saúde é o *locus* preferencial para a abordagem da promoção da alimentação saudável, em que os profissionais de saúde devem considerar os componentes que determinam os hábitos alimentares como os fatores econômicos, sociais e o ambiente físico, como também os fatores psicológicos, a capacidade de se fazer escolhas alimentares saudáveis, a habilidade no preparo de alimentos e o poder de compra familiar.

Assim, é de fundamental importância que os profissionais de saúde se apropriem de conhecimentos relacionados à nutrição e aos métodos de abordagem dos problemas alimentares, que venham a possibilitar a transformação de hábitos alimentares. Neste sentido, reconhecer as barreiras que dificultam os profissionais de saúde a realizarem ações de promoção da alimentação saudável e a possibilidade de manejá-las, pode contribuir para a reformulação das políticas públicas, direta ou indiretamente, relacionadas ao tema.

Quanto maior a capacidade dos indivíduos em controlar fatores objetivos e subjetivos relacionados à sua alimentação, maior será a capacidade de alcançar uma melhor qualidade de vida. Na saúde, a discussão sobre qualidade de vida tem sofrido grandes modificações e contribuições, concomitante à evolução do entendimento do processo saúde-doença, cujos determinantes são vistos, atualmente, como complexos e multifatoriais, relacionados com aspectos econômicos, sócio-culturais, estilo de vida e experiência pessoal (SEIDL; ZANNON, 2004). Com a mudança no perfil de morbimortalidade da população, bem como tendo em vista o desafio da equidade e a necessidade de contenção de custos do sistema de saúde, as ações na saúde relacionam-se cada vez mais com a promoção e prevenção da saúde, articulando-as com ações de cura e reabilitação.

É interessante observar que a transição epidemiológica e nutricional impõe a necessidade de (i) revisão dos saberes necessários para a prática clínica, em especial sobre os problemas nutricionais, não mais se restringindo tão somente à desnutrição e deficiências nutricionais, mas também às particularidades dos cuidados nutricionais envolvidos com portadores de diabetes, hipertensão e obesidade, por exemplo; e (ii) mudança de orientação do modelo de atenção à saúde. O modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido marcado pela predominância da assistência médica curativa, individual, hospitalar, superespecializada, e pelo entendimento de saúde como ausência de doença (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). Este paradigma se contrapõe ao da construção social da saúde apoiada no fortalecimento do cuidado e da promoção à saúde, na ação intersetorial e na autonomia das pessoas, em relação à saúde, dentre outros aspectos (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002a, 2002b). Neste sentido, o Brasil optou por um modelo orientado pela estratégia de saúde da família (ESF) na atenção básica à saúde, que busca priorizar as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, considerando o trabalho em equipe multiprofissional, com território definido e adstrição de clientela (BRASIL, 2006a). Pretende-se fomentar a estratégia saúde da família como uma estratégia

importante para a organização e reformulação do primeiro nível de atenção do sistema.

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que fomenta a formação de equipes de saúde minimamente compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários. Posteriormente, foi acrescentado um odontólogo, um técnico em higiene dental e um auxiliar de consultório dentário. Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Brasil são estes os profissionais que compõem a maioria na rede básica de saúde: do total de ocupações, 23% são enfermeiros que atendem ao SUS, em postos e unidades básicas de saúde, 15% são médicos de família e 11%, clínicos gerais. Os nutricionistas representam 0,02% do total de ocupações presentes nesses estabelecimentos de saúde, o que significa dizer que as ações de promoção da alimentação saudável na atenção básica à saúde são praticamente realizadas por médicos e enfermeiros (BRASIL, 2009).

Contudo, estudos conduzidos por Silva (2002) e Boog (1999) revelam que médicos e enfermeiros apontam para um leque amplo de barreiras que enfrentam na sua atuação para promover a alimentação saudável na atenção básica à saúde. Em trabalhos realizados no município de Campinas e no Distrito Federal, ambas as autoras constataram que os profissionais apontam a falta de conhecimento, a falta de tempo e as condições de vida da população como as principais dificuldades para a abordagem da alimentação saudável. Silva (2002) aponta, ainda, que os profissionais consideram também como barreira uma resistência própria do paciente às mudanças, a falta de material didático no serviço, tanto para o profissional como para os usuários do SUS, e uma carga excessiva de trabalho.

Os dois trabalhos brasileiros sobre o tema já mencionados (BOOG, 1999; SILVA, 2002) foram realizados no mesmo período da publicação da PNAN e da criação da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), e anteriormente às ações desencadeadas pela Estratégia Global, pela publicação do Guia Alimentar da População Brasileira, bem como no contexto particular do SUS, anteriormente a três marcos importantes, que redirecionam as políticas de saúde, a publicação da PNAB, da PNPS\* e do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b).

Mais recentemente, teve-se também a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (BRASIL, 2008a), que tem por objetivo qualificar e apoiar a inserção da Estratégia Saúde na Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolubilidade e o

---

\* Política Nacional de Promoção da Saúde

escopo das ações da atenção básica. Os Núcleos prevêem a presença do nutricionista na equipe, sendo esperado que, entre outras ações, este profissional apóie as Equipes de Saúde da Família para a realização de atividades relacionadas à promoção da alimentação saudável.

Considerando-se este novo contexto das políticas de saúde, e em especial da promoção à saúde e à alimentação saudável no Brasil, cabe o questionamento: quais são as barreiras encontradas por médicos e enfermeiros do Distrito Federal para promover a alimentação saudável?

Esta dissertação apresenta, primeiramente, um detalhamento do contexto em que se insere o estudo em questão, pontuando a transição epidemiológica e nutricional, a promoção da alimentação saudável no contexto da promoção da saúde, bem como as políticas públicas existentes para este fim; e, por fim, detalha aspectos já estudados e mencionados relativos às barreiras e dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde para o aconselhamento nutricional no âmbito da promoção da alimentação saudável.

Posteriormente, são apresentados os objetivos e a metodologia do estudo. Considerando que os resultados a serem apresentados são baseados em dados oriundos da Pesquisa “Conhecimento, atitudes e práticas de profissionais de saúde na promoção da alimentação saudável”, apresenta-se ao leitor um breve detalhamento do procedimento metodológico da pesquisa mencionada, e, a seguir, os procedimentos utilizados para a análise dos dados pertinentes ao objetivo da dissertação ora apresentada.

Por fim, são apresentados os resultados, a discussão, a conclusão e as considerações finais referentes ao tema. Se por um lado os resultados revelam a percepção dos profissionais de saúde quanto às barreiras que impedem atividades de promoção da alimentação saudável no seu cotidiano, a discussão tenta avançar levantando possibilidades, hipóteses prováveis, do que está subjacente a essa percepção. Assim é que dimensões ainda pouco discutidas na atenção básica de saúde brasileira, como a competência cultural e a organização das unidades de saúde para promoção da alimentação saudável, emergem como problemáticas que merecem ser aprofundadas.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL**

### **2.1 Transição epidemiológica e nutricional**

Nas últimas décadas, o Brasil passou por importantes transformações demográficas, sociais e econômicas que alteraram o perfil epidemiológico e nutricional, bem como os padrões de consumo alimentar da população. Em pouco mais de 50 anos, o Brasil tornou-se um país essencialmente urbano, com mais de 80% da sua população residindo em áreas urbanas. Esta rápida urbanização modificou os modos de vida do brasileiro e impôs um aumento na demanda estrutural e de serviços das cidades; mais do que isto, aponta que as condições de vida das aglomerações urbanas são as condições de vida de quase a totalidade da população (DEÁK; SCHIFFER, 1999), incluindo-se a saúde. Contudo, as diferenças entre o meio rural e urbano devem ser observadas, como apontado pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BRASIL, 2008b).

De todo modo, cabe observar que a transição nutricional integra-se aos processos de transição demográfica e epidemiológica, que ocorrem no Brasil desde a década de 60, sendo expressos nas modificações do padrão demográfico brasileiro, do perfil de morbimortalidade, do consumo alimentar e do gasto energético (OLIVEIRA, 2004; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Por meio de diversos inquéritos realizados no País (BRASIL, 1990, 1996, 2008b ; IBGE, 1977), nota-se uma tendência secular declinante da prevalência de desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade, esperando-se que, se a taxa anual de declínio permanecer constante, em pouco mais de dez anos a proporção de déficits estaturais nas crianças brasileiras será igual à proporção geneticamente esperada de crianças de baixa estatura (MONTEIRO et al., 2009).

A diminuição do déficit estatural é decorrente de uma melhoria nas condições gerais de vida, como aumento da escolaridade materna e expansão do saneamento básico, e no atendimento primário à saúde (BRASIL, 1990). Mas, se por um lado constata-se que a desnutrição infantil teve um declínio superior a 70% (IPEA, 2004), por outro nota-se que a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças aumentou de 4,1% para 13,9%, decorrentes de uma diminuição na atividade física e mudanças no padrão dietético (WANG;

MONTEIRO; POPKIN, 2002).

A obesidade está rapidamente substituindo a desnutrição em todas as regiões e estratos econômicos da população adulta brasileira, independentemente do sexo; sendo que a obesidade em adultos já é mais freqüente que o baixo peso, nas regiões mais desenvolvidas economicamente, entre os grupos com alta renda e entre as mulheres de baixa renda que vivem em regiões mais desenvolvidas (MONTEIRO; CONDE; POPKIN, 2002).

A Pesquisa de Orçamento Familiar, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004), indica um aumento da obesidade entre homens e mulheres adultos, com prevalências respectivas de obesidade de 40,7% e 39,2%, em 2003. Observa-se, assim, uma modificação no padrão de carga de doenças no Brasil, com diminuição das doenças infecto-contagiosas e aumento das doenças crônicas degenerativas, muitas das quais associadas ao sedentarismo e à alimentação não saudável (SCHRAMM et al., 2004).

Os problemas relacionados à insegurança alimentar e nutricional da população brasileira são fundamentalmente devidos à desigualdade no acesso aos alimentos. Estes problemas se concentram na qualidade dos alimentos e se manifestam no aumento do peso corporal, em decorrência de uma ingestão excessiva de alimentos altamente calóricos e de baixa qualidade nutricional, ou por deficiências de micronutrientes - que não são mensuráveis por alterações no peso corporal (LIMA, 2008).

Uma análise da evolução da disponibilidade alimentar de alimentos revela uma diminuição no consumo de alimentos básicos, como o arroz e o feijão, e um aumento no consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes, bem como aponta para a permanência do alto consumo de açúcar, baixo consumo de frutas e hortaliças e aumento da participação de gorduras na dieta (LEVY-COSTA et al., 2005). A Tabela 1 indica as tendências no padrão alimentar do Brasil, considerando a participação de grupos de alimentos no total de energia consumida entre 1974 e 2003.

Observando os dados apresentados é possível observar: uma redução de 5% no consumo de cereais e derivados, entre os quais se destaca o consumo de arroz com declínio de 23% no seu consumo; um aumento acentuado e expressivo no consumo de biscoitos (400%); queda no consumo de feijão (31%) e de tubérculos, raízes e derivados (32%), entre os quais se encontram a batata e a mandioca, com redução respectiva de 41% e 5%; crescimento na participação da dieta das gorduras vegetais (16%), estabilidade ao longo dos anos no consumo de frutas e hortaliças; e redução no consumo de açúcares em 23% e aumento no consumo de refrigerantes e biscoitos, 400%.

Tabela 1 - Evolução da participação relativa de alimentos no total de calorias determinada pela aquisição alimentar domiciliar nas regiões metropolitanas, Brasília e município de Goiânia, por ano de pesquisa

Grupos de alimentos	Evolução da participação relativa, por ano de pesquisa(%)			
	1974-1975	1987-1988	1995-1996	2002-2003
Cereais e derivados	37,26	34,72	35,04	35,34
Feijão	8,13	5,87	5,71	5,68
Raízes e tubérculos	4,85	4,1	3,58	3,34
Carnes	8,96	10,46	12,98	13,14
Ovos	1,15	1,31	0,9	0,18
Leite e derivados	5,93	7,95	8,2	8,09
Frutas	2,16	2,66	2,58	2,35
Verduras e legumes	1,14	1,15	1	0,92
Gordura animal (banha, toucinho e manteiga)	3,04	0,95	0,77	1,08
Oleos e gorduras vegetais	11,62	14,61	12,55	13,45
Açúcar e refrigerantes	13,78	13,39	13,86	12,41
Oleaginosas	0,1	0,15	0,13	0,21
Condimentos	0,31	0,58	0,57	0,91
Refeições prontas	1,26	1,59	1,5	2,29
Bebidas alcoólicas	0,3	0,51	0,63	0,62
Total de calorias (kcal/dia per capita)	1700	1895,79	1695,66	1502,02

FONTE: Adaptado de IBGE (2006). Estudo Nacional de Despesa Familiar, 1974-1975 e Pesquisa de Orçamentos Familiares 1986-1988; 1995-1996 e 2002-2003 (BRASIL, 2006c).

Ao analisarmos, em conjunto, a tendência de modificação do padrão alimentar da população brasileira e a transição nutricional, é possível ver que há uma consistência entre os diversos inquéritos, na mesma medida em que se percebe que a alteração no padrão de consumo para uma dieta de baixa qualidade, constituída basicamente de alimentos altamente energéticos, torna a população mais obesa e suscetível a doenças crônicas, quadro esse que se ajusta à crescente participação das doenças crônicas não transmissíveis, no perfil brasileiro de morbimortalidade, como pode ser observado na Tabela 2.

As doenças crônicas como o diabetes *mellitus*, as doenças cardiovasculares, a hipertensão e alguns tipos de câncer são, cada vez mais, as causas de incapacidade e morte prematura, tanto em países desenvolvido como nos em desenvolvimento, influenciadas fortemente pelas mudanças no padrão dietético e estilo de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Tabela 2 - Mortalidade por diferentes tipos de doenças no Brasil, 1979, 1998 e 2003

Doenças	1979	1989	1998	2003	2006
---------	------	------	------	------	------

Desnutrição (1)	1,7%	0,9%	0,7%	0,7%	0,6%
Doenças infecciosas (2)	10,3%	5,5%	5,2%	4,6%	4,5%
Doenças crônicas (3)	34,3%	39,9%	42,5%	44,5%	48,8%
Causas externas (4)	9,2%	12,5%	12,6%	12,6%	12,4%
Outras causas	44,5%	41,2%	39,0%	37,6%	33,7%

**Nota:** (1) Especificamente definida como tal, a deficiência contribui para a morte por outras causas.

(2) Doenças infecciosas e parasitárias e, também, infecções perinatais.

(3) Doença cardiovascular, câncer e diabetes.

(4) Incluindo acidentes, homicídios e suicídios.

FONTE: Ministério da Saúde/SVS/DASIS. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2006c).

Este conjunto de mudanças no padrão alimentar e no perfil nutricional dos brasileiros apontam para a necessidade de se intensificar e reforçar as ações de promoção da saúde, entre elas, a promoção da alimentação saudável. O desenvolvimento de atividades de promoção de alimentação saudável, por sua vez, implica em reconhecer os determinantes que influenciam nas escolhas alimentares dos indivíduos e coletividades; e, no caso do setor saúde, em reconhecer as potencialidades e limitações, em especial da atenção básica à saúde, para o desenvolvimento de atividades neste nível de atenção.

## 2.2 Promoção da saúde e da alimentação saudável

A promoção da saúde, enquanto política pública de saúde, é uma importante estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população brasileira. Em sua visão mais moderna, parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e dos determinantes sociais desse processo, articulando saberes técnicos e populares com a mobilização de vários recursos para a resolução dos problemas de saúde.

O marco referencial principal foi a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986. Na Carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986) a promoção da saúde é definida como um processo:

de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde [...]. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações,

satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Outros documentos que norteiam a promoção da saúde são as declarações de Adelaide (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1988), Sunsvall (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1991), Santafé de Bogotá (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1992), Jacarta (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997), e México (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

Essencialmente, propõem-se cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. Estes traduzem uma saúde que precisa pensar e agir de modo integrado, multidisciplinar e intersetorial com vistas à melhoria da qualidade de vida da população.

As estratégias de promoção da saúde deveriam busca focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento, em uma tentativa de romper com a abordagem individualizada e fragmentada dos modos de viver, que sabe menos eficaz, e que colocam os sujeitos e as comunidades como os únicos responsáveis pela situação de saúde (PELLEGRINI FILHO, 2007).

Essa abordagem individual da promoção da saúde dirige-se para a transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida, com tendência para concentração das atividades de promoção da saúde em elementos educativos relacionados com mudança de comportamento que, em parte, estão sob controle dos indivíduos, como por exemplo o hábito de fumar, a dieta e a atividade física (RAPHAEL, 2003).

A concepção atual de promoção da saúde inverte essa lógica e coloca como protagonista, não mais os indivíduos, mas sim os determinantes sociais, entendendo a saúde como produto de vários fatores relacionados à qualidade de vida - como alimentação adequada, habitação, saneamento, entre outros. Com isto, as atividades de promoção concentram-se naquelas que favoreçam escolhas saudáveis e o desenvolvimento da capacidade dos indivíduos e da comunidade (BUSS, 2000). Compreendem-se por determinantes sociais os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os diversos estudos sobre os determinantes sociais e as iniquidades em saúde permitiram a construção de modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os

vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde, entre os quais está o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).

Conforme pode ser observado na Figura 1, este modelo identifica quatro níveis de elementos que influenciam a saúde e que se traduzem em quatro níveis de atuação inter-relacionados, a saber: individual, redes sociais e comunitárias, condições de vida e trabalho e condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Segundo Dahlgren e Whitehead (1991), acima de todos os níveis estão os macro determinantes, ou seja, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, que influenciam todos os demais níveis. A atuação das políticas deverá focar, portanto, mudanças macroeconômicas e culturais que visem à promoção de uma melhor distribuição dos recursos e a redução da desigualdade social, bem como devem ser políticas dirigidas ao mercado de trabalho, à proteção do meio ambiente e ao fortalecimento da cultura.

Em seguida, têm-se os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho. Este nível indica que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência do menor acesso aos serviços públicos e, das condições não adequadas de moradia e de trabalho. Neste contexto, as políticas públicas devem atuar sobre as condições físicas e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham.

A influência das redes comunitárias e de apoio expressa o nível de coesão social, o que deve favorecer a construção de rede de apoio e o aumento das capacidades dos grupos de interferir em sua realidade. Assim, a atuação consiste em favorecer a união das comunidades em desvantagem, para obter apoio mútuo e fortalecer suas defesas contra os danos na saúde.



Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde, proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)

O nível individual, relacionado ao comportamento e aos estilos de vidas, situa-se no limiar entre os fatores individuais (idade, sexo e fatores genéticos) e os determinantes sociais de saúde. A atuação neste nível consiste, basicamente, no fortalecimento dos indivíduos, ou seja, apoiá-los para mudanças de comportamento em relação aos fatores de risco pessoais, como a dieta por exemplo.

Entre os diversos determinantes, a alimentação e a nutrição constituem-se nos mais importantes determinantes sociais da saúde e, embora seja fortemente influenciada por fatores sócio-econômicos, comportamentais e culturais, é entendida como um determinante social proximal, por ser passível de controle e modificação por parte dos indivíduos (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008). Os elementos que determinam os hábitos alimentares saudáveis foram bem sintetizados por Raine (2005), cujo estudo divide os determinantes em individuais e coletivos.

Os determinantes individuais estão relacionados às escolhas alimentares feitas pelas pessoas e que são influenciadas por aspectos psicológicos, conhecimento sobre nutrição, percepções sobre alimentação saudável e estado psicológico. Já os determinantes coletivos podem ser divididos entre aqueles relacionados ao meio ambiente e que influenciam o comportamento individual. E, também, aqueles relacionados ao ambiente propiciado pelas políticas públicas.

Os determinantes ambientais de uma alimentação saudável que influenciam o comportamento individual são: influências familiares, acesso aos alimentos, disponibilidade dos alimentos, ambiente econômico (envolvendo desde o preço até a publicidade e propaganda dos alimentos), e o contexto social, que envolve os aspectos simbólicos e culturais da alimentação.

Assim, quando nos referimos a atividades de promoção da alimentação saudável na atenção básica à saúde, estamos nos referindo àquelas que podem abranger os determinantes individuais e muitos dos determinantes coletivos, que influenciam o comportamento individual.

### **2.3 Políticas públicas para promoção da alimentação saudável**

As políticas públicas existentes podem determinar os hábitos alimentares, pois a capacidade de promover mudanças macrossistêmicas, que possibilitem que os indivíduos tenham acesso a uma alimentação saudável, depende de políticas de maior amplitude.

Neste sentido, o governo brasileiro tem desenvolvido ações que possibilitem a promoção da alimentação saudável por meio de diversos mecanismos como a regulação, a informação/comunicação e o desenvolvimento de capacidades, como por exemplo, possibilitar que os profissionais de saúde façam aconselhamento à população sobre dietas saudáveis nos diferentes ciclos de vida (COITINHO; MONTEIRO; POPKIN, 2002).

As ações do governo brasileiro para a promoção da alimentação saudável inserem-se no contexto nacional da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2003) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006d) e no contexto mundial da Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Esta última foi construída pela Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004) e recomenda medidas para promoção da alimentação saudável, atividade física e saúde nos níveis individual, comunitário/local, nacional e mundial, com o objetivo de reduzir os fatores de risco e as taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônicas.

A Estratégia Global consiste em um conjunto de orientações e recomendações que devem ser adaptadas às diferentes realidades dos países e integradas às políticas locais e nacionais, sendo que tem o foco em ações de caráter regulatório, fiscal e legislativo sobre o

ambiente, de modo a permitir que os indivíduos possam fazer escolhas factíveis e saudáveis quanto à alimentação e à atividade física.

Para o Brasil, a Estratégia Global corrobora as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que foi homologada em 1999, e de fato representa a posição de vanguarda do Brasil em relação à promoção da alimentação saudável. E, ao destacar a relevância das ações de alimentação e nutrição no setor saúde, alerta para a importância e efetividade que essa ação representa para a redução de gastos na saúde pública e que deve ter, por princípio, a intersetorialidade (BARRETO et al., 2005).

Assim, a PNAN tem por objetivo a garantia da qualidade dos alimentos disponíveis para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.

A promoção da alimentação saudável perpassa todas as diretrizes da PNAN sendo, portanto, uma estratégia central da Política. Conforme a promoção de práticas alimentares saudáveis envolva aspectos que se iniciam ainda no aleitamento materno, as ações devem buscar a socialização do conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como, a prevenção de problemas nutricionais que envolvem a desnutrição, as carências por micronutrientes e a obesidade.

A PNAN enfatiza, ainda, a necessidade de que as estratégias de educação e comunicação esclareçam sobre o direito humano à alimentação adequada, e que as ações tenham o enfoque no resgate de hábitos e práticas alimentares regionais e em todos os ciclos de vida. Também, aborda a necessidade de: regulação da publicidade de produtos alimentícios infantis; fomento às iniciativas que possibilitem o acompanhamento e o monitoramento de práticas de marketing sob os critérios e interesses de uma vida efetivamente saudável; e elaboração de materiais informativos e instrucionais que apoiem os profissionais de saúde da rede básica a realizarem orientação alimentar.

Institucionalmente, a responsabilidade pela implementação da PNAN, no Ministério da Saúde, é a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), que tem investido na produção e no uso de materiais educativos que vêm sendo distribuídos aos profissionais de saúde, com o objetivo de instrumentalizá-los para o desenvolvimento de atividades educativas e outras ações que possam promover uma alimentação saudável.

O Brasil dispõe, ainda, de outra política que reforça o esforço para o enfrentamento dos desafios relacionados à promoção da saúde: a Política Nacional de Promoção da Saúde

(PNPS). Aprovada em 2006, tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

A PNPS tem como base a promoção, a informação e a educação em saúde, com ênfase na promoção da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis, no controle do tabagismo e do uso abusivo de bebida alcoólica e nos cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento. Em relação à promoção da alimentação saudável, a PNPS reafirma e aponta alguns instrumentos que devem ser utilizados pelos gestores, entre eles o Guia Alimentar para a População Brasileira.

Este Guia (BRASIL, 2006c) é um documento oficial que contém diretrizes alimentares para a população, nas quais apresenta mensagens centrais para a promoção da saúde, para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e da má nutrição, em suas diversas formas de manifestação. O Guia apresenta sete diretrizes gerais e mais duas diretrizes especiais. Para cada diretriz ele fornece orientações destinadas a toda a população, aos profissionais de saúde, ao governo, ao setor produtivo de alimentos e à família.

As diretrizes fornecem a base para a promoção de sistemas alimentares saudáveis e do consumo de alimentos saudáveis, considerando que o processo de alimentação ocorre em função do consumo de alimentos, e não de nutrientes; e que, portanto, deve considerar os significados sociais e culturais envolvidos nesse processo. Além disso, chama a atenção de que a alimentação não é somente uma questão de escolha individual, mas que essa escolha pode ser restringida pela pobreza, pela exclusão social, pela falta de informação e pelos modos de produção e de abastecimento de alimentos.

Diante deste panorama, é possível afirmar que a PNAN, a PNPS e a Estratégia Global compartilham do mesmo propósito, e que o Guia Alimentar para a População Brasileira se constitui em um importante instrumento para orientar as ações de promoção da alimentação saudável e, em última instância, de modos de vida mais saudáveis.

A importância de ações que visem à promoção da alimentação saudável reflete-se, também, no planejamento dos estados e municípios com mais de 200 mil habitantes, que recebem financiamento do Ministério da Saúde por meio do repasse fundo-a-fundo, destinado para a estruturação das ações de nutrição no município. Este repasse permite o investimento dos recursos financeiros, segundo as prioridades locais, levando em consideração o perfil epidemiológico local e a pactuação estabelecida entre os entes federados.

Estados e municípios anualmente repassam à CGPAN informações sobre os seus planejamentos, destacando metas e ações para cada diretriz da PNAN. Nos anos de 2007 e de 2008 a diretriz de "promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis" foi a segunda maior em investimento, com os recursos oriundos do Ministério da Saúde. Ressalta-se entretanto que, na grande maioria desses entes federativos, o recurso é utilizado para elaboração ou reprodução de materiais educativos (BRASIL, 2008c).

Em 2007, o Ministério da Saúde realizou a pesquisa "Diagnóstico das Ações de Alimentação Saudável" (BRASIL, 2007) em 936 municípios, e teve como principais resultados: (a) a unidade básica de saúde é o espaço preferencial de realização das ações educativas; (b) os temas mais abordados foram aleitamento materno e distúrbios alimentares (sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes); (c) as estratégias educativas mais utilizadas foram: palestras (92,5%), orientações individuais (83,5%) e atividades em grupo (82,7%); (d) os materiais educativos mais utilizados foram cartazes, folhetos, álbuns seriados e vídeo; (e) 89,7% dos municípios consideraram que a disponibilidade do material educativo, por si só, fomenta as ações de educação já realizadas; (f) mais de 50% dos municípios não realizam nenhum processo avaliativo das atividades educativas realizadas.

Primeiramente, cabe destacar que esse diagnóstico revela que, embora as ações educativas possam ser desenvolvidas em outros espaços sociais, a unidade básica de saúde é o *locus* preferencial. Obviamente que, sendo a educação e a saúde espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano, a prática educativa pode ser desenvolvida em qualquer ambiente – institucional ou não, - uma vez que se refere a atividades voltadas para o desenvolvimento individual e coletivo, com vistas à melhoria da qualidade de vida e de saúde. Torna-se necessário, então, consolidar os espaços existentes na atenção básica à saúde para a prática de uma educação alimentar e nutricional de forma sistemática e organizada.

Por outro lado, quando se analisa a capacitação dos profissionais de saúde, observa-se que há uma centralidade em capacitá-los em temas de alimentação e nutrição, para que possam disseminar informações, o que é reforçado pela própria prática, baseada em palestras e/ou orientações individuais. Dessa forma, o profissional divide seu papel com agentes do discurso da alimentação e nutrição e relega o potencial educativo das práticas de saúde, reforçando, assim, a lógica da educação baseada na transmissão e centrada nos conteúdos, sem a preocupação de auxiliar os indivíduos nos seus processos de decisão e escolha (SANTOS, 2005).

A concretização das escolhas alimentares é dependente de um padrão comportamental e este não se baseia apenas no acesso à informação nutricional do alimento. Custos, disponibilidade, realidade social e preferências pessoais desempenham, também, um papel muito importante, e estes fatores precisam ser considerados pelos profissionais de saúde na promoção da alimentação saudável.

Por outro lado, a atitude dos trabalhadores de saúde é influenciada pela própria cultura institucional, que acaba por determinar uma prática mais prescritiva para solucionar os problemas, assumindo que informações sobre práticas alimentares levam automaticamente a resultados na adoção de práticas (CALDERON, 2001).

Desta forma, a ação educativa seja individual ou coletiva, ganha contornos normativos, informacionais e prescritivos, sem discutir a realidade vivida pelos usuários. Esta realidade, por sua vez, torna-se intangível, e o problema alimentar passa a ser visto como uma contingência do sistema de vida e das condições de trabalho, e que tornam a prática educativa sem efetividade, pois os indivíduos não terão como superar essa realidade (BOOG, 1999).

Qualquer iniciativa para incentivar as pessoas a comerem de forma mais saudável deve considerar a diversidade cultural brasileira, os alimentos e o ato de comer como formas de expressão cultural e de identidade social, buscando sempre uma abordagem interdisciplinar.

Caberia aos profissionais de saúde, portanto, apropriarem-se de conhecimentos relacionados à nutrição e aos métodos de abordagem dos problemas alimentares que possibilitem a transformação dos hábitos alimentares, sem ignorar os significados inerentes ao ato da alimentação (BOOG, 1999). Assim, as intervenções propostas no âmbito das políticas públicas de saúde, que busquem estimular a abordagem da promoção da alimentação da alimentação saudável, deve considerar as dificuldades que os profissionais de saúde podem ter para realizar essa ação criticamente, considerando a realidade dos usuários, e que supere a simples orientação sobre o que comer, o que comprar e como preparar.

A PNAN e a PNPS colocam a atenção básica à saúde como o nível de atenção mais favorável à implementação de atividades que podem assistir os problemas alimentares mais comuns na população, por meio da oferta de serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Considerar as barreiras que dificultam aos profissionais de saúde ofertarem um adequado aconselhamento dietético, ou realizar uma prática educativa em alimentação e nutrição, representa a possibilidade de apreender os conhecimentos, as habilidades e as

capacidades que estes profissionais precisam desenvolver, de modo a interagir - seja com a comunidade local seja com o indivíduo/usuário - considerando a complexidade do ato de se alimentar e os determinantes da alimentação humana.

## **2.4 Barreiras para a abordagem nutricional nas unidades básicas de saúde**

Etimologicamente a palavra barreira deriva de barro e se expressa como algo que impede a passagem ou o avanço. Difere-se de obstáculo, pois este se refere a algo que oferece resistência, dificuldade, mas que pode ser mais facilmente superado ou contornado (CUNHA, 2007). De modo que, quando nos referimos às barreiras para promoção da alimentação saudável, estamos falando de condições que impedem os profissionais de saúde de desenvolver atividades de incentivo à alimentação saudável nas unidades básicas de saúde.

As barreiras podem estar relacionadas aos profissionais de saúde no que diz respeito aos seus próprios hábitos de saúde e de alimentação destes profissionais e a menção à falta de conhecimento para abordagem do tema.

Com o objetivo de identificar a relação entre a percepção de seu próprio peso e a percepção de facilidade no aconselhamento da obesidade infantil, Perrin, Flower e Ammerman (2005) investigaram o estado nutricional, a percepção quanto à facilidade no aconselhamento dietético e a percepção do próprio peso de pediatras membros da Sociedade de Pediatria da Carolina do Norte, EUA. O estudo encontrou dois resultados interessantes: quase metade dos participantes (49%) com sobrepeso não se percebiam com sobrepeso; e pediatras, que se identificaram como pessoas magras ou com sobrepeso, relataram ter mais dificuldades para realizar aconselhamento, referente a peso adequado, do que aqueles que se identificaram como estando com o peso adequado.

O estudo destaca ser necessária uma pesquisa com maior profundidade qualitativa para examinar essas associações e sugere que a percepção do médico, quanto ao seu peso, pode melhor prever padrões de aconselhamento do que averiguar somente o índice de massa corporal (IMC). Isto porque pesquisas que buscaram associar o IMC dos profissionais de saúde com atitudes e comportamentos para o aconselhamento dietético são divergentes (FRANK et al., 2002; KOLAGLOTA; ADAMS, 2004; RATTAY; FULTON; GALUSKA, 2004; STORY et al., 2002).

Observando a prática de um grupo de médicos de família quanto ao aconselhamento dietético e associando-a com os hábitos alimentares pessoais dos médicos, Sciamanna et al. (2002) identificou que os médicos de família, que relataram evitar uma alimentação gordurosa e os que se sentiam mais confiantes em suas habilidades para fazer aconselhamento dietético, eram mais predispostos a fazer um bom aconselhamento dietético. Isto sugere que seja aprofundado o impacto da modificação do hábito alimentar do médico no comportamento alimentar do usuário. Outros dois estudos também descrevem e apontam a influência dos hábitos alimentares de médicos na sua prática clínica (FRANK et al, 2002; KOLAGLOTA; ADAMS, 2004), sugerindo que as políticas públicas devam considerar um enfoque no próprio comportamento alimentar dos profissionais de saúde.

Essa necessidade emerge à medida em que os profissionais de saúde são vistos como referenciais de vida para seus pacientes (SOARES et al., 2005). Os usuários, ao buscarem o serviço de saúde, buscam o cuidado do profissional de saúde e um modelo no qual possam se basear. Desta sorte, o aconselhamento pode ser mais difícil quando o profissional não se aplica aquilo que recomenda aos seus pacientes, sendo que estes confiam mais no profissional que aparenta ser mais saudável (FRANK; BREYAN; ELON, 2000).

A obesidade do profissional de saúde, portanto, serve como um bom exemplo dessa relação, pois para o usuário é uma expressão do estilo de vida adotado pelo profissional, de modo que os usuários que recebem aconselhamento de saúde por médicos que são obesos confiam menos nas recomendações e no tratamento prescrito do que os usuários que se consultam com médicos não obesos (HASH et al., 2003). Por outro lado, se nos relacionamentos entre os profissionais de saúde e o usuário, cada um coloca um pouco de si, mostra seu modo de agir e influencia o outro, a experiência do profissional de saúde em tentar modificar seus próprios hábitos também pode ajudá-lo no aconselhamento (FRANK et al., 2002; McCRINDLE, 2006).

A abordagem dessa relação pode ser realizada por meio da compreensão de como a dimensão subjetiva do profissional envolvido com a assistência à saúde impacta na sua relação com o usuário. Segundo Hoga (2004), o tipo de relacionamento estabelecido entre os profissionais e os usuários depende do autoconhecimento do profissional de saúde: é fundamental que o profissional de saúde conheça a si mesmo, tome consciência das suas limitações, fragilidades e potencialidades e reconheça que as diferentes características individuais das pessoas fazem parte da natureza humana.

Cada profissional de saúde carrega seus próprios valores e crenças, pressupostos

conscientes e inconscientes, necessidades, emoções, expectativas e habilidades profissionais próprias, limitações, potencialidades - todos se refletindo na prática do cuidado ofertado ao usuário (DOBIE, 2007) e nos conhecimentos que serão mobilizados pelo profissional para atuar em uma determinada situação.

Eraut (1994) define 4 tipos de conhecimento que podem ser usados pelos profissionais: (i) conhecimento proposital ou factual - é aquele relacionado com o aprendizado de fatos, teorias, conceitos e princípios, que podem ser adquiridos por meio da educação formal, livros e mídia eletrônica, por exemplo; (ii) conhecimento pessoal - o derivado das experiências pessoais vivenciadas pelo profissional de saúde; (iii) conhecimento processual - o que se relaciona com o conhecimento necessário para a realização de uma tarefa, como planejamento, tomada de decisão, execução de um procedimento; e (iv) o conhecimento de saber fazer - que é saber como as coisas devem ser feitas, os passos que devem ser dados para que determinada coisa seja executada.

O saber contém duas dimensões: a dimensão tácita e a dimensão explícita. O saber/conhecimento explícito é aquele que pode ser quantificado, modelado, razoavelmente comunicado e facilmente traduzido em um guia clínico, permite uma prática baseada em evidência; por outro lado, o saber/conhecimento tácito é aquele que não consegue ser facilmente expresso, pois é derivado da observação e da prática do profissional, e parte da suposição de que sabemos mais do que podemos transmitir (EPSTEIN, 1999). Ambas as dimensões afetam o modo como o profissional de saúde age e toma suas decisões, reforçando deste modo a necessidade do autoconhecimento e de como seu conhecimento pode contribuir para o diagnóstico dos problemas de saúde dos usuários.

Do mesmo modo, quando os profissionais de saúde relatam que entre as dificuldades para promover a alimentação saudável encontra-se a falta de conhecimento e/ou de habilidade para dialogar com o usuário (AMMERMAN et al., 1993; AMMERMAN et al., 2002; KUSHNER, 1995; HUANG et al., 2004), na verdade estão se referindo ao saber a informação (conhecimento factual) e ao saber fazer. Portanto, a falta de conhecimento relatada por médicos e enfermeiros está relacionada à própria formação e ao desenvolvimento de competências para uma adequada orientação sobre alimentação saudável, o que difere enormemente da formação do nutricionista. Se o profissional não possuir essa base do saber, ele irá realizar a promoção da alimentação saudável baseando-se em suas experiências pessoais e no conhecimento factual que puder aprender, por meio das fontes de informação ao seu alcance.

Ao não sentir que possui o *corpus* de conhecimento necessário para realizar essa atividade, o profissional pode encontrar uma série de desculpas para não a realizar, como a falta de tempo, ou ter a tendência de culpabilizar o usuário ou, até mesmo, realizar a orientação por se sentir compelido a isto, como obrigação profissional, mas sem acreditar na "eficiência" do aconselhamento, pois ele mesmo não consegue aplicar em seu cotidiano.

Ainda, estudos conduzidos no Brasil (BOOG, 1999; SILVA, 2002) relatam que médicos e enfermeiros apontam as condições de vida da população - considerando duas dimensões: a pobreza e o baixo nível de instrução - como dificuldade para a abordagem da alimentação saudável.

Segundo essas autoras, para os profissionais de saúde, desenvolver atividades relacionadas a uma alimentação saudável pode ser infrutífero para pessoas que vivem em uma situação econômica desfavorável, pois elas não teriam condições financeiras para comprar os alimentos que são saudáveis.

Sabe-se que a baixa condição econômica associada com a exclusão social, a não participação em atividades sociais coletivas e a exclusão dos processos cívicos e de tomada de decisão determinam a condição de saúde dos indivíduos (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; RAPHAEL, 2003). Seria razoável, então, assumir que a percepção sobre a pobreza e o modo como os profissionais de saúde agem perante os pobres tenha impacto na assistência à saúde e na relação com o usuário, atuando como uma barreira, como visto por Napoles-Springer (2005), que observou que a relação médico-paciente pode ser influenciada entre outros fatores pela discriminação baseada na classe social do usuário.

Segundo Wagle (2002), os estudos sobre a pobreza adotam três dimensões amplas que conceituam a pobreza: bem-estar econômico, capacidades e exclusão social, que estão integrados entre si. Basicamente, a pobreza pode ser vista por meio do bem-estar econômico, que se relaciona com uma renda suficiente para atender às necessidades básicas de uma pessoa; também, pode ser entendida como a privação de capacidades do indivíduo para alcançar um nível básico de bem-estar, como saúde e educação; e, ainda, pode ser analisada por meio do enfoque da exclusão social, como por exemplo a participação ou não da vida da comunidade.

Cabe ressaltar que a noção de pobreza como inadequação de capacidade e como baixo nível de renda estão vinculadas, uma vez que a renda é meio à obtenção de capacidade, sendo que o inverso não é verdadeiro. Quanto mais capacidades, maior o potencial produtivo e

maior poder de renda de uma pessoa. Assim, com uma educação básica e serviços de saúde melhores há um aumento no potencial do indivíduo de auferir renda (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

Salvo melhor razão, conhecem-se dois estudos (MONNICKENDAM et al., 2007; WILLEMS, 2005) que buscaram observar a percepção da pobreza por médicos, demonstrando que a conceituação dos médicos (clínicos gerais) quanto à pobreza abrange relativamente bem as três dimensões apontadas por Wagle (2002), ainda que com grande ênfase nas características individuais do usuário. Apontam ainda que o modo como os médicos percebem as atitudes dos pobres para com a sua saúde evidenciou uma atitude de paternalismo ou de empatia.

Outros estudos apontam que os profissionais de saúde relatam a não adesão dos usuários ao aconselhamento e a falta de interesse do usuário como barreiras para o aconselhamento dietético (AMMERMAN et al., 1993; AMMERMAN et al., 2002; HUANG et al., 2004; KUSHNER, 1995). A idéia subjacente à adesão dos usuários ao aconselhamento é a de que o usuário tem a obrigação de cumprir as recomendações dos profissionais de saúde, devendo seu comportamento coincidir com os conselhos e indicações médicas. Se isto não acontece, a responsabilidade é do usuário e não do profissional.

Esta visão está relacionada a uma perspectiva de que os usuários devem ser submissos àquilo que o profissional de saúde determina e, portanto, não são considerados como sujeitos ativos do seu processo de viver e conviver com a doença (KLEIN; GONÇALES, 2005; REINERS et.al., 2008).

Compreende-se a adesão como um comportamento relacionado com a saúde e a doença, que não se limita a desvios no plano de tratamento, mas também envolve comportamentos não desejáveis, como falta à consulta ou não ingerir os medicamentos, bem como a resistência em manter práticas saudáveis, como comer adequadamente ou praticar exercício físico (KLEIN; GONÇALES, 2005). Segundo Reiners et al. (2008) os estudos sobre adesão/não adesão tendem a abordar o problema sob a ótica do profissional de saúde, ignorando a dos usuários, além de conferir aos usuários a maior carga de responsabilidade pela adesão ou não ao tratamento, conforme pode ser observado no Quadro 1.

Relacionados à doença	Gravidade da doença; Ocorrência de outros problemas de saúde.
Relacionados aos serviços de saúde	Localização da unidade de saúde (distante do domicílio, em outra região); Burocracia;

	Insuficiência de recursos humanos e materiais; Deficiência organizacional; Deficiência nas visitas domiciliares e na busca ativa dos casos.
Relacionados ao profissional de saúde	Preparo profissional deficiente Rotatividade de profissionais no atendimento ao usuário; Não reconhecimento da responsabilidade do profissional na adesão.
Relacionados ao relacionamento profissional de saúde/usuário	Comunicação inadequada e insuficiente do profissional; Dificuldade de relacionamento do usuário com o profissional; Falta de confiança do usuário no profissional; Abordagem do usuário de forma imprópria (desatenção indelicadeza).
Relacionados a problemas sociais	Discriminação social (no trabalho, na escola); Falta de apoio da sociedade e da família.
Relacionados ao usuário	Ausência de sintomas; Melhora dos sintomas; Fatores culturais; Práticas alternativas de cuidado; Dificuldade financeira; Automedicação; Esquecimento da dose diária dos medicamentos; Esquecimento do dia da consulta; Dificuldade para se adaptar às exigências do tratamento; Descrença no serviço de saúde; Pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento; Resistência aos medicamentos; Dificuldade psicológica para lidar com a doença; Dificuldade em cumprir as normas do serviço de saúde; Dificuldade de percepção quanto à eficácia do tratamento; Prescrição mal entendida; Dificuldade para o auto-cuidado.

Quadro 1 - Relação dos fatores determinantes da não-adesão ao tratamento

Fonte: adaptado de Reiners et al. (2008)

Este contexto sugere que a não adesão do usuário à terapêutica proposta pode ser multicausal e revela a necessidade de se considerar a co-responsabilidade dos profissionais e serviços de saúde no processo de adesão do usuário ao tratamento, considerando que a não adesão pode ser uma forma de os usuários expressarem sua forma de lidar com a doença. Retira-se, assim, o enfoque sobre o processo de adesão em si, pois o aspecto central torna-se o modo como os profissionais de saúde compreendem as decisões feitas pelos usuários.

Também a literatura demonstra que as barreiras para a promoção da alimentação

saudável pode estar relacionadas à organização do serviço no que se refere à falta de tempo para realizar essa atividade e a falta de material educativo para o desenvolvimento de atividades educativas (AMMERMAN et al., 1993; KUSHNER, 1995; OSTBYE et al., 2005; RAFFERTY, 1998; YARNALL et al., 2003;). O conceito de tempo é importante para várias ciências: física, geometria, teologia, cosmologia, antropologia e filosofia entre outras. No entanto defini-lo é uma tarefa difícil, não existindo uma definição que se possa considerar definitiva e inequívoca (ESPINOSA-FERNANDEZ; BUELA-CASAL, 2002).

O tempo, assim como o espaço, é uma das dimensões que determinam o mundo em que vivemos, sendo uma característica básica da existência humana como também uma das experiências mais universais da vida. De modo geral, o tempo pode ser visto sob duas perspectivas: uma subjetiva e outra objetiva. Esta defende que o tempo é algo dado objetivamente independentemente de como o homem o perceba; e aquela, considera o tempo como a percepção subjetiva do mesmo.

O tempo visto de uma posição objetiva está presente nos pensamentos produzidos por Aristóteles e Isaac Newton (ESPINOSA-FERNANDEZ; BUELA-CASAL, 2002) que postulam a existência de um tempo absoluto, matemático, sem qualquer relação com acontecimentos externos a ele. A posição subjetiva, com relação ao tempo, é adotada por Einstein e Kant: para o primeiro, o tempo se relativiza por inteiro ao tornar-se função de todas as observações medidas, que variam de acordo com o observador; para o segundo, o tempo não existe por si mesmo, não é propriedade dos objetos, mas é parte indispensável da condição humana para a organização destes objetos (CARNEIRO, 2004).

O senso comum de nossa sociedade atual determina que o tempo seja especificado matematicamente, dividido em segundos, minutos, horas, dias, semanas, meses, anos e séculos. Essa redução fundamenta-se no esforço de atribuir um sentido objetivo e racional (SANTOS; RODRIGUES, 2007). É por meio desta concepção que se desenvolveram alguns estudos relacionados ao tempo destinado para atividades de promoção e prevenção à saúde.

Yarnall et al. (2003) determinou a quantidade de tempo necessária para os profissionais da atenção básica fornecerem um rol de serviços de prevenção recomendados. Em seu método, ele considerou quatro elementos: (i) lista de ações a serem desenvolvidas; (ii) frequência de *performance* de cada ação; (iii) número de pessoas que requerem cada ação; e (iv) tempo necessário para fornecer cada ação. O produto destes quatro fatores foi comparado com o tempo clínico anual disponível aos médicos. Os autores concluem que são necessárias 7,4 horas por dia para oferecer serviços de prevenção à saúde para uma população de 2.500

usuários. Assim, afirmam que não é factível ao médico oferecer todos os serviços recomendados pelo governo.

Outro estudo (OSTBYE et al.,2005), com enfoque nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), ao estimar o mínimo de tempo requerido pelos profissionais de saúde para oferecer um gerenciamento de alta qualidade das doenças crônicas, conclui que o tempo disponível não é suficiente, pois para as dez principais doenças seriam necessárias 10,6 horas por dia para o desenvolvimento de cuidados para usuários com DCNT. Por outro lado, Rafferty (1998) estimou a proporção de tempo que os médicos devotam para um conjunto de atividades de prevenção e conclui que os profissionais de saúde dedicam pouco tempo à prevenção.

Todos os três estudos foram realizados nos Estados Unidos e recomendam alternativas, como: visitas grupais interdisciplinares, uso de educadores em saúde, atividades de educação em grupos ou suporte ao usuário por telefone e/ou mídia eletrônica ou impressa. A realidade brasileira é ligeiramente diferente, pois os grupos de promoção e educação em saúde são uma modalidade assistencial cada vez mais utilizada pelos serviços de atenção básica de saúde (MAFFACCIOLLI, 2007).

Não se conhecem trabalhos realizados no Brasil que busquem averiguar, dentro de uma concepção objetiva do tempo, como esta dimensão se relaciona com o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção da saúde, bem como se a falta de tempo no atendimento individual se traduz na orientação de que o usuário procure atividades em grupo realizadas pela própria Unidade de Saúde.

Para o desenvolvimento de atividades educativas são necessários instrumentos que sirvam de meio para a abordagem do problema de saúde. Esses instrumentos são chamados em geral de materiais educativos e podem ser de diversas naturezas: vídeos, *folders*, cartazes, cartilhas, livros, entre outros. A ausência de materiais educativos nas Unidades de Saúde pode ser considerada uma barreira organizacional para promover a alimentação saudável nas Unidades de Saúde.

Contudo, é importante garantir que, além da disponibilidade, esses materiais sejam adequados. Monteiro e Vargas (2006) alertam que muitos materiais educativos em saúde são produzidos sob a perspectiva da transferência da informação, em que os usuários são vistos como depósitos de conhecimentos, além de trazerem embutido um modelo biomédico de representação das doenças, com enfoque em comportamentos desejados.

A adequação de um material educativo deve considerar o público para quem se

destina, a complexidade da decodificação da linguagem científica para a popular e o meio social e cultural dos sujeitos envolvidos no processo educativo em saúde (HOGA; ABE, 2000). A mudança necessária é compreender que o material educativo necessita de uma proposta teórico-metodológica, que coloque o usuário de saúde como sujeito ativo do processo ensino-aprendizagem, e que ele, o material, por si só, não promove mudanças no comportamento relacionado à saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar as barreiras percebidas por profissionais de saúde que limitam a oferta de ações para a promoção da alimentação saudável na atenção primária do Distrito Federal.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Sintetizar um amplo conjunto de barreiras em fatores específicos capazes de explicar o padrão de relação entre as mesmas.
- b) Descrever a natureza dos fatores que atuam como barreiras à promoção da alimentação saudável para os profissionais de saúde.
- c) Descrever as características profissionais e demográficas dos profissionais de saúde.
- d) Estabelecer as associações existentes entre as características profissionais dos profissionais de saúde e as barreiras para promover alimentação saudável.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

O presente estudo caracteriza-se por ser analítico, transversal e quantitativo, consistindo da seleção de dados secundários da pesquisa “Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde na Promoção da Alimentação Saudável”, que permitam identificar as barreiras que limitam a oferta de ações de promoção da alimentação saudável.

### **4.1 Sobre a pesquisa “conhecimento, atitudes e práticas de profissionais de saúde na promoção da alimentação saudável”**

A seleção da amostra da pesquisa “Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde na Promoção da Alimentação Saudável” foi realizada com base nos registros do Setor de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e que apontava, em novembro de 2008, o registro de 1.057 profissionais de saúde, sujeitos desta pesquisa.

Para calcular a amostra original, foi utilizada equação para população finita e amostragem sem reposição. A amostra foi do tipo aleatória simples com precisão esperada das estimativas estabelecidas na ordem de 3% e nível de significância de 95%, estimando-se uma amostra de 650 profissionais.

O total de respondentes considerados para a análise foi de 624 respondentes, e 26 respondentes foram desconsiderados devido à recusa para responder ao questionário, férias, licença saúde dos profissionais, bem como por mau preenchimento do questionário. Entre os 624 respondentes havia 237 médicos, 243 enfermeiros, 84 odontólogos e 60 nutricionistas. O consentimento de livre esclarecimento foi obtido de todos os participantes.

A coleta de dados ocorreu entre novembro e dezembro de 2008 e empregou um questionário de auto-resposta de 39 itens, sendo 30 questões fechadas de múltipla escolha ou com escalas e 09 perguntas abertas. Esse questionário foi elaborado a partir do instrumento utilizado por Silva (2000) em sua pesquisa sobre o mesmo tema realizada anteriormente. Entre os temas abordados nas respectivas questões incluíram-se: dados sociais e de identificação; formação profissional; capacitação sobre promoção da alimentação saudável;

conceito de alimentação saudável; fontes de informações; atitudes relacionadas à adoção do elenco de recomendações de promoção da alimentação saudável propostas por organizações internacionais e nacionais; atitudes de promoção da alimentação saudável na vida pessoal do profissional de saúde; barreiras enfrentadas para a promoção da alimentação saudável, e dimensões corporais de homens, mulheres, meninos e meninas.

A operacionalização da coleta de dados foi realizada por meio da distribuição do questionário aos profissionais sujeitos da pesquisa por aplicadores previamente capacitados. No dia da entrega do questionário ao profissional de saúde, o aplicador ficava disponível na unidade de saúde para esclarecimento de eventuais dúvidas. O tempo médio de resposta pelos profissionais de saúde foi de 40 minutos.

O banco de dados foi estruturado utilizando-se o *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 15.0 para Windows, havendo dupla digitação dos dados. Os erros de digitação foram averiguados mediante extração de tabelas de frequência simples de cada variável de cada banco de dados, comparando-as entre si, para então se proceder a eventuais correções que foram necessárias.

#### 4.1.1 Considerações Éticas

Conduzida pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a pesquisa “Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde na Promoção da Alimentação Saudável” foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, protocolo 241/08 (ANEXO A).

O trabalho de campo dessa pesquisa foi realizada em 2008, tendo como sujeitos da pesquisa enfermeiros, médicos, odontólogos e nutricionistas, lotados em 112 unidades de saúde da Atenção Básica do Distrito Federal (ANEXO B) e em 14 unidades hospitalares. Estas últimas foram incluídas no intuito de incluir a participação de nutricionistas conforme recomendação da Gerência de Nutrição da Secretaria de Saúde do DF.

O termo de consentimento livre e esclarecido e o questionário completo apresentados a cada participante encontram-se no Anexo C e D, respectivamente.

## 4.2 Base de dados

Os dados utilizados neste estudo foram extraídos do banco de dados da pesquisa supramencionada, também com a utilização do software SPSS, versão 15.

Foram selecionados os dados referentes às características demográficas (sexo, idade e unidade federativa de nascimento) e profissionais (ano de conclusão da graduação e tempo dedicado na unidade de saúde), bem como às barreiras enfrentadas no cotidiano de atuação na unidade básica de saúde para promover a alimentação saudável (página 14 do questionário).

As barreiras estavam apresentadas por meio de 15 afirmações com cinco categorias de respostas ancoradas em uma escala com itens de Likert com 5 níveis de resposta: “1 – Discordo plenamente”, “2 – Discordo”, “3 – Nem discordo, nem concordo”, “4 - Concordo” e “5 – Concordo plenamente”, para expressar a atitude em relação às diferentes barreiras enfrentadas no cotidiano dos respondentes.

As afirmações eram:

1. Falta de integração interprofissionais
2. Precárias condições de vida dos pacientes
3. Falta de recursos humanos
4. Falta de conhecimentos
5. Ausência de treinamentos e reciclagem profissional
6. Falta de material didático
7. Resistência mudanças pelo paciente
8. Grande número de pacientes
9. Baixa instrução dos pacientes
10. Hábitos culturais dos pacientes
11. Falta de interesse dos pacientes
12. Influência de estímulo de consumo de alimentos inadequados pela mídia
13. Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações
14. Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar
15. Desorganização do serviço

### **4.3 Análise dos dados**

O processo de análise baseou-se na análise fatorial utilizando-se o *software* SPSS, versão 15. A análise fatorial é particularmente útil quando aplicada a escalas que consistem de uma grande quantidade de itens usados para medir estilos de comportamento ou atitudes.

A análise fatorial refere-se à aplicação de várias técnicas estatísticas relacionadas para tornar os dados observados mais facilmente e diretamente interpretados. Isto é feito analisando-se os inter-relacionamentos entre as variáveis de tal modo que estas possam ser descritas convenientemente por um grupo de categorias básicas, em número menor que as variáveis originais, chamado fatores (HAYTON; ALLEN; SCARPELLO, 2004).

O tamanho da amostra é fundamental para se proceder à análise fatorial, pois em uma amostra pequena, o conjunto de itens para representar os fatores não é suficiente (SAPNAS; ZELLER, 2002). As recomendações para o tamanho da amostra dividem-se em duas categorias: uma tem por referência o número absoluto de indivíduos participantes (casos); e outra categoria refere que o importante é a relação entre o número de participantes e o número de variáveis (GARSON, 2008; MacCALLUM et al, 1999).

Neste estudo, o tamanho da amostra foi considerado suficiente para permitir uma análise fatorial, por quanto o número de participantes foi maior do que 100 (HATCHER, 1994), portanto em conformidade ao recomendado. Ao se adotar este critério foram excluídos os grupos profissionais dos nutricionistas e dos odontólogos que correspondiam a 60 e 84 respondentes, respectivamente.

A adequabilidade de conduzir uma solução de análise fatorial para os dados foi avaliada usando o teste de adequação da amostragem e de esfericidade. A adequabilidade da amostra foi estabelecida pelo cálculo do índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que segundo classificação apresentada por Pett, Lackey e Sullivan (2003), coeficientes maiores a 0,9 são maravilhosos, proximais a 0,8 são meritosos, proximais a 0,7 são medianos e menores que 0,6 são inaceitáveis.

O teste de esfericidade de Bartlett foi utilizado para testar a hipótese de a matriz de correlações ser a matriz identidade. A hipótese nula, neste teste, é que a matriz de correlação é uma matriz de identidade, ou seja, todas as variáveis têm uma correlação de zero. A hipótese nula tem que ser rejeitada para se proceder à análise fatorial e, portanto, deve ter associado um valor alto e um nível de significância de 0,005.

A estrutura fatorial foi determinada por uma análise fatorial com extração de componentes principais com rotação ortogonal Varimax e normalização de Kaiser.

Primeiramente foi realizada uma análise com o número de fatores sendo igual ao número de variáveis a fim de verificar qual percentagem da variabilidade dos dados é explicada por cada fator. Então, o número de fatores foi determinado considerando o autovalor maior do que 1 como critério.

Um gráfico de declive (*scree plot*) foi examinado para confirmar a solução fatorial final. Na definição de cada fator, as afirmações foram incluídas na interpretação, observando-se as correlações, a carga fatorial, gráficos e anti-imagem, e se conceitualmente estava relacionada aos demais fatores. Após essas análises a afirmação relacionada à influência da mídia (S12) foi excluída, tanto para médicos como para enfermeiros. A memória de cálculo da análise fatorial, para ambos os grupos, é apresentada no Anexo E.

A análise foi então repetida e os fatores foram nomeados considerando não somente os elementos comuns entre os itens, mas também de modo que pudessem representar todos os itens incluídos naquele fator, sugerindo a dimensão que aquele fator representa (PETT; LACKEY; SULLIVAN, 2003). A confiabilidade foi testada usando-se o índice alfa de Cronbach.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Categoria profissional dos médicos

O total de médicos respondentes foi de 237. A maioria era mulheres (61%) e migrantes (88%) e, entre estas, observou-se uma distribuição da região de nascimento a saber: Sudoeste (40%), Nordeste (32%), Centro-Oeste (16%), Sul (8%) e Norte (4%). A idade média dos médicos foi de  $45 \pm 9.7$  anos, e a média de anos em atividade profissional foi de  $18.7 \pm 9$ . Em média, os médicos gastam  $33 \pm 11$  horas por semana trabalhando nos Centros de Saúde do Distrito Federal.

O teste KMO, para medir a adequação da amostra, foi de 0,79 indicando que a decisão de proceder à análise fatorial foi meritosa e o teste de Bartlett indicou uma esfericidade de 859,95 e nível de significância zero. O índice alfa de Cronbach foi de 0,81, indicando uma boa confiabilidade.

A análise fatorial resultou em uma solução de 4 fatores, conforme pode ser confirmado pelo gráfico apresentado abaixo (Figura 2).

Esta solução de 4 fatores correspondeu a uma variância de 59% (Tabela 4). O Fator 1 explica 19% da variância e foi nomeado como barreiras sócio-culturais dos usuários e inclui 5 itens: hábitos culturais, condições de vida precária, baixa escolaridade, falta de motivação e resistência do usuário.

O Fator 2, denominado de barreiras relacionadas ao processo gerencial, explica 14% da variância e contém dois itens: falta de interesse dos profissionais de saúde e desorganização do serviço de saúde. O Fator 3 explica 13% da variância e foi associado com barreiras majoritariamente relacionadas à estrutura das unidades de saúde: falta de espaço físico, falta de recursos humanos, falta de integração entre os profissionais e grande número de usuários. Por fim, o fator 4 nomeado de barreiras educacionais e de comunicação, inclui 3 itens: falta de conhecimento sobre nutrição, falta de capacitação/treinamento e falta de materiais educativos. Este fator explica 13% da variância.

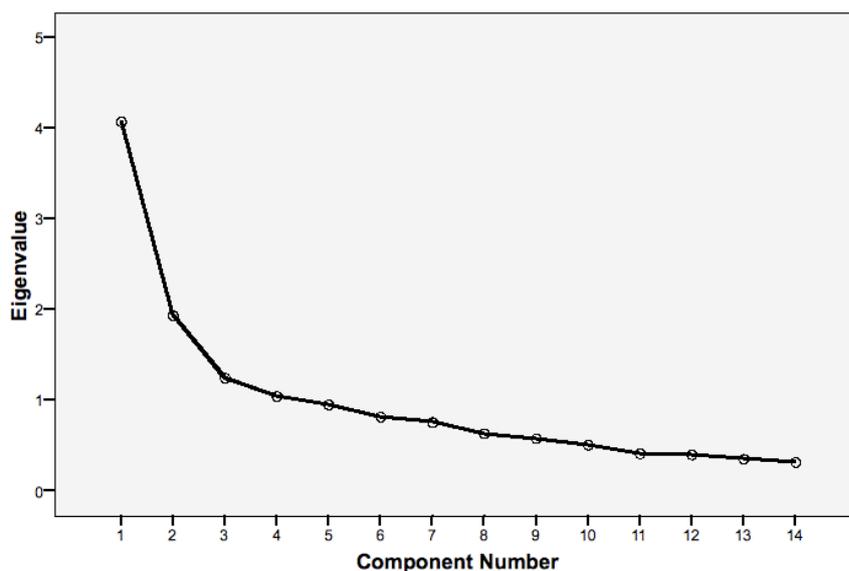


Figura 2 - *Scree Plot* mostrando o autovalor de cada componente na extração dos fatores, para a categoria médicos.

Tabela 4 - Carga fatorial das quatro barreiras identificadas após rotação Varimax, categoria médicos.

	Carga fatorial			
	1	2	3	4
	Barreiras sócio culturais dos usuários	Barreiras relacionadas ao processo gerencial	Barreiras de estrutura do serviço de saúde	Barreiras educacionais e de comunicação
Hábitos culturais dos pacientes	0,785			
Resistência a mudança pelo paciente	0,763			
Falta de interesse dos pacientes	0,732			
Baixa instrução dos pacientes	0,711			
Precárias condições de vida dos pacientes	0,595			
Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar		0,848		
Desorganização do serviço		0,751		
Grande número de pacientes			0,725	
Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações			0,608	
Falta de recursos humanos			0,581	
Falta de integração interprofissionais			0,419	
Ausência de treinamentos e reciclagem profissional				0,819
Falta de conhecimentos				0,707
Falta de material didático				0,587

Nota: Método de extração: análise de componente principal.

## 5.2 Categoria profissional dos enfermeiros

O total de respondentes foi de 343 enfermeiros, entre os quais 90% eram mulheres. A idade média desse grupo foi de  $44 \pm 9,6$  anos e 83% eram migrantes. Entre os migrantes, a distribuição por região de nascimento, apresentou-se do seguinte modo: Nordeste (37%), Sudeste (26%), Centro-Oeste (26%), Sul (6%) e Norte (5%). O tempo decorrido desde a graduação foi de  $17 \pm 10,1$  anos e, em média, os enfermeiros trabalham  $37 \pm 8$  horas por semana nas unidades básicas de saúde.

O teste KMO, para medir a adequação da amostra, foi de 0,83 indicando que a decisão de proceder à análise fatorial foi meritosa e o teste de Bartlett indicou uma esfericidade de 1078,44 e nível de significância zero. O índice alfa de Cronbach foi de 0,86, indicando uma boa confiabilidade.

A análise fatorial resultou em uma solução de 3 fatores, conforme pode ser confirmado pelo gráfico abaixo (Figura 3), que correspondeu a uma variância de 57% (Tabela 5)

O Fator 1, denominado barreiras sócio-culturais dos usuários, explica 25% da variância e inclui 6 itens: hábitos culturais, condições de vida precária, baixa escolaridade, falta de motivação, resistência do usuário e grande número de usuários.

O Fator 2, que explica 16% da variância, foi associado com barreiras majoritariamente relacionadas ao gerenciamento das unidades de saúde, sendo composto pelos seguintes itens: desorganização do serviço, falta de espaço físico, falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar e falta de integração entre os profissionais.

Por fim, o fator 3 denominado como barreiras educacionais e de comunicação inclui 4 itens: falta de conhecimento sobre nutrição, a falta de capacitação, de materiais educativos e de recursos humanos. Este fator explica 16% da variância.

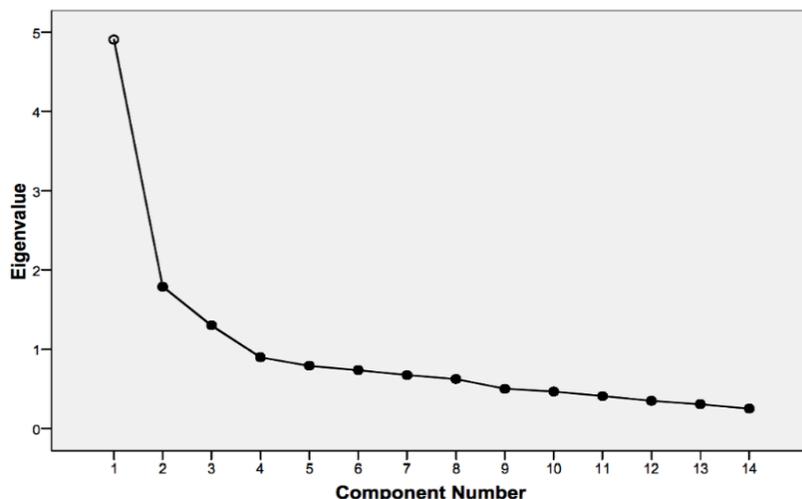


Figura 03 – *Scree Plot* mostrando o autovalor de cada componente na extração dos fatores para a categoria enfermeiros.

Tabela 5 - Carga fatorial das três barreiras identificadas após rotação Varimax, categoria enfermeiros.

	Carga fatorial		
	1	2	3
	Barreiras sócio culturais dos usuários	Barreiras relacionadas ao gerenciamento das UBS	Barreiras educacionais e de comunicação
Baixa instrução dos pacientes	0,820		
Hábitos culturais dos pacientes	0,808		
Falta de interesse dos pacientes	0,774		
Resistência a mudança pelo paciente	0,689		
Precárias condições de vida dos pacientes	0,655		
Grande número de pacientes	0,602		
Desorganização do serviço		0,808	
Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar		0,806	
Falta de integração interprofissionais		0,630	
Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações		0,581	
Ausência de treinamentos e reciclagem profissional			0,739
Falta de material didático			0,708
Falta de recursos humanos			0,685
Falta de conhecimentos			0,626

Nota: Método de extração: análise de componente principal.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados revelam que, para ambos os grupos, as condições sócio-culturais dos usuários são barreiras para a promoção da alimentação saudável nas unidades de saúde. Por um lado, poder-se-ia refletir que se trata de uma tendência dos profissionais de saúde em culpar a vítima (o usuário de saúde), ainda que de modo inconsciente, como foi observado por Cunha, Amaral e Silva (2001) em estudo sobre barreiras relacionadas ao manejo de infecções respiratórias agudas em crianças.

De outro modo, é necessário considerar que a inabilidade do profissional de saúde em lidar com as diversidades existentes podem prejudicar a relação com o usuário, podendo, como consequência, contribuir para uma resistência à mudança de comportamento e baixa motivação do usuário (BETANCOURT; CARRILO; GREEN, 1999; BETANCOURT et al., 2003; BJARNASON et al., 2009). Neste sentido, os resultados apontam que os médicos e os enfermeiros percebem que existe uma vinculação entre os hábitos culturais dos usuários com o status sócio-econômico e outras condições sociais desfavoráveis, e que se relaciona com a satisfação e comprometimento destes, ainda que esse mesmo processo também possa ser inconsciente.

Se observarmos que não foi encontrada correlação entre as barreiras sócio-culturais e a idade ou tempo de graduação dos enfermeiros e dos médicos, temos que a formação destes profissionais pode não estar orientada para uma apreensão e desenvolvimento de capacidades que possibilitem o enfrentamento de uma sociedade multicultural e socialmente desigual.

De fato, a cultura é um fenômeno múltiplo, mutável e inseparável das condições econômicas, políticas, religiosas e biológicas (GREGG; SAHA, 2006) e neste sentido, torna-se fundamental resgatá-la para o centro da relação estabelecida entre o profissional de saúde, os usuários e os serviços de saúde (OLIVEIRA, 2002), pois pode propiciar uma abordagem mais humanizada e holística e uma ação mais eficaz no processo do cuidado à saúde (BJARNASON et al., 2009). Uma possibilidade para se explorar a cultura no processo de cuidado à saúde é a competência cultural.

Embora não exista um consenso conceitual sobre competência cultural e nem sobre a melhor maneira de implementá-la (VEGA, 2005), ela pode ser referida ao conhecimento, habilidades e atitudes necessárias para o cuidado de indivíduos de diferentes contextos culturais (BRIDGE; MASSIE; MILLS, 2008; TRIPP-REIMER et al., 2001; WHITLEY,

2007). A competência cultural possibilita aos profissionais depreenderem o contexto de vida do usuário e incorporarem em seus procedimentos diagnósticos e de tratamento aspectos como pobreza, falta de educação e aspectos ambientais e culturais (BETANCOURT, 2006).

Os estudos sobre a competência cultural têm emergido com relativa importância na América do Norte e na Europa e possuem uma perspectiva etnocêntrica ou discriminatória e foca-se, muitas vezes, sobre a multiculturalidade das sociedades ocidentais relacionada com a migração de pessoas de outros países ocorrida nos últimos anos (CHARLES et al., 2006; CHIN, 2000; FERNANDES; MIGUEL, 2007; KUMAS-TAN et al., 2007).

Essa realidade difere-se ligeiramente da do Brasil, posto que este é um país cuja marca cultural é sua rica diversidade, resultada de processos históricos e sociais de sua formação (RIBEIRO, 1995), caracterizada por forte migração. Apesar disso, esta dimensão multicultural é uma barreira para os profissionais de saúde participantes desta pesquisa. Por esta razão, o modo como a competência cultural é ensinada (ou não) nas faculdades de medicina e de enfermagem deve ser caracterizado em estudos posteriores.

Ainda que para ambos os grupos a denominação do primeiro fator seja o mesmo, barreiras sócio-culturais dos usuários, há uma diferença que necessita ser explicitada. Para os enfermeiros, a variável “grande número de pacientes” compõe esse fator, enquanto, que no grupo dos médicos essa mesma variável compõe o terceiro fator (barreiras de infra-estrutura).

São, assim, duas percepções para um mesmo problema. Pode-se dizer que, em função da realidade socioeconômica da maioria dos usuários do sistema público de saúde brasileiro (RIBEIRO et al., 2006), é esperado um maior número de usuários pobres e mais doentes (KUH et al., 2002; LANTZ et al., 1998), e que, portanto demandam mais serviços de saúde. Para os médicos, então, a infra-estrutura do serviço de saúde já deveria prever essa alta procura pelo serviço, ou seja, deveria ser planejada de modo a atender o grande número de usuários que buscam as unidades de saúde. Nessa visão, para os médicos, trata-se de uma relação de oferta e demanda; para os enfermeiros parece se tratar de um aspecto mais relacionado com os atributos que condicionam a existência do usuário de saúde. Estariam os enfermeiros não se referindo a um sujeito singular, ainda que genérico - o usuário pobre, com baixo nível de instrução, com uma cultura própria, desinteressado e resistente – mas sim se referindo a um sujeito coletivo, os usuários, como uma grande massa que requer cuidados nutricionais específicos e para a qual não estão preparados?

Entre as demais barreiras identificadas nos dois grupos profissionais, comuns aos médicos e aos enfermeiros, temos as barreiras educacionais e de comunicação. A falta de

capacitação e a baixa proficiência para o aconselhamento nutricional existentes entre os profissionais com menor tempo de formação em temas relacionados à nutrição, como médicos e enfermeiros, têm sido demonstradas por diversos estudos (COOMBS, 2003; HELMAN, 1997; MIHALYNUK; SCOTT; VETTER et al., 2008; MURRAY et al., 1993): muitos dos quais se dedicaram a explorar a educação insuficiente, em relação à nutrição como uma barreira ao cuidado nutricional adequado, demonstrando que poucos profissionais relatam terem tido uma adequada qualificação para discutir temas relativos à nutrição com os usuários e que eles possuem dificuldades em colocar em prática os conhecimentos teóricos aprendidos.

A diferença nos demais conjuntos de barreiras diz respeito ao que circunda a atividade e o processo de trabalho nas unidades de saúde da atenção básica à saúde. No caso dos médicos, a barreira relaciona-se ao processo gerencial, e esse fator foi composto por duas variáveis: falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar e desorganização do serviço.

Cabe destacar que o processo gerencial é um instrumento para a efetivação de políticas, que determina o processo de organização dos serviços de saúde, e tem como objetos de trabalho a própria organização do trabalho e os recursos humanos (PASSOS; CIOSAK, 2006; ROSSO, 2008): fazer as coisas, por meio das pessoas, de maneira eficaz e eficiente, de modo que a capacidade daquele que exerce a função administrativa influencia o modo com as pessoas trabalham conjuntamente, para atingir objetivos comuns.

Portanto, é bastante revelador que, a percepção de que não há outros profissionais interessados (ou talvez não exista a delegação da atividade?) e a desorganização do serviço como impedimentos, na prática pode estar se referindo a uma baixa capacidade do processo gerencial em coordenar atividades relativas à promoção da alimentação saudável.

Faz-se necessário, portanto, outros estudos para aprofundar este resultado, tendo em vista que embora as duas variáveis que compõem essa barreira possuam forte correlação entre si, Costello e Osborne (2005) mencionam que um fator com menos de 3 itens é fraco e instável.

Ainda para os médicos, a terceira barreira trata da estrutura necessária para o trabalho finalístico, que é a prestação de serviço ao usuário de saúde. Ou seja, diz respeito às condições básicas para a oferta de atividades para a promoção da alimentação saudável. Assim, na percepção desse grupo profissional, faltam recursos humanos e espaço físico adequado para o atendimento do grande número de usuários que afluem para a unidade de saúde.

Já para os enfermeiros o segundo fator de barreira diz respeito ao serviço de saúde, considerando tanto o processo gerencial como a estrutura. Não há uma separação dessas dimensões como foi observado no grupo dos médicos.

De todo modo, no que diz respeito a essas dimensões, sugere-se a realização de outros estudos que aprofundem componentes como tempo de espera, agendamento, a duração da consulta entre outros (McENTEE; CUOMO; DENNISON, 2009; SCHEPPERS et al., 2006), e que não foram objeto desta pesquisa, mas que podem melhor explicar estas barreiras.

Destaca-se, por fim, que a variável “recursos humanos” no que diz respeito às barreiras para promoção da alimentação saudável são percebidas diferentemente por esses profissionais de saúde. Os médicos percebem-na como uma questão quantitativa, relacionada à estrutura do serviço: faltam profissionais de saúde para o desenvolvimento dessa atividade. Os enfermeiros, ao associarem com a dimensão do conhecimento, podem estar se referindo à falta de recursos humanos específico para trabalhar com o tema promoção da alimentação saudável. Para melhor compreensão desse quadro recomenda-se igualmente outros estudos que busquem melhor compreender como essas barreiras são estabelecidas pelos profissionais de saúde.

Este estudo identificou áreas que necessitam ser exploradas em estudos qualitativos posteriores. Considerando o fato que os aspectos relacionados às condições dos usuários foram considerados como barreiras, as percepções dos médicos e dos enfermeiros sobre estas barreiras podem elucidar como as mesmas são estabelecidas, bem como se vislumbra a necessidade de investigações que comparem as barreiras sócio-culturais dos usuários, percebidas pelos profissionais de saúde, com o sistema sócio-cultural destes últimos.

Pelas limitações deste estudo, os resultados ora apresentados não podem ser generalizados para outros profissionais no Brasil, uma vez que seu foco foram os que atuam na atenção básica à saúde, no Distrito Federal. É possível que as barreiras percebidas por este grupo de enfermeiros e de médicos sejam diferentes para outros grupos em outras regiões do País. Acredita-se, contudo, que as barreiras identificadas não são exclusivas desses grupos profissionais, cabendo a sugestão de que outros estudos são necessários para confirmar os resultados aqui encontrados.

Os resultados podem orientar as políticas públicas de promoção da alimentação saudável demonstrando que, embora os investimentos em materiais educativos, na capacitação e na estrutura dos serviços de saúde sejam importantes, eles não são decisivos

para que atividades promotoras de hábitos saudáveis ocorram na atenção básica à saúde. A compreensão da realidade brasileira, com sua multiculturalidade em um contexto de grandes desigualdades sócio-econômicas, remete-nos à necessidade de humanizar a prática de saúde e de encontrar na abordagem interdisciplinar uma possibilidade concreta de promoção da alimentação saudável.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As barreiras que limitam a oferta de ações de promoção da alimentação saudável pelos médicos e enfermeiros são múltiplas e complexas. O foco essencialmente biológico sobre o ser humano necessita ser superado, e o cuidado à saúde deve abranger a multiculturalidade e a desigualdade sócio-econômica brasileira, por meio de uma prática de saúde humanizada e interdisciplinar. Esforços são necessários tanto na educação continuada como no melhoramento contínuo dos currículos pelas faculdades de enfermagem e de medicina, com a introdução de conhecimentos das ciências humanas, sociais e comportamentais.

Ao mesmo tempo em que o conjunto de barreiras para o desenvolvimento de atividades de promoção da alimentação saudável nas unidades de saúde é diferente para médicos e enfermeiros, chama a atenção que o sujeito, usuário, em última instância, traduza a dificuldade de promover a sua saúde.

Ao considerarem a cultura e as condições sociais dos usuários, esses profissionais de saúde as percebem como algo que o usuário possui, diminuindo sua responsabilidade de acessar essas dimensões na prática: o problema passa a ser “o” e “do” usuário. Isto é claramente manifestado quando temos no conjunto da Barreira Sócio-Cultural do Usuário os itens resistência e baixa motivação do usuário.

Ao assumirem que as condições sócio-culturais dos usuários são um impedimento para o desempenho de sua função como promotor da saúde, por meio da alimentação, médicos e enfermeiros reconhecem discursivamente que a cultura está intimamente interligada às dimensões sociais e econômicas da vida, mas igualmente declaram que não sabem como contorná-las ou incorporá-las à sua prática. Ressalva-se que não se trata de culpabilizar os profissionais de saúde, mas sim de constatar que eles, focos deste estudo, carecem de habilidades e competências necessárias para integrar, por exemplo, a pobreza e a cultura no cuidado médico e de enfermagem.

Poder-se-ia, ainda, argüir que essa barreira também está relacionada à falta de conhecimento do profissional sobre os elementos que determinam a saúde e a alimentação da população por ele assistida, como por exemplo, as questões relacionadas ao acesso e à disponibilidade de alimentos. No entanto, esse desconhecimento reforça mais uma vez o

argumento ora empregado: o profissional de saúde vê o mundo somente com suas lentes e pauta sua prática sem considerar as demais.

Em que pese o novo direcionamento apontado para a formação dos profissionais quando da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e em Enfermagem em 2001, médicos e enfermeiros, ainda se encontram presos a um modelo de formação focado essencialmente nos aspectos biológicos do ser humano.

Embora há muito tempo se reconheça que a medicina ocidental moderna sofre de uma crise de prática e de saber (QUEIROZ, 1986) e já se apontem os caminhos para uma formação crítico-reflexiva dos profissionais de saúde (SORDI; BAGNATO, 1998), a superação do paradigma cartesiano-newtoniano e da saúde centrada nos processos biológicos permanece um desafio.

Falar de promoção da alimentação saudável resgata em certa medida a perspectiva da saúde considerando o sistema ecológico, social e cultural em que se inserem os indivíduos. Como os profissionais de saúde não conseguem incorporar as dimensões sócio-culturais dos usuários nas suas atividades cotidianas, pouco mencionam o tema no cuidado a saúde, percebem no usuário uma barreira que torna vão o esforço de abordar o mesmo, e, em certa medida, silenciam sobre o tema.

O conhecimento científico atual aponta dois caminhos complementares: um consiste em resgatar a cultura na relação entre os profissionais de saúde e os usuários; e, o outro, na necessária humanização da assistência à saúde, sem desconsiderar a contribuição dos fatores sociais mais estruturais na manutenção das inequidades em saúde.

Se considerarmos que o processo de cuidado da saúde envolve dois seres humanos que trazem, cada qual, os seus valores culturais para dentro da relação estabelecida entre ambos, profissional-usuário, é importante que o profissional de saúde saiba reconhecer não somente a cultura do outro, mas também a sua própria e como ela pode interferir na sua prática diária (YAN; WONG, 2005).

Assim, entremeia-se a necessidade de se considerar a dimensão subjetiva do profissional de saúde e como esta impacta a sua relação com os usuários e outros profissionais de saúde. Hoga (2004) estabelece claramente que essa dimensão está relacionada com o processo de humanização da atenção à saúde, em que considera que o vínculo profissional-usuário é melhor estabelecido quando aquele reconhece as condições de vida e o sistema

cultural do usuário, mas que esse reconhecimento depende igualmente da qualidade das relações humanas estabelecidas.

Na prática, trata-se de possibilitar um espaço que promova o diálogo e que permita aos profissionais de saúde perceber o mundo do usuário em seus próprios mundos: é ver a cultura e a vida do usuário não como algo que precise ser depurado, classificado e sistematizado para auxiliar no processo prescritivo, mas, sim, estar consciente de como a bagagem cultural do usuário e a sua própria refletem-se e interferem na promoção da saúde e na prevenção e tratamento das doenças.

As barreiras sócio-culturais, portanto, relacionam-se ao modo como o profissional de saúde percebe o usuário que é, em parte, produto de sua percepção sobre o mundo e suas questões sociais mais amplas, e de como ele se insere no mundo. E neste sentido pode-se dizer que a superação dessas barreiras depende do profissional estar consciente de quem ele é, como pensa e atua no mundo em que vive, ou seja, que reconheça aquilo que o diferencia dos outros e que fornece ao mesmo tempo uma chave para a possibilidade de verdadeiramente conhecer o outro. Em essência, depende de uma prática pautada na ética e no reconhecimento da própria condição humana que compartilhamos.

Para fins das políticas públicas de saúde, especificamente de promoção da alimentação saudável, revela-se a necessidade de se revisitar as estratégias e práticas utilizadas até então. No que diz respeito à implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), especificamente de sua diretriz relativa à promoção da alimentação saudável, pretende-se que este estudo contribua para que os gestores reflitam sobre as atividades que incidem sobre este objetivo.

Mais do que materiais informativos, educacionais ou de apoio que versem sobre questões, digamos, mais biomédicas da nutrição, é importante que abordem como o profissional incorpora a dimensão sócio-cultural nas suas ações de promoção da alimentação saudável ou que inclua e problematize como essas dimensões relacionam-se com a alimentação cotidiana das pessoas, e em que medida o seu trabalho pode ajudar a superá-las. Trata-se não apenas de mencionar que os aspectos econômicos, sociais e culturais dos usuários devem ser considerados no aconselhamento sobre alimentação saudável, mas de concretizar para o profissional o “como fazer”.

Para além do conhecimento e domínio dessas dimensões é necessário “preparar” a

atenção primária à saúde, tanto no que diz respeito à estrutura dos estabelecimentos de saúde como também aos processos de trabalho e gerência em saúde, para desenvolver ações que promovam a saúde. Ousa-se dizer que é a atenção primária o espaço ainda possível de ousadia para esse fim.

Nesse sentido, a PNAN deve buscar reforçar a necessária implantação e consolidação de uma organização da atenção à saúde voltada para as condições crônicas e que tenha a atenção primária como articuladora do cuidado. Sobretudo precisa superar as iniciativas pautadas em estratégias de saúde pública como os programas de suplementação de ferro e de vitamina A e a vigilância alimentar e nutricional, para promover uma inserção de ações de nutrição no processo de trabalho das equipes de saúde. Este caminho é possível por meio do desenvolvimento de atividades que promovam a alimentação saudável, desde que sejam repensados os espaços organizacionais de modo a promover ambientes efetivos para a vivência da interdisciplinariedade e do compartilhamento de saberes em saúde com os interesses e necessidades dos usuários.

Ainda, se considerarmos que a alimentação não é fruto somente de escolhas individuais, mas que essa escolha é influenciada pelo ambiente em que vivemos (considerando o sistema de produção e de abastecimento), bem como pelas relações familiares e sociais estabelecidas, torna-se fundamental a valorização dos espaços coletivos nos estabelecimentos de saúde. Espaços esses que permitam o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários, do que resulte em uma terapêutica menos fragmentada e mais integral, e de modo a ampliar a autonomia dos indivíduos e da comunidade.

O atual momento é especialmente oportuno para essas reflexões, tendo em vista que a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde) discute e avalia a política nacional de alimentação e nutrição na perspectiva de uma atualização de seu conteúdo. Nesse sentido é importante que o conteúdo da política traduza sua transversalidade com outras políticas de saúde e contribua para os processos relacionados ao fortalecimento da atenção primária, à valorização dos espaços coletivos nas unidades de saúde, à humanização do SUS e à formação dos profissionais que nele atuam.

## REFERÊNCIAS

AMMERMAN, Alice, et al. Counseling to promote a healthy diet. In: U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Guide to Clinical Preventive Services**: Report of the U.S. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat3.chapter.3509>>. Acesso em: 20 set. 2009.

AMMERMAN, Alice, et al. Physician-based diet counseling for cholesterol reduction: current practices, determinants, and strategies for improvement. **Preventive Medicine**, New York, v. 22, p. 96-109, 1993.

BARRETO, Sandhi Maria, et al. Análise da estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.14, n.1, p.41-68, 2005.

BETANCOURT, Joseph R; CARRILO, J Emilio; GREEN Alexander R. Hypertension in multicultural and minority populations: linking communication to compliance. **Current Hypertension Reports**, Philadelphia, v. 1, n. 6, p. 482-484, 1999.

BETANCOURT, Joseph R; CARRILO, J Emilio; GREEN Alexander R.; ANANEH-FIREMPONG, Owusu. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. **Public Health Reports**, Boston, v. 118, p. 293-302, 2003.

BETANCOURT, Joseph R. Cultural Competence and Medical Education: many names, many perspectives, one goal. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 81, n. 6, p. 499-501, 2006.

BJARNASON, Dana; MICK, Joann; THOMPSON, Julia A; CLOYD, Elizabeth. Perspectives on transcultural care. **Nursing Clinics of North America**, Philadelphia, v. 44, n. 4, p. 495-503, dez. 2009.

BODENHEIMER, Thomas; WAGNER, Edward H, GRUMBACH, Kevin. Improving primary care for patients with chronic illness, the chronic care model, part 2. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 288, n. 15, p. 1909-1914, out. 2002b.

\_\_\_\_\_. Improving primary care for patients with chronic illness. **Journal of the American**

**Medical Association**, Chicago, v. 288, n. 14, p. 1775-1779, out. 2002a.

BOOG, Maria Cristina Faber. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, n.3, p. 261-272, set./dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos. Brasília, 1990.

BRASIL. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar. **Brasil pesquisa nacional sobre demografia e saúde**. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar, 1996. 250 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**, 2. ed. rev., Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção básica**, Brasília, DF, 2006a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Nota técnica sobre os Resultados Preliminares da Pesquisa de Diagnóstico das Ações de Alimentação Saudável**. Brasília, DF, Documento Técnico, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 43, 4 mar. 2008a. Seção 1, p. 38-42.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, 2006**, Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **II Fórum de Educação Alimentar e Nutricional**, 2008c. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br>>. Acesso em: 9 mar. 2009.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil**. CNES. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 13 jun. 2009.

BRIDGE, Tana J.; MASSIE, Enos Greer; MILLS, Crystal S. Prioritizing cultural competence in the implementation of an evidence-based practice model. **Children and Youth Services Review**, New York, v. 30, n. 10, p. 1111-1118, 2008.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CALDERON, Teresa A. Nutrition education training of health workers and other field staff to support chronically deprived communities. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v.4, n.6A, p.1421-1424, 2001. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org>>. Acesso em: 06 jan 2009.

CARNEIRO, Marcelo Carbone. Considerações sobre a idéia de tempo em Sto. Agostinho, Hume e Kant. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.15, p.221-232, mar/ago, 2004.

CHARLES, Cathy et al. Cultural influences on the physician-patient encounter: the case of shared treatment decision-making. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 63, n. 3, p. 262-267, 2006.

CHIN, Jean Lau. Culturally competent health care. **Public Health Reports**, Boston, v. 115, n. 1, p. 25-33, 2000.

COITINHO, Denise; MONTEIRO, Carlos A; POPKIN, Barry M. What Brazil is doing to

promote healthy diets and active lifestyles. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v. 5, n. 1A, p. 263-267, 2002.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

COSTELLO, Anna B.; OSBORNE, Jason W. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. **Practical assessment, Research & Evaluation**, [S.l.], v. 10, n. 7, p. 1-9, 2005.

CRESPO, Antônio Pedro Albernaz; GUROVITZ, Elaine. A pobreza como um fenômeno multidimensional. **Revista de Administração de empresas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, jul./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.rae.com.br>>. Acesso em: 18 jun 2009.

CUNHA, Antônio Geraldo da. Dicionário Etimológico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Lexikon, 3 ed., 2007.

CUNHA, Antonio Jose Ledo Alves da; AMARAL, João J F; SILVA, Maria Anice S Fontenele e. Conhecimento dos Profissionais de saúde e barreiras relacionadas ao manejo de infecções respiratórias agudas em crianças. **Revista de Pediatria do Ceará**, Fortaleza, v. 2, n.2, p. 33-39, 2001.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. **Stockholm**: Institute for Future Studies; 1991. Disponível em: <[http://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007\\_014.html](http://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html)> Acesso em 20 jun 2009.

DEÁK, Csaba; SCHIFFER, Sueli Terezinha Ramos (Org.). **O processo de urbanização no Brasil**. São Paulo: EdUSP, 1999. 346p. p.12-13. Disponível em: <<http://books.google.com>>. Acesso em: 8 abr. 2009.

DOBIE, Sharon. Reflections on a well-traveled path: self-awareness, mindful practice, and relationship-centered care as foundations for medical education. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 82, n. 4, p. 422 - 427, abr. 2007.

EPSTEIN, Ronald M. Mindful practice. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 182, n. 9, p.833-839, set. 1999.

ERAUT, Michael. **Developing Professional Knowledge and Competence**. London: Falmer

Press, 1994. 260 p. Disponível em: <<http://books.google.com.br/>>. Acesso em: 02 jul. 2009.

ESPINOSA-FERNADEZ, Lourdes; BUELA-CASAL, Gualberto. La capacidad para percibir y estimar el tiempo en humanos. **Suma Psicológica**, Bogotá, v. 9, n. 1, p. 55-80, mar. 2002.

FERNANDES, Ana; MIGUEL, José Pereira (Ed). **Health and Migration in the EU: better health for all in an inclusive society.**, 2009. Disponível em: <<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Outros/Paginas/HealthMigrationEU2.aspx>>. Acesso em: 28 dez. 2009

FRANK, Erica, et al. Personal and professional nutrition-related practices of US female physician. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 75, p. 326-333, 2002.

FRANK, Erica; BREYAN, Jason; ELON, Lisa. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. **Archives of Family Medicine**, Chicago, v. 9, p.287-290, mar. 2000. Disponível em: <<http://www.archfammed.com>>. Acesso em 27 junho 2009.

IBGE. **Consumo alimentar e antropometria**. Rio de Janeiro, 1977.

GARSON, David G. **Factor analysis: statnotes**. Retrieved March 22, 2008, from North Carolina State University Public Administration Program. Disponível em: <<http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/factor.htm>>. Acesso em: 26 out 2009.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Integralidade da Saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 maio 2010.

GREGG, Jessica; SAHA, Somnath. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 81, n. 6, p. 542-547, 2006.

HASH, Robert B, et al. Does physician weight affect perception of health advice? **Preventive Medicine**, New York, v. 36, p. 41-44, 2003.

HATCHER, Larry. **A Step-by-Step Approach to Using the SAS® System for Factor**

**Analysis and Structural Equation Modeling.** Cary, North Caroline: SAS Institute, 2004. Disponível em: <<http://books.google.com.br>>. Acesso em: 17 nov 2009.

HAYTON, James C; ALLEN, David G; SCARPELLO, Vida. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: a tutorial on parallel analysis. **Organizational Research Methods**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 191-205, 2004. Disponível em: <<http://orm.sagepub.com>>. Acesso em: 20 nov 2009.

HELMAN, Anthony. Nutrition and general practice: an Australian perspective. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.65 (suppl), p. 1939S-1942S, 1997.

HOGA, Luiza Akiko Komura; ABE, Catarina Terumi. Relato de experiência sobre o processo educativo para a promoção da saúde de adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 34, n.4, p. 407-412, 2000.

HOGA, Luiza Akiko Komura. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

HUANG, Jian, et al. Physicians'weight loss counseling in two public hospital primary care clinics. **Academic Medicine**, Philadelphia, v.79, n. 2, p. 156-161, fev. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro; 2004.

IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, DF, 2004.

KLEIN, John; GONÇALVES, Alda da Graça André. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 10, n. 2, p. 113-120, jul./dez. 2005.

KOLAGOTLA, Lakshmi; ADAMS, William. Ambulatory Management of Childhood Obesity. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 12, n. 2, p. 275-283, fev. 2004.

KUH, Diana, et al. Mortality in adults aged 26–54 years related to socioeconomic conditions

in childhood and adulthood: post war birth cohort study. **British Medical Journal**, London, v. 359, n. 9, p. 1076–1080, 2002.

KUMAS-TAN, Zofia, et al. Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 82, n. 6, p. 548–557, 2007.

KUSHNER, Robert F. Barriers to providing nutrition counseling by physicians - a survey of primary-care practitioners. **Preventive Medicine**, New York, v. 24, n. 6, p. 546-552, nov. 1995.

LANTZ, Paula M., et al. Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality: Results from a Nationally Representative Prospective Study of U.S. Adults. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 279, n. 21, p. 1703-1708, 1998.

LEVY-COSTA, Renata Bertazzi, et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 530-540, 2005.

LIMA, Ana Maria Cavalcante. **O desenvolvimento de habilidades pessoais em promoção da alimentação saudável no contexto da comunicação e da educação**. 2008. Dissertação (Especialização em Gestão da Política de Alimentação e Nutrição) - Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.

MACCALLUM, Robert C, et al. Sample Size in Factor Analysis. **Psychological Methods**, Washington, v.4, n.1. p.84-99, 1999.

MAFFACCIOLLI, Rosana. **Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica**. 2007. Dissertação (Mestrado. em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/10625>>. Acesso em: 04 julho 2009.

MCCRINDLE, Brian W. Do as I say, not as I do. The new epidemic of childhood obesity. **Canadian family physician**, Willowdale, v. 52, p. 284-285, mar. 2006.

McENTEE, Mindy L.; CUOMO, Lori R.; DENNISON Cheryl R. Patient-, provider-, and system-level barriers to heart failure care. **Journal of Cardiovascular Nursing**, Frederick MD, v. 24, n. 4, p. 290-298, 2009.

MIHALYNUK, Tanis V.; SCOTT, Craig S.; COOMBS, John B. Self-reported nutrition

proficiency is positively correlated with the perceived quality of nutrition training of family physicians in Washington State. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 77, n. 5, p. 1330-1336, 2003.

MONNICKENDAM, Menachem, et al. Health care for the poor - an exploration of primary-care physician's perception of poor patients and of their helping behaviors. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 64, p. 1463-1474, 2007.

MONTEIRO, Carlos A; CONDE, Wolney L; POPKIN, Barry M. Is obesity replacing or adding to undernutrition? Evidence from different social classes in Brazil. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v. 5, n. 1A, p. 105-112, fev. 2002.

MONTEIRO, Carlos Augusto, et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

MONTEIRO, Simone; VARGAS, Eliane (Org.). **Educação, comunicação e tecnologia educacional**: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 252p.

MURRAY, Sheila, et al. Study of dietetic knowledge among members of the primary health care team. **British Journal of General Practice**, London, v. 43, n. 371, p. 229-231, 1993.

OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

OLIVEIRA, Ronaldo Coimbra de. A transição nutricional no contexto da transição demográfica e epidemiológica. **Revista Mineira de Saúde Pública**, [S.l.], v. 3, n. 5, p. 16-23, jul-dez 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>>. Acesso em 20 jun 2009.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Adelaide**. 1988. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>>. Acesso em 20 jun 2009.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Sundsvall**. 1991. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>>. Acesso em 20 jun 2009.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Jacarta**. 1997. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>>. Acesso em 20 jun 2009.

\_\_\_\_\_. **Declaração do México**. 2000. Disponível em:  
<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>. Acesso em 20 jun 2009.

\_\_\_\_\_. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva, 2003. (WHO - Technical Report Series, 916).

\_\_\_\_\_. **Global Strategy on diet, physical activity and health**. 2004. Fifty seventh world health assembly WHA57.17?. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>>. Acesso em: 05 jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Santafé de Bogotá**. 1992. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

OSTBYE, Truls et al. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? **Annals of family medicine**, Leewood, v. 3, n. 3, p. 209-214, maio/jun. 2005.

PASSOS, Joanir Pereira; CIOSAK, Suely Itsuko. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-468, 2006.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. **Compromisso com a ação**. 2007. Disponível em:  
<<http://www.determinantes.fiocruz.br/acoes.asp>>. Acesso em: 20 jun 2009.

PERRIN, Eliana M.; FLOWER, Kori B.; AMMERMAN, Alice S. Pediatricians' own weight: self-perception, misclassification, and ease of counseling. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 13, n. 2, p. 326-332, fev. 2005.

PETT, Marjorie A.; LACKEY, Nancy R.; SULLIVAN, John J. **Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in health care research**. Thousand Oaks: Sage; 2003.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004. I

QUEIROZ, Marcos de Souza. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma

perspectiva antropológica. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 309-317, 1986.

RAFFERTY, Michael. Prevention Services in Primary Care: taking time, setting priorities. **Western Journal of Medicine**, San Francisco, v. 169, n. 5, p. 269-275, 1998. Y

RAINE, Kim. Determinants of health eating in Canada. **Canadian Journal of Public Health**, Ottawa, v. 96, supplement 3, p. S8-S14, jul-ago 2005.

RAPHAEL, Dennis. Barriers to addressing the societal determinants of health: public health units and poverty in Ontario. Canada. **Health Promotion International**, Eynsham, v. 18, n. 4, p. 397-405, 2003.

RATTAY, Karyl Thomas; FULTON, Janet E; GALUSKA, Deborah A. Weight Counseling Patterns of U.S. Pediatricians. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 12, n. 1, p. 161-169, jan. 2004.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira, et. al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, suppl. 2, p. 2299-2306, dez. 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900034&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jul. 2009.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 470p.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida, et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

ROSSO, Claci Fátima Weirich. **Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde em Goiânia-GO**. 2008. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Convênio Rede Centro-Oeste Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

SANTOS, Isabel Cristina dos; RODRIGUES, Fernanda de Sales Silva. Tempo, espaço e as organizações. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v. 3, n. 2, p. 107-123, mai./ago. 2007.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção

de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, set./out. 2005.

SAPNAS, Kathryn; ZELLER, Richard A. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v. 10, n.2, 2002.

SCHEPPERS, Emmanuel, et al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. **Family Practice**, Oxford, v. 23. n. 3, p. 325-348, 2006.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCIAMANNA, Christopher N, et al. Nutrition counseling in the promotion cancer prevention in primary care study. **Preventive Medicine**, New York, v. 35, p. 437-446, 2002.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

SILVA, Denise Oliveira e. **Conhecimentos, atitudes, práticas de profissionais de saúde da atenção básica sobre promoção da alimentação saudável no Distrito Federal**. 2002. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.

SOARES, Elisabeth Aline, et al. Participação do odontólogo na prevenção do tabagismo entre adolescentes. **Odontologia Clínico-Científico**, Recife, v. 4, n. 2, p. 121-126, mai/ago. 2005.

SORDI, Mara Regina Lemes de; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 83-88, 1998.

STORY, Mary T, et al. Management of Child and Adolescent Obesity: Attitudes, Barriers, Skills, a Training Needs Among Health Care Professionals. **Pediatrics**, Elk Grove Village IL, v. 100, n. 1, p. 210-214, 2002. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/1/S1/210>>. Aceso em 22 jun 2009.

TRIPP-REIMER, Toni et al. Cultural barriers to care: inverting the problem. **Diabetes**

**Spectrum**, Alexandria, v. 14, n. 1, p. 13-22, 2001.

VEGA, Willian A. Higher stakes ahead for cultural competence. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 27, n. 6, p. 446-450, 2005.

VETTER, Marion, et al. What Do Resident Physicians Know about Nutrition? An Evaluation of Attitudes, Self-Perceived Proficiency and Knowledge. **Journal of the American College of Nutrition**, New York, v 27, n. 2, p. 287-298, 2008.

WAGLE, Udaya. Volver a pensar la pobreza: Definición y mediciones. **Revista internacional de ciencias sociales**, n. 171, p. 18-33, mar. 2002. Disponível em: <<http://www.oei.es/salactsi/wagle.pdf>> Acesso em 04 jul 2009.

WANG, Youfa; MONTEIRO, Carlos; POPKIN, Barry M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 75, p. 971 – 977, 2002.

WHITLEY, Rob. Cultural competence, evidence-based medicine, and evidence-based practices. **Psychiatric Services**, Washington, v. 58, n. 2, p. 1588-1590, 2007.

WILLEMS, Sara J; SWINNEN, Wilfried; DE MAESENEER, Jan M. The GP's perception of poverty: a qualitative study. **Family Practice**, Oxford, v. 22, p. 177-183, 2005.

YAN, Miu Chung; WONG, Yuk-Lin Renita. Rethinking self-awareness in cultural competence: toward a dialogic self in cross-cultural social work. **Families in Society**, Syracuse, NY, v.86, n.2, p.181-187, 2005.

YARNALL, Kimberly, et al. Primary care: is there enough time for prevention? **American Journal of Public Health**, Washington, v. 93, n. 4, p. 635-641, abr. 2003.

## ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Carta  
Nº 252/08- CEP/SES. Brasília, 09 de setembro de 2008.  
Ilmº (a) Senhor(a)

Diretor(a) Do: DIRETORIA REGIONAL DE BRASILIA DA FUNDAÇÃO  
OSWALDO CRUZ

**Assunto: aprovação projeto de pesquisa - 241/08- CEP/SES/DF**

Senhor(a) Diretor(a),

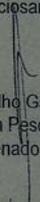
Participamos a V. Sa. que o projeto **Promoção da alimentação saudável no SUS-DF; conhecimento, atitudes e práticas**, foi aprovado em 12/09/2008 por um período de 2 anos, em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e suas complementações.

Pesquisador responsável : DENISE OLIVEIRA E SILVA – FONE: 34476160

Os dados serão coletados no (a) FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à unidade de saúde devem seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao diretor da unidade de saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente.



Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

AMS/CEP/SES/DF

---

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
 Comitê de Ética em Pesquisa  
 Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepansd@saude.df.gov.br  
 SMRV - Q. 201 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710

**ANEXO B – Lista dos centros de saúde pesquisados no Distrito Federal**

A relação dos Centros e Postos de Saúde que foram incluídos no estudo estão assinalados em amarelo, totalizando 112 unidades.

REG.	UNIDADES		ENDEREÇO	TELEFONE	
<b>REGIÃO CENTRO SUL</b>	RA 1	HBDF – Hospital de Base do DF	SMHS - Área Especial - Plano Piloto	3325-5050	
		DISAT – Diretoria de Saúde do Trabalhador	Av. W 5 Sul Q. 912 – Plano Piloto	3346-6222 3346-7622 3346-2220	
		COMPP – Centro de Orient. Médico Psico-Pedagógica	Q. 907/908 Sul - Prédio da Antiga Escola Normal de Brasília - P. Piloto	3244-0728 3242-9638 3443-4976	
		CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento	Rodoviária do Plano Piloto - Mesanino	3325-6173 6079 / 6711	
	RA 17	I.S.M – Instituto de Saúde Mental	Granja do Riacho Fundo	3399-4545 3399-6554	
	<b>DGS - DIRETORIAS GERAIS DE SAÚDE</b>		<b>ENDEREÇO</b>	<b>TELEFONE</b>	
	DGS ASA SUL RA's 01 e 16	HRAS – Hospital Regional da Asa Sul	SGAS-Quadra 608/609-Modulo A-L2 Sul- Plano Piloto (RA 01)	3445-7500 3445-7626 3244-5302	
		Centros de Saúde	Unidade Mista da Asa Sul	EQS 508/509 - Plano Piloto (Hospital Dia) Plano Piloto	3445-7685 3445-7521 3445-7522
			05	SHIS - QI 21 Lago Sul (RA 16)	3366-1037 3366-5399
			06 (Adolescento)	SGAS - Quadra 605 - lote 32/33 Plano Piloto	3445-7573 3445-1855
			07	SGAS - Quadra 612 - lote 38/39 Plano Piloto	3345-2874 3345-2873
			08	EQS - 514/515 Plano Piloto	3245-2177 3245-2066 3346-4496
		Núcleo de Inspeção de Brasília	SAIS – Área Especial nº 10 Plano Piloto	3245-4110 3345-8426	
		Núcleo de Inspeção Lago Sul	Área Especial – QI 3 Lago Sul	3248-1376 3248-1294 3248-1291	
	DGS GUARÁ RA 10	H.R.Gu – Hospital Regional do Guará	Área Especial - QI 06 - lote "C" - Guará I	3353-1500	
		Centros de Saúde	01	Área Especial - QI 06 - Guará I	3568-3296 3381-9428 3567-0510
			02	QE 17 - Guará II - Área Especial	3568-3476 3567-0503 3381-7555
			03	QE 38 - Guará II - Área Especial	3301-1994 3301-1187 3301-1995
		Postos de Saúde Urbano	01	QELC - EQ 2 /3 - Conjunto Lúcio Costa	3567-9231 3382-3555 3382-6586
			03	A/E Próximo ao Posto Policial-Entrada da Estrutural - Vila Estrutural	3036-1993 3036-2449

	<b>1 Equipe do PSF</b>	Q. 11 Conj. C Casa 02 -	Vila Estrutural	Não tem telefone	
	<b>2 Equipes do PSF</b>	Q.04 Av. Luiz Estevão nº 34 -	Vila Estrutural	Não tem telefone	
	<b>1 Equipe do PSF</b>	Q. 08 Conj. H Casa 07 -	Vila Estrutural	Não tem telefone	
	<b>1 Equipe do PSF</b>	Q. 15 Conj. L Casa 03 -	Vila Estrutural	Não tem telefone	
	CAPS-Centro de Atenção Psicossocial	QE 17 - Guarã II - Área Especial (mesmo end. do CS 02)		3381-6957 3567-1967	
	Laboratório Regional do Guarã	QE 17 - Guarã II - Área Especial (mesmo end. do CS 02)		3568-3174 3568-6462	
	Núcleo de Inspeção do Guarã	QE 12 Área Especial "B" - Guarã I		3568-7867 3382-6303	
DGS NÚCLEO BAND. RA's 08, 17, 19 e 21	Centros de Saúde	<b>01</b>	E.Q 05/07 - Área Especial nº 38 Candangolândia (RA 19)	3301-6221 3301-6763	
		<b>02</b>	3ª Avenida - Área Especial nº 03 N. Band. (RA 08)	3552-0086 3386-0680 3386-6319	
		<b>03</b>	NA 07 - Área Especial nº 09 Riacho Fundo I (RA 17)	3399-3064 33992031	
		<b>1 Equipe do PSF</b>	QN 01 Conj. 20 Casa 22 -	Riacho Fundo I	Não tem telefone
	Posto de Saúde Urbano	<b>01</b>	Q.N 07 A e B Lts. 1 e 2 A/E	Riacho Fundo II (RA 21)	3434-1155
		<b>02 (1 Eq. PSF)</b>	A/E QC 01	Riacho Fundo II	Não tem telefone
		<b>1 Equipe do PSF</b>	QN 15 D	Riacho Fundo II	Não tem telefone
		<b>1 Equipe do PSF</b>	QN 14 C	Riacho Fundo II	Não tem telefone
	Postos de Saúde Rural	<b>01 (1 Eq. PSF)</b>	Núcleo Rural de Vargem Bonita	Park Way (RA 24)	Não tem telefone
		<b>CAUB (1 Eq. PSF)</b>	CAUB - Combinado Agro-urbano de Brasília 1 - Perto do Catelinho - Riacho Fundo II		3338-7810
		Núcleo de Inspeção da Candangolândia	Rua dos Transportes - QR 0-A conj. RT Área Esp.		3301-5200
		Núcleo de Inspeção do Núcleo Bandeirante	3ª Avenida - Área Especial nº 03		3552-1255
		Núcleo de Inspeção do Riacho Fundo	Área Especial - Feira Permanente		3399-3825
REG.	UNIDADES	ENDEREÇO		TELEFONE	
DGS ASA NORTE RA's 01, 11, 18 e 23	H.A.B - Hospital de Apoio de Brasília	SAI Nº 04 - Hospital de Apoio -	Plano Piloto	3322-6020 3322-6027 3322-6068	
	LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública do DF	SGAN Q. 601 lote "O" e "P"		3316-9810 3321-2772 3326-0794	
	FHB - Fundação Hemocentro de Brasília	SMHN - Quadra 03 - Bloco "A" - Edifício Hemocentro		3327-4466 3327-4442 3327-4447	
	DGS - DIRETORIA GERAIS DE SAÚDE		ENDEREÇO		TELEFONE
	HRAN - Hospital Regional da Asa Norte	SMHN - Área Especial	Plano Piloto (RA 01)	3325-4300 3325-4313	
	Centros de Saúde	<b>09</b>	SHCE/SUL - Quadra 611 - Lote 01	Cruzeiro Novo (RA 11)	3233-0040 3233-0064 3361-0920
		<b>10</b>	SHIN - QI 0 SHIN QI 03 - Área Esp.	Lago Norte (RA 18)	3577-2092 3577-3181
		<b>11</b>	SGAN - Quadra 905 - Modulo "D"	Plano Piloto	3274-3155 3273-3962 3274-8118
		<b>12</b>	EON - 208/408 - Área Especial	Plano Piloto	3274-3455 3274-9158

		<b>13</b>	EQN - 114/115 <b>Plano Piloto</b>	3272-2948 3273-9233 3274-4423
		<b>14</b>	SHCE - Setor Escolar - lote 14 - <b>Cruzeiro Velho (RA 11)</b>	3234-1666 3234-1485 3361-6182 3233-0511
		<b>15</b>	Acampam. Pacheco Fernandes A/E 02 - Vila Planalto <b>Plano Piloto</b>	3306-2182 3306-2191 3306-1900
		<b>Varjão</b>	Vila Varjão - Q. 05 conj. A lote 17 <b>Varjão (RA 23)</b>	3368-1555 3468-5773 3577-2092
		Núcleo Inspeção do Cruzeiro Novo		Rua das Jaqueiras Q.104 - Administração do Sudoeste 3368-5855
		Núcleo Inspeção do Cruzeiro Velho		Q. 02 Área Esp. "B" <b>Cruzeiro Velho</b> 3341-2146 3344-5527
		Núcleo Inspeção do Lago Norte		SHIN - QI 03 - Área Esp. C. Saúde nº 10 <b>Lago Norte</b> 3368-5855
		Núcleo Inspeção de Brasília Norte		SGAN Quadra 601 Lote O/P (prédio do LACEN) 3225-6653

REG.	DGS- DIRETORIAS GERAIS DE SAÚDE	ENDEREÇO	TELEFONE		
<b>REGIÃO SUL</b>	DGS GAMA RA 02	H.R.G – Hospital Regional do Gama	Area Especial nº 01 - Setor Central - Gama 3385-9700 3385-9810		
		<b>Centros de Saúde</b>	<b>01</b>	Quadra 06 - Área Especial - Setor Sul	3556-6678 3556-6099
			<b>02</b>	Quadra 11 - lotes A,B,C - Área Especial - Setor Sul	3556-5678 3556-5424
			<b>03</b>	EQ 1/5 - Área Especial - Setor Leste	3556-6689 3556-6273
			<b>04</b>	EQ 39/40 - Área Especial - Setor Leste	3556-6878 3484-3897
			<b>05</b>	Quadra 38 - Área Especial - Setor Central	3556-6478 3484-0174
			<b>06</b>	EQ. 12/16 - Área Especial - Setor Oeste	3556-0980 3556-0029
			<b>08</b>	Área Especial nº 17 - Setor Central (antigo PAM)	3556-1344 3556-1366
			Policlínica	QI 06 - lote 1580 - Setor de Indústrias	3901-3301 3901-3302 3901-3303
		<b>Postos de Saúde Rurais</b>	<b>01</b>	Núcleo Rural de Ponte Alta de Cima	3500-2188 (orelhão)
			<b>03 (1 Eq. PSF)</b>	Núcleo Rural - DVO – Gama	3392-1572
			<b>04 (1 Eq. PSF)</b>	Rua Libânio nº 13 - Engenho das Lages	3559-1600 (orelhão)
		<b>1 Equipe do PSF</b>		Chácara Jade nº 02 - Ponte Alta	Não tem telefone
		<b>1 Equipe do PSF</b>		DF 475 Km 02 - Ponte Alta Norte	Não tem telefone
	Núcleo de Inspeção do Gama		Setor Central – Área Especial nº 07	3556-5089	
	DGS STª MARIA RA 13	<b>Centros de Saúde</b>	<b>01</b>	Q.R 207/307 - Conjunto "T" - Lote 02	3393-1157 3393-3737 3394-9552
			<b>02</b>	E.Q 218/318 - Lote "E" – Área Especial (DRS)	3394-4517 3394-9552 3394-5070
		<b>Posto de Saúde Urbano</b>	<b>01 (2 Eq. PSF)</b>	QR 212 / 313 Área Esp. - Stª Maria Norte	3394-3988
			<b>02 (2 Eq. PSF)</b>	QR 202 / 303 - Stª Maria Sul	3392-2154 33931864
			<b>03 (1 Eq. PSF)</b>	QR 100 - Área Especial	3393-2901
<b>1 Equipe do PSF</b>		Av. Brigadeiro - Sítio do Gama	3399-9901		

		Núcleo de Inspeção de Santa Maria	Setor Central - Área Especial nº 07 – Gama	3385-4755 3484-8942	
REG.	UNIDADE		ENDEREÇO	TELEFONE	
REGIÃO SUDOESTE	RA 3	H.S.V.P – Hospital São Vicente de Paula	QSC - Área Especial - Taguatinga	3451-9700	
	DRS - DIRETORIAS GERAIS DE SAÚDE		ENDEREÇO	TELEFONE	
	DGS TAGUATINGA RA 03	H.R.T – Hospital Regional de Taguatinga		QNC -Área Especial nº 24 - Taguatinga Norte	3351-2200 3353-1000
		Centros de Saúde	01	QNG - Área Especial nº 18/19	3354-4080 3354-1441 3355-1412
			02	QND - lote "A" - Praça do Bicalho	3354-1040 3354-3020
			03	Setor L Norte - Área Especial nº 02	3563-6005 3562-5056 3562-5053 3336-3028
			04	Setor "C" Norte - Lote 16	3563-4304 3563-6913
			05	Setor "D" Sul - Área Especial nº 23	3563-7913 3561-2072 3563-5548
			06	Setor "C" Sul - Área Especial nº 01	3563-7055 3351-5043 3563-8913
			07	QNM 38 - Área Especial nº 10	3371-2030 3371-2888 3371-3371
			08	QNL 24 - Área Especial	3475-1012 3475 1996
		Posto de Saúde Urbano	Areal (1 Eq. PSF)	QS 08 - Águas Claras - Areal (RA 20)	3356-7797 (Orelhão)
		Central Radiológica de Taguatinga		QNG 10 - Área Especial nº 02	3354-4766 3354-4215 3354-3010
		Unidade Mista		C 12 – Área Especial	3353-8320 3353-8311
		CAPS - Centro de Atenção Psicossocial		QSA 09 casa 09 - Taguatinga Sul - Rua das Lojas Americanas	3351-7332
		Núcleo de Inspeção de Taguatinga Norte		QNJ - Área Especial nº 02 – Taguatinga Norte	3475-5949 3475-6281
	Núcleo de Inspeção de Taguatinga Sul		QSE 11/13 - Área Especial nº 02 – Taguatinga Sul	3356-1093 3356-7982 3356-1630	
	DGS SAMAMBAIA RA 12	HRSa – Hospital Regional de Samambaia		QS 614, conj. "C" Lotes 01 e 02	3039-1830 3039-1833
		Centros de Saúde	01	QR 408 - Área Especial Nº 01	3358-2811 3358-3204
			02	QR 611 - Área Especial	3359-1001 3359-6444
			03 (3 Eq. PSF)	QN 429 - Conjunto F – Lote 01	3359-5500 3359-1177 3359-1174
			04	QN 512 - Conjunto 02 – Lotes 01, 02 e 03	3358-2828 3358-1335 3358-1317
		Posto de Saúde Urbano	01 (1 Eq. PSF)	QR 317 conj. 01 casa 01 Área Esp. - Samambaia Sul	Não tem telefone
		1 Equipe do PSF		QR 125 conj. 03 casa 31 - Samambaia Sul	Não tem telefone
		1 Equipe do PSF		QR 501 conj. 21 casa 16 - Samambaia Sul	Não tem telefone
	Núcleo de Inspeção de Samambaia		Centro Comunitário – Área Especial	3357-5161 3358-4149 3458-6572	
	DGS RECANTO	Centro de Saúde	01	Quadra 307 - Área Especial 06 – Conjunto "D"	3331-2822 3331-2566

DAS EMAS RA 15		02	Quadra 102 - Área Especial (DRS)	3434-1124 3334-2975
	Posto de Saúde Urbano	01 (1 Eq. PSF)	Quadra 311 lote 01 - Av. Monjolo	3331-5217
	1 Equipe do PSF		Residencial Guarapari Quadra 03 casa 07 - São Francisco I	3559-1492
	1 Equipe do PSF		Chácara 04 M.A. II Casa Grande	Não tem telefone
	1 Equipe do PSF		Q. 115 Conj. 08 casa 01 - RE	Não tem telefone
Núcleo de Inspeção do Recanto das Emas		Av. Vargem da Benção - Chácara nº 03 (Adm.Reg.)	3334-1377	

REG.	DGS - DIRETORIAS GERAIS DE SAÚDE		ENDEREÇO	TELEFONE	
REGIÃO OESTE	DGS CEILÂNDIA RA 09	H.R.C - Hospital Regional de Ceilândia		QNM 17 - Área Especial 01	3371-1022 3371-4458
		Centros de Saúde	01	QNM 17 - Área Especial nº 01	3371-1022 3371-4458
			02	QNM 15 - lote "F"	3585-2998 3585-3611 3585-3322
			03	QNM 15 - lote "D" - Área Especial	3371-1106 3371-3049 3371-3530
			04	QNM 16 - lote "F"	3376-1946 3376-2977 3376-2211
			05	QNM 16 - lote "F"	3371-1004 3371-1672
			06	EQNP 10/14 - lotes E,F,G,H	3376-1335 3376-7512 3376-7814
			07	QNO 10 - Área Especial E,D	3585-2722 3585-3233
			08	EQNP 13/17 - lotes A,B,C,D	3585-3654 3585-3622
			09	EQNP 28/32 - lotes A,B,C,D	3376-1346 3376-7369
			10	QNN 12 - Área Especial nº 01	3371-3048 3371-3040
			11	EQNO 17/18 Área Especial	3374-0246 3585-2288
			12	QNP 3/4 Área Especial	3374-6556 3375-9643
	Posto de Saúde Urbano	Privê (1 Eq. PSF)	Área Especial 01 - Entre as ruas 01 a 13 - Condomínio Privê	3375-1341	
	Posto de Saúde Rural	01 (1 Eq. PSF)	Núcleo Rural de Boa Esperança	3506-2082 (orelhão)	
	Laboratório Regional de Ceilândia		EQNP 11/07 Setor P Norte	3585-2622 3585-3644 / 1622	
	Núcleo de Inspeção de Ceilândia		QNM 15 - lote "D" - Área Especial	3371-3466 3471-2409	
	DGS BRAZ LÂNDIA RA 04	H.R.B - Hospital Regional de Brazlândia		Área Especial nº 6 - Setor Tradicional	3479-9600
		Centro de Saúde	01	EQ. 6/8 - lote 3 - Setor Norte	3391-1533 3391-1649
		Posto de Saúde Urbano	01	A. E. Quadra Central - Vila S. José - E. Q 36/37	
Veredas I (1 Eq. PSF)			Área Especial nº 03 lote 06 - Setor Veredas I	3391-3711	
Postos de Saúde Rurais		01 (1 Eq. PSF)	Núcleo Rural de Almécegas, Fazenda Almécegas DF 180/BR 080	3500-2211	
	02 (1 Eq. PSF)	N. Rural Alexandre Gusmão-Q.16-Lt 02 (INCRA 08)	3540-1282		

REG.	DGS - DIRETORIAS GERAIS DE SAÚDE	ENDEREÇO	TELEFONE	
	<b>1 Equipe do PSF</b>	Chác. Nossa Sra. Aparecida - Cabeceira do Pulador nº 27 - Chapadinha	3461-3679	
	<b>1 Equipe do PSF</b>	Quadra 04 lote 06 lojas 01 e 02 - Veredas II	3479-2900	
	Núcleo de Inspeção de Brazlândia	Área Esp. nº 04 lote 09 – Praça Administrativa - Setor Tradicional	3391-1530	
<b>REGIÃO NORTE</b>	DGS SOBRADINHO RA 5	H.R.S – Hospital Regional de Sobradinho	Quadra 12 - Área Especial - Setor Central 3487-9200 3487-9328	
		Centros de Saúde	<b>01</b>	Quadra 14 - Área Especial nº 22/23 3591-2779 3591-1829
			<b>02</b>	Quadra 03 - Área Especial (entre conj. D/E) 3591-2744 3591-6342
			<b>03</b>	AR 13 Conjunto 07 Lote 01 - Sobradinho II 3485-6775 3485-7596
		CAPS - Centro de Atenção Psicossocial	Área Residencial 17 Chácara 14 - Sobradinho 02 3485-2286	
		Postos de Saúde Rurais	<b>01 (1 Eq. PSF)</b>	DF 205 Oeste Km 13 - Núcleo Rural de Catingueiro 3500-2373
			<b>02</b>	DF 205 Núcleo Rural Córrego do Ouro 3500-2375
			<b>03</b>	Rodovia 205 Km 04 - Fercal Siplan - Núcleo Rural de Queima Lençol 3500-2115
			<b>04</b>	Rod. DF 150 Km 11 Rua do Mato Chác. 02 - Núcleo Rural Rua do Mato 3500-3302
		<b>1 Equipe do PSF</b>	Rodovia DF 150 Km 12 rua 01 conj. C - Engenho Velho 3454-2296	
		<b>1 Equipe do PSF</b>	DF 001 Km 120 rua 08 Chácara 187 - Lago Oeste 3478-1436	
		<b>2 Equipes do PSF</b>	Condomínio Nova Dignéia I Conj. C lote 05 loja 02 - Nova Colina 3453-2403	
		Núcleo de Inspeção de Sobradinho	Setor Tradicional e Cultural lote "D" – Quadra Central 3591-6280	
		DGS PLANALTINA RA 06	H.R.P – Hospital Regional de Planaltina	Via W/L 4 - Área Especial - Setor Hospitalar 3388-9700/9710-telefonista 3388-3264/9733 -DReSP
	Centros de Saúde		<b>01</b>	Área Especial - Entre Vias NS - 01/WL-4 3389-1412 3389-4408 3389-9627
			<b>02</b>	EQ 1 e 2 - Área Especial "A" - Vila Bunitis 3389-3766 3389-1866
			<b>03</b>	Avenida Goiás - Quadra 47 nº 380 - Lt 11 - S.Tradicional (alugado) 3389-1945 3389-1520
	Posto de Saúde Urbano		<b>01</b>	SRNA Q-04 AE N°02 - Jardim Roriz 3388-8070 / 8061
	Postos de Saúde Rurais		<b>01 (1 Eq. PSF)</b>	Núcleo Rural de Taquara - Agrovila Taquara - Rua 02 Não tem telefone
			<b>02 (1 Eq. PSF)</b>	Núcleo Rural de Rio Preto - Colônia Agrícola Rio Preto Não tem telefone
			<b>03 (1 Eq. PSF)</b>	Núcleo Rural Tabatinga 3500-2230 (orelhão)
			<b>04 (1 Eq. PSF)</b>	Núcleo Rural de Pipiripau 3506-2049 (orelhão)
			<b>07 (1 Eq. PSF)</b>	Núcleo Rural de São José - DF 021 - Colônia São José Não tem telefone
			<b>09 (1 Eq. PSF)</b>	Núcleo Rural Santos Dumont - DF 130 - Km 25 3388-6301
	Arapoangas	Q. 8 conj. I s/nº		
<b>1 Equipe do PSF</b>	Núcleo Rural de Rajadinha Chácara 13 Riacho Doce Não tem Telefone			

	<b>1 Equipe do PSF</b>	CR 71 casa 177 - Vale do Amanhecer	Não tem telefone	
	<b>1 Equipe do PSF</b>	Condomínio Cachoeira, lote 01 - Área Especial - Bica do DER	3467-6246	
	<b>1 Equipe do PSF</b>	Condomínio Morumbi Q. N Lote 15 - Jardim Morumbi	Não tem telefone	
	Núcleo Inspeção de Planaltina	Quadra 2 - Bloco "J" - Setor Comercial Central	3389-1066 3386-1904	
REG.	DGS - DIRETORIAS GERAIS DE SAÚDE	ENDEREÇO	TELEFONE	
REGIÃO LESTE	DGS PARANOÁ RA's 07 e 28	HRPa - Hospital Regional do Paranoá	Quadra 02 Área Especial 3369-9800/3369-9988	
		Centro de Saúde	01 Quadra 21 - Área Especial 3369-1467 3369-4489 3369-8446	
		Postos de Saúde Rurais	01 (1 Eq. PSF)	Rodovia DF 120 - Colônia Agrícola Cariru 35002289 (orelhão)
			05 (1 Eq. PSF)	Rodovia DF 285 Km 19 - Área Esp. Núcleo Rural de Jardim II 3501-1994
			06 (1 Eq. PSF)	Rodovia DF 130 Km 31 - Colônia Agrícola de Capão Seco 3506-4000
			08 (1 Eq. PSF)	Colônia Agrícola BR 251 Km 40 - Núcleo Rural do PAD-DF 3369-6565
		Postos de Saúde Urbano	Itapuã (2 Eq. PSF) Fazenda Mandala - A/E em frente à Q. 53 - Cond. Del Lago (RA 28) 3467-2951	
		1 Equipe do PSF	Quadra 18 PA 3369-7491	
		CAPS-Centro de Atenção Psicossocial	Quadra 02 - Área Especial - Ao lado do HRPa 3369-9933	
		Núcleo de Inspeção do Paranoá	Quadra 03 - Área Especial 07 3369-1900 3369-1472	
	DGS SÃO SEBASTIÃO RA 14	Centro de Saúde	01 Quadra 02 - Área Especial 3335-5661 3335-1155 R. 304	
		Posto de Saúde Urbano	01 (2 Eq. PSF)	Rua da Escola 540 Bairro Vila Nova (atrás do colégio do Bosque) 3335-5570
			02 (2 Eq. PSF)	Q. 301 conj. 6 lote 01 Residencial Oeste 3339-3711 (orelhão)
		Posto de Saúde Rural	02 (1 Eq. PSF) Nova Betânia - DF 140 - KM 7,5 (Vizinho à EMATER) Não tem telefone	
		1 Equipe do PSF	Quadra 11 conj. N casa 19 - Morro Azul 3339-4462 (orelhão)	
		1 Equipe do PSF	Rua 53 casa 81 - Residencial Vila Nova Não tem telefone	
		1 Equipes do PSF	Conjunto 05 casa 01 - São Francisco Não tem telefone	
		1 Equipe do PSF	Rua 20 conj. A casa 24 - Residencial do Bosque Não tem telefone	
		1 Equipe do PSF	Rua 07 casa 400 - Vila do Boa Não tem telefone	
		1 Equipe do PSF	Rua 06 casa 70 - Setor Tradicional Não tem telefone	
1 Equipe do PSF	Rua 14 lote 21 lojas 01, 02 e 03 - João Cândido Não tem telefone			
1 Equipe do PSF	Chácara 10 - Morro da Cruz Não tem telefone			
Unidade Mista de Saúde	Contíguo ao Centro de Saúde 3339-2136			
Núcleo de Inspeção de São Sebastião	Rua 47 lote 50 A - Bairro Centro 3335-7104 3335-2931			

As informações referentes ao PSF (Programa Saúde da Família) foram fornecidas pela GEMA/DIAPSESF/SAS/SES (doc. de 24/04/08).

Atualiz.  
05/2008



**ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Termo de consentimento livre e esclarecido para Diretores ou Profissionais de Saúde nos Centros de Saúde****FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ****FIOCRUZ - Brasília****Nome da Pesquisa:** Promoção da Alimentação saudável no SUS-DF: conhecimento, atitudes e práticas.**Pesquisadora:** Dra. Erica EII / **Coordenação:** Dra. Denise Oliveira e Silva

O (A) Sr.(Sra.) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre análise de estratégias de informação, comunicação e educação para a promoção da alimentação saudável, coordenada Fundação Oswaldo Cruz. Os objetivos da pesquisa têm por finalidade apoiar a análise de estratégias de informação, comunicação e educação para implementar ações que colaborem com o desenvolvimento de programas de promoção da alimentação saudável em nível da atenção básica à saúde na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da FIOCRUZ-RJ.

Esse trabalho será dividido em duas fases: Quantitativa, consistindo no preenchimento de questionário estruturado pelos diretores e profissionais de saúde para caracterização das atividades de alimentação e nutrição desempenhadas no centro de saúde. Qualitativa, onde será desenvolvido um estudo de caso para conhecer as representações dos profissionais e usuários dos centros de saúde visando a construção de uma nova proposta de promoção da alimentação saudável.

O tempo previsto para o preenchimento do questionário é de 15 minutos.

Ressalta-se o sigilo de todas as informações que serão coletadas e a análise dos dados ocorrerá de forma coletiva, podendo se necessário, revelar o sexo e a idade do entrevistado. Além disso, em qualquer fase da pesquisa, o entrevistado poderá recusar-se em participar ou retirar seu consentimento sem penalização alguma por parte das pesquisadoras.

Telefone de contato dos pesquisadores responsáveis pelo estudo:

**Denise Oliveira e Silva (61- 3446160 ou 33490659/ 9141-4527) e Erica EII (61- 3446160 ou 33490659/61- 9642-2968)**

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, pelo telefone 61-3325-4955.

Termo de consentimento

Eu, \_\_\_\_\_, em pleno gozo das minhas faculdades mentais, declaro que estou ciente de todas as informações relativas à pesquisa **“Promoção da Alimentação saudável no SUS-DF: conhecimento, atitudes e práticas”**, como seus objetivos e metodologia e as implicações de minha participação voluntária, incluindo a natureza e o objetivo do estudo, os métodos e meios através dos quais foram explicadas a mim. Tive a oportunidade de esclarecer outras dúvidas. Entendo também que em qualquer momento posso revogar minha participação e sair do estudo sem sofrer nenhuma punição ou perda de direitos. Eu receberei uma cópia da declaração e do documento de consentimento.

\_\_\_\_\_  
Nome do Voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data e Hora da assinatura

Declaração do investigador:

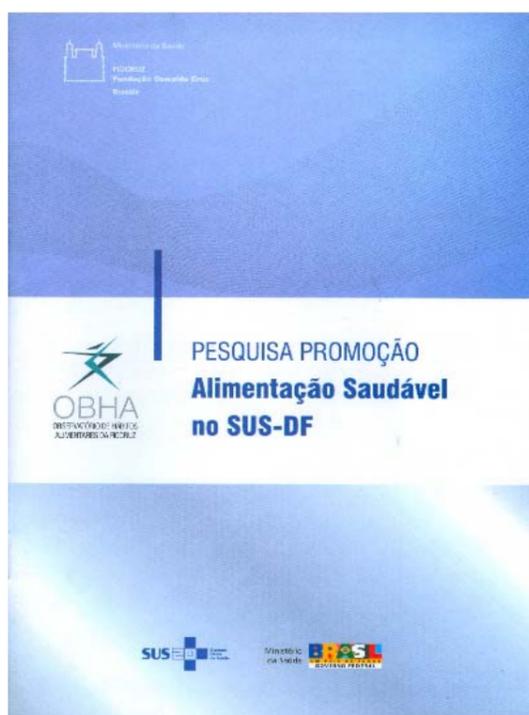
Expliquei o objetivo deste estudo ao voluntário. No melhor do meu conhecimento ele entendeu o objetivo, procedimentos, riscos e benefícios deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data e Hora da assinatura

## ANEXO D – Questionário





Hora do início do preenchimento: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Número do Questionário: \_\_\_\_\_

Você participou de cursos sobre promoção de alimentação saudável nestes últimos 12 meses?

(1) sim (2) não

Você gostaria de fazer um curso sobre alimentação saudável?

(1) sim (2) não

Quanto tempo (em meses) faz que você leu alguma informação sobre alimentação saudável? (marque apenas uma opção)

- quinze dias
- 30 dias
- menos de 6 meses
- de 6 a 12 meses

Avalie os itens abaixo. Marque X para cada um dos itens

Alimentação saudável está relacionada?	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
À variedade					
À equilíbrio					
À moderação					
À prazer					
À família					
À comer com os outros					
À cultura alimentar					

Utilizando a escala de 1 a 5, marque um X para opinar sobre cada fonte de informação listada e sua adequação para comunicação com os pacientes quando você aborda sobre alimentação saudável:

1 2 3 4 5  
 Nada importante / Nada adequado      Muito importante / Muito adequado

Fontes (Marque X para cada um dos itens)	Quanto à importância					Quanto à adequação para comunicação aos pacientes				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Publicações científicas (livros e artigos)										
Congressos e seminários										
Letras de colônia e de rodapé										
Jornais e revistas, banners de grande circulação										
Revistas sobre nutrição, corpo e beleza										
Revistas sobre alimentação										
Programas de televisão										
Programas de rádio										
Cadernos alimentares										
Manuais técnicos										
Sites de internet										
Trabalhos da FIOCRUZ										

Pesquisa

4

Pesquisa: Promoção de Alimentação Saudável no SUS-DT

350  
Q d  
51  
10  
80  
114  
de

5

Pesquisa: Promoção de Alimentação Saudável no SUS-DT

3



Leia os itens abaixo e marque com X para indicar o que considera importante sobre o conceito de ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, conforme a escala de 1 a 5:

	De acordo a importância				
	1	2	3	4	5
Balanceada com base de nutrientes essenciais					
Resistência para a qualidade de vida					
Adequada às características socio-culturais					
Alimentar sem alimentos industrializados					
Pronta de uso					
Higiênica					
Resistente ao grampo					
Contém variedades de alimentos					
Alimentar sem agrotóxicos					
Legumes, verduras e frutas					
Oferece prazer ao paladar					
Ter fibras e cereais integrais					
Trazer lembranças de nossa cultura					
Contém sódio ou açúcar					
Muito barato para se alimentar					
Lembranças de nossa família					

Leia os itens abaixo e marque com X para indicar o que considera importante para o conceito de ALIMENTAÇÃO VARIADA, conforme a escala de 1 a 5:

	De acordo a importância				
	1	2	3	4	5
Marque X para cada um dos itens					
Contém todos nutrientes					
Contém todos os grupos de alimentos					
Variedade de legumes, verduras e frutas					
Sem industrializados					
Contém proteína					
Sem aditivos ou colorantes					
Praticidade de uso					
Contém carboidrato					
Sem aditivos de corante					
Contém vitaminas e sais minerais					
Proporção adequada de ingestão					

Leia os itens abaixo e marque com X para indicar o que considera importante para o conceito de ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA:

	De acordo a importância				
	1	2	3	4	5
Marque X para cada um dos itens					
Fornece todos os nutrientes					
Resistente ao grampo de alimentos					
Variedade de legumes, verduras e frutas					
Proporção adequada de consumo de carne e outros nutrientes					
Adequada ao custo de vida					
Atende às necessidades biológicas					
De ingestão de carboidratos					
Sem aditivos					
Ter proteínas					
Ter legumes, frutas e verduras					





Qual é o seu peso atual em quilos? \_\_\_\_\_

Es estáu satisfeito (a) com meu peso atual:

Assinale X em uma das opções ao lado	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente

Qual é sua estatura? \_\_\_\_\_

Não há tempo suficiente na consulta para promoção da alimentação saudável.

Assinale X em uma das opções ao lado	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo plenamente

Avale e quando cada um dos itens abaixo interfere na boa promoção da alimentação saudável junto aos seus pacientes:

Marque X para cada um dos itens	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, Nem concordo	Concordo
Cabo número de pacientes por turno				
Diferencial entre o assunto abordado profissional e do cliente				
As técnicas utilizadas em relação aos pacientes				
Custo nível de instrução dos pacientes				
A maneira de trabalhar a Curva de Saúde em caso de doença				
Outras atividades profissionais				

Qual a importância que você atribui aos itens abaixo para explicar aos seus pacientes sobre alimentação saudável?

1 2 3 4 5  
Muito importante Muito importante

Marque X para cada um dos itens	Importância				
	1	2	3	4	5
Usar o tempo de trabalho de forma mais eficiente					
A experiência profissional					
Grupos e tabelas de alimentos da Curva					
INTERNET					
Informações disponíveis em revistas, jornais e periódicos					
Políticas institucionais					
Realização de grupos de discussão					
Trabalho de aula e reuniões virtuais com a distribuição de materiais aos clientes					
Forma e artigos científicos de saúde e alimentação					

Você sente falta de algum conhecimento sobre alimentação e nutrição relacionado aos temas abaixo?

Marque X para cada um dos itens	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo e nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
Exatidão de saber mais sobre nutrição relacionada aos alimentos					
Exatidão de saber mais sobre a relação de nutrição e outros fatores					
Exatidão de saber mais sobre patologias relacionadas					
Exatidão de saber mais sobre patologias e os estados patológicos					
Exatidão de saber mais sobre estratégias de intervenção, diagnóstico e tratamento em Saúde					
Exatidão de saber mais sobre técnicas de avaliação					



Dêine sobre a relevância das recomendações de alimentação saudável, abaixo:

	1	2	3	4	5
	Nada importante		Muito importante		
Marque X para cada um dos itens	Importância				
	1	2	3	4	5
Pratizar uma atividade física					
Chegar ao peso ideal para satisfazer as suas necessidades					
Manter as unhas limpas e secas e evitar o uso de maquiagem					
Diminuir a quantidade de sal na comida e reduzir o açúcar da mesa					
Comer frutas com a pele todos os dias, ou pelo menos cinco vezes por semana					
Fazer pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia					
Fazer pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias					
Comer pelo menos 3 porções de legumes e verduras e 3 porções de arroz de milho todos os dias					
Consumir diariamente 3 porções de leite e derivados e uma porção de carne					
Beber pelo menos 2 litros de água por dia					
Consumir alimentos em porções					
Evitar o consumo de alimentos ricos em gordura de origem animal e de alimentos ricos em açúcar					
Dar preferência aos grãos integrais e aos alimentos de origem natural					
Praticar o aleitamento materno					
Consumir no máximo uma porção por dia de doces, salgadinhos, bolachas, biscoitos e margarinas, evitando os produtos fritos					
Evitar refrigerantes e outros adoçados					
Realizar a higienização de carnes, leite e ovos					

Avalie: O que você gostaria de falar com os seus pacientes sobre alimentação saudável?

Marque X para cada um dos itens	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo, nem Concordo	Concordo	Concordo plenamente
Gostaria de falar sobre alimentação e doenças					
Gostaria de falar sobre aleitamento materno					
Gostaria de falar sobre suplementos nutricionais					
Gostaria de falar sobre alimentação infantil					
Gostaria de falar sobre grupos de alimentos					
Gostaria de falar sobre hábitos alimentares					
Gostaria de falar sobre alimentação e condições de vida					
Gostaria de falar sobre alimentação moderada sem excessos					
Gostaria de falar sobre prevenção de doenças relacionadas à alimentação saudável					
Gostaria de falar sobre diferença entre alimentos "boos" e "bads"					
Gostaria de falar sobre alimentação saudável para prevenção de doenças					

Observe as cartelas de silhueta que o entrevistador está lhe apresentando e escolha aquela que considera mais apropriada para cada um dos itens abaixo:

Item	Figuras correspondentes
1) Escolha uma figura que represente um homem de dimensões corporais normais	
2) Escolha uma figura que represente uma mulher de dimensões corporais normais	
3) Escolha uma figura que represente um homem de dimensões corporais normais	
4) Escolha uma figura que represente um homem de dimensões corporais normais	
5) Escolha uma figura que represente um homem de dimensões corporais normais	
6) Escolha uma figura que represente um homem de dimensões corporais normais	
7) Escolha uma figura que represente um homem de dimensões corporais normais	
8) Escolha uma figura que represente um homem de dimensões corporais normais	
9) Escolha uma figura que represente um homem de dimensões corporais normais	
10) Escolha uma figura que represente um homem de dimensões corporais normais	
11) Escolha uma figura que represente um homem de dimensões corporais normais	
12) Escolha uma figura que represente um homem de dimensões corporais normais	

## ANEXO E - Memória da análise fatorial

### Glossário das variáveis

Hora_inicio_1	Date	Hora do início do preenchimento	None	Nominal
Local	Numeric		{1, RA 1 - Hospital de Base do DF (HBDF)}...	Nominal
Nº_questionário	Numeric	Número do Questionário	None	Ordinal
Falta_integ_interprof	Numeric	As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Prec_cond_vida	Numeric	As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Falt_rec_hum	Numeric	As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Falt_conhec	Numeric	As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Ausên_tre_reci_prof	Numeric	As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Falt_mat_didát	Numeric	As barreiras que enfrento: Falta de material didático	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Resist_mud_pac	Numeric	As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Gran_núm_pac_170	Numeric	As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Baixa_inst_pac	Numeric	As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Hábit_cult_pac	Numeric	As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Falt_int_pac	Numeric	As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Influ_est_consum	Numeric	As barreiras que enfrento: Influência de estímulo de consumo de alimentos inadequados pela mídia	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Falt_esp_fís	Numeric	As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Falt_inter_prof	Numeric	As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Desorg_serv	Numeric	As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço	{1, discordo plenamente}...	Nominal
Esc_idade	Numeric	Escreva sua idade	None	Nominal
Sexo	Numeric		{1, feminino}...	Nominal
Esc_estado_nascimento	Numeric	Escreva em que Estado você nasceu	{1, Distrito Federal - DF}...	Nominal
Marq_profissão	Numeric	Marque com um X sua profissão	{1, enfermeira(o)}...	Nominal
Tem_especialidade	Numeric	Tem alguma especialidade	{1, sim}...	Nominal
Qual	Numeric	Qual especialidade?	{1, Saúde Coletiva e Gestão em Saúde}...	Nominal
Quan_horas_seman	Numeric	Quantas horas semanais você dedica no centro de saúde?	None	Nominal
Esc_ano_conclusão_gradu_190	Numeric	Escreva o ano que você concluiu sua graduação	None	Ordinal
Voc_pós_grad	Numeric	Você fez alguma pós-graduação	{1, sim}...	Nominal
Em_concluiu_últ_pós	Numeric	Em que ano você concluiu sua última pós-graduação?	None	Ordinal
Qual_temática	Numeric	Qual foi a temática abordada?	{1, Saúde Pública e Gerencia em Serviços de Saúde}...	Nominal
Sua_últ_pós	Numeric	Sua última pós-graduação foi de:	{1, atualização}...	Nominal
Qual_pós	Numeric	Última pós-graduação. Outro:	{1, Residência}...	Nominal

### Para o grupo dos Médicos

#### A). MATRIZ DE CORRELAÇÃO

Correlation Matrix \*

	As barreiras que enfrento: Falta de integração interpessoal	As barreiras que enfrento: Precisas condições de vida dos pacientes	As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos	As barreiras que enfrento: Falta de conhecimento	As barreiras que enfrento: Ausência de treinamento e reciclagem profissional	As barreiras que enfrento: Falta de material didático	As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças por parte dos pacientes	As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	As barreiras que enfrento: Influência de estímulo de consumo de alimentos inadequados pela mídia	As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações	As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças por parte dos profissionais de saúde	As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço
Correlation	1,000	,137	,374	,322	,280	,231	,057	,231	,087	,096	,147	,090	,147	,243	,314
		1,000	,316	,188	,233	,128	,317	,167	,606	,422	,275	,200	,260	,048	,062
			1,000	,229	,274	,114	,278	,251	,154	,201	,154	,206	,242	,257	
				1,000	,469	,148	,148	,141	,172	,262	,013	,211	,378	,349	
					1,000	,411	,212	,191	,244	,144	,114	,181	,285	,158	,183
						1,000	,213	,141	,232	,153	,062	,181	,206	,180	,227
							1,000	,179	,474	,436	,468	,211	,165	,152	,129
								1,000	,293	,198	,213	,186	,299	,082	,240
									1,000	,549	,409	,239	,245	,024	,121
										1,000	,482	,163	,062	,163	,158
											1,000	,249	,059	,281	,211
												1,000	,172	,053	,062
													1,000	,208	,308
														1,000	,584
															1,000
Sig. (1-tailed)	,020	,000	,000	,000	,000	,000	,196	,000	,007	,099	,013	,089	,014	,000	,000
		,020	,000	,002	,000	,027	,000	,006	,000	,000	,000	,001	,000	,237	,085
			,000	,000	,000	,000	,044	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000
				,000	,000	,000	,013	,014	,017	,005	,000	,422	,001	,000	,000
				,000	,000	,000	,001	,002	,000	,016	,044	,003	,000	,008	,003
				,000	,000	,000	,001	,017	,000	,011	,084	,003	,001	,003	,000
				,196	,000	,044	,001	,003	,000	,000	,000	,001	,007	,011	,027
				,000	,006	,014	,002	,017	,003	,001	,001	,002	,000	,000	,110
				,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
				,000	,000	,017	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,361
				,000	,000	,005	,015	,011	,000	,001	,000	,000	,000	,007	,178
				,013	,000	,001	,000	,044	,084	,000	,001	,000	,000	,000	,189
				,089	,001	,080	,422	,003	,003	,001	,002	,000	,000	,000	,212
					,014	,000	,001	,000	,001	,007	,000	,007	,189	,005	,001
				,000	,237	,000	,000	,009	,003	,011	,110	,361	,178	,000	,212
				,000	,085	,000	,000	,003	,000	,027	,000	,036	,008	,001	,176

a. Determinant = ,217

Pela Matriz de correlação é possível observar que há uma correlação bastante baixa entre algumas variáveis e a maioria é significativa a nível 0,01. A variável 8 – grande número de pacientes e a variável 12 – influência de estímulo de consumo de alimento inadequado pela mídia são as que possuem as menores correlações. Como o determinante é maior que zero podemos

fazer a inversão da matriz, ou seja, os fatores comuns podem ser expressos como combinações lineares das variáveis observáveis.

## B) ADEQUACIDADE DA AMOSTRA E TESTE DE ESFERECIDADE

### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,792
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	897,328
	df	105
	Sig.	,000

O KMO indica a possibilidade da análise fatorial e o teste de Bartlett indica que é improvável a matriz de correlação ser uma identidade.

## C) COMUNALIDADES

Communalities		
	Initial	Extraction
As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais	1,000	,406
As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	1,000	,520
As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos	1,000	,428
As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos	1,000	,609
As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional	1,000	,712
As barreiras que enfrento: Falta de material didático	1,000	,527
As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	1,000	,564
As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	1,000	,581
As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	1,000	,703
As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	1,000	,629
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	1,000	,675
As barreiras que enfrento: Influência de estímulo de consumo de alimentos inadequados pela mídia	1,000	,241
As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações	1,000	,439
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar	1,000	,731
As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço	1,000	,685

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Pelas comunalidades observa-se quanto de variância que uma variável compartilha com todas as outras variáveis. Percebe-se que das 15 variáveis, uma está abaixo de 0,3: variável 12 - influência de estímulo de consumo de alimento inadequado pela mídia. Isso indica a necessidade de se avaliar pela exclusão da variável, pois apresenta as menores correlações.

## D) VARIÂNCIA EXPLICADA

## Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,184	27,893	27,893	4,184	27,893	27,893	2,855	19,036	19,036
2	1,972	13,145	41,038	1,972	13,145	41,038	1,958	13,055	32,092
3	1,251	8,341	49,380	1,251	8,341	49,380	1,843	12,287	44,379
4	1,044	6,958	56,338	1,044	6,958	56,338	1,794	11,959	56,338
5	,979	6,528	62,866						
6	,907	6,050	68,916						
7	,773	5,151	74,067						
8	,736	4,907	78,974						
9	,626	4,176	83,150						
10	,576	3,838	86,987						
11	,503	3,354	90,341						
12	,406	2,708	93,049						
13	,382	2,550	95,598						
14	,348	2,322	97,920						
15	,312	2,080	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

## E) ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS

**Component Matrix** <sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	,661	-,507		
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	,588		-,497	
As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	,586	-,496		
As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	,585	-,378		
As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	,564	-,398		
As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos	,552	,409		-,364
As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional	,546		,419	-,432
As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos	,531			
As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço	,519	,488	-,361	
As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações	,486			
As barreiras que enfrento: Falta de material didático	,485			-,360
As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais	,450	,426		
As barreiras que enfrento: Influencia de estímulo de consumo de alimentos inadequados pela mídia	,382			
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar	,444	,509	-,524	
As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	,477			,565

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

## F) MATRIZ DOS COMPONENTES ROTACIONADA

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	,785			
As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	,767			
As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	,723			
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	,702			
As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	,603			
As barreiras que enfrento: Influência de estímulo de consumo de alimentos inadequados pela mídia	,390			
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar		,845		
As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço		,755		
As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional			,816	
As barreiras que enfrento: Falta de material didático			,698	
As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos			,590	
As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes				,730
As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações				,618
As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos				,537
As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais				,398

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

A variável com menor carga é " influência de estímulo de consumo de alimento inadequado pela mídia" e encontra-se inferior a 0,4, sendo recomendada sua exclusão.

# G) REPETIÇÃO DA ANÁLISE SEM A VARIÁVEL MÍDIA MATRIZ DE CORRELAÇÃO

Correlation Matrix

	As barreiras que enfrento: Falta de integração interprofissional	As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos	As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos	As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional	As barreiras que enfrento: Falta de material didático	As barreiras que enfrento: Resistência a mudança por parte do paciente	As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	As barreiras que enfrento: Baixa interação dos pacientes	As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações	As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar	As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço
Correlação	1,000	.137	.374	.322	.280	.231	.257	.231	.087	.286	.147	.147	.243	.314
		1,000	.316	.388	.233	.128	.317	.587	.606	.422	.275	.260	.048	.082
			1,000	.284	.229	.274	.114	.278	.251	.104	.201	.206	.242	.257
				1,000	.468	.289	.148	.146	.141	.172	.282	.211	.378	.349
					1,000	.411	.212	.191	.244	.144	.114	.285	.158	.183
						1,000	.213	.141	.232	.153	.082	.209	.180	.227
							1,000	.179	.474	.436	.468	.145	.152	.129
								1,000	.283	.199	.213	.299	.082	.245
									1,000	.549	.408	.345	.024	.121
										1,000	.482	.163	.082	.159
											1,000	.059	.281	.211
												1,000	.208	.308
													1,000	.084
														1,000
Sig. (1-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.196	.007	.009	.013	.014	.000	.000	.000
		.000	.000	.000	.000	.027	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.237	.085
			.000	.000	.000	.000	.044	.000	.000	.005	.001	.000	.000	.000
				.000	.000	.000	.013	.014	.017	.005	.000	.001	.000	.000
					.000	.000	.001	.002	.000	.015	.044	.000	.000	.003
						.000	.001	.017	.000	.011	.084	.001	.003	.000
							.001	.003	.000	.000	.000	.007	.011	.027
								.003	.000	.001	.001	.000	.110	.000
									.000	.000	.000	.000	.361	.035
										.000	.000	.007	.178	.008
											.000	.189	.000	.001
													.001	.000
														.000

\*. Determinant = .020

## ADEQUACIDADE DA AMOSTRA E TESTE DE ESFERECIDADE

**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,791
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	859,945
	df	91
	Sig.	,000

## COMUNALIDADES

Communalities

	Initial	Extraction
As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais	1,000	,409
As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	1,000	,563
As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos	1,000	,452
As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos	1,000	,588
As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional	1,000	,714
As barreiras que enfrento: Falta de material didático	1,000	,534
As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	1,000	,573
As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	1,000	,567
As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	1,000	,739
As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	1,000	,630
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	1,000	,673
As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações	1,000	,422
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar	1,000	,742
As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço	1,000	,684

Extraction Method: Principal Component Analysis.

## VARIÂNCIA EXPLICADA

## Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,070	29,071	29,071	4,070	29,071	29,071	2,701	19,293	19,293
2	1,933	13,804	42,875	1,933	13,804	42,875	1,908	13,631	32,924
3	1,245	8,894	51,769	1,245	8,894	51,769	1,852	13,231	46,155
4	1,042	7,446	59,214	1,042	7,446	59,214	1,828	13,060	59,214
5	,950	6,787	66,001						
6	,816	5,831	71,832						
7	,756	5,403	77,235						
8	,630	4,502	81,737						
9	,576	4,115	85,852						
10	,507	3,619	89,470						
11	,409	2,924	92,394						
12	,399	2,850	95,244						
13	,350	2,503	97,748						
14	,315	2,252	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

## ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS

Component Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	,653	-,541		
As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	,580	-,410		
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	,580		-,490	
As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos	,574	,371		
As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	,573	-,519		
As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	,557	-,425		
As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional	,548		,420	-,434
As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos	,541			
As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço	,536	,466	-,372	
As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações	,486			
As barreiras que enfrento: Falta de material didático	,485			-,380
As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais	,461	,416		
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar	,460	,491	-,538	
As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	,474			,558

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

## MATRIZ DOS COMPONENTES ROTACIONADA

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

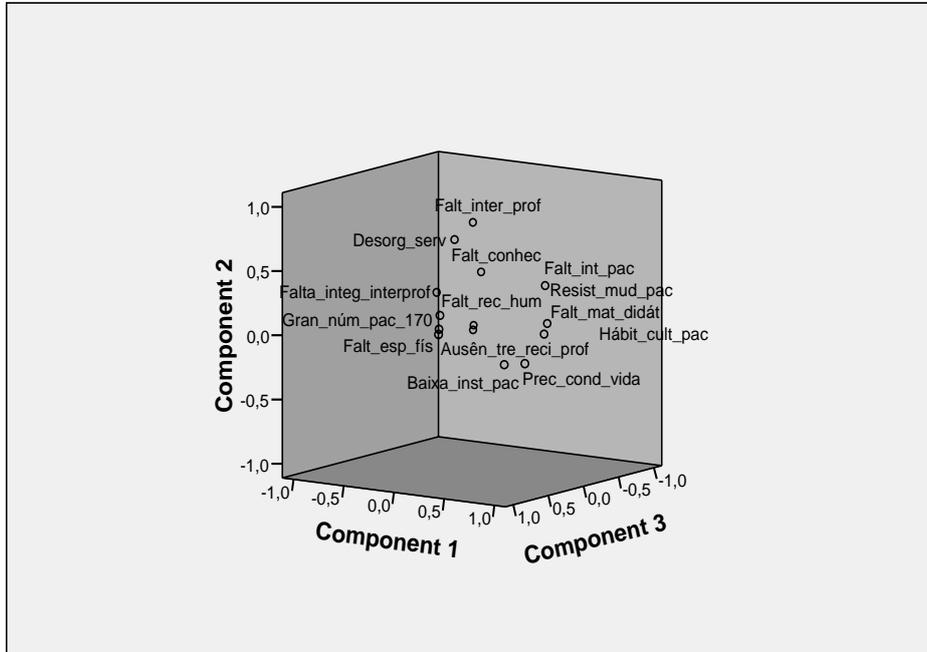
	Component			
	1	2	3	4
As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	,785			
As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	,763			
As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	,732			
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	,711			
As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	,595			
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar		,848		
As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço		,751		
As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes			,725	
As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações			,608	
As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos			,581	
As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais			,419	
As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional				,819
As barreiras que enfrento: Falta de material didático				,707
As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos				,587

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

Component Plot in Rotated Space



# Para o grupo dos Enfermeiros

## A) MATRIZ DE CORRELAÇÃO

Correlação Matriz

	As barreiras que afetam a integração interpessoal	As barreiras que afetam a integração da comunicação de vida dos pacientes	As barreiras que afetam a falta de recursos humanos	As barreiras que afetam a falta de conhecimentos e	As barreiras que afetam a ausência de regulamentação e regulamentação profissional	As barreiras que afetam a falta de material didático	As barreiras que afetam a resistência a mudanças por parte dos pacientes	As barreiras que afetam o grande número de pacientes	As barreiras que afetam a falta de instrução dos pacientes	As barreiras que afetam a falta de interesse dos pacientes	As barreiras que afetam a falta de interesse dos pacientes	As barreiras que afetam a influência de estímulos de consumo de produtos inadequados pela mídia	As barreiras que afetam a falta de espaço físico nos serviços de saúde para atendimento	As barreiras que afetam a falta de conhecimento da saúde para cuidar	As barreiras que afetam a falta de conhecimento da saúde para cuidar	As barreiras que afetam a falta de conhecimento da saúde para cuidar
Formação	1,000	.243	.181	.246	.280	.281	.252	.124	.230	.105	.225	.150	.260	.411	.412	
As barreiras que afetam a integração interpessoal		1,000	.309	.258	.227	.155	.329	.238	.648	.480	.417	.265	.246	.174	.205	
As barreiras que afetam a integração da comunicação de vida dos pacientes	.243		1,000	.425	.329	.410	.343	.413	.388	.284	.283	.245	.255	.127	.083	
As barreiras que afetam a falta de recursos humanos	.181	.309		1,000	.425	.329	.410	.343	.413	.388	.284	.283	.245	.127	.083	
As barreiras que afetam a falta de conhecimentos e	.246	.258	.425		1,000	.513	.245	.281	.251	.256	.230	.207	.281	.345	.152	
As barreiras que afetam a ausência de regulamentação e regulamentação profissional	.280	.227	.329	.425		1,000	.446	.292	.342	.317	.168	.338	.258	.267	.207	
As barreiras que afetam a falta de material didático	.281	.155	.410	.343	.413		1,000	.258	.185	.184	.161	.163	.238	.241	.152	
As barreiras que afetam a resistência a mudanças por parte dos pacientes	.252	.329	.410	.343	.413	.258		1,000	.400	.517	.561	.520	.292	.283	.196	
As barreiras que afetam o grande número de pacientes	.124	.238	.413	.245	.281	.292	.400		1,000	.498	.413	.374	.313	.252	.180	
As barreiras que afetam a falta de instrução dos pacientes	.230	.648	.388	.388	.342	.184	.517	.498		1,000	.879	.584	.333	.280	.231	
As barreiras que afetam a falta de interesse dos pacientes	.105	.480	.284	.283	.251	.184	.184	.413	.498		1,000	.584	.333	.280	.231	
As barreiras que afetam a influência de estímulos de consumo de produtos inadequados pela mídia	.225	.417	.283	.230	.158	.117	.520	.374	.564	.565		1,000	.325	.286	.162	
As barreiras que afetam a falta de espaço físico nos serviços de saúde para atendimento	.150	.265	.245	.207	.338	.163	.292	.313	.333	.368	.325		1,000	.199	.230	
As barreiras que afetam a falta de conhecimento da saúde para cuidar	.260	.246	.255	.281	.258	.238	.263	.252	.299	.223	.286	.199		1,000	.453	
As barreiras que afetam a falta de conhecimento da saúde para cuidar	.411	.412	.127	.345	.267	.241	.154	.116	.231	.167	.162	.229	.413		1,000	
As barreiras que afetam a falta de conhecimento da saúde para cuidar	.412	.412	.205	.182	.207	.195	.180	.231	.208	.187	.165	.284	.284	.519		
Seg (1 mês)		.000	.004	.000	.000	.000	.000	.004	.000	.011	.000	.002	.000	.000	.000	
Falta de integração interpessoal			.004	.000	.000	.000	.000	.004	.000	.011	.000	.002	.000	.000	.000	
As barreiras que afetam a integração interpessoal	.000		.000	.000	.000	.011	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	
As barreiras que afetam a integração da comunicação de vida dos pacientes	.004	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.111	
As barreiras que afetam a falta de recursos humanos	.000	.000	.000		.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.002	
As barreiras que afetam a falta de conhecimentos e	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.010	.000	.000	.000	.001	
As barreiras que afetam a ausência de regulamentação e regulamentação profissional	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	
As barreiras que afetam a falta de material didático	.000	.011	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.043	.008	.000	.000	.013	
As barreiras que afetam a resistência a mudanças por parte dos pacientes	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.002	
As barreiras que afetam o grande número de pacientes	.034	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.004	
As barreiras que afetam a falta de instrução dos pacientes	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	
As barreiras que afetam a falta de interesse dos pacientes	.011	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.010	.001	
As barreiras que afetam a influência de estímulos de consumo de produtos inadequados pela mídia	.000	.000	.000	.000	.010	.043	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.008	.007	
As barreiras que afetam a falta de espaço físico nos serviços de saúde para atendimento	.002	.000	.000	.000	.008	.008	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.002	.008	
As barreiras que afetam a falta de conhecimento da saúde para cuidar	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.002	.000		.000	
As barreiras que afetam a falta de conhecimento da saúde para cuidar	.000	.005	.031	.000	.000	.000	.024	.044	.000	.010	.008	.000	.000	.000		
As barreiras que afetam a falta de conhecimento da saúde para cuidar	.000	.001	.111	.000	.001	.013	.000	.004	.000	.001	.007	.008	.000	.000	.000	

Pela matriz podemos observar que há uma correlação entre algumas variáveis e a maioria é significativa a nível 0,05 e 0,01. A varável "influência de estímulo de consumo de alimentos inadequados pela mídia" é a que possui as menores correlações.

## B) ADEQUACIDADE DA AMOSTRA E TESTE DE ESFERECIDADE

**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,841
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1136,277
	df	105
	Sig.	,000

## C) COMUNALIDADES

Communalities		
	Initial	Extraction
As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais	1,000	,480
As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	1,000	,483
As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos	1,000	,590
As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos	1,000	,492
As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional	1,000	,615
As barreiras que enfrento: Falta de material didático	1,000	,541
As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	1,000	,520
As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	1,000	,439
As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	1,000	,741
As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	1,000	,686
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	1,000	,616
As barreiras que enfrento: Influencia de estímulo de consumo de alimentos inadequados pela mídia	1,000	,281
As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações	1,000	,439
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar	1,000	,683
As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço	1,000	,667

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Observando-se as comunalidades, a variável "influência de estímulo de consumo de alimento inadequado pela mídia" é a que apresenta as menores correlações, sugerindo sua supressão.

## D) VARIÂNCIA EXPLICADA

## Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,184	34,557	34,557	5,184	34,557	34,557	3,693	24,620	24,620
2	1,795	11,965	46,522	1,795	11,965	46,522	2,330	15,535	40,155
3	1,295	8,633	55,155	1,295	8,633	55,155	2,250	15,000	55,155
4	,846	5,641	60,795						
5	,834	5,560	66,356						
6	,802	5,345	71,701						
7	,709	4,725	76,426						
8	,659	4,392	80,818						
9	,629	4,192	85,010						
10	,504	3,361	88,371						
11	,459	3,060	91,431						
12	,408	2,722	94,153						
13	,340	2,268	96,421						
14	,290	1,937	98,357						
15	,246	1,643	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

## E) ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS

Component Matrix<sup>a</sup>

	Component		
	1	2	3
As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	,782		
As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	,705	-,401	
As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	,666		
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	,644		
As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	,631		
As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	,600		
As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional	,590		,458
As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos	,588		,490
As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos	,576		
As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações	,534		
As barreiras que enfrento: Influência de estímulo de consumo de alimentos inadequados pela mídia	,526		
As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais	,492	,466	
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar	,477	,616	
As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço	,454	,504	-,454
As barreiras que enfrento: Falta de material didático	,442		,514

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

## F) MATRIZ DOS COMPONENTES ROTACIONADA

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component		
	1	2	3
As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	,826		
As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	,817		
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	,772		
As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	,678		
As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	,664		
As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	,590		
As barreiras que enfrento: Influencia de estímulo de consumo de alimentos inadequados pela mídia	,435		
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar		,807	
As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço		,803	
As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais		,637	
As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações		,586	
As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional			,732
As barreiras que enfrento: Falta de material didático			,719
As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos			,674
As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos			,604

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

### G) REPETIÇÃO DA ANÁLISE SEM A VARIÁVEL MÍDIA MATRIZ DE CORRELAÇÃO

Correlation Matrix \*

	As barreiras que afetam: Falta de integração interprofissional														
Correlação	1,000	0,243	0,185	0,357	0,282	0,206	0,233	0,105	0,237	0,155	0,210	0,246	0,405	0,411	
As barreiras que afetam: Falta de integração interprofissional	1,000														
As barreiras que afetam: Falta de integração interprofissional	0,243	1,000													
As barreiras que afetam: Falta de recursos humanos	0,185	0,261	1,000												
As barreiras que afetam: Falta de conhecimento e reciclagem profissional	0,357	0,258	0,426	1,000											
As barreiras que afetam: Falta de material didático	0,282	0,230	0,338	0,513	1,000										
As barreiras que afetam: Resistência a mudanças por parte dos pacientes	0,206	0,157	0,412	0,201	0,447	1,000									
As barreiras que afetam: Grande número de pacientes	0,233	0,114	0,203	0,213	0,266	0,253	1,000								
As barreiras que afetam: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientar	0,105	0,291	0,369	0,286	0,280	0,169	0,417	1,000							
As barreiras que afetam: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientar	0,237	0,448	0,388	0,351	0,344	0,185	0,498	0,489	1,000						
As barreiras que afetam: Habilidades culturais dos pacientes	0,155	0,480	0,283	0,255	0,316	0,161	0,545	0,406	0,679	1,000					
As barreiras que afetam: Falta de interesse dos pacientes	0,210	0,412	0,278	0,212	0,154	0,123	0,526	0,389	0,558	0,559	1,000				
As barreiras que afetam: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientar	0,246	0,242	0,247	0,260	0,250	0,242	0,282	0,272	0,294	0,220	0,283	1,000			
As barreiras que afetam: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar	0,405	0,175	0,128	0,339	0,286	0,243	0,134	0,121	0,231	0,157	0,166	0,434	1,000		
As barreiras que afetam: Desorganização do serviço	0,411	0,205	0,081	0,190	0,204	0,151	0,191	0,178	0,230	0,208	0,165	0,389	0,518	1,000	
Sig. (1-tailed)															
As barreiras que afetam: Falta de integração interprofissional	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,011	0,001	0,000	0,000	0,000	
As barreiras que afetam: Falta de integração interprofissional	0,000														
As barreiras que afetam: Falta de recursos humanos	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,010	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,001	
As barreiras que afetam: Falta de conhecimento e reciclagem profissional	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
As barreiras que afetam: Falta de material didático	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
As barreiras que afetam: Resistência a mudanças por parte dos pacientes	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
As barreiras que afetam: Grande número de pacientes	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
As barreiras que afetam: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientar	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
As barreiras que afetam: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientar	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
As barreiras que afetam: Habilidades culturais dos pacientes	0,011	0,000	0,000	0,000	0,000	0,008	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,010	0,001	
As barreiras que afetam: Falta de interesse dos pacientes	0,001	0,000	0,000	0,001	0,011	0,035	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,007	0,007	
As barreiras que afetam: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientar	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
As barreiras que afetam: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,010	0,007	0,000	0,000	0,000	
As barreiras que afetam: Desorganização do serviço	0,000	0,001	0,115	0,000	0,001	0,013	0,000	0,004	0,000	0,001	0,007	0,000	0,000	0,000	

\*. Determinant = 206

### ADEQUACIDADE DA AMOSTRA E TESTE DE ESFERECIDADE

**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,834
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1078,436
	df	91
	Sig.	,000

## COMUNALIDADES

## Communalities

	Initial	Extraction
As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais	1,000	,478
As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	1,000	,479
As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos	1,000	,602
As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos	1,000	,507
As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional	1,000	,615
As barreiras que enfrento: Falta de material didático	1,000	,526
As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	1,000	,521
As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	1,000	,437
As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	1,000	,742
As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	1,000	,675
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	1,000	,622
As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações	1,000	,438
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar	1,000	,681
As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço	1,000	,674

Extraction Method: Principal Component Analysis.

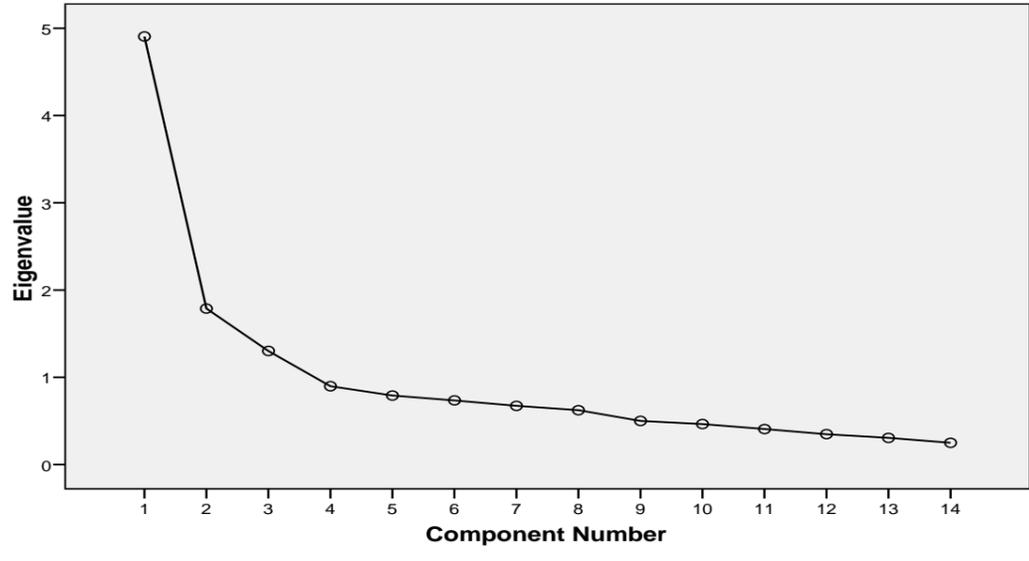
## VARIÂNCIA EXPLICADA

## Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,906	35,040	35,040	4,906	35,040	35,040	3,488	24,914	24,914
2	1,788	12,774	47,814	1,788	12,774	47,814	2,285	16,324	41,238
3	1,303	9,305	57,119	1,303	9,305	57,119	2,223	15,881	57,119
4	,898	6,415	63,534						
5	,792	5,654	69,188						
6	,736	5,260	74,449						
7	,673	4,810	79,259						
8	,624	4,455	83,713						
9	,501	3,578	87,291						
10	,465	3,323	90,614						
11	,408	2,913	93,528						
12	,349	2,495	96,022						
13	,307	2,190	98,212						
14	,250	1,788	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



## ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS

Component Matrix<sup>a</sup>

	Component		
	1	2	3
As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	,786		
As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	,700		
As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	,655		
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	,643		
As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	,636		
As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	,596		
As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos	,590		,500
As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional	,581		
As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos	,574		
As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações	,544		
As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais	,489		
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar	,481	,604	
As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço		,489	
As barreiras que enfrento: Falta de material didático			,491

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

## MATRIZ DOS COMPONENTES ROTACIONADA

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component		
	1	2	3
As barreiras que enfrento: Baixa instrução dos pacientes	,820		
As barreiras que enfrento: Hábitos culturais dos pacientes	,808		
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos pacientes	,774		
As barreiras que enfrento: Resistência a mudanças pelo paciente	,689		
As barreiras que enfrento: Precárias condições de vida dos pacientes	,655		
As barreiras que enfrento: Grande número de pacientes	,602		
As barreiras que enfrento: Desorganização do serviço		,808	
As barreiras que enfrento: Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar		,806	
As barreiras que enfrento: Falta de Integração interprofissionais		,630	
As barreiras que enfrento: Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações		,581	
As barreiras que enfrento: Ausência de treinamentos e reciclagem profissional			,739
As barreiras que enfrento: Falta de material didático			,708
As barreiras que enfrento: Falta de recursos humanos			,685
As barreiras que enfrento: Falta de conhecimentos			,626

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

### Component Plot in Rotated Space

