

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

MARTA SOUZA ROCHA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VOLTADO PARA
ATUALIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE PARA O
DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS EM
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO JUNTO A COMUNIDADES.
SALVADOR – Ba, 2008**

BRASÍLIA

2008

MARTA SOUZA ROCHA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VOLTADO PARA
ATUALIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE PARA O
DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS EM
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO JUNTO A COMUNIDADES.
SALVADOR – Ba, 2008**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição.

Orientadora: Dra. Erica Eil

**Brasília
2008**

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Luiz Neunzig – Bibliotecária CRB 1/2.175

R672o ROCHA, Marta Souza

Projeto de Intervenção voltado para atualização de profissionais de saúde de Unidades de Saúde da Família com ênfase para o desenvolvimento de práticas educativas em Alimentação e Nutrição junto a comunidades. Salvador – Ba. Brasília, 2008. 44 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Diretoria Regional de Brasília, 2008.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação Alimentar e Nutricional. 3. Pessoal de Saúde. 4. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. 5. Saúde da Família. I. Título.

CDD: 612.39

A minha família pelo apoio incondicional
Aos meus primos Rogério e Ruth pela colaboração
A Dr. Luis Eugênio Portela F. de Souza,
pela oportunidade
A orientadora Prof^a Érica Ell pela paciência e acolhimento no momento de
dificuldade.

Agradecimentos

A Fundação Oswaldo Cruz.

A Diretoria Regional de Brasília.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

À Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/SAS/MS..

À Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

À orientadora ,

pelo acompanhamento e competência.

Aos professores do curso de pós-graduação

...

A todos que direta e indiretamente contribuíram para

A elaboração desse projeto.

Resumo

Desenvolver um processo educativo a respeito das questões alimentares e nutricionais nas unidades básicas de saúde em um dos Distritos Sanitário da cidade de Salvador-Ba, é o desafio colocado à área técnica de nutrição da Secretaria Municipal de Saúde. A educação alimentar e nutricional é uma estratégia que pode contribuir com mudanças desejáveis na melhoria da saúde da população e faz parte de um conjunto de ações da atenção básica que são desenvolvidos pelas equipes de saúde da família. Este projeto de intervenção tem a finalidade de contribuir com as equipes de saúde da família no desenvolvimento de um processo educativo problematizador na perspectiva da vigilância e promoção da saúde através de oficinas pedagógicas. A pedagogia problematizadora baseia-se no processo ensino-aprendizagem onde profissionais de saúde e comunidade compartilham a construção de conhecimentos transformadores da realidade local por meio do diálogo, da troca de saberes e experiências.

Palavras-Chaves: Equipes de saúde da família, Educação Alimentar e Nutricional, Oficinas Pedagógicas.

Abstract

The development of an educative process regard as feeding and nutritional matters for healthcare centers in one of the Sanitation Zone in Salvador-Ba is a challenge for Nutrition technician from Public Healthcare Department. Feeding and nutritional education is one of the strategies that can contribute to change and improve population health. Also it takes part in a group of actions for primary healthcare that is developed by a family health team. This project of intervention aims to help family health team to work out an educative process looking at problems from health vigilance and promotion's perspective through pedagogical workshop. Pedagogy of problem is based on a teaching-learning process whereby health professionals and community get knowledge as well as try to make changes through dialogue, acquirements and experiences from knowing local situation.

Key words: feeding and nutritional education, pedagogy of problem, pedagogic workshop

Índice de Tabelas

TABELA 1 - Comparação dos dados de mortalidade por diferentes tipos de doença de Salvador e do Distrito Sanitário de Cajazeiras, 2005.....	16
TABELA 2 – Organização e Participação dos Profissionais de Saúde nas Atividades Educativas com os Usuários da UBS do Distrito Sanitário de Cajazeiras – Salvador, 2008.....	17
TABELA - 3 Estratégias Pedagógicas utilizadas nas Atividades Educativas desenvolvidas com os usuários das UBS. Distrito Sanitário de Cajazeiras – Salvador, 2008.....	18
TABELA 4 - Estratégias Pedagógicas utilizadas nas Atividades Educativas desenvolvidas com os usuários das UBS. Distrito Sanitário de Cajazeiras – Salvador, 2008.....	18
TABELA 5 – Instrumentos de apoio didático utilizados nas Atividades Educativas desenvolvidas com os usuários das UBS. Distrito Sanitário de Cajazeiras – Salvador, 2008.....	19
TABELA 6 – Segmentos da População para os quais as Atividades Educativas são planejadas no Distrito Sanitário de Cajazeiras – Salvador, 2008.....	19
TABELA 7 – Locais utilizados para realizar as atividades educativas planejadas pelos profissionais de saúde das UBS do Distrito de Cajazeiras – Salvador, 2008.....	20

Sumário

1. Apresentação	9
2. Situação Problema	12
2.1. Caracterização do Distrito Sanitário de Cajazeiras	14
2.2. Diagnóstico das ações educativas desenvolvidas no DSC	15
3. Objetivos do Projeto	20
4. Justificativa Técnico-Científica	21
5. Referencial Teórico	23
5.1. Principais Problemas Nutricionais Brasileiros.....	23
5.2. Perfil Alimentar Nacional.....	24
5.3. Educação e Saúde.....	25
5.4. Educação Nutricional	27
5.5. Planejamento Participativo	28
6. Metodologia	31
7. Aspectos Éticos.....	34
8. Conclusão	35
8.1. Resultados esperados após a intervenção	35
9. Análise de viabilidade de implantação	36
10. Cronograma.....	37
11. Referências Bibliográficas	38

1. Apresentação

Nas diretrizes do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano da Cidade do Salvador – PDDU (Lei Municipal nº 6.586 de 03 de agosto de 2004) está previsto que o setor saúde deve reorganizar suas ações para o controle dos danos, de riscos e de determinantes sócio-ambientais que incidem sobre o perfil epidemiológico da população. Ainda segundo o PDDU, o setor saúde deve “desenvolver e implementar política de Alimentação e Nutrição com vistas à segurança alimentar e melhorias do estado nutricional da população”. Para atender as diretrizes do PDDU, o Plano Municipal de Saúde de Salvador 2006-2009 prevê no Módulo Operacional da Vigilância e Promoção da Saúde a Ação nº 10: “desenvolvimento de um processo educativo junto à comunidade acerca das questões alimentares e nutricionais”.

Desenvolver um processo educativo sobre alimentação e nutrição, no contexto da vigilância e promoção da saúde, com a comunidade é o desafio colocado à Área Técnica de Alimentação e Nutrição - ATAN junto aos Distritos Sanitários.

A concepção de vigilância a saúde apóia-se na organização das práticas de saúde no nível local com as seguintes características: (a) intervenções sobre danos, riscos e/ou determinantes da saúde; (b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuo; (c) utilização do conceito epidemiológico de risco; (d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; (e) atuação intersetorial; (f) ações sobre o território; (g) intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA et al., 1998 *apud* PAIM, 2003).

A vigilância em saúde tem estreita relação com a promoção da saúde na medida em que amplia suas intervenções nos aspectos que determinam o processo saúde/doecimento, como por exemplo: violência, desemprego, falta de saneamento, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada; e potencializa formas de intervir em saúde, melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2006a).

Estas intervenções são desenvolvidas no nível local através da estratégia da Saúde da Família, modelo de atenção à saúde que reorientou a atenção primária voltando suas ações para práticas mais resolutivas e humanizadas buscando a

qualidade de vida e de acordo com os princípios do SUS. Na unidade de saúde da família o trabalho é realizado de forma interdisciplinar e em equipe possibilitando a atenção integral aos usuários e a comunidade.

São características do processo de trabalho das equipes de saúde da família, entre outras, o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; e o desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis (Brasil, 2006b).

Práticas alimentares saudáveis interferem no processo de saúde-doença diminuindo os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e atenua as deficiências nutricionais provenientes da má nutrição. Neste sentido, as práticas educativas em alimentação e nutrição desenvolvidas através de metodologias pedagógicas que busquem um pensar crítico da realidade e a autonomia dos sujeitos podem ser uma boa estratégia para atenuar fatores de risco relacionados com a alimentação e nutrição.

De acordo com o Regimento da Secretaria Municipal de Saúde do Salvador (DOM, Salvador, 12 de junho de 2002), compete à Coordenação de Atenção e Promoção à Saúde - COAPS, coordenar, apoiar, monitorar e avaliar as ações e serviços de promoção e assistência à saúde com vistas ao desenvolvimento dos Distritos Sanitários assegurando o cumprimento das metas estabelecidas na política de saúde do município. Cabe aos setores de Desenvolvimento das Ações Básicas e Desenvolvimento e Monitoramento do Programa Saúde da Família, entre outras atribuições: (a) coordenar e acompanhar planos distritais, programas básicos de saúde e outros; (b) avaliar o processo de desenvolvimento das ações de saúde; (c) colaborar no planejamento, assessorar e promover conjuntamente com os Distritos Sanitários ações de saúde na família; (d) colaborar para o planejamento e execução das atividades de educação continuada das equipes de saúde em conjunto com os Distritos Sanitários, Coordenação de Recursos Humanos e/ou outras instituições.

Para apoiar os setores referidos, a COAPS conta com diversas áreas técnicas que auxiliam no desenvolvimento das ações básicas de saúde nos Distritos Sanitários, dentre elas a Área Técnica de Alimentação e Nutrição - ATAN. É responsabilidade da ATAN: (a) monitorar a situação alimentar e nutricional da

população; (b) acompanhar as condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família; (c) prevenir e controlar as carências e distúrbios nutricionais; (d) acompanhar e monitorar a distribuição de Fórmulas Infantis para crianças portadoras de Alergia Alimentar; (e) desenvolver um processo educativo junto à comunidade acerca das questões alimentares e nutricionais; (f) incentivar o aleitamento materno e (g) planejar e executar capacitações dos profissionais junto à Sub-coordenação de Recursos Humanos.

Este projeto de intervenção é a iniciativa da ATAN em cumprir com a responsabilidade da ação de nº 10 do Plano Municipal de Saúde 2006-2009, e propõe-se a desenvolver um programa sistemático de atualização pedagógica dos profissionais de saúde sobre a prática educativa em alimentação e nutrição que possa contribuir para qualificar suas atividades educativas cotidianas junto à comunidade local.

2. Situação Problema

Segundo Assis (2007), as práticas educativas têm seu valor reconhecido como dimensão essencial do cuidado em saúde, elas já são valorizadas em várias políticas de saúde como as políticas de Atenção Básica, de Humanização, de Promoção da Saúde, que sinalizam o compartilhamento dos saberes entre a população e os profissionais de saúde.

A educação e a saúde são campos de conhecimento que interagem entre si tanto no nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Devido à crescente acumulação de conhecimentos e a necessidade de atualização do profissional de saúde, torna-se indispensável um processo de formação contínua que vise não somente à aquisição de habilidades técnicas, mas também ao desenvolvimento de suas potencialidades no mundo do trabalho e no seu meio social (PEREIRA, 2003).

No Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde identifica-se a seguinte problemática em relação aos recursos humanos do sistema de saúde brasileiro:

“Há ausência da academia nos processos de formação, re-qualificação e capacitação dos Recursos Humanos para a nova realidade e modelo de gestão. Essa falta de qualificação profissional desmotiva e desgasta física e emocionalmente, acarreta dificuldades de relacionamento e impede a coesão das equipes de saúde e resulta na execução das tarefas sem planejamento, exigindo uma política de Educação Continuada aos profissionais” (CNS, 2000:47 apud PEREIRA, 2003).

As ações educativas em saúde tem sido um eixo nas práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais na atenção básica a nível local na rede municipal de saúde de Salvador. São realizadas em grupos ou individuais, utilizando-se os espaços comunitários ou o ambiente da própria unidade de saúde. No entanto, as atividades são realizadas sem planejamento pedagógico e sem o devido registro nos documentos oficiais de gestão. O único dado indicativo a respeito das atividades educativas está no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde, o SIA/SUS que informa a respeito dos procedimentos ambulatoriais. Em 2006, foram realizadas 14.871 atividades educativas com grupos pelas equipes de saúde das

Unidades Básicas de Saúde da Família - USF e Unidades Básicas com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - UBS/PACS.

Discutir as práticas educativas em alimentação e nutrição desenvolvidas nas unidades de saúde visa contribuir para que os profissionais de saúde possam se apropriar de uma compreensão de educação que esteja de acordo com os princípios da promoção da saúde. De acordo com Pereira (2003), torna-se necessário à discussão sobre as concepções de práticas educativas que são norteadas pelas tendências pedagógicas pela qual é compreendido o processo ensino-aprendizagem.

A necessidade de conhecer essas práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, desde o seu planejamento até a sua execução, levou a Área Técnica de Alimentação e Nutrição a realizar um diagnóstico dessas atividades em um dos Distritos Sanitários que compõe a organização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde.

Foi replicado um questionário encaminhado pela Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição – CGPAN do Ministério da Saúde, no período de 07 a 12 de novembro de 2007, que tinha a finalidade de avaliar as potencialidades e subsidiar futuras ações de promoção da alimentação saudável nos municípios. Este questionário, que está no anexo 1, foi adaptado para que as unidades de saúde respondessem sobre as atividades educativas desenvolvidas pelos profissionais no nível local.

Elegeu-se o Distrito Sanitário de Cajazeiras para uma pesquisa piloto pelo fato de sua estrutura organizacional contar com uma nutricionista que coordena e oferece apoio às equipes de saúde da família nas ações de alimentação e nutrição, o que permite o início da intervenção nas unidades desse distrito.

Foi encaminhado o questionário para cada unidade de saúde para que a nutricionista aplicasse o mesmo durante o mês de abril de 2008 junto as equipes de saúde, e foi respondido pelas enfermeiras das equipes. Uma das USF não encaminhou o questionário no prazo determinado.

Antes, porém de apresentar o resultado do diagnóstico das ações educativas, o DS será caracterizado nos seus aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos.

2.1. Caracterização do Distrito Sanitário de Cajazeiras

Para caracterizar o Distrito Sanitário de Cajazeira – DSC buscou-se informações no Plano Municipal de Saúde de Salvador 2006-2009 e na Análise de Saúde realizada pela Coordenação do DSC. Este distrito possui cinco Unidades de Saúde da Família - USF e uma Unidade Básica de Saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – UBS/PACS.

Ocupa uma extensão territorial de 22,05 km², abrangendo 22 bairros com 16 favelas. A história da formação da comunidade onde se encontra o Distrito de Cajazeiras deu-se em função de funcionários e famílias de pacientes portadores de Hanseníase do Hospital Rodrigo de Meneses, que foi inaugurado na década de 50 e faz até os dias de hoje atendimento clínico, reabilitação física e psico-social dos casos. Tem uma população estimada em 2007 de 171.375 habitantes com base no censo do IBGE (2000). Os dados mais recentes sobre a situação do saneamento básico no DSC são de 2000, segundo informações do IBGE, o abastecimento de água pela rede geral chega a 94% dos moradores, porém só 86,9% usufruem de esgotamento sanitário. O lixo é 75% coletado por empresa pública, o restante é queimado, enterrado ou jogado a céu aberto.

O Distrito possui, além das unidades básicas de saúde, duas Unidades de Emergência, um Hospital Especializado em hanseníase, uma maternidade, um hospital particular e um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. Tem uma taxa de natalidade estimada para 2005 em torno de 15 por 1000, sendo maior que a média da cidade de Salvador, estimada em torno de 14 por 1000. Considerando a pirâmide etária da população para o ano 2000, observa-se um aumento da participação dos grupos populacionais mais jovens (15-19;20-24;25-29), acompanhado de um estreitamento da sua base nas últimas décadas, especialmente nos grupos de 0-4 e 5-9 anos. Ademais, constata-se um aumento da participação do grupo acima de 60 anos.

A Tabela 1 mostra a comparação dos dados de mortalidade do Distrito Sanitário de Cajazeiras e do município de Salvador. Em 2005 foram registrados 577 óbitos de residentes no DSC, correspondendo a um coeficiente de mortalidade geral de 3,5 óbitos por mil habitantes, sendo um dos distritos que apresenta valores mais baixos desse indicador. Nesse mesmo ano foram registrados 48 óbitos de menores de um ano para 2.422 nascidos vivos, correspondendo a um coeficiente de

mortalidade infantil de 19,8 por mil nascidos vivos, ficando abaixo da média da cidade que é de 21,2/1000 nascidos vivos. O coeficiente de mortalidade materna é bem superior à média encontrada em Salvador. Este distrito sanitário apresenta um dos maiores coeficientes de morte materna da cidade necessitando de maior atenção na assistência ao pré-natal e ao parto. Em contrapartida apresenta menores taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias, causas externas, doenças do aparelho respiratório e por fim as doenças infecciosas e parasitárias que apresentam coeficiente de mortalidade de 26,4/100.000 hab abaixo da média da cidade.

Tabela 1 – Comparação dos dados de mortalidade por diferentes tipos de doença de Salvador e do Distrito Sanitário de Cajazeiras, 2005.

Causas de morte	DS de Cajazeiras	Salvador
Mortalidade Geral	3,5	4,8
Mortalidade Infantil	19,8	21,2
Mortalidade Materna	165,2	46,44
Doenças do aparelho circulatório	76,1	117,7.
Neoplasias	50,3	75,8
Causas externas	59,5	61,5
Doenças do aparelho respiratório	42,3	53,6
Doenças infecciosas e parasitárias	26,4	31,0

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2006-2009

2.2. Diagnóstico das ações educativas desenvolvidas no DSC

Os resultados da pesquisa realizada nas USF do Distrito Sanitário de Cajazeiras (DSC) apontam que as atividades educativas em alimentação e nutrição fazem parte da prática assistencial realizada pelas equipes de saúde com a comunidade, embora estas atividades não sejam planejadas a partir das características epidemiológicas do estado nutricional e do perfil alimentar da comunidade. A reorganização do modelo de atenção à saúde pautado na vigilância à saúde pressupõe o conhecimento da realidade das famílias através da identificação dos problemas de saúde daquela comunidade. No DSC a vigilância

alimentar e nutricional das famílias atendidas não é monitorada pelas equipes de saúde.

As informações a respeito da situação alimentar e nutricional contribui para realizar o diagnóstico dos problemas nutricionais, direcionando as equipes na resolução dos problemas e situações de risco de forma racionalizada.

A tendência das ações educativas é dialogar com a comunidade a respeito da percepção dos problemas de saúde enfrentados, seus condicionantes e determinantes, e segundo Freire (1996), fazer uma reflexão crítica da realidade vivenciada, aumentando o campo de percepção de si e do mundo, partindo para uma ação transformadora, é fundamental.

A Tabela 2 mostra que as equipes de saúde organizam suas atividades educativas de forma interdisciplinar e em equipe, característica peculiar do modelo de atenção da saúde da família. Nota-se que na unidade de saúde que ainda não adotou o modelo da saúde da família, as atividades educativas são organizadas apenas por parte da equipe de saúde, e a participação dos outros profissionais se dá de forma esporádica, pontual e fragmentada. Este resultado indica que a estratégia de saúde da família influencia positivamente no desenvolvimento das ações educativas, contudo a comunidade ainda não participa efetivamente do planejamento das ações.

TABELA 2 – Organização e Participação dos Profissionais de Saúde nas Atividades Educativas com os Usuários da UBS do Distrito Sanitário de Cajazeiras – Salvador, 2008.

Organização das atividades por todos os profissionais de saúde da UBS						
	Sim	%	Não	%		
USF	4	80%	0	0%		
UBS c/ PACS	0	0%	1	20%		
Total	4	80%	1	20%		
Participação dos profissionais nas ações educativas						
	Individual	%	Integrada	%	Ambas	%
USF	0	0%	0	0%	4	80%
UBS c/ PACS	1	20%	0	0%	0	0%
Total	1	20%	0	0%	4	80%

Fonte: Questionário

A Tabela 3 apresenta o percentual de frequência dos temas mais trabalhados nas atividades educativas. Os temas mais destacados referem-se ao aleitamento materno e aos distúrbios alimentares que levam aos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis: sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes, seguidos da alimentação complementar para crianças menores de 2 anos. A abordagem em torno dos problemas relativos às carências nutricionais e crescimento saudável ficam em terceiro plano. O questionário não dá subsídios para concluir se estes conteúdos foram sugeridos pelos participantes dos grupos ou se foram definidos pelas equipes de saúde sem uma discussão prévia com o grupo.

TABELA 3 – Frequência de temas nas Atividades Educativas planejadas pelos profissionais de saúde das UBS do Distrito Sanitário de Cajazeiras – Salvador, 2008.

Temas trabalhados nas atividades educativas					
	USF	%	UBS/PACS	%	Total(%)
Aleitamento Materno	4	80%	1	20%	100%
Alimentação Complementar p/	2	40%	0	0%	40%
Crescimento Saudável c/	1	20%	0	0%	20%
Carências Nutricionais	1	20%	0	0%	20%
Distúrbio Alimentar:	4	80%	1	20%	100%

Fonte: Questionário

As estratégias pedagógicas para a abordagem desses temas (Tabela 4) são prioritariamente palestras, atividades em grupo, oficinas temáticas e orientações individuais. As palestras continuam sendo a principal técnica pedagógica para abordar os temas, contudo não fica claro se o processo de aprendizagem é realizado de forma dialogada, reflexiva e com a participação ativa dos participantes.

TABELA 4 - Estratégias Pedagógicas utilizadas nas Atividades Educativas desenvolvidas com os usuários das UBS. Distrito Sanitário de Cajazeiras – Salvador, 2008.

Estratégias pedagógicas mais utilizadas pelos profissionais de saúde nas atividades educativas					
	USF	%	UBS/PACS	%	Total (%)
Atividades em grupo	4	80%	0	0%	80%
Palestras	4	80%	0	0%	80%
Oficinas temáticas	2	40%	1	20%	60%
Orientação nutricional individual	4	80%	0	0%	80%

Fonte: Questionário

Os recursos materiais mais utilizados no desenvolvimento das atividades (Tabela 5) foram cartazes e folhetos, seguido do álbum seriado e vídeos.

TABELA 5 - Instrumentos de apoio didático utilizados nas Atividades Educativas desenvolvidas com os usuários das UBS. Distrito Sanitário de Cajazeiras – Salvador, 2008.

Recursos materiais mais utilizados pelos profissionais de saúde nas atividades educativas					
	USF	%	UBS/PACS	%	Total(%)
Cartazes	4	80%	1	20%	100%
Entrega de folhetos	4	80%	1	20%	100%
Álbum seriado	1	20%	0	0%	20%
Vídeos/TV	1	20%	0	0%	20%

Fonte: Questionário

Na Tabela 6 observa-se que as atividades educativas ora são organizadas por fase do curso de vida (crianças, adolescentes, idosos), ora por situação de saúde (gestação), ora por condições de saúde (hipertensão, diabetes, obesidade), contemplando vários segmentos da população. As gestantes são o segmento com maior prioridade nas ações educativas, com ênfase ao tema do aleitamento materno.

TABELA 6 – Segmentos da População para os quais as Atividades Educativas são planejadas no Distrito Sanitário de Cajazeiras – Salvador, 2008.

Segmentos da população para os quais as atividades educativas são planejadas					
	USF	%	UBS/PACS	%	Total(%)
Gestantes	4	80%	1	20%	100%
Responsáveis por crianças	4	80%	0	20%	100%
Crianças	3	60%	0	0%	60%
Adolescentes	4	80%	0	0%	80%
Idosos	3	60%	0	0%	60%
Portadores de Obesidade	4	80%	1	20%	100%
Portadores de Hipertensão	4	80%	1	20%	100%
Portadores de Diabetes	1	20%	1	20%	40%
Outros: Portadores de Tuberculose	4	80%	1	20%	100%

Fonte: Questionário

A periodicidade das atividades educativas em 80% das unidades de saúde é semanal, e o local mais utilizado para realizá-las são os espaços comunitários (80%)

seguido das unidades de saúde (80%), escolas (60%) e igrejas (20%). Observa-se que na UBS/PACS as atividades educativas não são realizadas fora da unidade de saúde, diferente da proposta de trabalho na estratégia da saúde da família que pressupõe o “além muro” da unidade de saúde e a participação em grupos comunitários (Tabela 7).

TABELA 7 – Locais utilizados para realizar as atividades educativas planejadas pelos profissionais de saúde das UBS do Distrito de Cajazeiras – Salvador, 2008.

Locais utilizados para realizar as atividades educativas					
	USF	%	UBS/PACS	%	Total(%)
Unidade Básica	3	60%	1	20%	80%
Espaços comunitários	4	80%	0	0%	80%
Escolas	3	60%	0	0%	60%
Outros: igreja	1	20%	0	0%	20%

Fonte: Questionário

Um dos itens do questionário visava identificar o que os profissionais de saúde necessitavam para potencializar as atividades educativas. Todas as unidades de saúde identificaram “parcerias” como fator facilitador, embora não tenham indicado possíveis parceiros. Também apontaram como recursos relevantes, as capacitações, disponibilização de material educativo e a inserção de profissionais para dar suporte a orientação alimentar e nutricional.

3. Objetivos do Projeto

Objetivo Geral

Desenvolver com os profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário de Cajazeiras um programa sistemático de atualização pedagógica para apoiar as práticas educativas em alimentação e nutrição junto à comunidade, com base no planejamento participativo.

Objetivos Específicos

- 1- Promover a discussão da metodologia problematizadora centrada no sujeito aprendiz e em sua realidade;
- 2- Apresentar e discutir o diagnóstico das práticas educativas identificadas a partir da pesquisa com os profissionais de saúde;
- 3- Discutir aspectos conceituais em torno da alimentação e nutrição enfocando questões sócio-culturais;
- 4- Subsidiar a elaboração do Plano de Ação das atividades educativas a partir do planejamento participativo.

4. Justificativa Técnico-Científica

Boog (1996), reportando-se a Brandão (1991), diz que

“a educação é um processo inevitável. Na família, na rua, na escola, no barracão comunitário da favela, no clube, na empresa, no centro de saúde, ela acontece difusa, como processo social espontâneo. Quando a educação se sujeita à pedagogia, isto é às teorias que procuram explicar este processo e propor diretrizes para ele, surge o ensino formal, que cria espaços e situações próprias para o seu exercício, produz métodos, estabelece regras e prepara executores especializados”.

Práticas educativas adquirem relevância e imperiosidade quando voltadas para o referencial da promoção da saúde, pois são pautadas no desenvolvimento das potencialidades humanas, no potencial de transformação da realidade, sendo integrantes dos direitos fundamentais da pessoa humana; as ações de saúde não implicam somente no diagnóstico clínico e prescrição terapêutica, mais nos meios para a manutenção e recuperação do estado de saúde do indivíduo e da coletividade. (PEREIRA, 2003).

A promoção de uma alimentação saudável através das ações de educação nutricional é tarefa de todos os profissionais de saúde dentro ou fora da unidade de saúde, e deve ser realizada através de abordagens pedagógicas onde o processo de ensino-aprendizagem é realizado de forma horizontal e dialógica, onde o saber dos técnicos não se sobrepõe ao saber da comunidade e juntos podem ultrapassar as barreiras para a resolução dos problemas de saúde.

A comunidade deve ser vista como sujeito ativo da ação educativa, e como tal deve ser envolvida no planejamento dessas ações optando-se por um planejamento participativo em detrimento de um planejamento centralizado na equipe de saúde. O planejamento participativo busca o diálogo e a troca de saberes entre os profissionais e a população de maneira que possam identificar como esses grupos interpretam e agem diante de seus problemas de saúde.

Cardoso (2007), citando Matus (1993), diz que o planejamento deve resolver quatro grandes questões: 1) Qual é a nossa “situação”? 2) Para onde queremos ir? Quais as metas a atingir? O que devo fazer? 3) Qual a viabilidade do nosso plano? 4) O que devo e posso fazer hoje, e todos os dias quando forem hoje, para que

avancemos em direção à nossa situação-objetivo? E, define a noção de “situação” como sendo o lugar social onde se encontra o ator e a ação.

Para responder a essas questões de planejamento participativo e a outras questões a respeito das teorias que fundamentam a abordagem pedagógica “problematizadora” é fundamental a aquisição de conhecimento e habilidades técnicas por parte dos profissionais de saúde.

Ficou evidenciado na pesquisa que os profissionais do DS de Cajazeiras, desejam adquirir conhecimentos para integrá-lo à sua prática profissional, melhorando o desempenho das ações educativas em alimentação e nutrição junto à comunidade.

5. Referencial Teórico

5.1. Principais Problemas Nutricionais Brasileiros

O Brasil passa por um processo de transição nutricional que pode ser definido como a mudança dos padrões de morbi-mortalidade, com a passagem de um modelo, demarcado pelo predomínio das doenças infecciosas, parasitárias e carenciais, para um modelo, definido pela hegemonia praticamente absoluta das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), associadas ao sobrepeso/obesidade, às dislipidemias, à síndrome metabólica precursora do diabetes, à hiperuricemia e a outras manifestações ou fatores de risco menos relevantes. São padrões epidemiológicos que retratam perfis socioambientais, da estratificação social e econômica da população, dos estilos de vida coletivos e individuais, dos níveis de escolarização, da estrutura, acesso e resolutividade dos serviços de saúde e da situação demográfica e sua dinâmica (BATISTA FILHO, 2007).

A desnutrição na infância, que se expressa no baixo peso, no atraso do crescimento e desenvolvimento e na maior vulnerabilidade às infecções, continuam sendo problemas de saúde pública, principalmente nas regiões Norte e Nordeste e em bolsões de pobreza em todas as demais regiões do País. (PAHO,1998c *apud* BRASIL, 2005).

Estudos disponíveis de abrangência local, sobre carências de micronutrientes permitem inferir que a hipovitaminose A e a anemia por carência de ferro são as principais deficiências nutricionais que acometem a população brasileira, já os distúrbios por deficiência de iodo (DDI) parecem ser um problema de regiões isoladas. Em relação às doenças infecciosas, o número de mortes vem declinando, mas as doenças diarréicas e as doenças respiratórias agudas – cuja melhor proteção consiste no aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses e na alimentação complementar oportuna e apropriada, permanecem como principal causa de morte entre crianças no Brasil. Portanto as recomendações nutricionais continuam a ser importantes instrumentos para as ações com vistas a combater essa face da insegurança alimentar e nutricional no Brasil (OPAS,1997; WHO, 2001c *apud* BRASIL, 2005).

As DCNT incluem desde cárie dentária, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, acidentes cérebro-vasculares, osteoporose e câncer de muitos órgãos, bem como doenças coronarianas. Relatórios internacionais mostram que é possível, viável e necessária uma abordagem dietética comum direcionada a prevenção das DCNT mais importantes (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1989a; WHO, 1990b, 2003a; WORLD CANCER RESEARCH FUND, 1997; PAHO, 1998b; UNITED NATIONS ADMINISTRATIVE COORDINATING COMMITTEE; INTERNATIONAL FOOD POLICY RESEARCH INSTITUTE, 2000; EURUDIET, 2001 *apud* BRASIL, 2005).

Tal cenário epidemiológico requer uma assistência nutricional baseada nos princípios do SUS e no contexto da promoção da saúde, através de uma alimentação saudável e adequada.

5.2. Perfil Alimentar Nacional

De acordo com as condições climáticas, de produção de alimentos e condições sócio-econômicas da população, pode-se dizer que o Brasil possui quatro culturas alimentares: do Sul, Nordeste, regiões centrais e região da Amazônia. Estas culturas foram influenciadas por indígenas, afro-descendentes e colonizadores europeus caracterizando o padrão alimentar nessas regiões. Estas características foram mudando ao longo o tempo e influenciando-se entre si, porém deixando peculiaridades comuns a todas as regiões (BRASIL, 2005).

Para a maior parte da população brasileira, a alimentação constituía-se basicamente de cereais (arroz, milho e trigo), leguminosas (feijões), tubérculos (batatas) e raízes (principalmente mandioca) e pequenas quantidades de proteína animal. Este padrão alimentar sofreu mudanças nos últimos 50 anos passando de um sistema de abastecimento primário ou composto de produtos minimamente processados para produtos pré-preparados e embalados que são adquiridos em grandes supermercados. A disponibilidade de alimentos industrializados com alta densidade calórica, que em geral são processados com gorduras hidrogenadas, açúcar e sal, aumenta o risco de doenças crônicas não-transmissíveis, enquanto o consumo regular e adequado de alimentos de origem vegetal, principalmente frutas, legumes e verduras, são fatores de proteção contra várias doenças relacionadas à alimentação. O acúmulo de evidências que associam a dieta ao estado de saúde dos

indivíduos levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a estabelecer limites para o consumo de nutrientes (BRASIL, 2005).

5.3. Educação e Saúde

A educação pode operar como um poderoso instrumento para conduzir as perspectivas e as estratégias da promoção da saúde e, por conseguinte promover práticas de alimentação saudável, através de metodologias participativas, que segundo Brandão (2006) nos seus estudos sobre Paulo Freire, deve-se

“começar com uma prática comum entre as pessoas e deve ser um ato coletivo, co-participado, de construção do conhecimento da realidade local, lugar onde as pessoas vivem e onde há um universo da cultura que deve ser: investigado, pesquisado, levantado e onde se descobre os pensamentos-linguagens das pessoas. São falas que, a seu modo, desvelam o mundo configurado pelo repertório dos símbolos”.

As primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde aconteceram em virtude de controlar as epidemias, eram caracterizadas pelo autoritarismo, e imposição de normas. Orientadas por discurso higienista, os indivíduos que adotassem as normas de higiene imposta, mudariam seu comportamento e garantiriam a resolutividade dos problemas de saúde. Este discurso predominou no campo da educação em saúde durante décadas, podendo ser encontrado ainda hoje como orientador de práticas educativas (SMEKE & OLIVEIRA, 2001 *apud* ALVES 2004/2005). Ainda segundo Alves (2004/2005), foi o movimento da Educação Popular em Saúde, iniciado na década de 70, que rompeu com a verticalidade da relação profissional-usuário, priorizando a relação educativa com a população, através da valorização das trocas interpessoais e do diálogo, contrapondo-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais.

Para Pereira (2003), muitas práticas de saúde requerem práticas educativas, portanto “torna-se necessária à discussão sobre as concepções de práticas educativas norteadas pelas tendências pedagógicas pela qual é compreendido o processo de ensino-aprendizagem e tentar requalificar a prática educativa para que se torne um instrumento de interação entre o serviço e a comunidade”.

A pedagogia libertadora ou “problematizadora” proposta por Paulo Freire no final da década de 1950 e início de 1960 teve uma importante contribuição dentro

das teorias da educação crítica. O autor se opunha ao que chamava educação “bancária”, onde o educador vai transferindo “comunicados” aos educandos que nada sabem, e são considerados objetos passivos no processo educativo. Ao contrário da educação problematizadora onde os educandos devem desenvolver uma consciência crítica do mundo e um pensar autêntico, que impulsionado pela ação venha a transformar o mundo. A educação problematizadora rompe com os esquemas verticais característicos da educação bancária, e a comunicação é realizada através de uma relação dialógica onde a individualidade e as crenças são respeitadas e tanto o educador como o educando tornam-se sujeitos do processo de aprendizagem, visando sua emancipação e superação dos problemas que enfrentam (FREIRE, 1983).

Para Pereira (2003), é indiscutível que a pedagogia libertadora ou da problematização é a mais adequada à prática educativa em saúde, pois possibilita uma prática mais participativa, direcionada tanto à população, na educação em saúde, quanto a profissionais de saúde, na educação continuada. Essa aderência deve-se ao fato de que falar em promoção da saúde é falar sobre incremento do poder (*empowerment*) comunitário e pessoal, através de desenvolvimento de habilidades e atitudes, conducentes à aquisição de poder técnico (saberes) e político para atuar em prol de sua saúde, como propõe a *Carta de Ottawa* (OMS, 1986). Possibilita também o desenvolvimento de técnicas para que o profissional de saúde exerça um trabalho criativo e conseqüentemente leve ao desenvolvimento individual e coletivo estando em concordância com os princípios e diretrizes da Promoção da Saúde.

Marcondes (2007), afirma que no contexto da promoção, a participação dos membros da comunidade em conjunto com os profissionais de saúde são co-responsáveis pelas intervenções no controle sobre a saúde tanto individual como coletiva sem, no entanto desqualificar a assistência dos serviços de saúde, recorda logo a seguir que a participação popular é posta em questão na saúde pública na perspectiva do campo da promoção da saúde, pois compreende a saúde além da prática clínica, agregando outros elementos gerados pelas relações sociais que modulam formas de acesso à alimentação, educação, trabalho, renda, lazer, informação, paz e ambientes saudáveis fundamentais para a qualidade de vida das pessoas.

Neirotti e Poggi (2005) quando analisam o sistema educacional da América Latina e Caribe por meio de experiências locais, declaram que

as organizações comunitárias e os espaços públicos são lugares onde os sujeitos aprendem incorporando valores e hábitos, e as comunidades contam com suas próprias instituições e agentes de ensino e aprendizagem: famílias, igrejas, clubes, organizações de vizinhos, bibliotecas, etc. O âmbito local é o espaço físico em torno do qual se dão as relações comunitárias, é o local onde vive, próximo a escola, ao centro de saúde, à paróquia e lugares onde se praticam atividades culturais.

Na comunidade, segundo Marcondes (2007) pode-se operar uma prática educativa onde a aprendizagem pressupõe a participação de diversos atores que trazem consigo seus conhecimentos e experiências diferentes e tentam mediar conflitos de interesses promovendo a saúde através da intervenção na realidade.

5.4. Educação Nutricional

Santos (2005) nos leva a percorrer a história da educação alimentar e nutricional, que vai redefinindo seus objetivos e abordagens através das interferências do contexto político e social. A partir da década de 80, a educação nutricional foi se consolidando com base em uma abordagem educativa crítica, assumindo um compromisso com as classes populares na luta contra a fome e a exploração, passando a esclarecer a população sobre os direitos de cidadania. Atualmente a temática da educação nutricional e alimentar enfatiza a questão do sujeito, a democratização do saber, a cultura, a ética e a cidadania. Temas relevantes, como a segurança alimentar e nutricional enquanto direito e a promoção da alimentação saudável, no contexto da promoção à saúde, devem estar em pauta na abordagem da educação nutricional.

As questões alimentares e nutricionais foram destaque na II Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1988 na Austrália. Essa Conferência teve como tema central a formulação e implementação de políticas públicas saudáveis e aponta que esforços devem ser despendidos para integrar políticas econômicas, sociais e de saúde em ações concretas para garantir o acesso universal aos alimentos em qualidade e quantidade suficiente respeitando as diferenças culturais, para que a fome e a má nutrição sejam eliminadas. A

Conferência recomenda que os governos implementem ações em todos os níveis para aumentar seu poder de compra no mercado de alimentos e assegurar que os estoques de alimentos sob sua responsabilidade e controle garantam ao consumidor acesso rápido a uma comida mais saudável.

O desafio para superar os problemas nutricionais que ainda afligem o Brasil, como recomenda Ferreira (2007), perpassa questões como: integralidade, saberes técnicos e populares, capacitação dos indivíduos, intersetorialidade, reforço à ação comunitária, educação popular, cidadania, entre outros. A educação nutricional tem papel de destaque no contexto da promoção da saúde, e deve assumir o fortalecimento e exercício da cidadania alimentar através do esforço dos profissionais em desenvolver um processo de ensino-aprendizagem que busque o desenvolvimento de habilidades individuais através de um método de ensino problematizador e construtivista em detrimento de uma educação alimentar que se concentra no efeito biológico dos nutrientes no organismo, na orientação alimentar, na preservação das propriedades nutritivas dos alimentos. Através da parceria com a comunidade, criar espaços públicos para debates de temas relevantes que dizem respeito a desigualdade do acesso aos alimentos, a produção social e econômica desenvolvendo um pensamento crítico, identificando os problemas e tentando superá-los.

Outro aspecto a ser considerado nas propostas de intervenções educativas, são os aspectos sociais e culturais da alimentação. O comer não satisfaz apenas a necessidade biológica, mas tem funções simbólicas, pois o alimento é apreendido com significado cognitivo e social. A comensalidade permeia todas as relações sociais de diferentes classes de uma mesma sociedade, e mostra o comportamento alimentar apreendido no processo de socialização de diferentes segmentos da sociedade. Estas questões são permeadas pelo poder aquisitivo e por oscilações entre aquilo que é ditado pela nossa cultura e aquilo que é entendido como saudável (CASTRO,1941; DANIEL& CRAVO,1989 *apud* RAMALHO, 2000).

5.5. Planejamento Participativo

O planejamento das ações educativas em saúde deve ser compreendido como uma prática social onde é fundamental a participação da comunidade, sujeito ativo do processo educativo. A equipe de saúde deve realizar o planejamento

envolvendo o maior número possível de pessoas da comunidade para que sejam co-responsáveis na elaboração das atividades que serão desenvolvidas. Como já referido anteriormente, o ato de planejar deve responder a algumas perguntas: qual é o problema? onde ocorre? a quem atinge? quais as metas a alcançar?

Através do diálogo e da troca de saberes entre profissionais e a comunidade deve-se buscar soluções compartilhadas entre os que vivem o problema e querem resolvê-los.

A metodologia para realizar o Planejamento Participativo consiste em realizar o planejamento em três fases. A primeira fase consiste em identificar os Grupos de Risco através da coleta de informações importantes para conhecer a comunidade. Na segunda fase devem-se identificar, de maneira clara e objetiva, as causas e conseqüências do problema central identificadas nas informações colhidas como também as ações necessárias para superá-las. Na terceira fase, deve-se selecionar e planejar as ações que serão desenvolvidas e detalhar o projeto. O grupo deve elaborar um plano de ação, com objetivos, cronograma, custos, órgãos e instituições a quem recorrer e responsabilidades pela condução do plano de ação (BRASIL, 1994).

O objetivo da primeira fase é aprofundar o conhecimento da realidade local, das famílias ou indivíduos que compõe o grupo de risco, através de informações demográficas, sociais, epidemiológicas, nutricionais, alimentares e culturais. Como diria Freire (1983) e Brandão (2006), consiste na “investigação do universo temático”, e na “idéia de que há um universo da fala da cultura da gente do lugar, que deve ser: investigado, pesquisado, levantado, descoberto ... perguntas sobre o trabalho, sobre modos de ver e compreender o mundo”.

Na segunda fase deve-se realizar a análise dos problemas por meio da cadeia de causalidade, ou seja, do desdobramento das causas e conseqüências do problema central, quanto mais próxima à causa estiver do problema, mais aumenta a possibilidade de resolvê-lo. O grupo deve construir conjuntamente o panorama da realidade que está sendo trabalhada através da reflexão crítica e apontar soluções para transformar esta realidade (BRASIL, 1994).

Segundo Brandão (2006) é importante estar atento para o que se fala. “As falas, conversas, frases, entrevistas discussões está carregado dos temas da comunidade: seus assuntos, sua vida ... a vida da família, as alegrias, a devoção, o trabalho, as tradições da cultura, ... o sentimento do mundo”.

A terceira fase do planejamento consiste em registrar as ações propostas no instrumento pedagógico que é o Plano de Ação com os elementos que lhe são pertinentes: objetivos, cronograma, custos, recursos materiais e humanos, etc. e apontar os responsáveis pelas atividades propostas (BRASIL, 1994).

O plano de ação é o produto final do trabalho realizado nas etapas anteriores, depois de informações coletadas, reuniões feitas, decisões e encaminhamentos tomados.

O planejamento deve ser dinâmico, sempre ajustado, inovado e re-criado.

6. Metodologia

Ao considerar que as práticas educativas em saúde devam romper com a verticalidade da relação profissional-usuário e valorizar a troca de conhecimentos através do diálogo com a comunidade, este projeto se propõe a atualizar as equipes de saúde da família, incluindo todos os profissionais de nível superior, de nível médio e agentes comunitários de saúde do Distrito Sanitário de Cajazeiras a desenvolverem com os vários segmentos da comunidade (crianças, adolescentes, gestantes, idosos, etc) um processo educativo em alimentação e nutrição, por meio da metodologia pedagógica problematizadora e do planejamento participativo.

O desenvolvimento das estratégias propostas no projeto deve ser realizado em cada uma das quatro Unidades Saúde da Família, ou seja, serão quatro turmas contemplando em torno de 300 profissionais. As atividades serão realizadas de acordo com a rotina das atividades dos profissionais, e devem ser previamente discutidas com a coordenação do Distrito Sanitário de Cajazeiras e com os gerentes e profissionais das unidades de saúde para garantir a participação de todos os profissionais.

Para o desenvolvimento das atividades, a dinâmica metodológica proposta terá como instrutores/facilitadores professores universitários, em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde. Estes instrutores/facilitadores devem estimular as discussões, problematizar questões e aprofundar os temas.

O programa tem estrutura modular de acordo com os objetivos a serem alcançados. Para cada objetivo específico delineado para o projeto foram traçadas atividades estratégicas, conforme segue nos quadros abaixo:.

Objetivo Específico 1: Promover a discussão da metodologia problematizadora centrada no sujeito aprendiz e em sua realidade.

Atividades	Responsáveis	Resultado Esperado
Oficinas de leitura e grupos de discussões sobre:	a. técnicos da área de alimentação e nutrição;	Espera-se que o debate traga as bases fundamentais da metodologia problematizadora aplicadas às práticas educativas em saúde e sirva de orientação para a construção e implementação de atividades educativas em alimentação e nutrição comprometidas com uma educação transformadora em concordância com os princípios e diretrizes da Promoção da Saúde.
a. os fundamentos da metodologia problematizadora;	b. coordenação do DS de Cajazeiras e gerentes das unidades de saúde;	
b. como se dá o processo ensino-aprendizagem nesta pedagogia;	c. instrutores/facilitadores.	
c. confronto da realidade com a teorização, desenvolvendo habilidades de observação, análise e de compreensão;		
d. a questão da autonomia dos sujeitos e a transformação mediada pelo processo educativo;		
e. interface da pedagogia da problematização com as práticas educativas em alimentação e nutrição.		
Parcerias/ colaboradores	Prazos	Recursos
a. professores da universidade.	1 mês.	a. material logístico; audiovisual; de escritório.

Objetivo Específico 2: Apresentar e discutir as práticas educativas identificadas a partir da pesquisa com os profissionais de saúde.

Atividades	Responsáveis	Resultado Esperado
Formar grupos de discussão para:	a. técnicos da área de alimentação e nutrição;	Reflexão sobre as práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais nas unidades de saúde e a aproximação com a metodologia da problematização.
a. apresentar os dados da pesquisa sobre as práticas educativas em alimentação e nutrição desenvolvidas pelos profissionais do DS de Cajazeiras;	b. coordenação do DS de Cajazeiras e gerentes das unidades de saúde;	
b. desenvolver um roteiro de discussão para analisar as práticas educativas realizadas com a comunidade.	c. instrutores/facilitadores.	
Parcerias/ colaboradores	Prazos	Recursos
a. professores da universidade.	1 mês.	a. material logístico; audiovisual; de escritório.

Objetivo Específico 3: Discutir aspectos conceituais em torno da alimentação e nutrição enfocando questões sócio-culturais.

Atividades	Responsáveis	Resultado Esperado
Realização do curso Antropologia, Alimentação e Cultura;	a. técnicos da área de alimentação e nutrição;	Discutir as bases conceituais sobre o que é uma alimentação saudável e como alcança-la utilizando os guias alimentares da população brasileira e da criança, enfocando as questões sócio-culturais da alimentação. Compreender a alimentação como um ato social e cultural onde estão presentes as representações simbólicas que influenciam as relações interpessoais.
Discussão com os profissionais sobre as diretrizes nacionais dos guias alimentares.	b. coordenação do DS de Cajazeiras e gerentes das US;	
	c. instrutores.	
Parcerias/ colaboradores	Prazos	Recursos
a. professores da universidade.	1 mês.	a. material logístico; audiovisual; de escritório.

Objetivo Específico 4: Subsidiar a elaboração do Plano de Ação das atividades educativas em alimentação e nutrição a partir do planejamento participativo.

Atividades	Responsáveis	Resultado Esperado
Através de dinâmicas, aulas expositivas e dialogadas, trabalhos em grupo, leitura de textos, o instrutor deverá preparar os profissionais para utilizarem a metodologia do planejamento participativo e como elaborar o Plano de Ação.	a. técnicos da área de alimentação e nutrição; b. coordenação do DS de Cajazeiras e gerentes das US; c. instrutores.	Através da troca de experiência, o grupo (profissionais e população) deve identificar conhecimentos (científico e popular), atitudes/opiniões a respeito dos problemas alimentares e nutricionais vividos pela comunidade e em seguida elencar os problemas por relevância e magnitude e eleger uma situação problema que pode ser uma doença, agravo à saúde ou um fator determinante, para a intervenção educativa. Esta intervenção deve ser elaborada com a participação da população e retratada no Plano de Ação.
Parcerias/ colaboradores	Prazos	Recursos
a. professores da universidade.	1 mês.	a. material logístico; audiovisual; de escritório.

7. Aspectos Éticos

Neste projeto os aspectos éticos estão atendidos pelas normas de procedimentos e atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família e fazem parte das práticas/cuidados de saúde com a comunidade realizados na Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Saúde de Salvador.

Os procedimentos desenvolvidos não acarretam nenhum dano ou risco para a saúde da população, cuja participação é totalmente voluntária.

8. Conclusão

As práticas educativas em saúde fazem parte das ações de saúde desenvolvidas na Atenção Básica, e são uma estratégia para efetivar a promoção e prevenção dos problemas de saúde.

Os aspectos alimentares e nutricionais devem integrar as ações educativas em saúde, promovendo uma alimentação saudável capaz de operar mudanças nos hábitos alimentares deletérios à saúde, contribuindo desta forma para a redução das taxas de morbidade e mortalidade de doenças não transmissíveis.

As ações educativas devem ser realizadas adotando-se abordagens pedagógicas críticas, problematizadoras e dialógicas, onde a aprendizagem pressupõe a troca de experiências e conhecimentos, contrapondo-se à abordagem da transmissão de conhecimentos, onde o educador detém o saber e é transmitido ao educando que nada sabe.

Este projeto de intervenção propõe-se a capacitar as equipes de saúde da família a planejarem ações educativas em alimentação e nutrição partindo de situações reais e cotidianas das pessoas, fazendo-as refletir sobre os determinantes do processo saúde-doença e buscar contribuir para o auto cuidado de sua saúde, através de abordagens educativas problematizadoras e dialógicas.

8.1. Resultados esperados após a intervenção

Espera-se que após a intervenção as equipes:

- Realizem o monitoramento contínuo da situação alimentar e nutricional;
- Utilizem rotineiramente o planejamento participativo nas ações educativas em alimentação e nutrição;
- Apropriem-se das questões sócio-culturais que influenciam a alimentação das comunidades;
- Estejam aptas para elaborar o Plano de Ação das atividades educativas sempre que necessário.

9. Análise de viabilidade de implantação

Ao considerar que o Plano Municipal de Saúde 2006-2009 é o instrumento de gestão condutor da política municipal de saúde do município, e a Ação de nº 10 “desenvolver um processo educativo a respeito das questões alimentares e nutricionais” está prevista no planejamento das ações de saúde, pode-se considerar como fator positivo para viabilizar a implementação do projeto.

A existência de dotação orçamentária, prevista com recursos do Fundo de Alimentação e Nutrição, destinada à promoção da alimentação saudável pode ser considerado fator favorável à execução do projeto.

Na pesquisa realizada no Distrito Sanitário de Cajazeiras, a opção pela capacitação propicia a adesão dos profissionais ao projeto contribuindo positivamente na sua implementação.

Este ano de 2008, a Secretaria Municipal de Saúde tem enfrentado a situação de precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família. O contrato de trabalho estabelecido entre a SMS e a empresa terceirizada foi rompido, e está sob mediação do Ministério Público para apurar responsabilidades.

A seleção de profissionais através de concurso público já está sendo prevista pelo gestor, e deverá acontecer até o final de 2008. Este fato pode acarretar a prorrogação do início da execução desse projeto para o ano de 2009. no Distrito de Cajazeiras.

10. Cronograma

ATIVIDADES	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Elaboração do Projeto	X											
2. Apresentação do Projeto ao DSC, gerentes e profissionais de saúde		X										
3. Contratação de instrutores			X	X								
4. Ajuste do conteúdo programático, recursos pedagógicos com os instrutores contratados				X								
5. Aquisição dos recursos materiais, audiovisuais, didáticos e insumos necessários às atividades				X	X							
6. Realização das capacitações						X	X	X	X			

11. Referências Bibliográficas

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR - **Lei Nº 7.400/2008**. Disponível em: http://www.seplam.salvador.ba.gov.br/lei7400_pddu. Acessado em: Maio de 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. – Salvador, 2006.

PAIM, J. **Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde**. In: ROUQUAYROL, MZ & ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS/ SAS. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. – Brasília, 2006a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAB/DAB. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006b.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR – Diário Oficial do Município. **Regimento da Secretaria Municipal da Saúde**. Salvador, 12 de Junho de 2008.

ASSIS, M *et all*. **Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso UNATI/UERJ**. O Mundo da Saúde, São Paulo, jul/set 2007.

PEREIRA, A. L. F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, 2003. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500031. Acessando em: 13 de Junho de 2008.

DISTRITO SANITÁRIO DE CAJAZEIRAS – **Análise da Situação de Saúde do Distrito Sanitário de Cajazeiras**, 2007.(mimeo).

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo, PAZ e TERRA, 1996.

BOOG, M. C. F. **Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde: busca de espaço para ação efetiva**. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1996.

CARDOSO, A. J. C. **Introdução ao Planejamento em Saúde: negociando a mudança organizacional**, 2007 (mimeo).

BATISTA FILHO, M; ASSIS, A. M.; KAC. G. **Transição Nutricional: conceito e características**. In:KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. Epidemiologia Nutricional. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ATHENEU, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SAS/ CGPAN. **Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável.** Brasília, 2005.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire.** 28ª reimpr. da 1ª ed. São Paulo, BRASILIENSE, 2006.

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu – SP, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev2005. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista16/dossie3.pdf>.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro, PAZ e TERRA, 1983.

MARCONDES, W. B. **Participação popular na saúde pelos caminhos da prática educativa.** Tese de Doutorado: Fundação Osvaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil, 2007.

NEIROTTI, N. e POGGI, M. **Alianças e inovações em projetos de desenvolvimento educacional local.** Brasília: UNESCO; Buenos Aires : IPE, 2005.

SANTOS, L. A. S. **Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis.** Rev. Nutr. , Campinas, v. 18, n. 5,2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000500011&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: Jun 2008.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. **Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7): 1674-1681, jul, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/19.pdf>.

RAMALHO, R. A.; SAUNDERS, C. **O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais.** Rev. Nutr., Campinas, 13(1): 11-16, jan./abr., 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO-INAN;INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA-IPEA/SÉPLAN;ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO-FAO. **Planejamento participativo: Instrumento de combate à fome.** Brasília, 1994.



Secretaria Municipal de Saúde

Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde

11.1. Apêndice

Questionário:

1. Sua Unidade organiza alguma atividade educativa sobre o tema alimentação e nutrição para a população usuária do SUS?
 - a) SIM (passar para a questão 2)
 - b) NÃO (não passar para as questões seguintes)

2. Estas atividades são organizadas pelos profissionais de saúde?
 - a) SIM, todos os profissionais participam da organização das atividades;
 - b) SIM, parte da equipe participa da organização das atividades;
 - c) NÃO, as atividades só são realizadas quando o nível central recomenda;

3. As atividades educativas são planejadas a partir do perfil nutricional e alimentar da população atendida?
 - a) SIM, baseado na avaliação dos dados registrados no mapa de acompanhamento do SISVAN;
 - b) SIM, baseado em pesquisas locais;
 - c) SIM, baseado em outra(s) fonte(s) de informação (especificar);
 - d) NÃO;

4. Quais os temas trabalhados nestas atividades educativas?
 - a) Aleitamento Materno;
 - b) Alimentação Complementar, abordando os 10 passos para alimentação saudável para crianças menores de 2 anos;
 - c) Crescimento Saudável, com medidas para avaliação antropométricas;
 - d) Alimentação Complementar em geral, sem usar o material dos dez passos;
 - e) Alimentação Saudável, Guia Alimentar, Rotulagem Nutricional, Alimentos Regionais, Pirâmide Alimentar, Grupo de Alimentos, Alimentação Saudável na Escola;
 - f) Carências Nutricionais – Anemia Ferropriva, Hipovitaminose A ou Distúrbio da Deficiência de Iodo;
 - g) Distúrbio Alimentar (sobrepeso/ obesidade, hipertensão e diabetes);
 - h) Doença Celíaca ou outras doenças específicas;
 - i) Temas relacionados ao aproveitamento de alimentos
 - j) Outros: _____

5. Qual a população – alvo dos programas educativos?

- a) Gestantes;
- b) Responsáveis por crianças até 2 anos;
- c) Crianças;
- d) Adolescentes;
- e) Idosos;
- f) Famílias beneficiárias de programas sociais, como Programa Bolsa Família ou outros programas locais;
- g) Portadores de necessidades especiais;
- h) Portadores de obesidade;
- i) Portadores de hipertensão;
- j) Portadores de diabetes;
- k) Outros: _____

6. Quais estratégias pedagógicas são utilizadas no desenvolvimento desta atividade?

- a) Atividades educativas em grupo;
- b) Oficinas temáticas;
- c) Orientação nutricional individual;
- d) Palestras;
- e) Oficinas Culinárias;
- f) Hortas comunitárias e ou escolares;
- g) Outros: _____

7. Quais os recursos utilizados para o desenvolvimento destas atividades?

- a) Cartazes;
- b) Entrega de folhetos;
- c) Álbum seriado;
- d) Vídeos/ TV;
- e) Slides;
- f) Não são usados recursos educativos;
- g) Outros: _____

8. Qual (is) material (is) é (são) utilizado (s):

- a) Guia Alimentar para a População Brasileira;
- b) Teste “Como está a sua alimentação?” e “Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável”;
- c) Alimentos Regionais Brasileiros;
- d) Guia alimentar para crianças menores de 2 anos;
- e) Dez passos para alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de 2 anos;
- f) Caderno de Atenção Básica – Obesidade;
- g) Tabela Brasileira de Composição dos Alimentos (TACO);
- h) Guia Prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem se amamentadas;
- i) Manual para os Agentes Comunitários de Saúde – Alimentação para as Famílias do Programa Bolsa Família;
- j) Manual Clínico de Alimentação e Nutrição na assistência a adultos infectados por HIV;
- k) Alimentação e Nutrição para pessoas que vivem com HIV e AIDS;

- l) 10 passos para melhorar a qualidade de vida – Guia para as pessoas que vivem com HIV e AIDS;
 - m) Manual de Atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar;
 - n) Glossário Temático Alimentação e Nutrição;
 - o) Álbum seriado: Dez Passos para uma alimentação saudável – Guia alimentar para crianças menores de 2 anos ;
 - p) Álbum seriado: O que é vida saudável;
 - q) Outros: _____
9. Como estas atividades são organizadas?
- a. Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos);
 - b. Por situação de saúde (por exemplo: gestação e lactação);
 - c. Por condição de saúde (hipertensão, diabetes, obesidade, etc);
 - d. Outros: _____
10. Onde são realizadas estas atividades?
- a. Unidades de Saúde;
 - b. Espaços comunitários como praças, estacionamentos, parques, etc;
 - c. Escolas;
 - d. Hospitais;
 - e. Outros: _____
11. Qual (is) profissional (is) é (são) envolvido (s)?
- a. Agentes Comunitários de Saúde;
 - b. Assistentes Sociais;
 - c. Enfermeiros;
 - d. Médicos;
 - e. Nutricionistas;
 - f. Psicólogos;
 - g. Outros: _____
12. Como se dá a participação dos profissionais nestas ações educativas?
- a. Individual;
 - b. Integrada;
 - c. Ambos;
13. Qual a periodicidade destas atividades?
- a) Diária;
 - b) Semanal;
 - c) Quinzenal;
 - d) Mensal;
 - e) Bimestral;
 - f) Semestral
 - g) Anual;
14. Há parceria no estabelecimento destas atividades?
- a) SIM (direto para questão 15)
 - b) NÃO (direto para questão 16)
15. Quais as parcerias estabelecidas para a realização destas atividades?
- a) ONG's;

- b) Universidades;
- c) Escolas;
- d) Outras secretarias (educação, saúde, agricultura, assistência social, entre outras);
- e) Ministério Público;
- f) Extensão Rural;
- g) Outros: _____

16. É realizada alguma avaliação do processo educativo?

- a) SIM (direto para questão 17);
- b) NÃO (direto para questão 18);

17. Caso a resposta anterior seja SIM, como é realizada esta avaliação?

- a) Retorno dos pacientes;
- b) Depoimentos pessoais;
- c) Diminuição da incidência;
- d) Aumento da demanda;
- e) Visitas periódicas;
- f) Reunião com equipe;
- g) Observação do processo;
- h) Outros: _____

18. O que pode potencializar as ações desenvolvidas pela sua Unidade para a realização destas atividades?

- a) Capacitação dos profissionais de saúde;
- b) Inserção de profissionais que dêem suporte a orientação alimentar e nutricional;
- c) Disponibilidade de materiais educativos (materiais didáticos, vídeos, cartazes, folhetos, etc);
- d) Parcerias (Universidades, ONG's, outras Secretarias, etc);
- e) Outros: _____