

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

LÍGIA TEIXEIRA MENDES DE AZEVEDO

PROMOÇÃO DA SAÚDE POR MEIO DA REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO
FEDERAL

Brasília
2008

LIGIA TEIXEIRA MENDES DE AZEVEDO

PROMOÇÃO DA SAÚDE POR MEIO DA REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO
FEDERAL

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: Prof. Patrícia Chaves Gentil. Mestre.
Prof. Janine Giuberti Coutinho.

Brasília
2008

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Luiz Neunzig – [Bibliotecária CRB 1/2.175](#)

A994p AZEVEDO, Ligia Teixeira Mendes de
Promoção da saúde por meio da reorganização das ações de alimentação
saudável na atenção básica do Distrito Federal / Ligia Teixeira Mendes de
Azevedo — Brasília: [s.n], 2008.
59 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. Comportamento Alimentar. 3. Distrito
Federal. 4. Promoção da Saúde. 5. Programas e Políticas de Nutrição e
Alimentação I. Título.

CDD: 612.39

A meus filhos Ana Luize e Vítor
deixando um exemplo a ser seguido

Agradecimentos

A Fundação Oswaldo Cruz

A Diretoria Regional de Brasília

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

As orientadoras Prof. Patrícia Chaves Gentil e Janine Gilberti Coutinho pelo seu acompanhamento e dedicação.

Aos professores do Curso de Pós-Graduação.

Aos meus colegas da Gerência de Nutrição/SES - DF pela compreensão e paciência.

As minhas amigas Dayse e Ligia pelo apoio e companheirismo.

A todos que de certa forma contribuíram
para a realização deste projeto.

Resumo

AZEVEDO, Lígia Teixeira Mendes. Promoção da saúde por meio da reorganização das ações de alimentação saudável no Distrito Federal. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) apresentam uma alta prevalência e representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no Distrito Federal (DF), tendo como um dos fatores de risco a inadequação alimentar. A promoção da alimentação saudável constitui-se numa estratégia de Saúde Pública importante na prevenção das DCNT. O padrão alimentar da população do DF vem apresentando mudanças e é caracterizado por um consumo exagerado de gorduras de origem animal e baixo consumo de frutas e hortaliças, sendo necessária uma intervenção que possa modificar este padrão e conseguir uma diminuição da prevalência das DCNT. Este projeto de intervenção tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde da população, por meio da reorganização das ações de promoção de alimentação saudável. As ações de promoção de alimentação saudável desenvolvidas na Atenção Básica do DF são poucas e têm causado baixo impacto na saúde da população. O projeto visa formar multiplicadores em alimentação saudável entre os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica, por meio de curso de formação, além de implementar atividades de educação nutricional, como oficinas e grupos que promovam a alimentação saudável. Por meio deste projeto espera-se que os profissionais de saúde sejam sensibilizados quanto à importância da promoção da alimentação saudável na prevenção das DCNT e de uma melhor organização da atenção em nutrição do DF.

Palavras – chave: Atenção Primária à Saúde; Comportamento Alimentar; Distrito Federal; Promoção da Saúde; Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação.

Abstract

Azevedo, Ligia Teixeira Mendes. Health promotion through the organization of the shares of healthy eating in the Distrito Federal. Completion of course work (expertise) - Regional Directors of Brasilia, Oswaldo Cruz Foundation, Brasilia, 2008.

The chronic non-transmissible diseases (DCNT) show a high prevalence and the major cause of mortality and disability in the Distrito Federal (DF), taking as one of risk factors to inadequate food. The promotion of healthy eating is in a strategy of Public Health important in preventing the DCNT. The dietary patterns of the population of DF is presenting changes and is characterized by an excessive consumption of animal fat and low consumption of fruits and vegetables, with a need for intervention that can change this pattern and achieve a reduction of prevalence of DCNT. This project has the goal of intervention to help promote health of the population through the organization of actions for the promotion of healthy eating. Shares of promoting healthy food developed in Primary Care of DF are few and have caused low impact on the health of the population. The project aims to train multipliers in healthy eating among health care professionals who work in Primary Care through the training course, and implement nutrition education activities such as workshops and groups that promote healthy eating. Through this project it is expected that health professionals are aware about the importance of promoting healthy diet in preventing DCNT and better organization of care in nutrition from the DF.

Words - Key: Primary Health Care; Behavior Food; Federal District; Health Promotion; Programs and Policies of Nutrition and Food.

Lista de tabelas

Tabela 1: Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por grupos de causas segundo diagnóstico- DF, 2005.....	15
Tabela 2: Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por grupos de causas - DF, 1980.....	15
Tabela 3: Prevalência de excesso de peso (IMC> 25KG/M2) e obesidade (IMC> 30KG/M2) na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo, na Região do Centro-Oeste nos períodos 1974-1975, 1989 e 2002-2003 ...	17
Tabela 4: Percentual de adultos > 18 anos que consomem frutas e hortaliças, carnes com gordura e leite integral	49
Tabela 5: Quadro dos CS e ESF selecionados para participar da aplicação do questionário	51

Lista de quadros

Quadro 1 : Recursos (materiais e simbólicos) a serem mobilizados:.....	41
Quadro 2 : Cronograma	42
Quadro 3: Objetivo específico: Identificar as ações de promoção de alimentação saudável que são desenvolvidas na Atenção Básica do DF.....	53
Quadro 4: Objetivo específico: Formar multiplicadores em alimentação saudável na Atenção Básica do DF. ...	55
Quadro 5: Objetivo específico: Implementar atividades educativas em alimentação saudável na Atenção Básica do DF.....	57

Lista de abreviaturas e siglas

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

DF – Distrito Federal

MS – Ministério da Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis

INCA – Instituto Nacional do Câncer

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

ENDEF - Estudo Nacional da Despesa Familiar

PNSN - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

CS – Centro de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

PSF – Programa da Saúde da Família

1- SITUAÇÃO PROBLEMA.....	13
2. OBJETIVOS	22
2.1. OBJETIVO GERAL:	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	22
3. JUSTIFICATIVA	23
4. MARCO TEÓRICO	24
5. METODOLOGIA:	32
5.1 OBJETIVO ESPECÍFICO:	33
5.1.1 IDENTIFICAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL QUE SÃO DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO DF.....	33
5.1.1.1 TIPO E DESCRIÇÃO DA AÇÃO:.....	33
5.1.1.2 OBJETIVO DA AÇÃO:.....	33
5.1.1.3 ESTRATÉGIAS (MÉTODOS):.....	33
5.1.1.4 INSTRUMENTOS:.....	34
5.1.1.5 DURAÇÃO:.....	34
5.1.1.6 ATORES ENVOLVIDOS E RESPONSÁVEIS:.....	34
5.1.1.7 METAS:.....	34
5.1.1.8 RECURSOS:.....	34
5.1.1.9 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO:	34
5.1.2 FORMAR MULTIPLICADORES EM ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ATENÇÃO BÁSICA DO DF.....	34
5.1.2.1 TIPO E DESCRIÇÃO DA AÇÃO:.....	34
5.1.2.2 OBJETIVO DA AÇÃO:.....	35
5.1.2.3 ESTRATÉGIAS (MÉTODOS):.....	35
5.1.2.4 INSTRUMENTOS:.....	35
5.1.2.5 DURAÇÃO:.....	35
5.1.2.6 ATORES ENVOLVIDOS E RESPONSÁVEIS:.....	35
5.1.2.7 METAS:.....	36
5.1.2.8 RECURSOS:.....	36
5.1.2.9 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO:	36
5.1.3 . IMPLEMENTAR ATIVIDADES EDUCATIVAS EM ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ATENÇÃO BÁSICA DO DF.....	36
5.1.3.1 TIPO E DESCRIÇÃO DA AÇÃO:.....	36
5.1.3.2 OBJETIVO DA AÇÃO:.....	37
5.1.3.3 ESTRATÉGIAS (MÉTODOS):.....	37
5.1.3.4 INSTRUMENTOS:.....	37
5.1.3.5 DURAÇÃO:.....	37
5.1.3.6 ATORES ENVOLVIDOS E RESPONSÁVEIS:.....	37
5.1.3.7 METAS:.....	37
5.1.3.8 RECURSOS:.....	38
5.1.3.9 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO:	38
5.1.4 MONITORAR AS AÇÕES IMPLANTADAS:.....	38
5.1.4.1 TIPO E DESCRIÇÃO DA AÇÃO:.....	38
5.1.4.2 OBJETIVO DA AÇÃO:.....	38
5.1.4.3 ESTRATÉGIAS (MÉTODOS);.....	38
5.1.4.4 INSTRUMENTOS:.....	38
5.1.4.5 DURAÇÃO:.....	38
5.1.4.6 RECURSOS:.....	39
5.1.4.7 ATORES:.....	39
5.1.4.8 METAS:.....	39
5.1.4.9 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO:	39
6. ASPECTOS ÉTICOS	39

7. ANÁLISE DA VIABILIDADE DA INTERVENÇÃO	39
7.1 ATORES A SEREM MOBILIZADOS :	39
7.2 ELEMENTOS FAVORÁVEIS:	40
7.3 OBSTACULOS PROVÁVEIS:	40
7.4 DESCRIÇÃO E CÁLCULO DOS RECURSOS (MATERIAIS E SIMBÓLICOS A SEREM MOBILIZADOS:	40
8. CRONOGRAMA	42
9. REFERÊNCIAS	43
10. ANEXOS	48
ANEXO 1	48
ANEXO 2- TEXTO DO QUESTIONÁRIO	50
ANEXO 3	51
ANEXO 4 Matrizes da estratégia de ação	52

1- SITUAÇÃO PROBLEMA.

A partir das últimas décadas do século passado, seguindo tendência mundial, observam-se no Brasil dois processos que têm produzido importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes em sua população. O primeiro, denominado “Transição Demográfica”, com significativa diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida. Como resultado verifica-se progressivo aumento da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários, tendência essa que deverá se ampliar nos próximos 20 anos. O segundo, caracterizado por importante mudança no perfil de morbimortalidade, denominado de “Transição Epidemiológica”. No Brasil, apresenta-se ainda com importantes diversidades regionais, decorrentes das diferenças sócio econômicas e de acesso aos serviços de saúde, resultando em um “modelo polarizado de transição” (ARAÚJO, 1992).

A transição epidemiológica decorre também devido a outros fatores como a urbanização, o maior acesso a serviços de saúde e meios de diagnósticos mais eficazes. Nesse modelo de transição temos o crescimento da morbidade e mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (BRASIL, 2005).

Este fenômeno caracteriza-se por uma inversão das causas de mortalidade no país. Na década de 30, as doenças infecciosas eram responsáveis por cerca de 46% das mortes, e atualmente, elas respondem por apenas 5%. E, enquanto que as doenças cardiovasculares, representavam, há três décadas atrás somente 12% das causas de mortes, e são, atualmente, responsáveis por quase um terço dos óbitos (BARBOSA, 2003).

As DCNT caracterizadas pelas doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, câncer e as doenças respiratórias têm aumentado na população adulta no Distrito Federal (DF), seguindo a tendência global e nacional. Segundo MARIATH et al (2007) elas apresentam, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito.

Devido as suas características, as DCNT custam caro para o Sistema Único

de Saúde (SUS). Caso não sejam prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica. Para toda sociedade, o número de mortes prematuras e de incapacidades faz com que o enfrentamento das “novas epidemias”, causadas por DCNT, demandem significativos investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de uma vida saudável (MALTA et al, 2006).

As DCNT por serem de longa duração, são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, gerando no Brasil uma sobrecarga no Sistema Único de Saúde. Estima-se que os gastos do Ministério de Saúde com atendimentos ambulatoriais e internações em função das DCNT sejam de aproximadamente R\$ 7,5 bilhões por ano (MALTA et al, 2006).

O excesso de peso no Brasil tem um impacto nas hospitalizações e nos custos similares ao observado nos países desenvolvidos. Segundo SICHIERI (2007), o total de custos de hospitalização associados ao sobrepeso/obesidade e às doenças associadas, utilizando-se os dados das hospitalizações de homens e mulheres de 20 a 60 anos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), foi equivalente a 3,02% dos custos totais de hospitalização em homens e 5,83% em mulheres, correspondendo a 6,8 e 9,3% de todas as hospitalizações (excluindo gestantes) no ano de 2001.

Persistem as políticas de saúde do país em optar maciçamente pela medicina curativa, pelo atendimento e tratamento das DCNT em serviços de urgência e emergência ou sob hospitalizações. O custo elevado dessas opções, obviamente reconhecido, não favorece as mudanças desejáveis. Esse é um aspecto já bastante conhecido daqueles que lidam com DCNT, dependente da burocracia, de difícil resolução, impedindo a prática de promoção e proteção da saúde, mesmo que se tenha incorporado essa idéia nos programas oficiais para tais doenças, em períodos governamentais sucessivos desde a década de 1980 (LESSA, 2004).

Lembrando o *Informe Sobre Saúde no Mundo 2002*, em que se indicam a mortalidade, a morbidade e a incapacidade atribuídas às principais doenças não transmissíveis, estas representam atualmente cerca de 60% de todas as disfunções e 47% da carga de morbidade mundial. Prevê-se que esses percentuais aumentarão em

73% e 60%, respectivamente, antes de 2020 (OMS, 2004).

Segundo dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Mortalidade (MS/SIM-2004), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 31% do total de óbitos por causas conhecidas e as neoplasias representam a segunda causa, com cerca de 15%, seguida das causas externas.

No DF, em 2005, a maior proporção de óbitos, por grupo de causas foi a do grupo das doenças do aparelho circulatório, responsável por 2.655 óbitos (29,0% do total), seguido pelo grupo das neoplasias, com 1559 óbitos (17,0%) e pelo das causas externas, com 1486 (16,2%) (Tabela 1).

Tabela 1: Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por grupos de causas segundo diagnóstico- DF, 2005.

Grupo de causas	Frequência	%	Taxa
Doenças do aparelho circulatório	2.655	29,0	113,80
Neoplasias	1.559	17,0	66,82
Causas externas de morbidade/mortalidade	1.486	16,2	63,69
Doenças do aparelho respiratório	711	7,8	30,47

Fonte : Relatório de eventos vitais, DF, 2005.

Houve um aumento relativo e absoluto do número de óbitos decorrentes das doenças do aparelho circulatório. A taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório passou de 93,7 por 100.000 habitantes, em 1980, para 113,8 por 100.000 habitantes, em 2005 (Tabelas 1 e 2).

Tabela 2: Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por grupos de causas - DF, 1980.

Grupo de causas	Frequência	%	Taxa
Doenças do aparelho circulatório	1.103	19,9	93,7
Causas externas de morbidade/mortalidade	853	15,4	72,5
Afecções originadas no período perinatal	728	13,1	61,9
Doenças infecciosas e parasitárias (DIP)	713	12,9	60,6
Doenças do aparelho respiratório (DAR)	694	12,5	59,0
Neoplasias (NEO)	530	9,6	45,0

Fonte : Relatório de eventos vitais, DF, 2005.

Nas duas últimas décadas, em relação ao coeficiente de mortalidade por neoplasias, também registrou-se um aumento significativo. Em 1980, com 45,0 óbitos por 100.000 habitantes, ele representava o 6º maior coeficiente de mortalidade entre os grupos de causas de óbito. Em 2005, passou a ser o 2º maior, com 66,82 óbitos por cem mil habitantes (Tabelas 1 e 2).

Os fatores de risco que mais contribuem para as DCNT são obesidade, alto nível de colesterol, hipertensão arterial, fumo e álcool (OPAS, 2003).

A obesidade na população adulta apresenta uma prevalência em ritmo crescente no DF. As alterações no padrão de alimentação da população, como veremos adiante, contribuem para a evolução do excesso de peso e, conseqüentemente, para as mudanças dos indicadores nutricionais.

Atualmente a obesidade tem se apresentado como um agravo importante para as sociedades modernas em face de seu avanço em diferentes partes do mundo. Os danos acarretados pela obesidade são extensos. Relaciona-se a diferentes enfermidades incluindo as cardio e cerebrovasculares, a diabetes não-insulino dependentes, a hipertensão arterial sistêmica e certos tipos de câncer. Somam-se, ainda, prejuízos psicossociais relacionados à questão da discriminação a indivíduos sob esta condição patológica. Hoje a obesidade se apresenta como o maior problema alimentar da população brasileira (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006).

Segundo FRANCISCHI (2000) a obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças não transmissíveis, com destaque especial para as cardiovasculares e *diabetes mellitus*. Muitos estudos demonstram que obesos morrem relativamente mais de doenças do aparelho circulatório, principalmente de acidente vascular-cerebral e infarto agudo do miocárdio, que indivíduos com peso adequado.

A obesidade representa o problema nutricional de maior ascensão entre a população observado nos últimos anos, sendo considerada uma epidemia mundial. Dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia apontam que 80% da população adulta são sedentários e que 52% dos brasileiros estão acima do peso, sendo 11% obesos, o que explica o aumento da morbidade e mortalidade (MARIATH et al, 2007).

Os problemas apresentados no DF estão em sintonia com o que ocorre na Região Centro-Oeste, no Brasil e no mundo. Uma análise comparativa entre três

estudos - o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF/1974-1975); a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN/1989) e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/2002- 2003) - vem confirmar os aumentos contínuos na prevalência de excesso de peso e obesidade na Região Centro-Oeste, apresentando exceção quanto ao sexo feminino no período de 1989-2002, quando houve um declínio (Tabela 3).

Tabela 3:: Prevalência de excesso de peso (IMC> 25KG/M2) e obesidade (IMC> 30KG/M2) na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo, na Região do Centro-Oeste nos períodos 1974-1975, 1989 e 2002-2003

Estado Nutricional	Excesso de Peso		Obesidade	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1974/75	18,3	27,1	2,8	7,6
1989	30,4	39,5	5,1	12,1
2002/03	42,9	37,6	8,4	10

Fonte: Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF/ 1974-1975), Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN/ 1989), Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/ 2002-2003).

O conhecimento de outros fatores de risco para DCNT, além do monitoramento da prevalência da obesidade, principalmente os de natureza comportamental como a alimentação é fundamental, pois algumas ações preventivas podem ser efetivadas.

O padrão alimentar da população do DF vem sofrendo grandes alterações, caracterizada pelo aumento do consumo de gorduras saturadas de origem animal e pela estabilização do consumo de frutas e hortaliças. Estes resultados são comprovados pela análise de dois estudos que monitoram os fatores de risco para as DCNT: o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, realizado no ano 2000, pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizado nos anos de 2006 e 2007. O Sistema VIGITEL objetiva o monitoramento

contínuo e proteção para DCNT dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal, apoiando-se para tanto na realização contínua de entrevistas telefônicas. Através destes estudos é possível confirmar um consumo exagerado de gorduras de origem animal e um consumo baixo e insuficiente de frutas e hortaliças (anexo1).

O sistema VIGITEL também obteve dados em relação à informação referida de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial no DF. Dos entrevistados, no ano de 2007 3,5% referiam ter diagnóstico clínico de *diabetes mellitus* e 18,4% de hipertensão arterial.

As DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco, que podem ser modificados (MALTA et al, 2006), principalmente os de natureza comportamental como dieta, sedentarismo e dependência química (de álcool, tabaco e outras drogas).

O *Informe Sobre a Saúde no Mundo (2002)*, expõe as circunstâncias das causas, e na maioria dos países, uns poucos fatores de risco muito importantes são responsáveis em grande parte pela morbidade e mortalidade. No caso das doenças não transmissíveis, os fatores de risco mais importantes são os seguintes: hipertensão arterial, hipercolesterolemia, pouca ingestão de frutas e hortaliças, excesso de peso ou obesidade, falta de atividade física e consumo de tabaco. Cinco destes fatores de risco estão estreitamente associados à má alimentação e a falta de atividade física (OMS, 2004).

Evidências científicas mais recentes mostram que a saúde pode estar muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à idéia, anteriormente hegemônica, da sua determinação genética e biológica. O sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o ritmo da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das chamadas doenças modernas (GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA, 2006).

São muitos os determinantes que levam a uma alimentação não saudável e vários fatores contribuem para as escolhas alimentares, como a situação econômica, a qualidade da informação disponível e a propaganda de alimentos não saudáveis.

O aumento no consumo de alimentos processados, ricos em gordura, açúcar e sal, associado ao menor gasto energético diário devido à redução da atividade

física, explicam as tendências crescentes de sobrepeso e obesidade na população e também das DCNT associadas no Brasil (GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA, 2006).

A análise dos dados da mais recente pesquisa nacional POF/2002-2003 possibilita estimar o consumo das famílias brasileiras, destacando tendências inadequadas: alto consumo de açúcar; consumo muito baixo ou insuficiente de frutas, legumes e verduras e uma tendência de consumo exagerado de gorduras totais e de gorduras saturadas.

Há evidências científicas que mostram que alimentos de origem vegetal, principalmente frutas, legumes e verduras, se consumidos de forma regular e em quantidades apropriadas, são fatores de proteção contra várias doenças relacionadas à alimentação, contribuindo também para manutenção de um peso saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). No Brasil, o Ministério da Saúde endossa estas recomendações.

De acordo com estimativas da OMS, o insuficiente consumo de frutas e hortaliças (consumo *per capita* diário inferior a cinco porções diárias de frutas e hortaliças) é responsável anualmente por 2,7 milhões de mortes e por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cérebro-vasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos em todo mundo. Ainda segundo a OMS, dislipidemias, causadas majoritariamente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, determinam anualmente 4,4 milhões de mortes, sendo responsáveis por 18% das doenças cérebro-vasculares e 56% das doenças isquêmicas do coração.

Uma mudança nos hábitos alimentares, na atividade física e no controle do fumo resultaria num impacto substancial para a redução das taxas das doenças crônicas não transmissíveis, muitas vezes num período de tempo relativamente curto (OPAS, 2003).

A promoção da alimentação saudável constitui uma estratégia central a todas ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

A PNAN assumiu como fundamentos o entendimento da alimentação saudável enquanto um direito humano, e a necessidade de articulação e da busca da garantia da segurança alimentar e nutricional (PINHEIRO; CARVALHO, 2008).

A PNAN tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.

Dentre as sete diretrizes propostas na política destacam-se três: a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, a prevenção e controle das carências nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição e o monitoramento da situação alimentar.

A promoção de práticas alimentares saudáveis, está inserida no contexto da adoção de estilos de vidas saudáveis, componente importante na promoção da saúde, que enfatiza à orientação quanto à prevenção das DCNT e a adoção de hábitos alimentares apropriados por seus portadores como forma de evitar o agravamento das doenças.

A prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição prevê medidas voltadas à promoção da saúde e ao controle dos desvios alimentares e nutricionais por constituir condutas para prevenir a instalação e evolução das DCNT.

O monitoramento da situação alimentar e nutricional, através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) concentra sua atenção, de forma especial, na rede de Atenção Básica de saúde.

O Guia Alimentar para a População Brasileira é mais um dos instrumentos de promoção da saúde, construídos no âmbito das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com vistas à consolidação de seus propósitos e fundamentos, que tem como um de seus principais objetivos abordar a questão alimentar e nutricional como prioridade para a saúde pública brasileira e é concebido para contribuir para a prevenção de doenças causadas por deficiências nutricionais, para reforçar a resistência orgânica a doenças infecciosas e para reduzir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por meio da alimentação saudável.

Este é um instrumento destinado a todas as pessoas envolvidas com a saúde pública e vai auxiliar os profissionais de saúde da Atenção Básica, incluindo os vinculados à Estratégia da Saúde da Família, a levar à população informações sobre a importância de se manter ou adotar uma dieta saudável.

A Secretaria de Saúde do DF, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde da população elaborou no ano de 2007, em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Distrital de Promoção da Saúde que tem entre seus eixos estruturadores a alimentação saudável, possuindo metas que priorizam a promoção da alimentação saudável. A política ainda está em fase de implantação e reuniões estão sendo realizadas com o objetivo de efetivar sua implantação.

A política possui como objetivo a promoção da qualidade de vida, redução de vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Para entender a organização da Atenção Básica no DF, é necessário conhecer a sua estrutura, que tem na sua composição 15 Regionais de Saúde com sessenta e três (63) Centros de Saúde (CS) e setenta e três (73) Equipes de Saúde da Família. Vinte (20) CS têm o profissional nutricionista em seu quadro. Os nutricionistas da Atenção Básica desenvolvem atividades, tais como: educação nutricional de indivíduos e grupos populacionais, diagnóstico nutricional e prescrição dietética individuais em ambulatório, planejamento e execução de cursos de treinamento e aperfeiçoamento para profissionais de saúde, dentre outras.

Nos CS que contam com a presença do profissional nutricionista são desenvolvidas atividades educativas, como palestras com os grupos de diabéticos e hipertensos, onde algumas noções de alimentação saudável são pontuadas, baseadas nos Dez Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde (MS). Os álbuns seriados “O que é vida Saudável” do MS são utilizados como ferramentas nas palestras educativas. Palestras de introdução de alimentação complementar e de incentivo ao aleitamento materno também são desenvolvidas, onde são usados cartazes como instrumentos pedagógicos.

Nos CS que não têm o profissional nutricionista, palestras educativas que promovem o aleitamento materno e com os grupos de diabéticos e hipertensos são desenvolvidas por outros profissionais de saúde, como enfermeiros e técnicos de enfermagem, onde são abordados alguns aspectos em relação às doenças e não são desenvolvidos temas em relação à alimentação saudável. Os profissionais que

compõem as ESF também não são capacitados em alimentação saudável.

Atualmente, atividades educativas específicas para os beneficiários do Programa Bolsa Família não são desenvolvidas nos CS.

As ações que hoje são realizadas na capital do país ainda não são suficientes para fomentarem a promoção da alimentação saudável na Atenção Básica do DF e para a prevenção das DCNT, sendo necessário a reorganização de atividades educativas que promovam a alimentação saudável.

A formação permanente dos profissionais de saúde que atuam nos CS e ESF em alimentação saudável é necessária, sensibilizando-os quanto à importância do tema na prevenção das DCNT, proporcionando maior habilitação e segurança para atuarem como multiplicadores em alimentação saudável e maior conhecimento das diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira.

Neste contexto, as ações de Promoção de Alimentação Saudável, através de ações educativas de alimentação e nutrição, implantadas na Atenção Básica do DF, contribuiriam para reverter a situação epidemiológica atual.

Portanto, o projeto de intervenção que será apresentado surge com o objetivo de contribuir para a melhoria da saúde da população do DF, por meio **“da reorganização das ações de Promoção de Alimentação Saudável na Atenção Básica do Distrito Federal”**.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

Contribuir para a Promoção da Saúde através da reorganização das ações de Promoção da Alimentação Saudável desenvolvidas na Atenção Básica do Distrito Federal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as ações de alimentação saudável que existem na Atenção Básica do DF;
- Formar agentes multiplicadores entre os profissionais de saúde da Atenção

Básica do DF em alimentação saudável;

- Implementar atividades de Educação Nutricional em alimentação saudável na Atenção Básica do DF;
- Monitorar as ações implantadas.

3. JUSTIFICATIVA

A Promoção da Alimentação Saudável é uma estratégia importante na prevenção das DCNT, a partir do consumo correto de alimentos, respeitadas as condições culturais e sócio-econômicas da população.

Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS-2004), verifica-se que entre 40% e 90% dos óbitos anuais por DCNT podem ser evitados, se a população tiver garantido o acesso a uma alimentação saudável.

Com a reorganização das ações de promoção de alimentação saudável implantadas na Atenção Básica do DF, poderá haver uma maior difusão do tema entre os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a comunidade. Espera-se que ocorra uma melhora nos hábitos alimentares da população, que estará mais informada e sensibilizada quanto à importância da prevenção de algumas doenças através de uma alimentação adequada. É possível que a comunidade comece a ter um olhar diferenciado para a sua saúde e desperte para a importância do auto cuidado.

Esta é uma intervenção que poderá, a longo prazo, diminuir os custos da Secretaria de Saúde do DF, já que as DCNT custam caro para o SUS. A promoção da alimentação saudável pode representar redução de gastos com ações curativas de tratamento e recuperação de indivíduos com DCNT.

Como as DCNT geram indivíduos incapacitados, com aposentadorias precoces e mortes prematuras, uma intervenção que diminuísse sua prevalência contribuiria para uma sociedade mais produtiva e com um menor gasto em relação aos benefícios sociais. Os investimentos na saúde também poderiam ser otimizados.

A estruturação das ações de promoção da alimentação saudável proporcionará uma melhor organização da assistência em nutrição na Atenção Básica

do DF, principalmente em relação aos fluxos de referência e contra referência que seriam mais bem definidos.

Este projeto é único e inovador, já que não existem intervenções semelhantes implementadas na Atenção Básica do DF.

4. MARCO TEÓRICO

A Atenção Primária é a base do sistema de saúde, assumindo o papel de disponibilizar assistência fundamentada em tecnologia e métodos cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, com acesso universal a indivíduos e famílias. A Atenção Primária é a porta de entrada da atenção individual, responsável pela longitudinalidade do acompanhamento dos usuários e se encontra em melhor posição para interpretar e contextualizar seus problemas de saúde ao meio social em que vivem (SAITO; LACERDA; FRACOLLI, 2006).

A Atenção Básica é composta pelas ações de promoção, prevenção e cura, centradas na pessoa, na família e na comunidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Incluem-se aí serviços básicos de assistência médica, como tratamento cotidiano da maioria das doenças agudas crônicas e traumatismos mais comuns; controles pré-natais e outros; vacinações; visitas domiciliares; planejamento familiar; educação em saúde; nutrição e atenção a problemas não graves de saúde mental, entre outros (OPAS, 2006).

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, VASCONCELOS (1999) destaca os de Atenção Básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. A consideração do autor justifica-se pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais.

A Atenção Básica de saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares e à prática regular da atividade física. Cabe ressaltar que essas ações, além de garantir a difusão de informação, devem buscar viabilizar espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na

sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade e promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania (BRASIL, 2006).

Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF), seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família (ALVES, 2005).

Na década de 1990 tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (BRASIL, 1997).

O Programa Saúde da Família (PSF) busca o estabelecimento do vínculo entre a população e os profissionais da saúde com alteração do enfoque de trabalho anteriormente voltado ao indivíduo, para agora pensar na família como objeto da atenção (SANTOS, 2007).

No caso do PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adstrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF (ALVES, 2005).

Ao nível da atenção preventiva, o PSF prevê o desenvolvimento de práticas de educação em saúde voltadas para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos. Estas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais em seus contatos com indivíduos sadios ou doentes, conforme definição de suas atribuições básicas.

Verifica-se, desta maneira, que a prática educativa no PSF não conta necessariamente com um espaço restrito e definido para seu desenvolvimento, antes disso adverte-se os profissionais que devem oportunizar seus contatos com os usuários para “os aspectos preventivos e de educação sanitária” (BRASIL, 1997).

Neste sentido, em 2004, a 57ª Assembléia Mundial da Saúde aprovou a Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde reconhecendo o vasto conhecimento existente e o potencial para a saúde pública, assim como a necessidade de reduzir o nível de exposição e os principais riscos associados a uma alimentação pouco saudável e a falta de atividade física.

A importância da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde como parte da prevenção e controle das DCNT inclui a participação dos profissionais de saúde como auxiliares efetivos para a melhora da saúde da população.

A OPAS/OMS elaborou a proposta de Estratégia Global que se mostra como uma oportunidade para reduzir substancialmente as mortes e doenças em todo o mundo, relacionadas à alimentação inadequada e inatividade física.

A meta geral da Estratégia é promover e proteger a saúde mediante atividades sustentáveis em nível comunitário, nacional e mundial que, em conjunto, contribuam para a redução da mortalidade e morbidade associadas a uma alimentação pouco saudável e a falta de atividade física da população.

A Estratégia Global tem como objetivos principais: reduzir os fatores de risco de doenças não transmissíveis associadas a uma alimentação pouco saudável e a falta de atividade física mediante uma ação de saúde pública essencial e medidas de promoção da saúde e prevenção da morbidade; promover a consciência e o conhecimento geral acerca da influência da alimentação saudável e da atividade física em saúde, assim como do potencial positivo das intervenções de prevenção; fomentar o estabelecimento, o fortalecimento e a aplicação de políticas e planos de ação mundial, regionais, nacionais e comunitários direcionados a melhorar a alimentação e aumentar a atividade física; respaldar as investigações sobre uma ampla variedade de esferas pertinentes, incluída a evolução das intervenções e fortalecer os recursos humanos que necessitam nesta área para melhorar a saúde.

Com respeito à alimentação, a Estratégia inclui as seguintes recomendações,

dirigidas tanto as populações quanto para as pessoas:

- Obter um equilíbrio e um peso normal;
- Limitar a ingesta energética procedente das gorduras, substituir as gorduras saturadas por gorduras insaturadas e tratar de eliminar os ácidos transgordurosos;
- Aumentar o consumo de frutas e hortaliças, assim como de legumes, cereais integrais e frutas secas;
- Limitar a ingesta de açúcares livres;
- Limitar a ingesta de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado.

Atualmente, a promoção da saúde se apresenta como uma proposta inovadora, pois favorece a superação de impasses importantes no campo da Saúde Pública. A promoção da saúde incorpora um conceito ampliado de saúde, que tem como objetivo propiciar um nível ótimo de vida e saúde às populações (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007)

Nesse sentido a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) coloca a promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal e que confere visibilidade aos fatores que colocam à saúde da população em risco.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Dentre as seis diretrizes da PNPS, destacam-se duas: reconhecer na Promoção da Saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde, e divulgar e informar das iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Como estratégias preconizadas para implementação da PNPS, destacam-se o estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde, alimentação saudável e prevenção, e controle ao tabagismo; o desenvolvimento de estratégias de qualificação em ações de promoção da saúde para profissionais de

saúde inseridos no SUS e o apoio a estados e municípios que desenvolvam ações voltadas para a implementação da Estratégia Global, vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis.

A alimentação saudável é uma das ações prioritárias dentro da PNPS em que se destaca a disseminação da cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira, a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação e a reorientação dos serviços de saúde com ênfase na Atenção Básica.

Algumas estratégias se destacam na Política, como a divulgação ampla do “Guia Alimentar para a População Brasileira” para todos os setores da sociedade; a realização de inquéritos de fatores de risco para as DCNT da população em geral a cada cinco anos e para escolares a cada dois anos, conforme previsto na Agenda Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Ministério da Saúde, como ação de vigilância alimentar e nutricional e a mobilização e capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Básica para a promoção da alimentação saudável nas visitas domiciliares, atividades de grupo e nos atendimentos individuais, fazendo parte da reorientação dos serviços de saúde com ênfase na Atenção Básica.

Diante do contexto de revitalizar a Atenção Básica no Brasil e fortalecê-la, para que se constitua porta de entrada preferencial do SUS, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica que apresenta as características, os princípios e fundamentos da Atenção Básica.

Segundo a Política Nacional, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individuais e coletivos, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Dentre as características do processo de trabalho da Saúde da Família destacam-se: o diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes; a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor

intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade e trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.

O processo de trabalho das equipes de Atenção Básica apresenta características como 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 e 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.

Segundo VASCONCELOS (1999), a educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disso, ela é em sua totalidade, um processo eminentemente educativo, uma vez que, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas.

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA; LOPES, 1996, apud, Alves, 2005). Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua as famílias da área adstrita, identificando situações de risco de saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997).

Pela potencialidade desta metodologia, VASCONCELOS (1999) vislumbra as experiências de educação popular como forma de superação do fosso cultural entre os serviços de saúde e a população assistida. Em função deste resultado, o autor compreende a educação popular em saúde não como uma atividade a mais a ser realizada pelos serviços de saúde, mas como uma estratégia capaz de reorientar as

práticas de saúde.

O movimento da educação popular em saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (ALVES, 2005).

Como contexto das práticas educativas, considera-se que estas tanto podem ser formais e desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, com realização das palestras e distribuição de cartilhas e folhetos, como também podem ser mais, desenvolvida nas ações de saúde cotidianas. Entretanto, dada à relevância da comunicação dialógica, valoriza-se o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contextos de práticas educativas (ALVES, 2005).

Por esta circunstância, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (ALVES, 2005).

A experiência no trabalho em saúde pública tem revelado a utilização de grupos como uma boa estratégia para o desenvolvimento de atividades educativas. A sua utilização esta em conformidade com os pressupostos da promoção em saúde, o qual significa fornecer às populações condições para que sejam capazes de melhorar e exercer controle sobre a sua saúde (SANTOS, 2007).

O grupo permite a formação de um campo que potencializa a troca de experiências, reflexões, produção coletiva de conhecimento e desenvolvimento de estratégias para enfrentamento da realidade por meio de orientações de forma lúdica e interativa. É dessa maneira que o profissional deve utilizar-se desse recurso para promover educação em saúde, permitindo a partir da contribuição de todos, buscar estratégias para sanar os problemas apresentados (SANTOS, 2007).

Segundo SANTOS (2007) as propostas de ações em grupo facilitam o desenvolvimento da integração grupal, aproximação dos indivíduos com o universo alimentar e estímulo do auto-conhecimento e do senso crítico em relação à mídia e à sociedade, auxiliando no processo de desvelar os problemas relacionados à alimentação.

A educação nutricional tem um papel importante em relação à promoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância. CERQUEIRA (1985) a considera medida de alcance coletivo com o fim primordial de “proporcionar os conhecimentos necessários e a motivação coletiva para formar atitudes e hábitos de uma alimentação sadia, completa, adequada e variada”.

As práticas educativas em saúde e nutrição devem ter como eixos centrais a promoção de saúde, compreendida como promoção da qualidade de vida e da cidadania, e o incentivo à adoção de padrões alimentares sustentáveis e que preservem a saúde, a cultura, o prazer de comer, a vida, os recursos naturais e a dignidade humana (BOOG, 2004).

Nesta perspectiva, alguns exemplos de temas que podem ser abordados são o direito humano à alimentação; a segurança alimentar; o incentivo à alimentação saudável ao longo do curso da vida; o incentivo, apoio e proteção da amamentação; orientações dietéticas para indivíduos e grupos com diversos agravos nutricionais; nutrição e atividade física; nutrição e trabalho, meio ambiente, violência, relações de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva, entre outros (BRASIL, 2006).

Estes temas devem ser abordados no grupo de forma criativa, por meio de jogos e brincadeiras, pois a brincadeira possibilita o movimento, o envolvimento, a aproximação usuário-profissional, profissional-profissional e usuário-usuário. A opção pelo lúdico, pela brincadeira e pela conversa informal permite compartilhar experiências, vivências e aprendizados na busca de maior autonomia, auto-estima, crescimento e cidadania. O lúdico e a brincadeira possuem uma seriedade intrínseca; têm como aspecto outra forma de abordar os temas de interesse e a construção coletiva de materiais pedagógicos, tais como cartazes e outras expressões plásticas, que abordem a alimentação saudável, o aleitamento materno, a saúde e seus determinantes, a auto imagem corporal, os papéis feminino e masculino, os rótulos dos alimentos, seus significados e usos, entre outros (BRASIL, 2006).

5. METODOLOGIA:

- **Campo de atuação:** A implantação será gradativa nas 15 Regionais de Saúde do DF. Serão selecionados Centros de Saúde (CS) e Equipes de Saúde da Família (ESF) pilotos.
- As Regionais de Saúde apresentam a seguinte composição:
 - A Regional Norte: seis CS, sem ESF e dois nutricionistas;
 - A Regional Sul : cinco CS, sem ESF, três nutricionistas;
 - A Regional do Guar : três CS, cinco ESF e um nutricionista;
 - A Regional de Taguatinga: oito CS, sem ESF, dois nutricionistas;
 - A Regional de Samambaia: quatro CS, seis ESF e um nutricionista;
 - A Regional de Ceilândia: doze CS, dois ESF, dois nutricionistas;
 - A Regional de Brazndia: um CS, cinco ESF, um nutricionista;
 - A Regional do Núcleo Bandeirante: quatro CS, cinco ESF e um nutricionista;
 - A Regional de Sobradinho : três CS, cinco ESF, um nutricionista;
 - A Regional de Planaltina : três CS, dez ESF, um nutricionista;
 - A Regional de São Sebastião: um CS, treze ESF, um nutricionista;
 - A Regional do Gama: oito CS, quatro ESF, sem nutricionista;
 - A Regional do Paranoá: um CS, sete ESF, sem nutricionista;
 - A Regional do Recanto das Emas: dois CS, quatro ESF , um nutricionista;
 - A Regional de Santa Maria: dois CS, seis ESF e dois nutricionistas.
- **Sujeitos envolvidos:** Serão selecionados profissionais de saúde (médicos, nutricionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que trabalham em cada CS e ESF pilotos para participarem do diagnóstico das ações de promoção de alimentação saudável existentes, para serem capacitados em alimentação saudável e mobilizados para a realização de atividades educativas com este tema.

5.1 OBJETIVO ESPECÍFICO:

5.1.1 IDENTIFICAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL QUE SÃO DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO DF.

5.1.1.1 TIPO E DESCRIÇÃO DA AÇÃO:

- Elaborar e reproduzir questionário com perguntas sobre as ações educativas de promoção de alimentação saudável desenvolvidas na Atenção Básica (anexo 2);
- Selecionar e treinar entrevistadores;
- Identificar os CS e as ESF pilotos onde serão aplicados os questionários;
- Identificar os profissionais de saúde que serão entrevistados;
- Aplicar o questionário nos CS e nas ESF pilotos;
- Consolidação e Avaliação dos resultados;

5.1.1.2 OBJETIVO DA AÇÃO:

- Identificar as ações de promoção de alimentação saudável que são desenvolvidas na Atenção básica do DF.

5.1.1.3 ESTRATÉGIAS (MÉTODOS):

- Serão selecionados 15 CS e 12 ESF pilotos (um CS e uma ESF para cada regional de saúde do DF). Seis CS têm o profissional nutricionista atuando (anexo 3).
- Serão selecionados os seguintes profissionais de saúde dos 15 CS e 12 ESF:
- De 09 CS: um médico, enfermeiro e técnico de enfermagem - total: 27 profissionais de saúde;
- De 06 CS: um médico, nutricionista, enfermeiro, técnico de enfermagem – total: 24 profissionais de saúde;
- De 12 ESF: um médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) - total 48 profissionais de saúde;
- Serão aplicados 99 questionários, um para cada profissional de saúde selecionado nos CS e ESF pilotos. A aplicação será de forma única e breve.
- Serão selecionados dois entrevistadores, que irão trabalhar com a seguinte divisão: um entrevistador aplicará o questionário em 8 CS e 6 ESF, totalizando 51 entrevistados e o outro, ficará responsável por 7 CS e 6 ESF, totalizando 48

entrevistados.

5.1.1.4 INSTRUMENTOS:

Questionário.

5.1.1.5 DURAÇÃO:

Um mês.

5.1.1.6 ATORES ENVOLVIDOS E RESPONSÁVEIS:

Coordenadores da Área de Alimentação e Nutrição, Chefe do Núcleo de Atenção Primária a Saúde e Estratégia da Saúde e Família de cada Regional de Saúde, Gerentes dos CS pilotos e Chefes das ESF pilotos, profissionais de saúde dos CS e ESF e entrevistadores.

5.1.1.7 METAS:

- Obter informações de 100% dos CS e ESF pilotos em relação às atividades realizadas de promoção de alimentação saudável;
- Obter 100% dos questionários preenchidos.

5.1.1.8 RECURSOS:

- Recursos humanos e financeiros, infra-estrutura (sala para treinamento e reuniões), impressos, material de consumo.

5.1.1.9 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO:

- Indicadores que serão monitorados: nº de profissionais entrevistados e nº de CS e ESF participantes.

5.1.2 FORMAR MULTIPLICADORES EM ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ATENÇÃO BÁSICA DO DF.

5.1.2.1 TIPO E DESCRIÇÃO DA AÇÃO:

- Organizar a provisão do suporte logístico para o curso;
- Identificar e selecionar formadores;
- Elaborar o conteúdo e material didático do curso;
- Realizar o treinamento dos formadores;

- Identificar e quantificar os multiplicadores;
- Realizar os cursos de formação em alimentação saudável para os multiplicadores.

5.1.2.2 OBJETIVO DA AÇÃO:

- Formar multiplicadores em alimentação saudável.

5.1.2.3 ESTRATÉGIAS (MÉTODOS):

- Todos os CS das 15 regionais de saúde serão selecionados totalizando 63 CS.
- Todas ESF das 12 regionais de saúde serão selecionadas, totalizando 73 ESF.
- Serão selecionados os seguintes profissionais de saúde:
- De 63 CS: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem - total: 189 profissionais de saúde.
- De 73 ESF: enfermeiro e ACS – total: 146 profissionais de saúde.
- Total de profissionais de saúde que serão formados: 335 profissionais de saúde.
- O total dos profissionais de saúde que serão formados será dividido em 16 turmas de 20 e uma turma de 15 alunos;
- O curso terá uma carga horária de 16 horas, com a seguinte divisão: importância da promoção da alimentação saudável na prevenção das DCNT (4hs), alimentação saudável para os diversos ciclos de vida (4hs), apresentação do Guia Alimentar para a População Brasileira (4hs) e identificação de distúrbios nutricionais e discussão da implantação dos grupos e oficinas (4hs).

5.1.2.4 INSTRUMENTOS:

- Apostilas elaboradas para o curso;
- Material do Ministério da Saúde: Dez passos para alimentação saudável para os diversos ciclos de vida e o Guia Alimentar para a População Brasileira.

5.1.2.5 DURAÇÃO:

- Três meses

5.1.2.6 ATORES ENVOLVIDOS E RESPONSÁVEIS:

- Coordenadores da Área de Alimentação e Nutrição, Chefe do Núcleo de

Atenção Primária a Saúde e Estratégia da Saúde e Família de cada Regional de Saúde, Gerentes dos CS e Chefes das ESF envolvidas, profissionais de saúde dos CS e ESF que serão multiplicadores e formadores.

5.1.2.7 METAS:

- Realizar 100% dos cursos de formação;
- Formar 80% dos multiplicadores;
- Realizar no mínimo dois seminários por ano para divulgações das ações.

5.1.2.8 RECURSOS:

- Recursos humanos e financeiros, material didático, recursos audiovisuais e simbólicos, infra-estrutura, material de consulta, material de consumo.

5.1.2.9 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO:

- Indicadores: nº de cursos de formação realizados e nº de profissionais de saúde formados.
- Realizações de seminários semestrais onde poderão ser avaliadas as ações implantadas.

5.1.3 IMPLEMENTAR ATIVIDADES EDUCATIVAS EM ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ATENÇÃO BÁSICA DO DF

5.1.3.1 TIPO E DESCRIÇÃO DA AÇÃO:

- Implantar oficinas de alimentação saudável nos CS pilotos;
- Implantar grupos de hipertensos e diabéticos nos CS pilotos que não desenvolvam este trabalho e reorientar o desenvolvimento das atividades dos grupos que já existem;
- Implantar grupos dos beneficiários do Programa Bolsa Família;
- Reorganizar fluxos de referência e contra-referência entre a ESF e os CS pilotos;
- Identificar os profissionais de saúde que serão responsáveis pela implementação das oficinas e dos grupos nos CS pilotos, entre aqueles que foram formados em alimentação saudável;

- Elaborar material técnico informativo.

5.1.3.2 OBJETIVO DA AÇÃO:

- Reorientar as ações de alimentação saudável na Atenção Básica do DF.

5.1.3.3 ESTRATÉGIAS (MÉTODOS):

- Selecionar 15 CS que serão referência, um para cada regional de saúde, onde serão implantadas as oficinas e implementados os grupos já existentes por dois profissionais de saúde capacitados para cada CS;
- Selecionar um profissional nutricionista em cada regional de saúde para supervisionar as atividades implementadas e avaliar os fluxos de referência e contra-referência adotados, totalizando 15 nutricionistas;
- Selecionar um profissional de saúde de cada ESF para treinamento, totalizando 73 profissionais de saúde;

5.1.3.4 INSTRUMENTOS:

- Apostilas para o treinamento, material do Ministério da Saúde – Dez Passos para uma alimentação saudável para os diversos ciclos de vida, Alimentos Regionais, Guia Alimentar para a População Brasileira, cartazes, folder e DVD.

5.1.3.5 DURAÇÃO:

- Seis meses

5.1.3.6 ATORES ENVOLVIDOS E RESPONSÁVEIS:

- Coordenadores da Área de Alimentação e Nutrição, Chefe do Núcleo de Atenção Primária a Saúde e Estratégia da Saúde e Família de cada Regional de Saúde, Gerentes dos CS e Chefes das ESF envolvidas, profissionais de saúde dos CS e ESF capacitados em alimentação saudável e nutricionistas.

5.1.3.7 METAS:

- Ter 100% das regionais de saúde com um CS referência, com as oficinas e grupos implantados;
- Ter 50% das ESF treinadas em referenciar pacientes para as oficinas e grupos dos CS.

5.1.3.8 RECURSOS:

- Recursos humanos e financeiros, materiais de consumo, infra-estrutura, recursos simbólicos.

5.1.3.9 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO:

- Indicadores monitorados: nº de CS referência implantados e nº de ESF treinadas.
- Reuniões mensais com os supervisores para avaliação das ações implantadas.

5.1.4 MONITORAR AS AÇÕES IMPLANTADAS:**5.1.4.1 TIPO E DESCRIÇÃO DA AÇÃO:**

- Realizar reuniões trimestrais com os profissionais de saúde formados em alimentação saudável;
- Realizar supervisões mensais em cada regional de saúde;
- Realizar visitas periódicas aos Centros de Saúde e ESF para monitoramento das ações.

5.1.4.2 OBJETIVO DA AÇÃO:

- Monitorar as ações implantadas.

5.1.4.3 ESTRATÉGIAS (MÉTODOS);

- Identificar supervisores;
- Realizar cronograma de supervisões e visitas;
- Elaborar formulários para serem utilizados nas reuniões e supervisões.

5.1.4.4 INSTRUMENTOS:

- Formulários de supervisão.

5.1.4.5 DURAÇÃO:

- Dois meses, após, duração contínua.

5.1.4.6 RECURSOS:

- Recursos humanos, impressos, infra-estrutura.

5.1.4.7 ATORES:

- Coordenadores da Área de Alimentação e Nutrição, Chefe do Núcleo de Atenção Primária a Saúde e Estratégia da Saúde e Família de cada Regional de Saúde, Gerentes dos CS e Chefes das ESF envolvidas, profissionais de saúde dos CS e ESF envolvidos e nutricionistas.

5.1.4.8 METAS:

- Ter 80% dos CS pilotos supervisionados;
- Ter 50 % das ESF supervisionados.

5.1.4.9 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO:

- Indicadores monitorados: nº de regionais de saúde supervisionadas e nº de reuniões realizadas nos CS e ESF.

6. ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de intervenção a ser realizado na SES/DF não envolve diretamente o usuário, não sendo necessário que seja apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/SES/DF (CEP).

7. ANÁLISE DA VIABILIDADE DA INTERVENÇÃO**7.1 ATORES A SEREM MOBILIZADOS :**

- Subsecretário de Atenção a Saúde/SES/DF.
- Gerente da Gerência de Nutrição da SES/DF.
- Diretor de Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família/SAS/SES/DF.
- Coordenador da Atenção Básica da Gerência de Nutrição/SAS/SES/DF.
- Nutricionistas da SES/DF.

- Chefe do Núcleo de Atenção Primária a Saúde e Estratégia da Saúde e Família de cada Regional de Saúde.
- Gerentes dos CS pilotos e Chefes das ESF piloto.
- Profissionais de saúde dos CS e ESF pilotos.

7.2 ELEMENTOS FAVORÁVEIS:

- Contexto sócio-político-institucional.
- Interesse dos gestores da Secretaria de Saúde do DF.
- Recursos materiais e simbólicos disponíveis.
- Interesse dos profissionais eleitos em informações que possam melhorar sua qualidade de vida.
- Interesse dos profissionais eleitos em ter maior segurança ao trabalhar com o tema Alimentação Saudável.
- Pressão externa: usuários e comunidade.
- Pressão interna: profissionais de saúde e gestores.

7.3 OBSTACULOS PROVÁVEIS:

- Resistência de alguns profissionais de saúde eleitos em participar de curso de formação.
- Resistência de alguns profissionais de saúde eleitos em responder o questionário.
- Interesse, compromisso.

7.4 DESCRIÇÃO E CÁLCULO DOS RECURSOS (MATERIAIS E SIMBÓLICOS A SEREM MOBILIZADOS):

RECURSOS MATERIAIS E SIMBÓLICOS	QUANTIDADE
QUESTIONÁRIOS	120 UNIDADES
APOSTILAS PARA O CURSO DE FORMAÇÃO	310 UNIDADES

GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA	310 UNIDADES
CERTIFICADOS DO CURSO	290 UNIDADES
MANUAL PARA OS RESPOSÁVEIS PELAS OFICINAS E GRUPOS	130 UNIDADES
CERTIFICADOS PARA OS CS REFERÊNCIA	20 UNIDADES
APOSTILAS PARA O TREINAMENTO	130 UNIDADES
GUIA ALIMENTAR PARA MENORES DE 02 ANOS	130 UNIDADES
ALIMENTOS REGIONAIS BRASILEIROS	130 UNIDADES
FORMULÁRIOS PARA AS SUPERVISÕES	100 UNIDADES
FOLDER DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA OS GRUPOS E OFICINAS	50.000 UNIDADES
CARTAZES PARA OFICINAS E GRUPOS	30 UNIDADES
DVD PARA AS OFICINAS	30 UNIDADES
TELEVISÃO PARA AS OFICINAS	15 UNIDADES
APARELHO DE DVD PARA AS OFICINAS	05 UNIDADES
DATASHOW PARA CURSO E TREINAMENTOS	01 UNIDADE
KIT DE ALIMENTOS ARTIFICIAIS PARA OFICINAS	30 UNIDADES
ALBUNS SERIADOS PARA OFICINAS	30 UNIDADES

Quadro 1 : Recursos (materiais e simbólicos) a serem mobilizados:

8. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	TEMPO
ELABORAR E REPRODUZIR QUESTIONÁRIOS	MÊS 1
APLICAR QUESTIONÁRIOS	MÊS 1
CONSOLIDAR E AVALIAR OS RESULTADOS	MÊS 1
IDENTIFICAR E SELECIONAR FORMADORES	MÊS 2
ORGANIZAR SUPORTE LOGÍSTICO PARA O CURSO	MÊS 2
ELABORAR CONTEÚDO DIDÁTICO DO CURSO	MÊS 2
REALIZAR TREINAMENTO DOS FORMADORES	MÊS 2
ELABORAR MATERIAL TÉCNICO INFORMATIVO	MÊS 3
REALIZAR OS CURSO DE FORMAÇÃO PARA OS MULTIPLICADORES	MÊS 4
IMPLANTAR OFICINAS DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR E SAUDÁVEL NOS CS PILOTOS	MÊS 5
IMPLANTAR GRUPOS DE HAS E DM NOS CS PILOTOS	MÊS 6
REORIENTAR O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES QUE JÁ EXISTE	MÊS 7
ORGANIZAR FLUXOS DE REFÊRENCIA E CONTRA REFERÊNCIA ENTRE AS ESF E CS	MÊS 7
TREINAR OS PROFISSIONAIS DAS ESF E CS E SUPERVISORES (NUTRICIONISTAS)	MÊS 8,9 E 10
ELABORAR MATERIAL TÉCNICO INFORMATIVO	MÊS 10
REALIZAR REUNÕES TRIMESTRAIS COM PROFISSIONAIS	MÊS 11
REALIZAR SUPERVISÕES MENSAS NAS REGIONAIS DE SAÚDE	MÊS 12
REALIZAR VISITAS PERIÓDICAS	MÊS 12
TOTAL DAS ATIVIDADES	1 ANO

Quadro 2 : Cronograma

9. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Sebastião Souza et al. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. *Revista de Saúde pública*, São Paulo, v.36, n.3, p. 353-355, fev. 2002.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Informe Epidemiológico SUS*, v. 1, p. 5-16, 1992.

ALVES, Vania Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n.16, p.39-52, set. 2004, fev. 2005.

BARBOSA, J. et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*, 6º ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

BATISTA Malaquias; RISSIN, Anete. A Transição Nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.3. 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis em 2000*. Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Análise da estratégia global da OMS para alimentação saudável, atividade física e saúde: documento realizado pelo grupo técnico assessor instituído pela Portaria do Ministério da saúde nº 596, de 8 de abril de 2004*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia Alimentar da População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável*. Brasília, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade* (Cadernos de Atenção Básica nº 12). Segunda edição. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia Alimentar para a População Brasileira Promovendo a Alimentação Saudável*. Primeira edição. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Primeira edição. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Segunda edição revista. Brasília, 2007.

BOOG, Maria Cristina Faber. Contribuição da educação nutricional à construção da segurança alimentar. *Saúde em Revista Segurança Alimentar e Nutricional*, São Paulo, v. 6, n.3, p. 17-23, maio/ago. 2004.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide, 1996.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação e Avaliação em Saúde. Relatório de Eventos Vitais 2005. Brasília, 2006.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. Nutrição e promoção da saúde:

perspectivas atuais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, jul. 2007.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. Obesidade no Brasil: tendências atuais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 24, n. 2, p. 71-81, jul/dez. 2006.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade : atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 13, p.17-28, 2000.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set./dez. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Análise da disponibilidade domiciliar de alimento e do estado nutricional no Brasil*. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estudo Nacional de Despesa Familiar ENDEF 1974-1975. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/nutricao>>. Acesso em: 01 mai. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição PNSN 1989. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/nutricao>>. Acesso em 01 mai. 2008.

KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P.(org) *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad. Saúde Pública*, v.10, n.4,p.481-90, out./dez. 1994.

LESSA, Ines. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, p. 931-943, out/dez.

2004.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v.19, n.3, p.47-64, set. 2006.

MARIATH, Aline Brandão et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Caderno de Saude Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 987-905, abr. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico VIGITEL 2006. Brasília, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico VIGITEL 2007. Brasília, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Indicadores e Dados Básicos – IDB – 2006. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 30 abr. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2006. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 30 abr. 2008.

MONDINI, Lenise; MONTEIRO, Carlos. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n.6. 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde: 57º Assembleia Mundial de Saúde*. Genebra: OMS, 2004

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Doenças crônico- degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Série técnica de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. *Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos Serviços de Atenção Básica do SUS em nível local*. Brasília, 2006.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de Carvalho. Estado e Mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. *Saúde Soc.* São Paulo, v.17, n. 2, p. 170-183, 2008.

SAITO, Raquel; LACERDA, Rúbia; FRACOLLI, Lislaine. *Atenção Primária: análise de acesso ao primeiro contato em uma unidade básica de saúde do município de São Paulo*. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 74-81, maio. 2006.

SANTOS, I.G. *Nutrição: da assistência a promoção a saúde*. São Paulo: Rcn, 2007.

SICHERI, Rosely; NASCIMENTO, Sileia do; COUTINHO, Walmir. Importância e custo das hospitalizações associadas ao sobrepeso e obesidade no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p.1721-1727, jul. 2007.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet Nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHQ/FAO expert consultation. Geneva, 2003.

10. ANEXOS

ANEXO 1

Resultados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis e VIGITEL.

O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis entrevistou pessoas maiores de 15 anos ou mais no DF com os seguintes resultados:

- 60% dos entrevistados referiam beber preferencialmente leite integral, num intervalo de 50% (Porto Alegre) e 74% (Manaus e Belém), ficando o DF em 6º lugar de consumo;
- 40% referiam comer a gordura visível da carne, num intervalo de 30% (Recife) e 48% (Campo Grande), ficando o DF 9º lugar de consumo ;
- 23% referiam comer frango com pele, num intervalo de 12% (Manaus) e 45 % (Campo Grande), ficando o DF em 6º lugar de consumo ;
- 67% consomem frutas,verduras e legumes cinco vezes ou mais por semana, num intervalo de 51% (Manaus e Belém) e 81% (Natal), ficando o DF em 5º lugar de consumo.

No sistema VIGITEL foram entrevistados, no DF, 2008 e 2007 indivíduos maiores de 18 anos, nos anos de 2006 e 2007, respectivamente, onde pudemos observar, comparando os períodos, que o consumo de frutas e hortaliças apresentou uma pequena redução de 0,2% , que o consumo de carne com excesso de gorduras apresentou uma redução de 8,4%, e que em relação ao consumo de leite integral houve uma redução de 6% .

Tabela 4: Percentual de adultos > 18 anos que consomem frutas e hortaliças, carnes com gordura e leite integral

CONSUMEM FRUTAS E HORTALIÇAS 5 VEZES OU MAIS POR SEMANA	CONSUMEM CARNES COM EXCESSO DE GORDURA	CONSUMEM LEITE INTEGRAL
30,8	40,9	58
30,6	32,5	52

Fonte: VIGITEL – 2006 e 2007.

ANEXO 2- TEXTO DO QUESTIONÁRIO

1. Sua Unidade de Saúde organiza alguma atividade educativa com o tema alimentação e nutrição para a população usuária do Sistema Único de Saúde ?
 - a. SIM
 - b. NÃO

2. Se afirmativo, quais os temas trabalhados nestas atividades educativas?
 - a. Aleitamento Materno
 - b. Alimentação complementar
 - c. Alimentação saudável
 - d. Sobrepeso/obesidade
 - e. Diabetes
 - f. Carências nutricionais
 - g. Hipertensão

3. A abordagem deste tema se dá de que forma?
 - a. Palestras
 - b. Atividades educativas em grupos
 - c. Oficinas
 - d. Orientação individual
 - d. outros.....

4. Você já foi capacitado em relação ao tema alimentação saudável?
 - a. SIM
 - b. NÃO

ANEXO 3

Tabela 5: Quadro dos CS e ESF selecionados para participar da aplicação do questionário

Regional	CS SELECIONADOS	Nº DE ESF SELECIONADOS	CS COM NUTRICIONISTA
NORTE	CSB 16	Não tem	
SUL	CSB 06	Não tem	X
GUARÁ	CSGu 01	1	
TAGUATINGA	CST 03	Não tem	
SAMAMBAIA	CSSam 01	1	
CEILÂNDIA	CSC 04	1	
BRAZLÂNDIA	CSBz 01	1	X
NUCLEO BAND.	CSNB 02	1	X
SOBRADINHO	CSS 01	1	
PLANALTINA	CSPI 01	1	
SÃO SEBASTIÃO	CSSS 01	1	X
GAMA	CSG 05	1	
SANTA MARIA	CSSM 01	1	X
PARANOÁ	CSP 01	1	
REC. DAS EMAS	CSRE 01	1	X

Fonte: Diretoria de Atenção Primária em Saúde SES/DF

ANEXO 4 Matrizes da estratégia de ação

Tipo e descrição da ação	Objetivo da ação	Estratégias (métodos)	Instrumentos	Duração/	Atores envolvidos e	Metas	Recursos	Avaliação e Monitoramento
				periodicidade	responsáveis			
<ul style="list-style-type: none"> •Elaborar e reproduzir questionário com perguntas sobre as ações educativas de promoção de alimentação saudável desenvolvidas na Atenção Básica (anexo 2); •Selecionar e treinar entrevistadores; •Identificar os CS e as ESF pilotos onde serão aplicados os questionários; •Identificar os profissionais de saúde que serão entrevistados; •Aplicar o questionário nos CS e 	Identificar as ações de promoção de alimentação saudável que são desenvolvidas na Atenção Básica do DF.	<ul style="list-style-type: none"> •Serão selecionados 15 CS e 12 ESF pilotos (um CS e uma ESF para cada regional de saúde do DF). Seis CS têm o profissional nutricionista atuando (anexo3). •Serão selecionados os seguintes profissionais de saúde dos 15 CS e 12 ESF: •De 09 CS: um médico, enfermeiro e técnico de enfermagem - 	Questionário	Um mês	Coordenadores da Área de Alimentação e Nutrição, Chefe do Núcleo de Atenção Primária a Saúde e Estratégia da Saúde e Família de cada Regional de Saúde, Gerentes dos C.S pilotos e Chefes das ESF pilotos, profissionais de saúde dos CS e ESF e entrevistadores	<ul style="list-style-type: none"> •Obter informações de 100% dos CS e ESF pilotos em relação às atividades realizadas de promoção de alimentação saudável; •Obter 100% dos questionários preenchidos. 	<ul style="list-style-type: none"> •Recursos humanos e financeiros, infraestrutura (sala para treinamento e reuniões), impressos, material de consumo 	<ul style="list-style-type: none"> •Indicadores que serão monitorados: n° de profissionais entrevistados e n° de CS e ESF participantes.

<p>nas ESF pilotos; •Consolidação e Avaliação dos resultados;</p>	<p>total: 27; •De 06 CS: um médico, nutricionista, enfermeiro, técnico de enfermagem – total: 24 ; •De 12 ESF: um médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) - total 48; •Serão aplicados 99 questionários, um para cada profissional de saúde selecionado nos CS e ESF pilotos. A aplicação será de forma única e breve. •Serão selecionados 2 entrevistadores.</p>						
---	---	--	--	--	--	--	--

Quadro 3: Objetivo específico: Identificar as ações de promoção de alimentação saudável que são desenvolvidas na Atenção Básica do DF

Tipo e descrição da ação	Objetivo da ação	Estratégias (métodos)	Instrumentos	Duração/ periodicidade	Atores envolvidos e responsáveis	Metas	Recursos	Avaliação e Monitoramento
<p>Organizar a provisão do suporte logístico para o curso;</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar e selecionar formadores; Elaborar o conteúdo e material didático do curso; Realizar o treinamento dos formadores; Identificar e quantificar os multiplicadores; Elaborar material técnico informativo; Realizar os cursos de formação em alimentação saudável para os multiplicadores. 	<p>Formar multiplicadores em alimentação saudável na Atenção Básica do DF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Todos os CS das 15 regionais de saúde serão selecionados totalizando 63 CS. Todas as ESF das 15 regionais de saúde serão selecionadas, totalizando 73 ESF. Serão selecionados os seguintes profissionais de saúde: <ul style="list-style-type: none"> De 63 CS: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem - total: 186 profissionais de 	<ul style="list-style-type: none"> Apostilas elaboradas para o curso; Material do Ministério da Saúde: Dez passos para alimentação saudável para os diversos ciclos de vida e o Guia Alimentar para a População Brasileira 	<ul style="list-style-type: none"> Três meses 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenadores da Área de Alimentação e Nutrição, Chefe do Núcleo de Atenção Primária à Saúde e Estratégia da Saúde e Família de cada Regional de Saúde, Gerentes dos CS e Chefes das ESF envolvidas, profissionais de saúde dos CS e ESF que serão multiplicadores, formadores. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar 100% dos cursos de formação; Formar 80% dos multiplicadores; Realizar no mínimo dois seminários por ano para divulgações das ações. 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos e financeiros, material didático, recursos audiovisuais e simbólicos, infraestrutura, material de consulta, material de consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores: nº de cursos de formação realizados e nº de profissionais de saúde formados. Realizações de seminários semestrais onde poderão ser avaliadas as ações implantadas.

		<p>saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> •De 73 ESF: enfermeiro e ACS – total: 146 profissionais de saúde. •Total de profissionais de saúde que serão formados: 332 profissionais de saúde. •O total dos profissionais de saúde que serão formados sera divididos em 16 turmas de 20 e uma turma de 12 alunos; •O curso terá uma carga horária de 16 horas. 						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

Quadro 4: Objetivo específico: Formar multiplicadores em alimentação saudável na Atenção Básica do DF.

Tipo e descrição da ação	Objetivo da ação	Estratégias (métodos)	Instrumentos	Duração/ periodicidade	Atores envolvidos e responsáveis	Metas	Recursos	Avaliação e Monitoramento
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar oficinas de alimentação saudável nos CS pilotos; • Implantar grupos de hipertensos e diabéticos nos CS pilotos que não desenvolvam este trabalho e Reorientar o desenvolvimento das atividades que são desenvolvidas nos grupos de hipertensos e diabéticos que já existem; • Reorganizar fluxos de referência e contra-referência entre a ESF e os CS pilotos; • Identificar os 	<p>Reorientar as ações educativas de alimentação saudável na Atenção Básica do DF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar 15 CS que serão referência, um para cada regional de saúde, onde serão implantadas as oficinas e implementados os grupos já existentes; • Selecionar dois profissionais de saúde que serão responsáveis pela implementação das atividades educativas de cada CS selecionados como referência, totalizando 30 profissionais de 	<ul style="list-style-type: none"> • Apostilas para o treinamento, material do Ministério da Saúde – Dez Passos para uma alimentação saudável para os diversos ciclos de vida, Alimentos Regionais, Guia Alimentar para a População Brasileira, cartazes, folder e vídeos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seis meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenadores da Área de Alimentação e Nutrição, Chefe do Núcleo de Atenção Primária a Saúde e Estratégia da Saúde e Família de cada Regional de Saúde, Gerentes dos C.S e Chefes das ESF envolvidas, profissionais de saúde dos CS e ESF capacitados em alimentação saudável, nutricionistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter 100% das regionais de saúde com um CS referência, com as oficinas e grupos implantados; • Ter 50% das ESF treinadas em referenciar pacientes para as oficinas e grupos dos CS 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos e financeiros, materiais de consumo, infra-estrutura, recursos simbólicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores monitorados: n° de CS referência implantados e n° de ESF treinadas. • Reuniões mensais com os supervisores para avaliação das ações implantadas.

<p>profissionais de saúde que serão responsáveis pela implementação das oficinas e dos grupos nos CS pilotos, entre aqueles que foram formados em alimentação saudável;</p> <ul style="list-style-type: none"> •Elaborar material técnico informativo 	<p>saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> •Selecionar um profissional nutricionista em cada regional de saúde para supervisionar as atividades implementadas e avaliar os fluxos de referência e contra-referência adotados, totalizando 15 nutricionistas; •Selecionar um profissional de saúde de cada ESF para treinamento, totalizando 73 profissionais de saúde; 						
--	--	--	--	--	--	--	--

Quadro 5: Objetivo específico: Implementar atividades educativas em alimentação saudável na Atenção Básica do DF

Quadro 6: Objetivo específico: Monitorar as ações implantadas

Tipo e descrição da ação	Objetivo da ação	Estratégias (métodos)	Instrumentos	Duração/ periodicidade	Atores envolvidos e responsáveis	Metas	Recursos	Avaliação e Monitoramento
<ul style="list-style-type: none"> •Realizar reuniões trimestrais com os profissionais de saúde formados em alimentação saudável; •Realizar supervições mensais em cada regional de saúde; •Realizar visitas periódicas aos Centros de Saúde e ESF para monitoramento das ações. 	<p>Monitorar as ações implantadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Identificar supervisores; •Realizar cronograma de supervições e visitas; •Elaborar formulários para serem utilizados nas reuniões e supervições. 	<ul style="list-style-type: none"> •Formulários de supervisão 	<ul style="list-style-type: none"> •Dois meses, após duração contínua. 	<ul style="list-style-type: none"> •Recursos humanos, impressos, infraestrutura. 	<ul style="list-style-type: none"> •Coordenadores da Área de Alimentação e Nutrição, Chefe do Núcleo de Atenção Primária a Saúde e Estratégia da Saúde e Família de cada Regional de Saúde, Gerentes dos C.S e Chefes das ESF envolvidas, profissionais de saúde dos CS e ESF envolvidos, nutricionistas. 	<ul style="list-style-type: none"> •Recursos humanos, impressos, infraestrutura 	<ul style="list-style-type: none"> •Indicadores monitorados: nº de regionais de saúde supervisionadas e nº de reuniões realizadas nos CS e ESF

