

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
COM ÊNFASE EM SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Thaylline Kellen da Silva Araújo

**A SOCIALIZAÇÃO DE ORIENTAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PELOS
TRABALHADORES DE SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO NÚCLEO
RURAL JARDINS DO MORUMBI DE PLANALTINA-DF PARA A POPULAÇÃO
DO CAMPO**

Brasília

2021

Thaylline Kellen da Silva Araújo

**A SOCIALIZAÇÃO DE ORIENTAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PELOS
TRABALHADORES DE SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO NÚCLEO
RURAL JARDINS DO MORUMBI DE PLANALTINA-DF PARA A POPULAÇÃO
DO CAMPO**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Escola Fiocruz de Governo como
requisito parcial para obtenção do título de pós-
graduação em Saúde da Família. (Área de
concentração)

Orientadora: Me. Etel Matiello

Brasília

2021

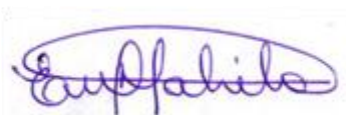
Thaylline Kellen da Silva Araújo

**A SOCIALIZAÇÃO DE ORIENTAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PELOS
TRABALHADORES DE SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO NÚCLEO
RURAL JARDINS DO MORUMBI DE PLANALTINA-DF PARA A POPULAÇÃO
DO CAMPO**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Escola Fiocruz de Governo como
requisito parcial para obtenção do título de pós-
graduação em Saúde da Família. (Área de
concentração)

Aprovado em 23/02/2021

BANCA EXAMINADORA



Me. Etef Matielo. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Dr. André Dutra Fenner. Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Me. Dillian Adelaine Cesar da Silva. Secretaria de Saúde/Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Ficha catalográfica

A663s Araújo, Thaylline Kellen da Silva.
A socialização de orientações de alimentação saudável pelos
trabalhadores de saúde da Unidade Básica de Saúde do Núcleo Rural
Jardins do Morumbi de Planaltina-DF para a população do campo /
Thaylline Kellen da Silva Araújo; Orientador: Etel Matiello – Brasília,
2021.

56 f. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência)—Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. População Rural. 3. Dieta Saudável. I.
Matiello, Etel. II. Título.

CDU: 612.3(817.4)

Ficha elaborada por Jaqueline Ferreira de Souza CRB 1/3225

RESUMO

O objetivo do presente estudo é compreender como os trabalhadores de saúde da Unidade Básica de Saúde do Núcleo Rural Jardins do Morumbi de Planaltina-DF realizam as orientações de alimentação saudável para a população do campo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com nove trabalhadores de saúde da Unidade. As entrevistas foram transcritas com auxílio do programa *Microsoft Office Word* 2013. Foi criada uma tabela com a síntese das entrevistas no programa *Microsoft Office Excel* 2013, e elas foram tratadas por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), composto por três fases: Pré-análise, Codificação dos dados e Categorização. O conceito de alimentação saudável que os trabalhadores de saúde entrevistados têm e as orientações que eles socializam com os usuários ainda estão vinculadas a uma perspectiva biologicista de saúde. Eles não estão acessando os materiais de alimentação e nutrição que são formulados pelas instituições de saúde, apesar deles serem elaborados para os trabalhadores com intuito de atualizá-los sobre esses temas. Quando as atividades de educação em saúde são programadas, geralmente eles fazem em formato de palestra. Os temas abordados nas atividades em sua maioria são sugeridos pelas instituições de saúde, ao invés de serem demandados pelas comunidades das microáreas de abrangência da Unidade. A maioria dos participantes expuseram ter dificuldades para abordar o tema da alimentação saudável por não se sentirem capacitados.

Palavras-chave: Alimentação saudável. Trabalhadores de saúde. Atenção Primária em Saúde – APS. Saúde da população do campo. População do campo.

ABSTRACT

The present study aims to understand how health workers at the Basic Health Unit “Núcleo Rural Jardins do Morumbi” in Planaltina-DF, carry out healthy eating guidelines for the rural population. This is an exploratory qualitative research. Data collection was carried out through semi-structured interviews with nine health workers at the Unit. The interviews were transcribed using the Microsoft Office Word 2013 program. A table was created with the synthesis of the interviews in the Microsoft Office Excel 2013 program, treated using Bardin's content analysis technique (1977), composed of three phases: Pre-analysis, Data coding and Categorization. The concept of healthy eating used by the health workers interviewed and the guidelines that they socialize with users are still linked to a biological health perspective. They are not accessing the food and nutrition materials that were formulated by health institutions, although they were designed for workers in order to update them on these topics. When health education activities are scheduled, they usually do so in a lecture format. The topics covered in the activities are mostly suggested by health institutions, instead of being demanded by the micro-area communities covered by the Unit. Most of the participants stated that they had difficulties to approach healthy eating because they did not feel empowered.

Keywords: Healthy eating. Health workers. Primary Health Care - PHC. Health of the rural population. Countryside population.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição do sexo da amostra da pesquisa, 2021.	25
Gráfico 2 - Profissão desempenhada pelos entrevistados, 2021.	26
Gráfico 3 - Escolaridade dos entrevistados, 2021.	26

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Nuvem de palavras citadas pelos entrevistados, 2021.	27
Figura 2 - Nuvem de palavras citadas pelos entrevistados sobre o conceito de alimentação saudável, 2021.	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Alimentação Adequada e Saudável
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMCL	Assentamento Márcia Cordeiro Leite
APS	Atenção Primária em Saúde
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
EPS	Educação Popular em Saúde
eSF	equipe da Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LOS	Leis Orgânicas de Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NRB	Núcleo Rural Bonsucesso
NRJM	Núcleo Rural Jardins do Morumbi
NRM	Núcleo Rural Monjolo
NRP	Núcleo Rural Palmeiras
NRQRM	Núcleo Rural Quintas do Rio Maranhão

NRQVV	Núcleo Rural Quintas do Vale Verde
NRS	Núcleo Rural Sarandi
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PANC	Plantas Alimentícias Não Convencionais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Saúde
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básicas de Saúde
VT	Vila Taquaril

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1. SAÚDE	15
2.2. POPULAÇÃO DO CAMPO	17
2.3. CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO ADSCRITA	18
2.4. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	18
2.5. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL	20
3. OBJETIVOS	22
3.1. OBJETIVO GERAL	22
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. METODOLOGIA	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	25
5.2. DADOS GERAIS	26
5.3. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	28
5.4. MATERIAIS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	32
5.5. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	34
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
7. REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE A	50
ANEXO I	51
ANEXO II	55

1. INTRODUÇÃO

O Brasil passou por uma transição epidemiológica, que consistiu na redução da incidência e prevalência das doenças infectocontagiosas e de carências nutricionais e no aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT. A desnutrição deixou de ser a principal doença a ser controlada e a Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e obesidade passaram a ter mais incidência e prevalência, mas isto não quer dizer que a desnutrição foi erradicada (POPKIN, 2002).

Entretanto com o aumento da desigualdade, as doenças infectocontagiosas e crônicas degenerativas podem acometer as mesmas pessoas, ou seja, uma pessoa pode ter obesidade e carência de micronutrientes ao mesmo tempo. Esta situação acomete especialmente os grupos que estão em situação de vulnerabilidade na população brasileira (indígenas, quilombolas, crianças e mulheres que residem em áreas precárias) ainda são acometidos pela desnutrição crônica e deficiência de micronutrientes, ao mesmo tempo em que percebe-se um aumento de doenças como hipertensão e diabetes (BRASIL, 2014a).

Junto com a transição epidemiológica aconteceram as transições alimentar e nutricional. Elas foram fomentadas pela urbanização e globalização. Isso fez com que houvesse um aumento da produção industrial, inclusive da indústria alimentícia. Assim, começou a produção de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sódio (BRASIL, 2008). A população passou a consumir mais alimentos industrializados do que os naturais.

O mercado de trabalho mudou, observa-se que com o empoderamento feminino as mulheres passaram a ocupar espaços que antigamente não eram destinados a elas, ocasionando uma sobrecarga das atividades desenvolvidas, pois geralmente elas são as principais responsáveis pelo cuidado com a família, inclusive a alimentação. Além desta situação, a ausência de políticas públicas eficientes de garantia do acesso à alimentação saudável aliada ao processo de industrialização e valorização dos alimentos rápidos contribuiu para que a população começasse a escolher mais alimentos processados e ultraprocessados. Mas também, a população passou a consumir mais fora do domicílio. Essa modificação de hábito, geralmente, é aumentada devido à praticidade dos alimentos prontos para consumo e da palatabilidade de alimentos ricos em gordura e açúcar (BRASIL, 2018; IBGE, 2011).

A alimentação era a principal atividade desenvolvida na era paleolítica até a idade moderna, mas após a modernização, ela muitas vezes deixou de ser priorizada devido à rotina do dia a dia das pessoas. Com o passar do tempo, notou-se que essa ação gerou agravos à saúde da população. Assim, políticas foram sendo criadas para estimular a reversão desta situação. No âmbito da promoção da saúde foi construído um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, a partir da articulação e cooperação intra e intersetorial, especialmente a partir da formação da Rede de Atenção à Saúde - RAS, buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com estímulo a participação e controle social (BRASIL, 2014b).

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Promoção à Saúde - PNPS declara que a alimentação adequada e saudável é um dos temas prioritários da promoção da saúde (BRASIL, 2014b). Assim, infere que a alimentação influencia no estado de saúde das pessoas. A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável - PAAS é um dos eixos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN. Ela é definida como

“um conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meioambiente. Considerando-se que o alimento tem funções transcendentais ao suprimento das necessidades biológicas, pois agrega significados culturais, comportamentais e afetivos singulares que não podem ser desprezados” (BRASIL, 2013a, p. 31).

Este Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo da Fiocruz Brasília surge da observação das ações educativas de saúde realizadas pelos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde do Núcleo Rural Jardins do Morumbi (UBS 17 - Jardim do Morumbi) em relação à alimentação saudável. Nesta perspectiva uma de nossas hipóteses é que as orientações de alimentação saudável realizadas pelos trabalhadores para a população do campo possuem fragilidades.

A justificativa desta pesquisa é que a mesma pode contribuir para o fortalecimento da prática de Educação Alimentar e Nutricional – EAN na Atenção Primária em Saúde - APS. A socialização de orientações de alimentação saudável possui a potencialidade de estimular uma alimentação mais saudável e por consequência contribuir com a redução da incidência e o controle das DCNT e para estimular a busca por um estilo de vida mais saudável. Essa atividade pode ser realizada por qualquer trabalhador instruído, não sendo uma atividade privativa de atuação do nutricionista. Para isso, existem materiais e cursos disponíveis para a capacitação dos trabalhadores.

O Guia Alimentar para População Brasileira (BRASIL, 2014a), os Cadernos de Atenção Básica e outros materiais educativos elaborados pelo Ministério da Saúde estão disponíveis para consulta dos profissionais de saúde e os cursos e palestras disponíveis no Sistema Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS e no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS - AVASUS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Saúde

A saúde é um direito da população brasileira e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Embora ela seja compreendida pela Organização Mundial da Saúde - OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1995) existem muitas críticas a essa formulação. É possível que uma pessoa que tenha uma doença irreparável considere que tenha saúde devido outros fatores, assim como uma pessoa que tenha uma doença controlada não considere que tenha saúde (FERRAZ, 1997).

No Brasil, o conceito de saúde enquanto direito foi conquistado após a redemocratização do país, sendo primordial a persistência do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira - MRSB para isso. No período anterior, o sistema de saúde pública brasileiro era dividido em medicina previdenciária e saúde pública. A primeira consistia nos serviços de saúde disponibilizados para os indivíduos que possuíam trabalho formal e a última era responsável por desenvolver ações de combate às doenças infectocontagiosas. O trabalho informal prevalecia naquela época, assim, poucas pessoas tinham acesso aos serviços de saúde da medicina previdenciária, configurando a saúde como direito de poucos (SOUTO e OLIVEIRA, 2016; PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

A VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS é considerada um marco na história do sistema de saúde brasileiro, tendo a participação popular engajada na luta para tornar a saúde um direito de todos. Após esse evento foram criadas as Leis Orgânicas de Saúde - LOS que regulamentam o Sistema Único de Saúde - SUS, a 8.080/90 e 8.042/90. Assim, estabeleceu-se os atributos doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizacionais (descentralização, regionalização e hierarquização) da saúde. Inicialmente, a participação popular não estava presente na lei do SUS, apesar de ter sido parte da pactuação. Mas, após pressão da população civil, ela foi incluída por meio da lei 8.042/90. Ressalta-se a importância desse evento, pois foi o “povo” que impulsionou a mudança do sistema de saúde brasileiro (PAIM, 2018, MIRANDA et al, 2017).

Passadas três décadas, o Brasil ainda enfrenta dificuldades para consolidar o SUS. Ainda não foi possível colocar em prática os atributos doutrinários conforme o MRSB idealizou. No Brasil, o modelo biomédico era hegemônico na saúde, e ainda persiste em muitos locais. Este

modelo estimula os trabalhadores a avaliar a condição de saúde dos indivíduos somente de acordo com a carga biológica, ou seja, as pessoas eram simplificadas em sistemas e órgãos, que, de certa forma contribui para a estratificação do cuidado contrapondo-se ao princípio de integralidade e potencializando a especialização dos serviços de saúde, ou seja, com um profissional responsável por cada parte do corpo (PAIM, 2018; MATTOS, 2009).

Hoje, sabe-se que a situação de saúde da população é influenciada pelo biológico, mas também por outros fatores, como o social, econômico, cultural, racial dentre outros. Esses fatores são conhecidos como os Determinantes Sociais da Saúde - DSS (BUSS, P.M.; FILHO, A.P., 2007). Assim, os indivíduos devem ser vistos integralmente, pois a origem de uma carência nutricional, por exemplo, pode ser devido ao desemprego ou à falta de renda, ao invés de somente o baixo consumo de alimentos que sejam fontes de algum macro ou micronutriente. Para isso é necessário entender o contexto de vida das pessoas. Assim, a saúde está relacionada com a qualidade de vida (FERRAZ, 1997).

A Atenção Primária em Saúde - APS é considerada a principal porta de entrada da saúde. Ela oferta serviços individuais, familiares e coletivos desde a promoção até cuidados paliativos, de forma integral e gratuita, considerando as particularidades e necessidades do território. Estas atividades devem ser realizadas pelas equipes de saúde.

A Estratégia da Saúde da Família - ESF é a estratégia prioritária para uma APS efetiva. Assim a equipe da Saúde da Família (eSF) é o padrão ouro de configuração de equipe. Essa equipe pode ser composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde - ACS (BRASIL, 2017).

Os trabalhadores de saúde da APS devem inteirar-se dos territórios por meio da territorialização e do mapeamento dos locais. Assim, é possível identificar as vulnerabilidades e demandas prioritárias dos territórios para a realização de ações de educação em saúde (BRASIL, 2017; GONDIM et al, 2008). Mas também, é possível organizar o cuidado integral dos usuários ao longo do tempo (BRASIL, 2017). Dessa forma, os trabalhadores podem estabelecer vínculo com as comunidades e isso é importante tanto para as Unidades Básicas de Saúde - UBS urbanas como as rurais.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo da Fiocruz Brasília desenvolve suas atividades em áreas rurais do Distrito Federal, buscando implantar de forma efetiva os princípios do SUS e da APS, entre os

conteúdos e reflexões importantes apresentados pelo programa é fundamental conhecer a população do campo, suas características e singularidades.

2.2. População do Campo

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE 84,72% dos brasileiros vivem em áreas urbanas e 15,28% nas rurais (PNAD, 2015), sendo as sedes municipais e distritais consideradas áreas urbanas e as demais áreas rurais (PNAD, 2019). Essa classificação físico-geográfica é arbitrária, pois considera apenas a localização das moradias (MIRANDA, 2013). Assim, as áreas rurais são definidas por oposição e exclusão das áreas urbanas, deixando de considerar os contextos territoriais que envolvem os aspectos socioeconômicos dos ambientes (MIRANDA, 2013).

Esse conceito relacionado com a ruralidade é equivocado e limitado, assim, alguns estudos começaram a ser realizados para ampliá-lo (MIRANDA, 2013). Um destes novos conceitos aponta que a população rural são “povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo” (BRASIL, 2013b, p. 20).

As populações do campo possuem limitações de acesso à saúde, desde as distâncias dos estabelecimentos de saúde até a ausência de saneamento básico e as desigualdades na produção de alimentos que, geralmente, é a principal fonte de renda das famílias. Esses e outros determinantes influenciam na qualidade de vida dessas populações. Assim, as pessoas do campo possuem formas diferentes de viver, desde a categoria profissional até o padrão alimentar (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A experiência do Programa de Residência tem apontado uma realidade do campo no DF que amplia a crise vivida pela população na atualidade: dentre os múltiplos fatores agravantes relacionados à determinação social da saúde observados, percebe-se o desemprego acima dos indicadores nacionais, a violência, seja doméstica, seja a resultante de conflitos ligados à posse da terra - questões que intensificam nosso compromisso com a saúde destas populações e levam a reivindicar a necessária especificidade deste território, seja na organização do sistema de saúde, seja na formação profissional, como o caso desta pesquisa (BONETTI et al, 2020).

2.3. Caracterização do território e População Adscrita

A UBS 17 - Jardim do Morumbi localiza-se no Condomínio Morumbi Vale do Sol, área rural de Planaltina - DF, a cerca de 50km da rodoviária do Plano Piloto, a nordeste de Brasília, fazendo limite com Planaltina-GO. A UBS é tipo um, composta por: gerente, assistente administrativo, supervisor administrativo, médico, enfermeira, duas técnicas de enfermagem, cinco ACS, quatro vigilantes e auxiliar de serviços gerais. Esse local atende nove microrregiões, sendo elas: Núcleo Rural Jardins do Morumbi - NRJM, Núcleo Rural Quintas do Rio Maranhão - NRQRM, Núcleo Rural Bonsucesso - NRB, Núcleo Rural Quintas do Vale Verde - NRQVV, Núcleo Rural Monjolo - NRM, Assentamento Márcia Cordeiro Leite - AMCL, Vila Taquaril - VT, Núcleo Rural Palmeiras - NRP e Núcleo Rural Sarandi - NRS.

De acordo com o software e-SUS AB PEC (2021), a região apresenta 1.174 domicílios, sendo que 50,9% são abastecidos por poços ou nascentes e 62,7% têm fossa rudimentar. A UBS é responsável por 3.627 usuários, desses, mais da metade são adultos (55,4%), 30,2% são crianças e 14,3% são idosos. A população está praticamente dividida igualmente em sexo, sendo 50,2% indivíduos do sexo feminino e 49,8% do masculino, e a maioria dos usuários relatam ser pardo (65,3%). 33,9% da população não trabalha, 17,5% não informaram a situação no mercado de trabalho, 13,3% são assalariados com carteira assinada e 4,9% estão em situação de desemprego. 90,1% dos indivíduos não possuem plano de saúde privado, ou seja, dependem exclusivamente do SUS para a atenção à saúde.

2.4. Alimentação e Nutrição

A alimentação adequada e saudável, além de suprir as necessidades biológicas, deve considerar os aspectos sociais e culturais das pessoas e o uso sustentável dos recursos naturais. Ela deve ser balanceada em quantidade e qualidade, variada, harmônica, acessível fisicamente e financeiramente e segura em relação a contaminantes físicos, químicos e biológicos (BRASIL, 2013b).

A Constituição Federal de 1988 estabelece no artigo 6 que a alimentação é um dos direitos sociais da população brasileira. Assim, estabeleceu-se o Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável - DHAA que declara que todos os cidadãos devem ter uma alimentação adequada e saudável em todos os aspectos, regular e permanente, considerando as peculiaridades culturais dos povos (BRASIL, 2006; BRASIL, 1988).

Criou-se o Sistema Nacional de Segurança Alimentar - SISAN que deseja implementar políticas e programas de Segurança Alimentar e Nutricional - SAN para concretizar o DHAA. O SISAN almeja melhorar o acesso da população brasileira a alimentos saudáveis, preservar os recursos naturais e produzir e socializar informações de alimentação e nutrição confiáveis. Fazem parte desse sistema, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar - CONSEA, órgãos e entidades de Segurança Alimentar e Nutricional, instituições privadas e as conferências de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006).

A CAISAN é composta por representantes governamentais responsáveis por elaborar e coordenar a política e o plano nacional de SAN, articular e pactuar com as políticas e planos estaduais e municipais. Faziam parte do CONSEA representantes civis voluntários que assessoram de forma imediata os serviços públicos. A sociedade demandou a criação desse conselho no governo de Itamar Franco, mas ele foi extinto no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995). No governo do Lula (2003), ele foi ativado novamente, sendo sua estruturação potencializadora de importantes políticas relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional e ao Direito Humano à Alimentação Adequada, como Bolsa Família, Programa de Aquisição de Alimentos, compra de alimentos orgânicos e da agricultura familiar pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. Entretanto, assim como outras políticas sociais importantes, o governo Bolsonaro extinguiu novamente o CONSEA. Contudo, os conselhos estaduais e municipais continuam atuantes (BRASIL, 2006).

O Guia Alimentar para a População Brasileira socializa orientações de alimentação saudável de acordo com cinco princípios, sendo eles: alimentação é mais que ingestão de nutrientes; recomendações sobre alimentação devem estar em sintonia com seu tempo; alimentação adequada e saudável deriva de sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável; diferentes saberes geram o conhecimento; guias alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares (BRASIL, 2014a).

Uma das inovações do Guia é a classificação dos tipos de alimentos de acordo com o nível de processamento. O primeiro grupo é dos alimentos *in natura* ou minimamente processados que são aqueles que vêm diretamente da natureza, podendo ser submetidos a processos mínimos (secagem, estocagem, dentre outros) e a maioria dispensa rótulos. O segundo grupo corresponde aos óleos, gorduras, sal e açúcar que são produtos extraídos de alimentos naturais que passaram por alguns processamentos para sua constituição (prensagem,

moagem, trituração, pulverização e refino), geralmente, são adicionados nas preparações culinárias (BRASIL, 2014a).

O terceiro grupo é dos alimentos processados, que consiste nos alimentos que são fabricados pela indústria alimentícia com adição de sal, açúcar e outras substâncias químicas com intuito de aumentar a durabilidade e a palatabilidade. São produzidos com base nos alimentos naturais, considerados versões de preparações culinárias caseiras mais duradouras. E o último é dos alimentos ultraprocessados que são produtos alimentícios desbalanceados nutricionalmente, formulados pela indústria e que objetivam substituir alimentos naturais (BRASIL, 2014a).

2.5. Educação em Saúde e Educação Alimentar e Nutricional

Desde a idealização do SUS fala-se sobre a educação em saúde. A aproximação dos trabalhadores de saúde com os territórios para a realização de ações de educação em saúde mais efetivas é fomentada pela APS, sendo que ela é uma das atribuições dos trabalhadores e compreende as atividades de saúde que devem ser realizadas pelos trabalhadores com intuito de estimular a autonomia da população em relação ao autocuidado (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2017).

Para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável é necessário fomentar ambientes saudáveis. Ressaltou-se no tópico de saúde que o ambiente influencia na qualidade de vida das pessoas. Assim, a rotina de um indivíduo e os locais que ele vive contribuem para a sua situação de saúde. Hoje, fala-se sobre proporcionar ambientes mais saudáveis, pois foi observado que em todos os locais há muita oferta de alimentos que trazem prejuízos para a saúde. Mas não é somente a oferta de alimentos que está influenciando o padrão alimentar do brasileiro. Assim, é necessário o desenvolvimento de atividades de Educação Alimentar e Nutricional - EAN com intuito de estimular a população a refletir sobre sua alimentação e saúde (BRASIL, 2013b).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) apoia e incentiva o desenvolvimento de atividades de EAN, mencionando o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (2012) que é um documento realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome que relata sobre aspectos importantes de EAN, como a história, conceito, princípios, agenda de EAN, dentre outros. A EAN é definida como:

“no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar.” (BRASIL, 2012a, p. 23).

A profissão do nutricionista foi regulamentada inicialmente com a perspectiva de ensinar a população a se alimentar, pois acreditava-se que a situação de saúde dos brasileiros era somente devido à falta de conhecimento. Com o passar do tempo, notou-se que a origem dos problemas alimentares e de saúde está relacionada com fatores socioeconômicos. O nutricionista teve que mudar a sua atuação, abordando de forma mais social invés de biologicista (CRUZ e NETO, 2014; BRASIL, 2012a).

A nova forma de atuação do nutricionista também abrange a forma de se fazer as atividades de EAN. É importante adotar métodos de educação em saúde que estimulem as pessoas a serem protagonistas da própria saúde, que os profissionais de saúde sejam os facilitadores do processo, ao invés de detentores do conhecimento, que os conhecimentos tradicionais e populares possam direcionar as atividades e que sejam aptos às ecologias de saberes (SOUTO e OLIVEIRA, 2016; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2013b; MATIELO, 2009).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Compreender como os trabalhadores de saúde da Unidade Básica de Saúde do Núcleo Rural Jardins do Morumbi de Planaltina-DF realizam as orientações de alimentação saudável para a população do campo.

3.2. Objetivos específicos

1. Descrever o conceito de alimentação saudável dos trabalhadores de saúde;
2. Identificar os materiais que orientam os trabalhadores de saúde sobre alimentação saudável;
3. Identificar os momentos em que os trabalhadores de saúde orientam a população do campo sobre alimentação saudável.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória. Ela objetiva desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias e foi realizada para conhecer uma visão geral sobre o tema para futuras pesquisas mais específicas (GIL, 2008).

Foi realizada uma revisão bibliográfica com intuito de se apropriar dos assuntos que envolvem o tema da pesquisa. Foi pesquisado sobre o conceito de saúde, características da APS, conceito de ruralidade, modos de vida da população do campo, dados do território que localiza-se a UBS 17 - Jardim do Morumbi e características gerais da população adscrita, assim como os conceitos de Alimentação Adequada e Saudável - AAS e Educação Alimentar e Nutricional. Foi realizado um referencial teórico sobre os assuntos separados por categorias, sendo elas: Saúde, População do Campo, Caracterização do território e População Adscrita, Alimentação e Nutrição e Educação em Saúde e Educação Alimentar e Nutricional.

Participaram da pesquisa pessoas adultas (> 18 anos) e idosas, trabalhadores de saúde da APS da Unidade. Não participaram os trabalhadores de saúde afastados devido ao Covid- 19 e sem experiência na APS.

A amostra era composta por onze participantes, entretanto a enfermeira e o médico da UBS não participaram da pesquisa devido à situação de saúde e pressão da assistência ampliada em razão da pandemia de Covid-19. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os nove trabalhadores de saúde da UBS 17 - Jardim do Morumbi. Este tipo de entrevista é menos estruturado, dispondo de um roteiro, de forma a deixar os entrevistados mais à vontade para se expressarem sobre o tema (GIL, 2008).

As perguntas que compuseram as entrevistas dos trabalhadores de saúde referem-se ao conhecimento sobre a alimentação saudável, os materiais de alimentação e nutrição e dificuldades na socialização de orientações de alimentação saudável (Apêndice A).

Os entrevistados foram selecionados de forma intencional, em uma amostra não probabilística. Aqueles que estavam dispostos a participar foram orientados a conceder autorização formal, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). Mas também, as vozes dos entrevistados foram gravadas com autorização prévia, assinando o Termo de Autorização para Utilização de Imagens e Som de Voz para Fins de Pesquisa (Anexo II).

A análise dos dados coletados foi realizada qualitativamente. As entrevistas foram transcritas com auxílio do programa *Microsoft Office Word* 2013. Depois, foi criada uma planilha com a síntese das entrevistas no programa *Microsoft Office Excel* 2013. Por fim, as entrevistas foram tratadas por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), composto por três fases: Pré-análise, Codificação dos dados e Categorização.

A planilha de síntese das entrevistas foi realizada baseada nas perguntas do roteiro semiestruturado da pesquisa após análise dos conteúdos das entrevistas com intuito de organizar os dados. Assim, os achados da pesquisa foram separados em três categorias, sendo elas: Alimentação Saudável, Materiais de Alimentação e Nutrição e Educação em Saúde. Na primeira categoria foi abordado o conceito de alimentação saudável, na segunda os materiais de alimentação e nutrição que os entrevistados utilizam como referência para socializar orientações de alimentação saudável para a população e na última categoria foram relatados os momentos de atividades educativas, dificuldades e motivações que eles possuem em relação ao tema.

Foi utilizado também o software gratuito *Iramuteq - Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* que se ancora no ambiente do software R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre *corpus* textuais, como a formação de Nuvem de Palavras que foram realizadas no estudo.

Alguns trechos das entrevistas foram utilizados para exemplificar as constatações realizadas no estudo. Assim, foi realizado uma codificação com nomes de frutas do cerrado e Plantas Alimentícias Não Convencionais – PANC para preservar a identidade dos participantes, sendo elas: Cajuzinho do cerrado, Pequi, Baru, Bertalha, Ora-pro-nóbis, Vinagreira, Beldroega, Azedinha e Peixinho.

Ressalta-se que a pesquisa foi realizada com custeamento próprio da pesquisadora, que arcou com a locomoção (passagens de ônibus), materiais de escritório (papel, caneta, tinta) e máscaras descartáveis.

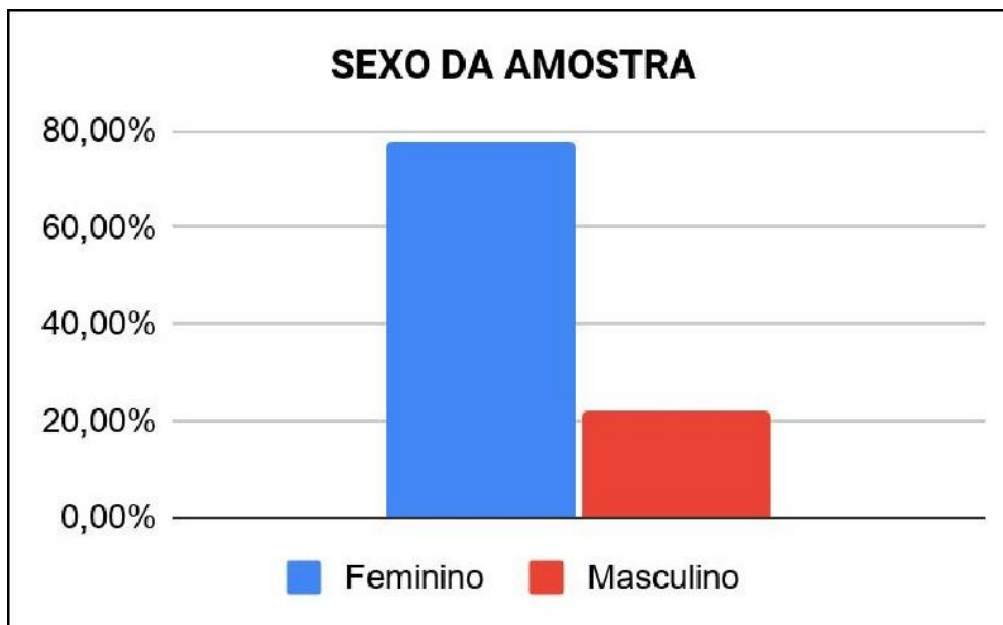
A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Fiocruz de Governo (CAE = 34320720.5.0000.8027) em 24/08/2020 e no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CAE = 34320720.5.3001.5553) em 21/09/2020. Considerou-se as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Caracterização da amostra

A amostra final foi então composta por nove participantes, sendo 77,80% do sexo feminino e 22,20% do sexo masculino (gráfico 1). Segundo a Secretaria de Saúde – SES, há mais do que o dobro de trabalhadores do sexo feminino (70,2%) do que do masculino (29,8%) atuando nos ambientes de saúde e isso pode estar relacionado com a prática do cuidado que é bastante desempenhada por pessoas do sexo feminino (AGÊNCIA BRASÍLIA, 2020). As entrevistadas apresentam idade entre 34 e 60 anos e os entrevistados de 36 a 59 anos.

Gráfico 1 - Distribuição do sexo da amostra da pesquisa, 2021.

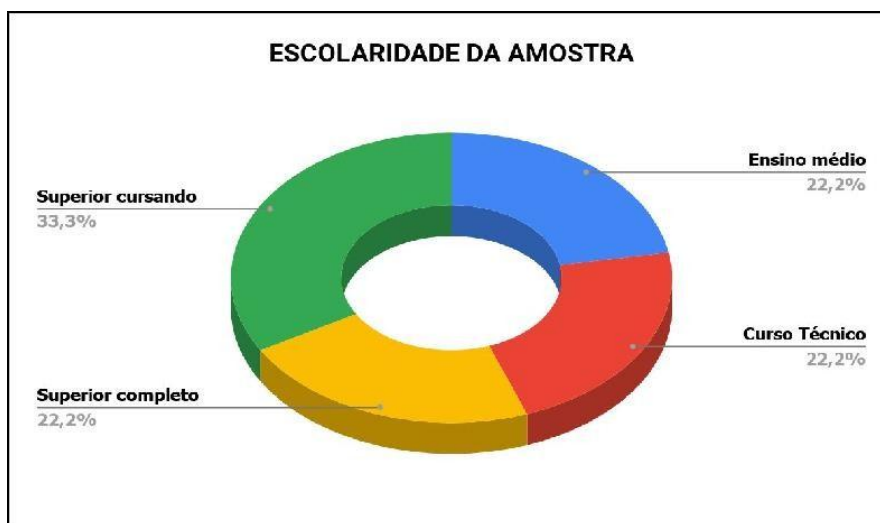


Nota-se no gráfico 2 que a maioria dos trabalhadores de saúde entrevistados são ACS (55,6%), mas também participaram Técnicas de Enfermagem (22,2%), Técnica de Saúde Bucal (11,1%) e Dentista (11,1%). Desses, 33,3% estão fazendo um curso superior, 22,2% têm curso superior completo, 22,2% têm curso técnico e 22,22 têm ensino médio (gráfico 3).

Gráfico 2 - Profissão desempenhada pelos entrevistados, 2021.



Gráfico 3 - Escolaridade dos entrevistados, 2021.



5.2. Dados gerais

Na análise do *corpus* textual das entrevistas pelo método Nuvem de Palavras, foi realizada a configuração das palavras citadas, sendo que o tamanho das palavras está relacionado com a frequência que elas foram mencionadas pelos participantes. As palavras “gente”, “alimentação”, “alimentação saudável”, “pessoa”, “criança” foram citadas com frequência no *corpus* textual, 182, 75, 73, 48 e 35, respectivamente.

“[...] Trabalho na escola tem que ser um trabalho de persistência mesmo que a gente tem que ir lá todo ano falar a mesma coisa né, mesmo a cada semestre, mas tem que “tá” ali [...]” (Cajuzinho do cerrado)

“ [...] Então, a gente aborda essa questão do cuidado com a alimentação e o que elas, principalmente, crianças o que elas têm ou não que ingerir. [...]” (Vinagreira)

Os lactentes e os escolares são os públicos prioritários para a socialização de orientações de alimentação saudável pelos entrevistados. A priorização desse público pode estar associada à demanda de consultas de Pré Natal e Crescimento e Desenvolvimento - CD que são realizadas na APS, assim, eles estão com frequência nas UBS (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2015). Essa frequência também pode apontar uma priorização deste público alvo pelas organizações de saúde como Ministério da Saúde, Organização Pan-americana da Saúde, etc.

É cada vez mais frequente o diagnóstico das DCNT em crianças e adolescentes, sendo que antigamente estas eram doenças de pessoas idosas (BRASIL, 2019; BRASIL, 2013b). Assim, um conjunto de iniciativas tem estimulado a atuação intersetorial da saúde e educação para o desenvolvimento de atividades com intuito de contornar essa situação. Acredita-se que os hábitos saudáveis precisam ser formados na infância e que isso pode mudar o cenário brasileiro de incidência e prevalência dessas doenças. Nota-se em:

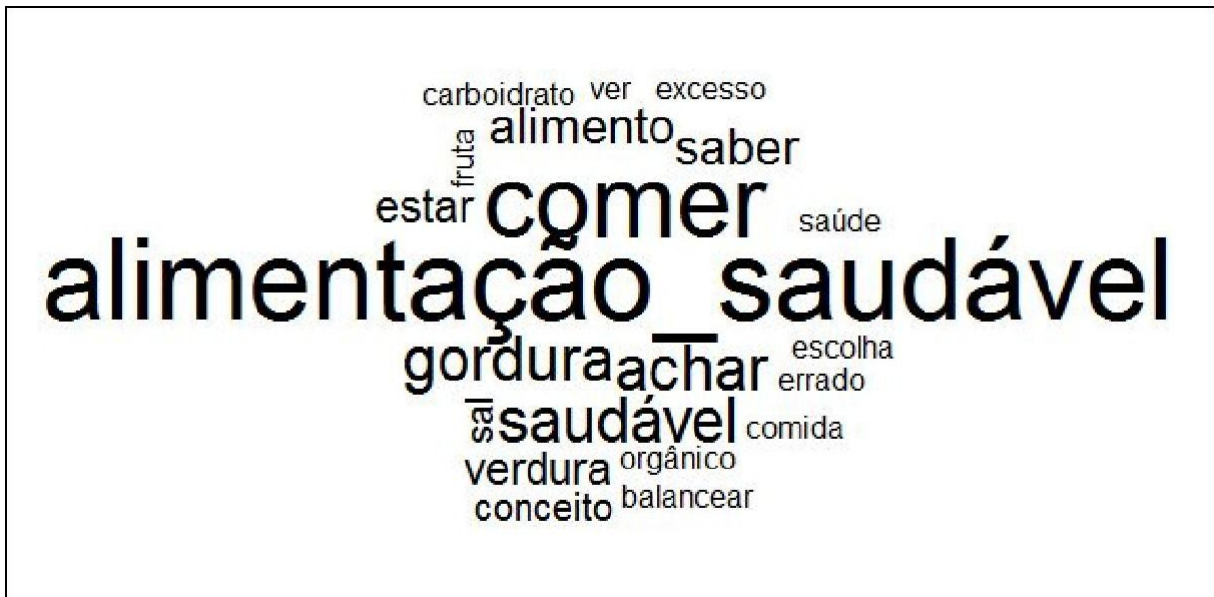
“[...] Eu penso que a alimentação saudável só vai ser verdadeiramente assim, cumprido, assim, que as pessoas vão ter uma alimentação saudável só o dia que educar as crianças, só o dia que a pessoa entender que o alimento começa desde o aleitamento materno, a partir desse dia, a pessoa entender que se ela começar a alimentar o filho, diminuindo aquele monte de salgadinhos e que isso vai fluir na vida dele quando ele tiver 50 anos. [...]” (Ora-pro-nóbis)

A partir da análise do *corpus* textual das entrevistas, foram definidas as categorias da pesquisa, sendo elas: Alimentação Saudável, Materiais de Alimentação e Nutrição e Educação em Saúde, que serão melhor abordadas nos próximos itens.

5.3. Alimentação Adequada e Saudável

Uma das categorias analisadas foi o que os entrevistados apontaram sobre o conceito de alimentação saudável. Durante as entrevistas, eles foram estimulados a dialogar sobre um conceito mais ampliado e que o termo “alimentação saudável” é utilizado como sinônimo de “Alimentação Adequada e Saudável” na pesquisa. Na análise do *corpus* textual das entrevistas as palavras “alimentação saudável”, “comer”, “saudável”, “achar” e “gordura” ganharam destaque na figura 2, com frequência no *corpus* textual de 16,14,8,8 e 8 respectivamente.

Figura 2 - Nuvem de palavras citadas pelos entrevistados sobre o conceito de alimentação saudável, 2021.



Fonte: Iramuteq

A expressão “alimentação saudável” foi a mais mencionada, pois como já foi referido, é o tema principal da pesquisa. A palavra “comer” foi a segunda palavra mais mencionada devido à prática de se alimentar. Já a palavra “achar” também se destacou possivelmente por causa da insegurança que os entrevistados têm em abordar sobre o assunto.

A redução do uso de óleos e gorduras, sal e açúcar nas preparações culinárias também foi bastante mencionada pelos entrevistados, como pode ser visto na figura 2, a palavra “gordura” teve destaque tanto *corpus* textual, como nos discursos dos participantes, conforme pode-se observar

“[...] alimentação saudável é aquela que ou não tem ou menos quantidade de gordura, menos quantidade de açúcar, essa maneira que eu entendo [...]” (Cajuzinho de Cerrado)

“ [...] Que não contenha muita gordura, muito sal, é assim, principalmente isso. [...]” (Pequi)

Contudo o consumo de alimentos ultraprocessados foi pouco mencionado. Apenas 11,11% da amostra mencionou sobre os prejuízos que esses alimentos fazem à saúde devido a quantidade de gordura, açúcar e sódio que eles possuem para melhorar a palatabilidade. As outras substâncias químicas que são sintetizadas em laboratório e utilizadas para aumentar o tempo de prateleira dos alimentos e alterar coloração não foram citadas. Ressalta-se que o hábito de consumir esse tipo de alimento pode alterar a situação de saúde de um indivíduo,

interferindo de forma sistêmica, comprometendo a cultura, o meio ambiente e a vida social da pessoa (BRASIL, 2014a).

“Eu defino uma alimentação saudável aquela alimentação... Com menos, menos doce, menos açúcar, menos gordura, principalmente essas gorduras assim prontas, né, tipo, margarina ou esses biscoitos, bolo, né... Então eu considero esse tipo de alimento, assim prejudicial. [...]” (Cajuzinho do cerrado)

A alimentação saudável ainda é vista somente para suprir as necessidades biológicas, apesar da PNAN (2011) e o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) incentivarem um conceito mais ampliado, considerando os aspectos biológicos e socioculturais das pessoas e uso sustentável do meio ambiente (BRASIL, 2013b). A maioria dos participantes (66,66%) deu enfoque na composição dos alimentos, sendo que 33,33% dos participantes definiram como o conhecimento da composição química dos alimentos e distribuição dos macro e micronutrientes na dieta.

“Uma alimentação saudável para mim é uma alimentação balanceada, né. Com frutas, legumes, verduras, proteínas e o carboidrato que não pode faltar. Mas tudo balanceado, uma parte de carboidrato, outra de proteínas, outra de verdura, né. Vitaminas. [...]” (Baru)

“É ter o conhecimento do que aquele alimento vai trazer de bom pra mim e... Eu tentar... Comer, fazer uma escolha na verdade de toda uma alimentação, de todo o meu cardápio e perseverar nisso, e... E não só comer porque eu tô com fome, porque é gostoso, porque é doce, porque é salgado, mas pra mim a alimentação saudável ela é uma escolha [...]” (Ora-pro-nóbis)

A alimentação saudável possui mais de uma definição para 22,22% da amostra, um conceito ideal e outro real. Isso também foi observado no estudo que Silva et al (2002) fizeram, quando os trabalhadores foram questionados sobre o conceito de alimentação saudável, alguns participantes referiram que existe um conceito da prática e outro que é preconizado pelas instituições de saúde. Nota-se um receio dos entrevistados de abordar sobre o tema, retratando um mundo ideal e outro real da alimentação. Essa dificuldade de abordar o tema vai para além do conceito, também está impregnado na prática, o que demonstra a importância da ampliação de atividades de educação permanente relacionadas ao tema da AAS.

“[...] vou fazendo umas adequações, né, mas assim, eu não tenho muita certeza de trocar uma coisa por outra. [...] Ah, tá. Assim, aí no caso eu fico insegura pra poder falar sobre [...]” (Baru)

“[...] Isso aí eu já procuraria ajuda de um profissional, de alguém que tenha capacidade pra isso aí.” (Beldroega)

Alguns entrevistados (44,44%) relacionaram o conceito de alimentação saudável com uma alimentação equilibrada em quantidade e qualidade. Esse achado também foi constatado por Teo et al (2015), onde esses aspectos foram bastante frequentes nos discursos dos participantes. A partir dessa relação é possível notar um avanço sobre a percepção dos trabalhadores sobre o tema, pois, geralmente, uma alimentação adequada é associada à restrição alimentar severa. Contudo, conforme apontado anteriormente, não foi abordado sobre o consumo de produtos alimentícios ultraprocessados. Talvez o uso recente desta classificação de alimentos ainda não faça parte do repertório dos trabalhadores da saúde.

“Ó, pra mim alimentação saudável é aquela alimentação, é... Que não contenha muita gordura, muito sal, é assim, principalmente isso. [...]” (Pequi)

“Uma alimentação equilibrada. Uma alimentação que não tem uma restrição, você não é proibido de comer nada. Você pode comer tudo com equilíbrio, de uma forma certa, fazendo escolhas certas de acordo com o seu dia a dia.” (Vinagreira)

O conceito de alimentação saudável também foi relacionado com o uso sustentável do meio ambiente livre de contaminantes químicos. 22,22% dos participantes trouxeram a forma de cultivo dos alimentos como parte do conceito. Isso está relacionado com a experiência dos indivíduos com a terra. Nota-se nos discursos que eles enfatizaram que esses aspectos relacionados à produção dos alimentos são primordiais para uma alimentação saudável. Além deles relacionarem uma alimentação saudável com alimentos naturais invés de produtos alimentícios vindos da indústria.

“Uma alimentação saudável é uma alimentação totalmente livre de...Agrotóxicos... Uma alimentação rica em gordura, eu não vejo ela como ela não sendo saudável. Talvez ela é mais saudável do que uma alimentação... Sei lá... Uma pessoa comer tomate, pimentão, mas muito cheio de veneno.” (Bertalha)

“Alimentação saudável pra mim é... Primeiramente, tem que tá... Tem que ser orgânica, alimentação orgânica, porque não adianta dizer que tá comendo verdura, legume, fruta, verdura, mas tá comendo tudo envenenado, eu acho assim que vai fazer mais mal pra saúde [...]” (Beldroega)

O acesso à alimentação saudável foi pouco mencionado durante as entrevistas, apenas 11,11% da amostra explanou sobre esse aspecto. A entrevistada trouxe o acesso financeiro para a discussão, enfatizando a situação socioeconômica da população em que ela atua.

“[...] o que eu tenho acesso o meu o meu paciente não tem né. A minha área, o morador não tem, então acho que comida, alimentação saudável é tudo aquilo que faz bem e traz saúde, mas que é acessível.” (Peixinho)

Uma alimentação saudável não é necessariamente cara, mas muitas famílias não podem escolher a sua alimentação devido à situação de pobreza. Contudo, o acesso aos alimentos saudáveis não está limitado ao poder financeiro. O acesso também está relacionado ao espaço geográfico, o Brasil possui muitos desertos alimentares, sendo que para as áreas rurais é considerado um deserto alimentar uma região que esteja 16 km de distância de um local que comercialize alimentos saudáveis (BRASIL, 2015; BRASIL, 2018; BRASIL, 2019). Essa situação é frequente nas microáreas de abrangência da UBS 17 - Jardim Morumbi. A agricultura familiar não é a fonte primária de subsistência de muitas famílias da região e a população se caracteriza na maioria como “caseiros”.

Outros fatores também podem interferir na situação de saúde das pessoas. Na análise desta categoria, nota-se que a maioria dos trabalhadores entrevistados ainda têm uma visão biomédica, que analisa a situação de saúde das pessoas somente por meio da carga biológica no processo saúde-doença, desconsiderando os DSS. Esta visão pode estar relacionada com práticas educativas tradicionais, como palestras e aulas pautadas na modificação compulsória de padrões de comportamentos da população por meio da reprodução de informações a cerca da história natural da doença e da culpabilização do indivíduo, constituindo o que ainda hoje chamamos de Educação Sanitária (MATIELO, 2009).

5.4. Materiais de Alimentação e Nutrição

Todos os entrevistados relataram que buscam informações sobre alimentação e nutrição em sites de busca da *internet* como o *Google* e *Youtube* para socializar com os usuários nas atividades de educação em saúde, como observa-se em algumas colocações:

“[...] Quando eu vou falar sobre tal assunto eu pesquiso na internet, não tenho nenhum livro, aí eu vou lá e pesquiso. Eu vou em várias... Vários endereços, né. E vejo a opinião de vários atores sobre o assunto. Não fico focado só em um, eu vejo vários vídeos, de várias pessoas, vários profissionais pra mim chegar a conclusão. [...]” (Pequi)

“[...] Pesquisa no Youtube, Google, né.” (Bertalha)

O acesso à informação está mais facilitado devido à *internet*. A propagação de informações sobre alimentação e nutrição aumentou, mas muitas notícias não são confiáveis. Isso dificulta a apropriação de conhecimentos sobre a área. A forma que as informações são disseminadas também pode contribuir para isso, visto que existem as dietas milagrosas e alimentos “vilões”. Durante a realização das entrevistas notou-se que os entrevistados ficaram

envergonhados de dizer que buscavam informações em qualquer site da *internet*, demonstraram isso nas falas, como:

“[...] É a internet! Não sei se é uma coisa, eu acho... Não sei não! Eu tenho certeza que não é o ideal porque a internet pode ter muita informação que... Que não condiz, que não vai nem ajudar, mas infelizmente é a internet que eu recorro e também os profissionais” (Ora-pro-nóbis)

Além dos sites da *internet*, 22,22% da amostra expuseram que fizeram cursos presenciais e online sobre alimentação, nota-se:

“[...] Eu até eu fiz um curso, só que a duração foi pouca, foi um mês de curso, todos os dias, sobre nutrição, pequeno, mas eu fiz porque na verdade era pra eu fazer um concurso pra merendeira, então eu fui quase obrigada a fazer esse curso, mas eu não fui porque eu queria. [...]” (Pequi)

“[...] fiz um curso pelo o departamento de Atenção Básica pelo Bolsa Família também sobre alimentação. [...] Fiz um curso também sobre obesidade pela UnB só que foi via online né. [...]” (Peixinho)

Outros materiais foram mencionados com menos frequência, como: cartilhas, folders, panfletos, livro de alimentação para ACS e Guia Alimentar para a População Brasileira.

“[...] A secretaria também tem folder, tem cartilha, né, disponibiliza pra gente” (Bertalha)

“[...] É, eu uso mais os blogs, apesar de ter o guia de alimentação saudável da Secretaria de Saúde.” (Baru)

Alguns participantes (55,55% da amostra) também relataram que solicitam ajuda para a enfermeira, médico ou nutricionistas quando não sabem sobre algum tema de alimentação e nutrição. Isso acontece no dia a dia da Unidade, mas também em atividades de educação permanente, como em reuniões. Contrapondo, foi mencionado que a experiência de trabalho supre essa necessidade. Nota-se em:

“É o que é passado pra gente na Unidade, né, através de reuniões... Você também, agora aí, incentivando... [...]” (Bertalha)

“[...] mas pra ser sincera há tanto tempo que eu trabalho na saúde que parece que já tá meio que na minha cabeça, muita informação [...]” (Ora-pro-nóbis)

Ressalta-se que os participantes geralmente pedem mais auxílio para a enfermeira e médico, pois são os trabalhadores que compõem a equipe mínima da APS, sendo que a UBS não possui cobertura de uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB, mas está recebendo apoio de equipe multiprofissional de um programa de residência da Fundação Oswaldo Cruz Brasília.

Boog (1999) relata em estudo qualitativo de pesquisa-ação com objetivo de identificar as dificuldades enfrentadas por médicos e enfermeiros para orientar os pacientes a cerca da alimentação que uma das dificuldades que eles possuem é de encontrar materiais adequados de nutrição para a socialização de orientações de alimentação. Esse resultado continua permanecendo, visto que no estudo realizado com médicos por Oliveira et al (2014) com o objetivo de analisar as barreiras que limitam a oferta de ações para a promoção da alimentação saudável na atenção primária do Distrito Federal, a falta de capacitação e de materiais foram considerados pelos participantes como limitantes.

Apesar da *internet* ser o meio que mais os entrevistados afirmaram buscar informações sobre alimentação e nutrição, eles relataram que gostariam de participar de mais atividades de educação permanente, cursos, ter livros sobre o tema. É possível que se os trabalhadores de saúde tivessem mais incentivo e acesso aos materiais de alimentação e nutrição disponibilizados pelas instituições de saúde, poderiam conhecer mais informações confiáveis sobre o tema e fariam mais atividades de educação em saúde voltadas para alimentação.

“eu acho que aquele questão dos materiais que você pergunta deveria sim ter na Unidade e eu acho que na UBS deveria ter um acervozinho, uma biblioteca, um localzinho alí e se tivesse pra gente, isso aí que você tá me perguntando, eu creio que seria um roteiro pra gente está trabalhando com as pessoas” (Ora-pro-nóbis)

“[...] antes desse curso a gente faz as palestras baseadas muito na internet.” (Peixinho)

Em estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado por Santos et al (2019) com ACS da zona urbana de Pelotas do Rio Grande do Sul com objetivo de avaliar o conhecimento dos ACS sobre alimentação complementar também constatou que os profissionais de saúde não estão tendo acesso aos materiais de alimentação e nutrição que são disponibilizados pelas organizações governamentais.

5.5. Educação em Saúde

A pesquisa foi realizada em contexto de pandemia de Covid-19, assim, as atividades coletivas de saúde da Unidade estavam suspensas. Foi solicitado aos participantes que eles expusessem nas entrevistas sobre as últimas atividades desenvolvidas, pois o local ainda estava em adaptação. Os trabalhadores estavam programando atividades de educação em saúde à distância, mas o acesso as redes de operadoras e a *internet* ainda é uma dificuldade que a

população do campo enfrenta no dia a dia. Isso contribui para a histórica dificuldade de acesso à saúde que essa população está submetida (BRASIL, 2013b).

Os entrevistados realizam atividades de educação em saúde na UBS, territórios e escolas. Todos relataram orientar os usuários sobre alimentação saudável individualmente nos consultórios, recepção e acolhimento. Geralmente, são episódios não programados, no dia a dia em contato com os usuários. Nota-se em:

“[...] eu sempre faço isso, é sempre, desde sempre. Eu tô atendendo uma pessoa e ela chega explicando, queixando aqueles sintomas ali e logo eu percebo que tem alguma coisa relacionada com o que ela come né, dor no estômago, outras coisa mais. Às vezes, a gente bate um papo alí com a pessoa... [...]” (Ora-pro-nóbis)

“[...] A gente fala de alimentação todos os dias que a gente atende paciente [...]” (Vinagreira)

Em estudo analítico, tipo transversal realizado por Santos et al (2012) em uma UBS em Belo Horizonte – MG com o objetivo de verificar o conteúdo do aconselhamento de trabalhadores de saúde direcionado aos usuários atendidos pela APS constatou resultado diferente do presente trabalho que observou que os médicos são atores principais na realização de aconselhamento sobre alimentação. Apesar de não ter esse trabalhador na amostra do presente estudo, foi observado que todos os trabalhadores entrevistados realizam orientações de alimentação saudável. Mas esse trabalho constatou que a prática de aconselhamento realizada pelos trabalhadores para os usuários é voltada para o tratamento de DCNT, dado semelhante ao encontrado neste estudo.

A maioria (66,66%) da amostra alegou fazer palestras, assim como no estudo de Oliveira (2010), às vezes com o auxílio de um nutricionista, médico ou enfermeira. É um método tradicional que ainda é bastante utilizado, fruto da educação bancária e do modelo biomédico, é uma forma de aplicar a educação sanitária que visa formar trabalhadores para transmitir seus conhecimentos para a população (MATIELO, 2009; FREIRE, 2013).

As rodas de conversas também foram citadas como formas de desenvolver atividades educativas (22,22% da amostra). A configuração da roda de conversa é uma forma de fazer atividades educativas de acordo com a educação em saúde. Ela estimula a construção do saber em conjunto, rompendo a ideia de que existem pessoas capacitadas e outras incapacitadas, pois todo mundo pode contribuir para a reflexão (FREIRE, 2014). Ela está mais próxima da Educação Popular em Saúde - EPS, incentivando a autonomia dos indivíduos para que eles

sejam os próprios atores de sua saúde e aflorando a criticidade dos mesmos em relação às informações que eles estão se apropriando (MATIELO, 2009).

Os participantes expuseram alguns assuntos que eles abordam nas atividades de educação em saúde. 33,33% da amostra refere explicar sobre a quantidade de sal, açúcar, óleos e gorduras adicionado às preparações culinárias, 22,22% sobre a quantidade de consumo de arroz, 22,22% de consumo de verduras, 22,22% sobre alimentos orgânicos e 22,22% de consumo de açúcar relacionado com problemas de saúde bucal.

Os temas que são explanados pelos trabalhadores nas atividades educativas possuem relação com o conceito de alimentação saudável que eles têm. A alimentação saudável foi definida pela maioria dos entrevistados de acordo com a composição química dos alimentos, assim, falou-se muito em consumo moderado de sal, açúcar, óleos e gorduras e alguns incentivaram o consumo de alimentos naturais e orgânicos.

Em estudo qualitativo realizado por Almeida et al (2014) em Montes Claros – MG com o objetivo de analisar a percepção do usuário em relação a prática de educação em saúde no contexto da ESF também observaram que os trabalhadores de saúde da APS estão realizando atividades educativas focadas no estímulo da mudança dos comportamentos dos indivíduos, responsabilizando os usuários a combater o uso abusivo de sal e açúcar, por exemplo.

Nota-se a importância de ampliar o conceito de alimentação saudável para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, pois foi verificado na pesquisa que as orientações de alimentação socializadas pelos trabalhadores são ancoradas em um conhecimento primário como o conceito de AAS. As atividades de educação permanente podem contribuir com isso, visto que elas têm o intuito de estimular a mudança da prática dos trabalhadores de acordo com os problemas identificados no dia a dia de trabalho (BRASIL, 2012b).

A maioria dos entrevistados relataram ter dificuldades para socializar orientações de alimentação saudável (88,88% da amostra). 77,77% dos participantes não se sentem capacitados para falar sobre alimentação e nutrição, 22,22% acredita que não é o exemplo de alimentação saudável para abordar sobre o tema e 22,22% alegou os dois argumentos.

As instituições de saúde disponibilizam materiais de alimentação e nutrição, como por exemplo, o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) e os Cadernos da Atenção Básica, mas também cursos na AVASUS e UNA-SUS. Apesar disso, é comum encontrar

trabalhadores de saúde que não se sentem capacitados para explicar sobre alimentação saudável, como pode ser observado em:

“Eu acho que a secretaria devia preparar melhor os seus servidores para falarem sobre esse tema nas áreas, como eu tinha dito, né, tem essa dificuldade de informação pra passar pro pessoal. A gente vai muito na raça, né.” (Bertalha)

“[...] quando a gente fala de alimentação saudável as pessoas querem dietas milagrosas, aí já pensa tipo alimentação saudável aí vai fazer com que eu emagreça vai fazer com que minha pele fique assim e assado e quanto a isso eu não tenho como falar, eu não tenho capacidade para falar sobre isso isso. Eu não sei nada, nada mesmo. Eu sei como comer, me sentir bem e fazer bem para o corpo. Isso eu sei, pronto.” (Baru)

“[...] Então, assim é como se eu tivesse apagando um incêndio, tentando apagar um incêndio que eu não consigo, mas eu vejo que alguém se salva naquele meio [...]” (Ora-pro-nóbis)

Pinafo et al (2011) realizou estudo qualitativo com trabalhadores de saúde da ESF em Santa Mariana, município situado no norte do Paraná, com objetivo de analisar as concepções de educação em saúde de trabalhadores. Também constatou que a falta de conhecimento é uma limitação para a realização de atividades de educação em saúde, assim a formação do trabalhador influencia no desempenho das atividades de educação em saúde que ele realiza.

A percepção dos entrevistados em relação ao próprio estado alimentar e nutricional também foi considerada uma dificuldade para realizar atividades coletivas sobre alimentação saudável, de acordo com as os trechos:

“[...] exemplo eu não sou né, de alimentação saudável [...]” (Azedinha)

“[...] mas eu tenho receio de pelo fato de eles me verem como obesidade porque a questão da obesidade, deles não dá muita veracidade no que eu digo por causa da minha situação na questão da obesidade então assim, meu grande requisito, às vezes, que me impede, às vezes, até me bloqueia [...]” (Peixinho)

O peso corporal é uma medida antropométrica que auxilia na avaliação do estado alimentar e nutricional das pessoas. A partir do peso corporal e altura é possível obter o Índice de Massa Corporal (IMC) que é uma ferramenta que avalia inicialmente a composição corporal, mas assim como outros métodos de avaliação antropométrica possui limitações. Para a avaliação do estado alimentar e nutricional de uma pessoa é necessário de dados antropométricos, de consumo alimentar, história e hábitos de vida, história clínica, familiar, dentre outros aspectos (ABESO, 2016). Contudo, o perfil antropométrico ainda é visto como determinante do estado de saúde da população.

A OMS define a obesidade como o acúmulo de gordura anormal que pode prejudicar a saúde. O IMC é muito utilizado para analisar o conteúdo de gordura por meio do peso e altura aplicados em uma fórmula matemática ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$), apesar de não ser o melhor instrumento, pois o peso corporal não expressa somente a massa gorda, contudo é um método simples e barato. As Diretrizes Brasileiras de Obesidade informam que a obesidade tem causa multifatorial, envolvendo o meio ambiente, saúde mental, estilo de vida e carga genética (ABESO, 2016). Mas, como foi observado por Paim e Kovalski (2020) em estudo de análise documental, as orientações das diretrizes são focadas no incentivo à mudança do consumo e comportamentos alimentares, responsabilizando os indivíduos. Sabe-se que não é somente isso, o atual contexto da população brasileira é de oferta padronizada de alimentos devido globalização e industrialização, desertos alimentares, sobrecarga nas atividades laborais, desemprego, pobreza.

A gordura passou a ser vista como algo ruim e fator determinante da situação de saúde dos indivíduos. Isso foi retratado neste estudo no conceito de alimentação saudável e nas orientações de alimentação saudável que são socializadas pelos trabalhadores de saúde. Apesar dela desempenhar várias funções no corpo, como reserva de energia, compor a estrutura das membranas das células e organelas do corpo e participar direta e indiretamente em diversas atividades metabólicas (KRAUSE, 2013).

A alimentação saudável passou a ser associada com o corpo magro e as pessoas que têm corpo gordo são consideradas anormais e doentes. Assim, a pesquisa também evidenciou-se a desaprovação da sociedade em relação ao corpo gordo, isso pode ser chamado de lipofobia e gordofobia, que de forma genérica consiste no “preconceito, estigmatização e a aversão englobados por meio de uma opressão estrutural na sociedade que atinge as pessoas gordas” (RANGEL, 2018).

O perfil dos trabalhadores de saúde também foi considerado uma limitação para a realização de atividades de educação em saúde. A eSF é responsável por realizar diversas atividades, como: atendimentos individuais, redução de danos, vigilância à saúde, dentre outros, mas principalmente atividades de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2017). Os participantes posicionam-se coletivamente como foi observado acima pelo destaque da palavra “gente” no *corpus* textual das entrevistas. Contudo, verificou-se que toda a amostra realiza orientações de alimentação saudável nos atendimentos individuais. Isso retrata que os

trabalhadores estão atuando separadamente, sendo que seria melhor fazer atividades de educação em saúde em conjunto. Percebe-se em:

“ [...] a equipe ela precisaria ter todo um perfil de Estratégia de Saúde da Família e assim a própria equipe, às vezes, quando a gente começa a falar desse assunto ou outros assuntos aí, há um corte assim, porque não tem aquela concordância [...]” (Ora-pro-nóbis)

“Eu acho assim que a gente tá tão sobrecarregado quanto de demanda de só atender, de só dessa assistência mesmo aqui dentro da Unidade que a gente tá perdendo muito essa questão de tá indo lá, de tá vendo com a comunidade o que que eles, de que eles realmente precisam, falar o que mais impacta na vida deles o que mais poderiam causar uma melhora na condição de vida da saúde deles. Eu acho que a gente deveria frisar mais as questões de educação continuada [...]” (Peixinho)

Isso também foi observado em estudo qualitativo realizado por Fernandes e Backes (2010) que objetivou conhecer a prática educativa desenvolvida por uma eSF no Distrito de Cachoeira do Campo, município de Ouro Preto - MG. Os entrevistados deste estudo relataram que o trabalho em equipe é primordial para realizar a ESF e para isso é necessário debate sobre os processos de trabalho.

Os entrevistados foram questionados sobre as motivações que eles têm para fazer as atividades educativas com a comunidade. Todos relataram que fazem as atividades com intuito de transmitir conhecimento. Essa visão também foi bastante mencionada no estudo de Fernandes e Backes (2010) que constatou que a educação em saúde está relacionada com conhecimentos e comportamentos que os trabalhadores de saúde devem passar para os usuários.

“[...] O que a gente aprende a gente tem que repassar. Conhecimento guardado é o mesmo que guardar uma joia guardada numa caixa e ninguém nunca ter. Acho que tem que ser repassado. [...]” (Beldroega)

O cumprimento de ordens superiores também foi mencionado. Os trabalhadores de saúde relataram que o MS sugere alguns temas para serem trabalhados na APS em atividades de educação em saúde. Geralmente as atividades desenvolvidas por eles estão relacionadas a esses temas, como pode ser observado:

“[...] a gente tem também os chefes falam que a gente tem que falar dos temas, que a gente tem que falar e geralmente tem nutrição, alimentação saudável, né. Então, geralmente não parte assim “ah, eu hoje quero falar sobre alimentação saudável”, não, geralmente tem uma escala de temas e aí a gente fala.” (Pequi)

Os temas sugeridos pelo MS são importantes de serem desenvolvidos, mas as demandas dos territórios devem ser priorizadas, pois cada comunidade tem suas peculiaridades. Para isso

é fundamental que todos os trabalhadores da equipe mínima tenham contato com os locais, por meio de visitas domiciliares, atendimentos no território e reuniões.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sugere que o conceito de alimentação saudável que os trabalhadores de saúde entrevistados têm e as orientações que eles socializam com os usuários são limitados em redução de uso de óleos e gorduras, sal e açúcar, ou seja, um conceito ainda vinculado a uma perspectiva biologicista de saúde. É necessário estimular a ampliação do conceito de alimentação saudável para que as orientações de alimentação e nutrição também sejam ampliadas, pois notou-se que os assuntos socializados pelos participantes possuem relação direta com o conceito.

É possível que a ampliação do conceito de alimentação saudável esteja sendo realizada de forma gradual, pois alguns entrevistados relacionaram o conceito com a sustentabilidade do meio ambiente e o acesso aos alimentos que são aspectos importantes que fazem parte do conceito ideal preconizado pelas políticas, guia e programas de alimentação e nutrição. Observou-se o aumento da visibilidade desses temas que estão sendo debatidos na atualidade.

O estudo também indica que os trabalhadores de saúde não estão acessando os materiais de alimentação e nutrição que são formulados pelas instituições de saúde, apesar deles serem elaborados para eles com intuito de atualizá-los sobre os temas de alimentação e nutrição. Atividades de educação permanente podem estimular os trabalhadores a buscarem materiais de alimentação e nutrição que possuem informações confiáveis e ampliar os seus conhecimentos sobre o tema.

Os participantes relataram que realizam orientações de alimentação saudável nos territórios, escolas e UBS. Quando as atividades de educação em saúde são programadas, geralmente eles fazem em formato de palestra. Os temas abordados nas atividades em sua maioria são sugeridos pelas instituições de saúde, ao invés de serem demandados pelas comunidades das microáreas de abrangência da Unidade.

A maioria dos participantes expuseram ter dificuldades para abordar temas sobre alimentação saudável por não se sentirem capacitados. Algumas entrevistadas relataram que o estado de saúde delas também é uma barreira para socializar sobre o tema, pois não se consideram exemplos de pessoas saudáveis. Infelizmente, o “ser saudável” ainda está associado a um corpo magro e uma alimentação restritiva e não prazerosa.

Estes resultados apontam a potência da construção de processos de educação permanente, como as estratégias das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e dos

Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), para o desenvolvimento de atividades educativas relacionadas à alimentação adequada e saudável, construídas em uma perspectiva interdisciplinar e ampliada de saúde e integrada ao conceito de saúde do campo. Apontam ainda a assertividade de pesquisas que trabalhem com temas diretamente relacionados ao cotidiano do trabalho das Equipes de Saúde da Família, com potência de contribuir com a organização de programas e ações que busquem superar as realidades observadas, na construção de ações educativas efetivas, que contribuam para a Promoção da Saúde e a consolidação do SUS nos territórios do campo brasileiro.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. A.S.; SILVA, S.C.; ARAÚJO, W.T.C.A.; VASCONCELOS, S.M.L.; MÉLO, M.T.S. Alimentação saudável na perspectiva multiprofissional: A experiência do Projeto “Saúde no Prato” desenvolvido na Atenção Básica. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, v. 7, n. 4, p. 109-116, 2017. Disponível em: <https://editoraverde.org/gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/5180>. Acesso em 15 de janeiro de 2021.

ALMEIDA, E.R.; MOUTINHO, C.B.; LEITE, M.T.S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde em debate*, v. 38, p. 328-337, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140030>. Acesso em 22 de janeiro de 2021.

BACKES, D. S.; BACKES, M.T.S; RANGEL, R.F.; ERDMANN, A.L.; BUSCHER, A. Significado de viver saudável para usuários, profissionais e gestores da Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 6, p. 1094-1099, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a16.pdf>. Acesso em 15 de janeiro de 2021.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, edições 70, 1977.

BOOG, M.C.F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Revista de Nutrição*, v. 12, n. 3, p. 261-272, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552731999000300006&lng=p&tlng=pt. Acesso em 1º de fevereiro de 2021.

BRASIL, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia Alimentar para a População Brasileira*. 2ª edição, Brasília, 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf.

Acesso em 15 de janeiro de 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Editora do Ministério da Saúde, 1ª ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.

Acesso em 15 de janeiro de 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília, 2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília-DF, 2012.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Brasília-DF, Diário Oficial da União, Seção 1, p.6, 2010.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/lei/111346.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.346%2C%20DE%2015%20DE%20SETEMBRO%20DE%202006.&tet

=Cria%20o%20Sistema%20Nacional%20de,adequada%20e%20d%C3%A1%20outras%20pr
ovid%C3%A1ncias. Acesso em 1º de fevereiro de 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde/Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 15 de janeiro de 2021.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17, 77-93, 2007.

CAISAN. CÂMARA INTERMISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Mapeamento da Insegurança Alimentar e Nutricional com foco na

Desnutrição a partir da análise do Cadastro Único, do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) 2016. Secretaria-Executiva da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Ministério da Cidadania, Estudo Técnico, 2018.

CAISAN. CÂMARA INTERMISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil. Secretaria-Executiva da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Ministério da Cidadania, Estudo Técnico, 2019.

CFN. CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, CFN. Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018. Aprova o Código de Ética e Conduta do Nutricionista e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2018.

CRUZ, P.J.S.C.; NETO, J.F.M. Educação popular e nutrição social: considerações teóricas sobre um diálogo possível. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 1365- 1376, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1365.pdf>. Acesso em 5 de fevereiro de 2021.

e-SUS AB PEC: Saúde Atenção Básica. Versão 3.2.31. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://192.168.0.118:8080/esus/#/pec>. Acesso em 27 de jan. de 2021.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>. Acesso em 25 de janeiro de 2021.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. Editora Atlas, 6ª edição, 2008.

MATIELO, E.; ROS, M.A. Reflexões a cerca da interação entre educação em saúde e promoção da saúde. Florianópolis, 2009.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface (Botucatu) 2009; 13(supl.1): 771-780. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a28v13s1.pdf>. Acesso em 5 de fevereiro de 2021.

MIRANDA, C.; SILVA, H. Concepções da Ruralidade Contemporânea: as singularidades brasileiras. Brasília-DF, 2013.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde e Sociedade*, v. 26, p.329-335, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2017.v26n2/329-335/pt>. Acesso em 5 de fevereiro de 2021.

Mulheres são maioria no comando e na assistência da Saúde. Agência Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/03/08/mulheres-sao-maioria-no-comando-e-na-assistencia-da-saude/>. Acesso em 19 de jan. de 2021.

OLIVEIRA, K. S; SILVA, D. O.; SOUZA, W.V. Barreiras percebidas por médicos do Distrito Federal para a promoção da alimentação saudável. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 260-265, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2014000300260&lng=p&tlng=pt. Acesso em 1º de fevereiro de 2021.

OLIVEIRA, K.S. Barreiras para promoção da alimentação saudável enfrentadas pelos profissionais de saúde no Distrito Federal. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13300/1/454.pdf>. Acesso em 1º de fevereiro de 2021.

ORGANIZATION, W.H. Constitution of the world health organization. 1995.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1723-1728. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em 5 de fevereiro de 2021.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em 5 de fevereiro de 2021.

PINAFO, E.; NUNES, E.F.P.A.; GONZÁLEZ, A.D.; GARANHANI, M.L. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 9, n. 2, p. 201-221, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/03.pdf>. Acesso em 25 de janeiro de 2021.

PNAD, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro, 2015.

PNAD, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro, 2019.

PULGA, V.L.; DANTAS, V.L.A.; BONETTI, O.P.; MATIELO, E.; FERLA, A.A. Educação Popular, Equidade e Saúde - Dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde: a caixa de ferramentas nas relações de ensino e aprendizagem. Editora Rede Unida. 1ª ed., Porto Alegre, RS, 2020. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/LivroEduca%C3%A7%C3%A3oPopularEquidadeeSa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 5 de fevereiro de 2021.

RANGEL, N.F.A. O ativismo gordo em campo: política, identidade e construção de significados. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/205904>. Acesso em 27 de janeiro de 2021.

SANTOS, F.S.; MINTEM, G.C.; GIGANTE, D.P. O agente comunitário de saúde como interlocutor da alimentação complementar em Pelotas, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 3483-3494, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019000903483&tlng=pt. Acesso em 1º de fevereiro de 2021.

SANTOS, R. P.; HORTA, P.M.; SOUZA, C.S.; SANTOS, C.A.; OLIVEIRA, H.B.S.;

ALMEIDA, L.M.R.; SANTOS, L.C. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, n. 4, p. 14-21, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472012000400002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 22 de janeiro de 2021.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. 1997.

SILVA, D.O.; RECINE, E.G.; QUEIROZ, E.F.O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 5, p. 1367-1377, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000500030&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 15 de janeiro de 2021.

SOUTO, L.R.F.; OLIVEIRA, M.H.B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós- abissal. Saúde em

Debate [online]. 2016, v. 40, n. 108, pp. 204-218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>. Acesso em 5 de fevereiro de 2021.

TEO, C.R.P.A.; FERRAZ, L.; CEMBRANEL, F. Agentes comunitários de saúde: percepções sobre alimentação no contexto da estratégia saúde da família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 14, n. 3, p. 1229-1236, 2015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19381>. Acesso em 16 de janeiro de 2021.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Código de identificação do entrevistado
2. Localidade
3. Sexo/Idade/Escolaridade/Profissão
4. O que é alimentação saudável?
5. Você acha que você tem uma alimentação saudável? Por quê?
6. Você lembra de algum momento que você falou sobre alimentação saudável no contexto do trabalho? Qual? Pode descrever este momento?
7. Você realiza orientações de alimentação saudável para os usuários? Como? Por quê?
8. O que o leva a decidir realizar orientações sobre alimentação saudável para determinado usuário?
9. Você conhece algum material de nutrição? Quais materiais você usa como referência para dar suas orientações (livro, revista, guia alimentar, curso, site, blog, programa de televisão dentre outros)?
10. Você tem alguma dificuldade de socializar orientações de alimentação saudável? Quais?
11. Como você avalia a efetividade destas orientações?

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa com o tema “A SOCIALIZAÇÃO DE ORIENTAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO NÚCLEO RURAL JARDINS DO MORUMBI DE PLANALTINA-DF PARA A POPULAÇÃO DO CAMPO” desenvolvida pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Saúde da População do Campo, da Escola Fiocruz de Governo, da Fundação Oswaldo Cruz - EFG/DIREB/FIOCRUZ, Brasília - DF, sob a responsabilidade da pesquisadora Thaylline Kellen da Silva Araújo e sob orientação da professora Ma. Etel Matielo.

É necessário que o (a) senhor (a) leia ou escute com atenção as informações acerca da pesquisa, e assine a última folha deste termo.

A pesquisa tem o objetivo de compreender como os trabalhadores de saúde da Unidade Básica de Saúde do Núcleo Rural Jardins do Morumbi de Planaltina-DF realizam as orientações de alimentação saudável para a população do campo. Para alcançar esse objetivo é necessário descrever o conceito de alimentação saudável dos trabalhadores de saúde, identificar os materiais que orientam os trabalhadores de saúde sobre alimentação saudável e identificar os momentos em que os trabalhadores de saúde orientam a população do campo sobre alimentação saudável.

A justificativa desta pesquisa é que a mesma pode contribuir para o fortalecimento da prática de Educação Alimentar e Nutricional - EAN na Atenção Primária em Saúde - APS. A socialização de orientações de alimentação saudável possui potencialidade para a redução da incidência e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT e para estimular a busca por um estilo de vida mais saudável. Essa atividade pode ser realizada por qualquer trabalhador instruído, não sendo uma atividade privativa de atuação do nutricionista.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de uma entrevista individual com auxílio de um roteiro semiestruturado. As perguntas que irão compor a entrevista referem-se ao conhecimento sobre

a alimentação saudável, os materiais de nutrição, dificuldades na socialização de orientações de alimentação saudável. Será assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, que é exatamente esse documento.

Esclareço que a sua participação na pesquisa pode envolver riscos que serão minimizados. São eles:

1. Risco de constrangimento ao responder as questões.

Para minimizar este risco, serão aplicadas ferramentas participativas e a entrevista será suspensa automaticamente, caso o participante se sinta constrangido.

2. Risco de identificação e exposição dos dados pessoais.

Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo. Será construída uma tabela no programa *Microsoft Office Word 2013* atribuindo um número a cada um dos entrevistados de forma que seja evitada a identificação das transcrições e entrevistas com o nome dos participantes da pesquisa.

3. Risco de interferir na rotina de trabalho.

As entrevistas serão agendadas antecipadamente, para que não sejam marcadas em horários que atrapalhem a rotina dos participantes. Caso haja algum impedimento no momento agendado, será possível agendar outro horário.

4. Risco de contaminação pelo novo coronavírus.

As entrevistas serão realizadas em locais ventilados com distanciamento físico de 2m metros entre pesquisador e participante. Tanto o pesquisador como o participante usará máscara de proteção. E álcool em gel estará à disposição para a desinfecção das mãos da pesquisadora e participante.

Os principais benefícios deste trabalho são para o progresso do conhecimento da realidade de sua comunidade ou da população que apoia. Assim, pode aumentar a compreensão sobre como os trabalhadores de saúde da Unidade Básica de Saúde do Núcleo Rural Jardins do Morumbi de Planaltina-DF realizam as orientações de alimentação saudável para a população do campo, conhecer o conceito de alimentação saudável que eles têm e por meio das informações, pode-se gerar um processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde para orientar à população de maneira mais específica e contextualizada.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e orientações do CEP/ENSP.

O (a) senhor (a) terá a garantia de ressarcimento e indenização em qualquer dano decorrente da pesquisa, ou despesas que possam vir a ocorrer decorrentes desta pesquisa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa e alimentação no local da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no setor Fiocruz Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Thaylline Kellen da Silva Araújo, na Fiocruz Brasília, no telefone (61) 3308-3122 ou (61) 99509-6981, entre 8h00 às 18h00, disponível inclusive para ligação a cobrar. Também pode enviar dúvidas para o e-mail thaylline97@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Fiocruz de Governo, número do CAE = 34320720.5.0000.8027 e Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ Secretaria de Saúde do Distrito Federal (FEPECS-SES/DF), número do CAE = 34320720.5.3001.5553. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas também através dos números (61) 3329-4607/3329-4638 ou e-mail cepbrasil@fiocruz.br e/ou no número (61) 3325-4940 ou e-mail comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisadora Responsável

Nome e assinatura

Brasília, _____ de _____ de _____

**ANEXO II – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGENS E
SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA**

Eu _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado (a) no projeto de pesquisa intitulado “A SOCIALIZAÇÃO DE ORIENTAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO NÚCLEO RURAL JARDINS DO MORUMBI DE PLANALTINA-DF PARA A POPULAÇÃO DO CAMPO” sob responsabilidade de Thayline Kellen da Silva Araújo vinculada ao Programa de Pós Graduação - Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Saúde da População do Campo, da Escola Fiocruz de Governo, da Fundação Oswaldo Cruz - EFG/DIREB/FIOCRUZ, Brasília - DF e a professora Ma. Etel Matielo.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da equipe de pesquisa.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou *internet*, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e às pesquisas explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o (a) participante.

Nome / assinatura

Pesquisadora Responsável

Nome e assinatura

Brasília, _____ de _____ de _____