FERNANDA WERBICKY DE CARVALHO

**Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde na perspectiva do
profissional não nutricionista**

São Paulo

2015

FERNANDA WERBICKY DE CARVALHO

**Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde na perspectiva do
profissional não nutricionista**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia,
Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de
Mestre em Ciências da Saúde, pelo Programa de Pós-
Graduação Profissional Interunidades em Formação
Interdisciplinar em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Cervato Mancuso

São Paulo

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Carvalho, Fernanda Werbicky de.

Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde na perspectiva do profissional não nutricionista / Fernanda Werbicky de Carvalho; orientador Ana Maria Cervato Mancuso. -- São Paulo, 2015.

82p. : 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Educação alimentar e nutricional. 2. Promoção da saúde. 3. Segurança alimentar e nutricional. 4. Atenção primária à saúde. I. Mancuso, Ana Maria Cervato. II. Título.

Carvalho FW. Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde na perspectiva do profissional não nutricionista. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ____/____/2016

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Dedico essa pesquisa aos trabalhadores do serviço público de saúde que buscam o constante aperfeiçoamento de sua atuação como educadores, para uma população com mais autonomia, qualidade de vida e cidadania.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade da vida e da evolução espiritual.

À admirada professora Ana Maria Cervato-Mancuso, pela confiança e por todos os momentos de dedicação, paciência e inspiração.

Aos professores da banca, pelas contribuições e direcionamentos, sempre muito enriquecedores.

Às colegas Viviane Vieira, Kellem Vincha, Débora Santiago, Nadine Nunes, Lúcia Guerra, Alexandra Cárdenas e Fernanda Botelho pelo acolhimento ao grupo de pesquisa “Formação e Atuação em Segurança Alimentar e Nutricional” e pela gratificante troca de conhecimentos e experiências.

Aos professores e colegas da turma do Mestrado Profissional, que tanto contribuíram para o processo de desconstrução e construção dos saberes.

Aos entrevistados, pelo tempo e confiança cedidos, o que possibilitou a exploração do universo estudado.

À professora e amiga Raimunda Gebran, pelo auxílio e orientação em diversas etapas desse trabalho.

Às minhas queridas amigas nutricionistas da Alimentação Escolar do município de Barueri, Ana Helena Spolador, Marcela Machado e Daniela Silva, pelo apoio e companheirismo de sempre, e pelas reflexões diárias que nos motivam a fazer o melhor possível no nosso trabalho.

À minha mãe amada e professora dedicada, Lúcia Werbicky, por seu amor incondicional.

Ao meu parceiro Danny Gebran, pelo carinho, incentivo e por tornar meus dias mais felizes.

À minha família, em especial à minha madrinha Liuba Werbicky, pelo encorajamento nos momentos mais difíceis, e à minha avó, Vera Werbicky, por seu exemplo de vida.

À CNPq (481712/2011-9) e à Fapesp (02264-2/2012) pelo apoio financeiro.

Meus mais sinceros agradecimentos!

A educação a arma mais poderosa que voc pode usar para mudar o mundo.

Nelson Mandela

RESUMO

Carvalho FW. Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde na perspectiva do profissional não nutricionista[dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem; 2015. Versão Corrigida.

Introdução: O Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA), na perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), destacou-se devido à compreensão dos determinantes para a Promoção da Saúde (PS). A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é uma ferramenta capaz de promover a reflexão dos cidadãos sobre como realizar esse direito. No Brasil, o quadro de insegurança alimentar entre crianças e adolescentes torna os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) atores promissores para a reversão desse quadro, já que esses trabalham com os principais influenciadores desse público: a família. **Objetivo:** Analisar a atuação de profissionais de saúde não nutricionistas coordenadores de grupos educativos com conteúdo de alimentação e nutrição, desenvolvidos na APS do município de São Paulo. **Métodos:** Estudo qualitativo, com aplicação de entrevistas semiestruturadas e análise por meio do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram levantados os dados a respeito da formação desses profissionais e identificadas suas percepções sobre seus papéis nos grupos que coordenam e a importância atribuída a eles. **Resultados:** A profissão dos 21 entrevistados reflete a atual configuração da Estratégia Saúde da Família. Há predominância de profissionais do sexo feminino com pós-graduação em temas de saúde coletiva. Foram identificadas 13 Ideias Centrais divididas em 2 Eixos Temáticos. Levantaram-se percepções contrárias e outras a favor aos referenciais teóricos trabalhados. Como favoráveis, identificou-se a valorização dos grupos como espaços de participação, troca de experiências e criação de vínculo entre seus membros, sendo o coordenador do grupo responsável pela condução desses. A importância na atuação interprofissional para o atendimento integral à saúde e atualização entre os profissionais também foi destacada. Já as desfavoráveis trouxeram a desvalorização das atividades em grupo, ou a atribuição de sua importância como forma de acesso a serviços, medicamentos ou informação, a identificação dos coordenadores como responsáveis por mudanças de comportamentos nos participantes, modelos a serem seguidos, e sendo considerados detentores do conhecimento, o que parece sobrecarregá-los, desmotivá-los e frustrá-los.

Assim, alguns buscam seu reconhecimento trazendo atividades que agradam os usuários, independentemente da constatação das necessidades do território. **Conclusões:** A percepção dos profissionais parece refletir a forma em que atuam, evidenciando um momento heterogêneo sobre as formas de se abordar os aspectos relacionados à alimentação, além do despreparo para a coordenação de grupos. Dessa forma, recomenda-se a aproximação entre os campos da saúde e da educação, visando práticas mais significativas e libertadoras, bem como a reflexão sobre a formação desses profissionais, já que suas atuações parecem refletir a educação na qual foram moldados. Os princípios da PS, do DHAA, da SAN, da EAN e das características essenciais a um coordenador de grupos, devem ser trabalhados com esses atores, e, para tanto, como produto dessa pesquisa, sugeriu-se um curso de atualização.

Palavras-chave: Educação Alimentar e Nutricional. Promoção da Saúde. Segurança Alimentar e Nutricional. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Carvalho FW. Food and nutrition education in primary health care in the non-professional nutritionist perspective [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem; 2015. Versão Corrigida.

Introduction: The Human Right to Adequate Food (HRAF) from the perspective of Food and Nutrition Security (FNS) stood out due to the understanding of the determinants for the Health Promotion (HP). The Food and Nutrition Education (FNE) promotes the reflection of the citizens on how to achieve this right. In Brazil, food insecurity situation between children and adolescents turns Primary Health Care (PHC) professionals as promising actors to reverse this scenario, once they work with key influencers of that audience: the family. **Objective:** To analyze the performance of non nutritionist health professional coordinators of educational groups with content of food and nutrition, developed in PHC in São Paulo. **Methods:** A qualitative study, applying semi-structured interviews and analysis using the Discourse of the Collective Subject. The data regarding the training of these professionals were surveyed and identified their perceptions of their roles in the groups that they coordinate and the importance attached to them. **Results:** The occupation of the 21 respondents reflects the current configuration of the Family Health Strategy. There is a predominance of females professionals and post graduation with public health issues. 13 main ideas were identified, in 2 Thematic Groups. Contrary perceptions were raised and others in favor of the theoretical framework worked. As favorable, were identified the appreciation of the groups as spaces of participation, exchange of experiences and creation of bonds among its members, with the coordinator of the group responsible for conducting these. The importance of interprofessional action for comprehensive healthcare and updating among professionals was also highlighted. Although, the unfavorable brought the devaluation of group activities, or assigning its importance as a means of access to services, medications or information, and the identification of the coordinators as responsible for changes in behavior in participants, role models, and considered the knowledge holders, which seems overwhelming, demotivating and frustrating them. This way some seek recognition bringing activities that delight users, regardless of the recognition of the needs of the territory. **Conclusions:** The perception of professionals seems to reflect the way in which they operate, showing a heterogeneous time on ways to discuss about the issues related to feeding, beyond the lack of preparation for the

coordination groups. Thus, it is recommended to bringing together the fields of health and education, aimed at more meaningful and liberating practices and reflection on their training, since their actions seem to reflect the education in which they were molded. The principles of HP, HRAF, FNS, FNE and the essential characteristics to a group coordinator, should be worked with these actors, and, therefore, as this research product, suggested an update course.

Keywords: Food and Nutrition Education. Health Promotion. Food and Nutrition Security. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ECH	Expressão Chave
EPS	Educação Popular em Saúde
ES	Educação em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IC	Ideias Centrais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNaN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNaPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PS	Promoção da Saúde
RS	Representação Social
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SP	São Paulo
ST	Supervisões Técnicas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA	17
1.2 A EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL COMO FERRAMENTA PARA A PROMOÇÃO DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA	18
1.3 A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	20
1.4 A EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM DESAFIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÃO NUTRICIONISTAS	22
2 PROPOSIÇÃO	25
2.1 GERAL	25
2.2 ESPECÍFICAS	25
3 METODOLOGIA	26
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO	27
3.2 COLETA DE DADOS	27
3.3 ANÁLISE DE RESULTADOS	28
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 EIXO TEMÁTICO: A IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES EM GRUPO PARA OS USUÁRIOS, SEGUNDO A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL NÃO NUTRICIONISTA	35
4.2 EIXO TEMÁTICO: A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NÃO NUTRICIONISTA SOBRE SEU PAPEL COMO COORDENADOR DE GRUPOS COM CONTEÚDO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	41
5 CONCLUSÕES	49
REFERÊNCIAS	53
ANEXOS	60

APRESENTAÇÃO

Como nutricionista atuante na operacionalização do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) em um município da Região Metropolitana de São Paulo, deparado-me com diversos desafios para a promoção da alimentação saudável entre escolares. A necessidade de um trabalho efetivo por meio da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) tem se destacado dado o quadro de insegurança alimentar nesse público. Sabe-se que nessa fase as ações educativas em saúde podem trazer muitos benefícios a curto, médio e longo prazo.

Desde minha graduação, sinto que os princípios da EAN estão presentes em todos os campos de atuação de pude experimentar: seja na Unidade de Alimentação e Nutrição, no atendimento clínico em consultórios e academias ou, atualmente, no PNAE. Parece-me impossível tratar de alimentação e nutrição sem recrutar ferramentas de outras disciplinas, como da própria Educação, visto a necessidade de aproximação com a realidade do indivíduo ou população sobre a qual sou corresponsável. Essa aproximação incita o uso de ferramentas pedagógicas eficientes, que possam auxiliar na interpretação do contexto presente e na busca por uma linguagem comum entre todos os envolvidos, para que os preceitos de uma boa alimentação possam ser traduzidos significativamente e incorporados de forma autônoma.

Particularmente nas escolas, enfrento grandes desafios para o alcance das ações de EAN a todos que vivem no ambiente escolar, visto o número reduzido de nutricionistas na equipe do município em que atuo com o PNAE. Esse fato traz dificuldades na promoção de ações constantes, de longo prazo, e com a aproximação da família dos escolares, o que é essencial para que novos hábitos sejam incorporados em casa, fortalecendo assim as ações de EAN nas escolas. Nesse sentido, destaco o quão abrangente é o assunto a respeito da alimentação na vida das crianças e adolescentes e como se faz necessário somar esforços interdisciplinares e intersetoriais para a mobilização de todos.

Sendo assim, enxergo no município em que trabalho possibilidades de colaborar com a promoção da saúde entre os escolares por meio da maior comunicação entre os profissionais das secretarias envolvidas com as escolas, sejam estas relacionadas diretamente com a alimentação escolar, com a educação, com a saúde ou mesmo com o fornecimento de suprimentos, entre outros. É preciso o trabalho conjunto do nutricionista escolar com professores, diretores, merendeiras, pais de alunos, profissionais de saúde e do meio ambiente, governantes, entre outros, de forma que as ações para o estímulo à alimentação saudável

sejam articuladas intersetorialmente, envolvendo assim todo o ambiente frequentado pelas crianças e adolescentes.

Nesse sentido, me deparei com a necessidade de repensar minha própria prática de trabalho, bem como os processos organizacionais da instituição em que atuo, e encontrei no Mestrado Profissional a possibilidade de um espaço para reflexão e troca de conhecimentos com profissionais de outras áreas, de acesso a outros campos epistemológicos, além da aproximação com novas propostas de atuação.

Por meio do acesso ao grupo de pesquisa coordenado pela professora Dra. Ana Maria Cervato Mancuso –Formação e Atuação em Segurança Alimentar e Nutricional -no qual tive a honra de participar, identifiquei nos profissionais de saúde não nutricionistas, atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS), um grande potencial multiplicador das ações de EAN com os principais formadores dos hábitos alimentares dos escolares: seus pais. O Marco de Referência para Educação Alimentar e Nutricional reforça a importância desses profissionais como multiplicadores das ações da EAN, independentemente da presença do nutricionista, o que contribui para o cuidado integral da população frente aos inúmeros aspectos que envolvem a alimentação e que se complementa com as diversas disciplinas.

Dentre as formas de se trabalhar EAN com as famílias na APS, destaca-se a atuação em grupos educativos como uma possibilidade promissora de se abordar características da alimentação que vão além do caráter estritamente biológico, mas que também conduz os participantes do grupo a refletirem sobre seu direito à saúde e sua participação social, de forma a empoderá-los para o exercício da cidadania e enfrentamento das dificuldades encontradas. Por meio do vínculo criado entre seus integrantes, o grupo ganha força para mudar sua própria realidade social.

Por isso pretendo, com essa pesquisa, identificar como os profissionais da APS não nutricionistas, atuantes como coordenadores de grupos com conteúdo de alimentação e nutrição, se percebem nesse papel e qual a importância que atribuem aos grupos, visando me aproximar desse universo e estabelecer um diálogo com o previsto nas Políticas Públicas de Saúde atuais e com o que é abordado na literatura sobre o trabalho com grupos. Com isso buscarei indicar caminhos para o aperfeiçoamento dessa atuação, com a esperança de que as ações para a promoção da alimentação saudável com as famílias possam trazer melhoras nos quadros de saúde das crianças e adolescentes do Brasil, bem como formar cidadãos mais críticos e independentes.

1 INTRODUÇÃO

O Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) vem ganhando destaque desde a compreensão dos diversos determinantes da saúde. No contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), é preciso uma abordagem dos aspectos que envolvem a alimentação para além dos exclusivamente biomédicos. Nesse sentido, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) se apresenta como ferramenta capaz de promover a reflexão do cidadão sobre sua realidade social, bem como as formas de enfrentar as dificuldades na busca de seus direitos.

O quadro de insegurança alimentar tem acometido crianças e adolescentes no Brasil, com índices crescentes de sobrepeso e obesidade entre esse público. As ações educativas realizadas por profissionais de saúde não nutricionistas, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, conseguem alcançar as famílias dessas crianças, estimulando as para melhores escolhas alimentares, para a reflexão e enfrentamento das dificuldades vivenciadas, e para a busca de seus projetos de vida e saúde.

Para tanto é preciso que tais profissionais reconheçam seu papel nesse processo, bem como percebam a importância de tais ações educativas em grupos para a promoção da alimentação saudável e empoderamento dos cidadãos. E, para melhor compreensão do cenário e subsídio às discussões desse trabalho, realizou-se nesse capítulo a exploração de referenciais teóricos e históricos relevantes para o tema.

Sendo assim, a seguir são abordados: os marcos históricos e legais para a Promoção da Saúde (PS) e o DHAA; os referenciais teóricos para a EAN, que se configura como uma ferramenta para a PS na perspectiva do DHAA; as questões que envolvem a promoção da alimentação saudável entre crianças e adolescentes relacionadas com o ambiente em que vivem; a EAN na APS como forma de impactar as famílias desse público infantil; e o papel dos profissionais de saúde nesse processo.

1.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

Em 1988, a Constituição Federal do Brasil garantiu, em seu artigo nº196, a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo essa determinada por fatores como alimentação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso a bens e serviços essenciais, ou seja, expressa na organização social e econômica do país (Brasil, 1988).

Tal visão holística sobre a saúde é resultante da reforma sanitária no Brasil, ocorrida em meados de 1970, que foi impulsionada por movimentos mundiais sobre o tema, o qual teve como marco a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, com a emissão da Carta de Ottawa, que consolidou essa concepção. Junto de outras conferências, tais como Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), e Bangkok (2006), foram gerados novos preceitos para a promoção da saúde: Intersetorialidade; Empoderamento; Participação social; Equidade; Ações multiestratégicas; e Sustentabilidade (Ayres, 2009).

Nesse contexto, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), é “um dos componentes do conjunto de condições e serviços necessários à prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida de todos os brasileiros” (Vasconcelos; Filho, 2011, p.88). Recentemente, a alimentação foi reconhecida como direito social (Brasil, 2010a), mas ainda é preciso explorar o sentido mais amplo desse direito, no que diz respeito ao que envolve o conceito do DHAA.

O DHAA deve ser exercido na perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que, conforme a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), preconiza que todos devem ter acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem que outras necessidades sejam comprometidas e tendo como direcionamento as práticas promotoras da saúde que garantam a sustentabilidade social, econômica e ambiental do país (Brasil, 2006a).

A SAN engloba questões que dependem da articulação intersetorial entre instituições do governo, de forma que incita os setores a compartilharem decisões e ações por meio de políticas públicas que impactem a saúde da população, tais como as relacionadas à produção e distribuição de alimentos mais saudáveis, à oferta de refeições no ambiente escolar, à regulação da qualidade dos alimentos processados, ao apoio a agricultores familiares e

assentamentos da reforma agrária, à melhoria da saúde da população por meio da transferência de renda e ampliação do acesso aos serviços de saúde e à promoção da EAN articulada com as redes de educação, sócio assistenciais e demais espaços comunitários (Brasil, 2012a).

Dentre as prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), destacam-se as ações para a promoção da alimentação adequada e saudável como forma de contribuição para a redução da pobreza no país, a inclusão social e a SAN, visando assim, o DHAA (Brasil, 2014). Os profissionais de saúde são importantes atores nesse processo já que podem realizar ações educativas com a comunidade, de forma a estimular o seu raciocínio crítico e sua participação social na defesa de seus direitos.

Conforme a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) (2012), tais ações requerem o uso de metodologias educativas que incentivem o diálogo, respeitando o saber popular, estimulando a reflexão e entendimento das dificuldades enfrentadas, para que assim a população possa, de forma autônoma, transformar o contexto social vivenciado em busca da concretização de seus projetos de vida e saúde (Brasil, 2012b).

1.2 A EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL COMO FERRAMENTA PARA A PROMOÇÃO DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) se configura neste cenário como uma das estratégias para promoção do DHAA, na perspectiva de SAN, e como forma de estímulo ao empoderamento dos cidadãos, na busca de seus direitos e emancipação, visando melhores escolhas (Vieira et al., 2013).

Para a efetividade das ações de EAN, o profissional de saúde deve estar atento à comunicação utilizada, a qual deve, segundo o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (2012), ser pautada na escuta ativa, no reconhecimento das diferenças entre os saberes e as práticas, na construção compartilhada de soluções, na valorização da cultura alimentar, na atenção às reais necessidades dos indivíduos e grupos, na formação de vínculo entre os atores deste processo, nas relações horizontais, no monitoramento de resultados e na formação de rede entre os profissionais e os setores envolvidos para a troca de experiências (Brasil, 2012c).

Faz-se relevante uma visão ampliada de quem orienta sobre alimentação saudável para além do conhecimento técnico, sendo necessária a percepção dos tabus, medos, sentidos e crenças que permeiam esse universo, desmistificando e agregando valor a novos conceitos e práticas. O indivíduo, família ou comunidade assistidos devem ser compreendidos e interpretados como sujeitos históricos e carregados de sentido, dentro de um contexto social, refletidos no tempo e espaço (Freitas et al, 2011).

É preciso que os profissionais de saúde estabeleçam um diálogo com a população, com vistas a desenvolver o autocuidado da mesma por meio de práticas problematizadoras e construtivistas (Brasil, 2012b). Para tanto, é importante a escuta atenta para com o indivíduo, de forma a compreendê-lo e a ajudá-lo na superação dos obstáculos para a realização de seus “projetos de felicidade” (Ayres, 2007).

Para que novos hábitos sejam de fato incorporados pelas pessoas é preciso trabalhar com questões que envolvem a motivação para mudanças, a visualização de vantagens e satisfação com a adoção dos novos padrões alimentares, além do atendimento às reais necessidades. Sendo assim, é necessário que as intervenções englobem ações de incentivo, apoio e proteção à saúde (Reis et al, 2011).

Porém, apesar desses elementos fundamentais para que a EAN seja impactante e das políticas públicas que reorientam as ações de saúde em direção aos preceitos da PS, na prática, ainda é identificado que tais ações educativas são baseadas apenas na transmissão de informações com foco na cura ou prevenção de doenças, a partir de imposições de normas e comportamentos adequados, o que evidencia o “fazer educação alimentar e nutricional” contrário à teoria (Santos, 2012).

Em um estudo com médicos e enfermeiros, Boog (1999) destacou as dificuldades encontradas por profissionais de saúde ao tratarem de questões sobre alimentação e nutrição, tais quais essas ocorrem no cotidiano das pessoas, como: a não compreensão dos aspectos subjetivos que envolvem esse universo; dificuldades ao diagnosticar problemas e identificar suas possíveis causas; e a não percepção das formas de reversão dos quadros de insegurança alimentar.

Tendo em vista o contexto de exclusão social que assola o país e as novas perspectivas para o DHAA, os responsáveis pelas práticas educativas em alimentação e nutrição precisam refletir seu compromisso social com a melhoria do estado de SAN da população brasileira. Para tanto, é necessário a incorporação de novos preceitos educativos, pautados na amorosidade e diálogo, que vão ao encontro da Educação Popular, e que visam mobilizar cidadãos críticos e emancipados, na busca de melhores condições sociais (Cruz; Neto, 2014).

1.3 A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

As escolas se configuraram como campo de atuação a ser priorizado entre os setores público e privado, pois reúnem a maioria das crianças e adolescentes do país (Brasil, 2010b). É nessa fase que comportamentos alimentares adquiridos podem perpetuar pela vida adulta e que os programas voltados à promoção da alimentação saudável demonstram potencialidade (Souza et al., 2011).

Sendo assim, o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2011) destaca as ações nas escolas como parte de seus objetivos, tanto por meio do fornecimento de refeições saudáveis aos escolares, quanto pelas ações de EAN nesse ambiente, de modo que essas possam estimular a autonomia dos alunos para a produção e práticas alimentares adequadas e saudáveis, ou mesmo para o fortalecimento da gestão, execução e o controle social do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) (Brasil, 2011).

Com sua origem da década de 1940, o PNAE foi instituído visando à oferta de alimentação nas escolas públicas brasileiras e, atualmente, prevê ações de alimentação e nutrição coordenadas por nutricionistas, responsáveis tecnicamente pelo programa (Brasil, 2013a).

Destarte, a Portaria Interministerial nº1010 de 8 de maio de 2006, que institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de Educação Básica das redes públicas e privadas, em âmbito nacional, tem como um dos eixos prioritários as ações de EAN que perpassem o currículo escolar (Brasil, 2006b). Fiore et al. (2012) identificaram temas referentes à alimentação, inclusive na perspectiva da SAN, previstos no material didático de escolares do ensino fundamental do município de São Paulo, demonstrando a diversidade de possibilidades de abordagem desse conteúdo em sala de aula.

Já em 2007, foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS), através do Decreto nº 6.286, o Programa Saúde na Escola (PSE), o qual tem como um de seus objetivos a promoção das práticas alimentares saudáveis nesse ambiente por meio da aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade na escola, ampliando assim o impacto dessas ações entre os estudantes (Brasil, 2007).

Apesar dos esforços explícitos nas políticas públicas em questão, o excesso de peso e obesidade tem demonstrado tendências de aumento entre crianças e adolescentes, com

elevação da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, e ainda persistirem problemas relacionados a carências nutricionais. Tal cenário epidemiológico se configura em um quadro de insegurança alimentar, ocasionado por mudanças na alimentação e hábitos de vida dos brasileiros (Oliveira; Oliveira, 2008).

Em Cajamar, município do Estado de São Paulo, uma pesquisa realizada com 1.014 crianças ingressantes no ensino fundamental, encontrou a prevalência de 17% de alunos com sobrepeso e obesidade (Mondini et al., 2007). Já um estudo com 218 escolares em uma região do município de São Paulo identificou a prevalência de 31,2%, índice esse associado ao baixo consumo de frutas, verduras e legumes, e alto consumo de doces, além do sedentarismo (Fagundes et al., 2008). Tais estudos corroboram com os achados em nível nacional (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010a).

Leme et al. (2013) demonstraram que, apesar da oferta da alimentação escolar ser considerada importante na visão dos escolares, esses preferem os alimentos “competitivos” (tais como refrigerantes, salgadinhos, balas e doces), ricos em gorduras, açúcares e sal, os quais são adquiridos no comércio próximo à escola, ou mesmo trazidos de casa. Nessa mesma pesquisa, verificou-se que, na visão dos funcionários da escola, os alunos rejeitam frutas, verduras e legumes oferecidos nesse local porque esses alimentos não são comuns ao hábito alimentar em casa, não sendo oferecidos pelos pais.

Tendo em vista que é no ambiente familiar que os escolares têm seu primeiro contato com os alimentos e atribuem significados a eles, os pais se configuram como grandes influenciadores da alimentação dessas crianças. Porém, eles compartilham com seus filhos um ambiente que propicia riscos nutricionais e sedentarismo, com excesso de exposição à publicidade sobre alimentos não saudáveis, os quais possuem embalagens apelativas que podem mascarar informações nutricionais através das estratégias de marketing, que visam somente à lucratividade (Pontes et al., 2009).

Ainda, percebe-se que os pais não assumem a responsabilidade pela incorporação de melhores hábitos alimentares de seus filhos, ou, quando a assumem, esses adultos tendem a impor padrões alimentares de forma autoritária, ocasionando aversões ou transtornos alimentares (Rodrigues; Boog, 2006). Portanto, estratégias educacionais com foco na família, visando à promoção da alimentação saudável são necessárias (Sichieri; Souza, 2008) e previstas na Portaria nº1010 de 2006, anteriormente mencionada, de forma que fortaleçam e complementem as ações nas escolas.

Sendo assim, a intersetorialidade entre a escola e os serviços de saúde se apresenta como princípio essencial para o fortalecimento das ações educativas com vistas à promoção

da saúde entre escolares e seus pais e/ou responsáveis. Tal articulação trata-se de “condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados da educação e da saúde, com vistas à integralidade” e ainda faz parte das atribuições das equipes de saúde referenciadas no território onde as escolas se localizam (Brasil, 2008).

Dessa forma, a distribuição de responsabilidades para todos os atores inseridos no contexto do qual as crianças e os adolescentes se desenvolvem torna-se fundamental para concretização da saúde como processo, e não como estado. A escola, em sua função social, pode gerar novas abordagens e possibilidades de atuação quando prevê a inclusão de ações para além de seu local físico, com a inclusão das famílias e profissionais da saúde na busca da “Saúde Escolar”, ou seja, na busca da promoção da saúde não restrita ao ambiente escolar e a um indivíduo, mas sim ao entorno da escola, de forma a atingir todas as pessoas que lá vivem (Antônio; Mendes, 2010).

1.4 A EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM DESAFIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÃO NUTRICIONISTAS

O Sistema Único de Saúde (SUS) inclui, em seu campo de atuação, ações e serviços de alimentação e nutrição nas competências Nacional, Estadual e Municipal (Brasil, 1990). E é na Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) que ocorre o primeiro contato das famílias com o SUS e com as ações educativas sobre alimentação (Brasil, 2012d).

O Programa de Saúde da Família, criado em 1994, e atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), é a principal forma de organização da APS, e é considerada prioridade para o Ministério da Saúde já que propõe um modelo de atenção mais resolutivo e humanizado, no qual cada equipe é responsável pelo acompanhamento permanente de um número de indivíduos e famílias, que vivem em um território delimitado. Essa estratégia de organização é formada por equipes compostas por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) e visa aproximar os profissionais da saúde com a população, estabelecendo vínculos de compromisso e corresponsabilidade (Brasil, 2012d).

Em 2008, com objetivos de qualificar essas equipes e ampliar a resolubilidade e integralidade de suas ações, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por grupos multidisciplinares, os quais podem ter a inserção do

nutricionista para atuar interdisciplinarmente por meio de ações de matriciamento e Educação Permanente (EP) dos demais profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2009a), e é o profissional mais habilitado para coordenar as ações educativas em alimentação e nutrição (Conselho Federal de Nutricionistas, 2010).

Entretanto, a presença do nutricionista no NASF nem sempre é garantida, pois esse não é um pré-requisito para a composição da equipe, e essa formação pode também atender a outros interesses da gestão (Pimentel et al., 2013). Além disso, o número de nutricionistas já inseridos nesse contexto ainda é menor que o recomendado nas resoluções vigentes e a comunicação entre eles com os demais profissionais de saúde é escassa, dificultando o cuidado integral do usuário (Cervato-Mancuso et al., 2012).

Vincha et al. (2014) ainda verificaram a necessidade urgente da qualificação desses nutricionistas para o atendimento da demanda conforme as atuais políticas de saúde, visto que esses profissionais se encontram em momento de transição em relação a abordagem utilizada na prática da EAN, referindo conceitos de promoção da autonomia entre os usuários, porém mantendo ainda ações com foco na prevenção de doenças. Esses autores ainda observaram a importância do compartilhamento das ações de EAN com outros profissionais de saúde, de forma a ampliar a escuta no processo educativo.

Tal constatação se apresenta como um desafio aos demais profissionais de saúde atuantes na AB, independente da presença do nutricionista (Jaime et al., 2011), já que é preciso que todos assumam suas responsabilidades com a promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo ações de EAN voltadas para a família e comunidade, aproveitando o fato de que a equipe multidisciplinar contribui para a construção compartilhada de conhecimentos, aumentando a resolubilidade dessas ações (Brasil, 2009b).

Desta forma, esses profissionais não nutricionistas que desenvolvem atividades com temas de alimentação e nutrição precisam conhecer, além dos princípios doutrinários do SUS, os que se somam a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN): a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde; o respeito à identidade e cultura alimentar da população; o fortalecimento da autonomia dos indivíduos; a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição; e a SAN como soberania (Brasil, 2012a).

Na APS, as ações educativas com grupos são formas abrangentes de se trabalhar a EAN com a população, possibilitando a aproximação e empatia entre terapeutas e usuários, o senso de inclusão e identificação entre os participantes, além da construção conjunta de soluções, pela participação ativa do educando (Maffaccioli; Lopes, 2005). Tal forma de

assistência promove a troca interdisciplinar, aproximando o conhecimento biomédico com o saber popular e incentivando a busca da autonomia dos sujeitos envolvidos (Santos et al., 2006).

Tendo em vista que a promoção da alimentação saudável deve ser pautada no contexto do DHAA e da SAN, os profissionais de saúde precisam estar inseridos nesse universo, já que, conforme Cervato-Mancuso et al. (2011, p.97), “a responsabilidade dos profissionais em proteger e promover a alimentação como um direito dependerá das habilidades e competências de compreender e incorporar as diferentes dimensões de SAN à prática profissional”.

Dessa forma, esse trabalho justifica-se pela importância da existência de ações educativas em alimentação e nutrição eficazes, que estimulem a autonomia das famílias brasileiras na luta pela garantia de seu DHAA e na realização de melhores escolhas alimentares, resultando, consequentemente, na reversão do quadro atual de insegurança alimentar presente entre as crianças e adolescentes do país.

2 PROPOSIÇÃO

2.1 GERAL

Analisar a percepção de profissionais não nutricionistas sobre sua atuação nos grupos educativos com conteúdo de alimentação e nutrição desenvolvidos na Atenção Básica à Saúde do município de São Paulo.

2.2 ESPECÍFICAS

- Descrever as características da formação superior desses profissionais;
- Identificar a percepção dos profissionais sobre qual a importância dos grupos na perspectiva dos usuários;
- Descrever a percepção destes profissionais sobre qual seu papel nos grupos que desenvolvem.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, pois contextualiza os sujeitos investigados e busca a compreensão dos significados de suas experiências de vida, e de suas interpretações sobre o mundo e sobre si mesmos, levando em conta os consensos e conflitos em seus depoimentos. Dessa forma, pretende-se compreender o fenômeno pesquisado em profundidade, descrevendo, analisando e interpretando as subjetividades (Minayo, 2010).

Segundo Minayo (2010), como a pesquisa qualitativa se ocupa de um nível de realidade que não pode ser quantificado, já que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e valores, não há escala hierárquica entre esse tipo de pesquisa e as de cunho quantitativo, pois são de naturezas diferentes. O fato de a pesquisa qualitativa trabalhar com um âmbito mais profundo da realidade, que não carece de operacionalização em números, não significa que não seja passível de observação, pesquisa e conhecimento.

No campo da saúde, é preciso considerar a realidade econômica, política e social, explorando as classes sociais, as ideologias e as visões de mundo dominantes, para a compreensão e análise dos fatores que influenciam os sistemas de organização do fenômeno saúde e doença (Minayo, 2010).

Além disso, é importante destacar que a pesquisa qualitativa nunca é neutra, mas sofre inferência da forma de interpretação da realidade pelo pesquisador, o qual deve estar subsidiado por referenciais teóricos e técnicas operacionais, pois ele também faz parte de um determinado fenômeno social e histórico (Minayo, 2010).

A metodologia empregada nesse trabalho está detalhada a seguir, contemplando as características do local e população de estudo, o processo de coleta e análise de dados e os aspectos éticos considerados. Os dados utilizados fazem parte da pesquisa “Práticas pedagógicas na Atenção Primária à Saúde em São Paulo e Bogotá” de Cervato-Mancuso.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O local de estudo insere-se no município de São Paulo (SP), uma metrópole com 41.262.199 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010b). A gestão da saúde no município possui estrutura organizacional composta pela Secretaria Municipal de Saúde, 5 Coordenadorias Regionais (CRS), 24 Supervisões Técnicas (ST), e 447 Unidades Básicas de Saúde (UBS), compartilhadas em gestão público-privada com as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Dentre essas cinco regiões, estão distribuídas 1.277 equipes de ESF, 87 NASFs e 270 UBS assistidas pela ESF, oferecendo cobertura a 45% da população.

A população a ser estudada trata-se de profissionais de saúde não nutricionistas (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, profissionais de educação física, agentes de saúde, entre outros), atuantes na APS, e coordenadores de grupos educativos que aborda conteúdo de alimentação e nutrição. Tais grupos são específicos das UBSs ou de linhas de cuidado ligadas a programas de saúde do município, tais como: Programa Hiperdia, Programa de Auto Monitoramento Glicêmico (AMH), Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS) e Programa Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas (MTHPIS).

A seleção dos entrevistados foi definida por acessibilidade, segundo as regiões e localidades que autorizaram a pesquisa. Para o mapeamento destes grupos, foi necessária a autorização da SMS, via Coordenação da AB, seguida da autorização das CRS e das ST, as quais repassaram as informações necessárias para a conversa com as UBS. As UBS, por sua vez, indicaram os profissionais de saúde não nutricionistas que realizavam ações que tratavam de alimentação e nutrição dentro de equipes atuantes com grupos educativos.

Como critérios de inclusão, os profissionais deveriam: pertencer à Atenção Primária da Saúde; ser profissional da saúde não nutricionista; coordenar grupos educativos com conteúdo de alimentação e nutrição.

3.2 COLETA DE DADOS

Visto que a compreensão da realidade se dá pela aproximação com as diversas interpretações da realidade, a obtenção de dados foi realizada por meio de entrevista

semiestruturada, a qual permite a apreensão dos pontos de vista dos sujeitos investigados, servindo de orientação ao entrevistador que visa garantir a abordagem dos assuntos essenciais da pesquisa e também permitir o surgimento de dados além dos previstos (Minayo, 2010).

A coleta foi realizada por pesquisadores previamente treinados, por meio de um roteiro de entrevista (ANEXO A) feito pessoalmente com o profissional de saúde não nutricionista em seu ambiente de trabalho. A partir do roteiro, foram identificados os dados do profissional (sexo; idade; área de formação e ano de graduação no ensino superior; realização ou não de pós-graduação), bem como realizadas perguntas abertas, nas quais foi possível questionar sobre a percepção do entrevistado em relação à importância atribuída pelo usuário aos grupos educativos com conteúdo de alimentação e nutrição e qual sua percepção sobre seu papel dentro dos grupos.

As entrevistas foram gravadas e o material coletado foi posteriormente transcrito para o programa *Microsoft Excel (versão 2013)*. O roteiro de entrevista foi previamente testado pelos pesquisadores no Centro de Referência para Prevenção e Controle de Doenças Associadas à Nutrição do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza.

Como critério para representatividade numérica, objetivou-se entrevistar aproximadamente 5 profissionais por Coordenadoria Regional, tendo como referência para essa seleção, outros estudos relacionados com o tema (Boog, 1999; Pava et al, 2012; Ellery et al., 2013; Vincha et al., 2014).

3.3 ANÁLISE DE RESULTADOS

Os dados pessoais foram analisados de modo descrito e os depoimentos por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefevre et al. (2003), baseado na Teoria de Representações Sociais (RS).

As RS são consideradas ideias, crenças, comportamentos, atitudes e formas de pensar do sujeito pesquisado, criadas nas relações interpessoais, e que refletem conhecimentos elaborados, interpretados e compartilhados em uma coletividade, dentro de um determinado tempo e espaço (Garcia, 1994).

As RS possibilitam a comunicação, promovendo a “familiarização” dos indivíduos com seu mundo e contribuindo para uma realidade comum, sendo manifestadas por meio de

atitudes, palavras, frases e expressões, que orientam condutas no cotidiano das relações e práticas sociais (Garcia, 1994).

Cabe salientar que o DSC não é a RS em si, mas busca construir uma camada da RS em um determinado nível, o qual pode ser agregado a outros discursos na construção de outras camadas. Sendo assim, é preciso a padronização dos passos metodológicos para que a camada discursiva levantada possa ser resgatada (Lefevre; Lefevre, 2006).

Tal método de análise respeita os depoimentos individuais de cada integrante da pesquisa, de forma a produzir um ou mais discursos, que respondam pela coletividade. Ao considerar as concepções de mundo internas de um indivíduo, são ressaltadas também as concepções externas a ele, já que essas formam o ambiente em que esse indivíduo vive e que ele internaliza em si, podendo, portanto, representar significados que verbalizam por outros do mesmo ambiente social (Lefevre et al, 2003).

A organização dos dados coletados e transcritos das entrevistas ocorreu, portanto, por meio de Expressões chave (ECH), Ideias Centrais (IC) e o DSC propriamente dito. As ECHs referem-se às transcrições literais dos depoimentos; as ICs são traduções do significado essencial levantado pelos depoimentos; e o DSC é elaborado como resultado final dessa organização e consolidação dos depoimentos, sendo redigido em primeira pessoa (Lefevre et al., 2003).

Sendo assim, foram realizadas três etapas para essa Análise: (1) Descrição das Ideias Centrais de cada um dos entrevistados; (2) Agrupamento das Ideias Centrais de acordo com os grupos temáticos; (3) Reconstrução das Expressões Chaves em um só discurso-síntese por tema (Lefevre et al., 2003).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo utilizou dados da pesquisa “Práticas pedagógicas na Atenção Primária à Saúde em São Paulo e Bogotá”, financiada pelo CNPq (processo n° 481712/2011-9) e pela Fapesp (processo n° 02264-2/2012). Os dados foram coletados no período de março de 2013 a julho de 2014.

Foram considerados, em todas as suas etapas, os princípios éticos fundamentais que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos pela Resolução Conselho Nacional de Saúde 466 de 2012 (Brasil, 2013b). Para tanto, os sujeitos de pesquisa

manifestaram sua anuência em participar do estudo mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, através do parecer nº 48307 (ANEXO C), e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de São Paulo, no parecer nº 100/12 (ANEXO D).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo pretende expor os dados levantados sobre o profissional (sexo; idade; área de formação e ano de graduação no ensino superior; realização ou não de pós-graduação) e, em seguida, discutir os depoimentos coletados e reconstruídos por meio da técnica do DSC, sendo analisados em dois tópicos conforme os eixos temáticos destacados: “A importância das atividades em grupo para os usuários” e “O papel do profissional de saúde não nutricionista como coordenador de grupos educativos com conteúdo de alimentação e nutrição”.

Sendo assim, foram entrevistados 21 profissionais, os quais estavam distribuídos pelas diferentes CRS da seguinte forma: 6 na Zona Sul; 5 na Zona Norte; 4 na região Centro-Oeste; 3 na Zona Leste e 3 na Zona Sudeste. Tal distribuição se deu por meio da acessibilidade a cada região durante o período de trabalho em campo, o que refletiu as dificuldades encontradas devido a burocracia instalada no município para o acesso a esses profissionais, não sendo possível a divisão da coleta em 5 entrevistas por CRS durante o período disponibilizado para esse levantamento, conforme previsto inicialmente.

Entre os entrevistados, foram identificados os diversos profissionais atuando como coordenadores de grupos educativos com conteúdo de alimentação e nutrição, conforme apresentado no quadro 1:

Quadro 1 – Profissões identificadas entre os entrevistados, São Paulo, 2015

Profissão	Número de participantes
Enfermeiro	11
Médico	3
Auxiliar de enfermagem	2
Agente de Promoção Ambiental	2
Educador Físico	1
Fonoaudiólogo	1
Fisioterapeuta	1

Fonte: Dados levantados pelo próprio autor, 2015.

Essa distribuição reflete a atual formação essencial das equipes ESF (Brasil, 2012d), já que se sobressaem entre os coordenadores os enfermeiros, médicos generalistas, auxiliares de enfermagem e agente de Promoção Ambiental (que iniciou sua carreira na ESF como ACS).

Os demais profissionais demonstram a inserção do apoio multidisciplinar entre as equipes da ESF, por meio nos NASFs, que podem ser compostos por: Médico Acupunturista; Assistente Social; Educador Físico; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária.

Ainda, foi possível identificar a predominância do sexo feminino entre os entrevistados: 19 mulheres e 2 homens, o que pode ser igualmente verificado em diversos outros estudos com profissionais de saúde na APS (Vinha et al., 2014; Roecker et al., 2012). Já o ano de graduação desses profissionais variou conforme as categorias: 1 graduado de 1971 a 1981; 3 graduados de 1982 a 1992; 4 graduados de 1993 a 2003; 11 graduados de 2004 a 2014.

Foi destacada a atualização recente (a partir do ano de 2010) em cursos de pós-graduação em 17 dos entrevistados, sendo que 16 desses são cursos do tipo *lato sensu*, o que pode implicar em formações com menor carga horária, emissão apenas de certificado, e que não dependem da autorização e constante reconhecimento pelo Ministério da Educação (Brasil, 2015a). Pode-se também constatar que 9 dos entrevistados possuem mais de uma pós-graduação.

Vinha et al. (2014) identificaram a formação em pós-graduação em todos os nutricionistas de sua pesquisa, também no município de SP, e sugeriram que esse achado seja consequência do mercado de trabalho, no qual os profissionais tentam se destacar, visto os inúmeros cursos de graduação dessa área ofertados na cidade. Fato esse que corrobora com esse estudo: só na área de enfermagem, há 34 cursos ofertados em SP, segundo o Ministério da Educação (Brasil, 2015b).

Chiesa et al. (2007) ainda destacaram que a formação inicial desses profissionais não os tem preparado para a atuação articulada com os princípios das atuais políticas públicas de saúde, visto a valorização “conteudista”, com enfoques predominantemente biologicistas e curativistas, que distanciam os graduandos das reais necessidades da população. Tal fato incita a necessidade da atualização desses profissionais em cursos de pós-graduação. Contudo,

faz-se necessário refletir sobre a qualidade desses cursos, os quais poderão ser *lato sensu* ou *stricto sensu*, podendo assim acarretar em formações diferenciadas (Brasil, 2015a).

Dentre os profissionais com pós-graduação, 14 desses cursos estão relacionados com a atuação em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Medicina da Família e Comunidade ou Estratégia Saúde da Família. Tais dados sugerem a necessidade percebida por esses profissionais de atualização, frente às novas demandas da atuação conforme a reestruturação da APS, que prevê profissionais com formação generalista, capazes de agirem de forma humana, crítica e reflexiva, em consonância aos princípios da PS e do SUS, visando resolutividade e enfrentamento de dificuldades conforme cada contexto social (Brasil, 2001).

Ainda, destacaram-se 2 enfermeiros com pós-graduação em Docência e 1 Educador Físico com pós-graduação em Educação em Saúde, refletindo a necessidade da interação e diálogo entre as disciplinas de saúde e educação na formação do profissional de saúde, que age também como educador da população, e que, para tanto, exige a exploração e conhecimento de ferramentas e conceitos pedagógicos.

Segundo Roecker et al. (2012), para a efetivação da nova estruturação da APS por meio da ESF, o trabalho com práticas educativas, baseadas nas referências atuais de Educação em Saúde, se apresenta como o mais pertinente, já que é esperada a humanização das práticas de saúde e a compreensão ampliada sobre o processo saúde/doença, além da maior participação da população na resolução de seus problemas de saúde e gestão do SUS.

E, mais especificamente, ao se tratar de intervenções com conteúdo sobre alimentação e nutrição, não bastam somente os conhecimentos das ciências de nutrição para ações nesse sentido, mas é fundamental a inserção conjunta dos pressupostos da educação, conforme o próprio nome dessa iniciativa: “Educação” Alimentar e Nutricional (Boog, 2005).

Com relação aos DSCs levantados, esses foram organizados conforme Quadro 2, e serão discutidos a seguir.

Quadro 2– Ideias Centrais (IC)s identificadas nas entrevistas com os profissionais de saúde não nutricionistas, São Paulo, 2015

Eixo temático	Ideia Central
A importância das atividades em grupo para os usuários	<p>IC1 - Eles não dão importância</p> <p>IC2 - Acesso a medicamentos, exames e consultas médicas</p> <p>IC3 - Estímulo à mudança de comportamentos e controle de doenças por meio do acesso a informação</p> <p>IC4 - Espaço de participação e pertencimento a um grupo</p> <p>IC5 - É um incentivo à mudança de comportamentos por meio do grupo que estimula a troca de experiências e o vínculo entre os participantes</p>
O papel do profissional de saúde como coordenador de grupos educativos com conteúdo de alimentação e nutrição	<p>IC6 - Responsável pela mudança nos usuários</p> <p>IC7 - Organizador e incentivador do grupo por trazer atividades de interesse dos usuários</p> <p>IC8 - Eu não sou modelo porque é difícil mudar</p> <p>IC9 – Orientador como fonte de informações.</p> <p>IC10 - Conscientizador</p> <p>IC11 - Promotor de saúde por meio da troca de experiências</p> <p>IC12 - Criador de vínculo</p> <p>IC13 - Condutor do grupo</p>

Fonte: Dados levantados pelo próprio autor, 2015.

4.1 EIXO TEMÁTICO: A IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES EM GRUPO PARA OS USUÁRIOS, SEGUNDO A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL NÃO NUTRICIONISTA

Enrique Pichón Rivière¹ (1980, apud Siqueira, 2008, p. 4) conceitua o grupo operativo como:

[...] um conjunto restrito de pessoas que, ligadas por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, se propõe de forma explícita ou implícita a uma tarefa, que constitui a sua finalidade, interagindo através de complexos mecanismos de assunção e distribuição de papeis.

Siqueira (2008), por outro lado, reconhece as atividades em grupo com finalidades educativas como forma de se estabelecer vínculos entre os participantes de uma comunidade, promovendo a colaboração mútua e a capacitação de cada membro em se posicionar crítica e autonomamente em seu meio social, além de estimular a cidadania e o empoderamento dos sujeitos na busca de seus direitos e realização de seus projetos de vida e saúde.

Dessa forma, os grupos educativos conduzidos pelos entrevistados poderiam representar poderosas estratégias para o enfrentamento da pobreza no país, e claro, a promoção do DHAA na perspectiva de SAN. Porém a desvalorização das práticas de grupo pelos usuários foi identificada no DSC que segue (IC1):

Eu acho que eles não valorizam muito, infelizmente. Eles se sentem obrigados a participar. A gente sempre tenta fazer uma coisa mais interessante, mais divertida, mas acho que é uma cultura que ainda existe e que é difícil de romper, né.

Roecker et al. (2012) identificaram como entraves para o trabalho educativo na APS, a desvalorização das ações em grupo pela população, tendo em vista a dificuldade dessa em entender a proposta do novo modelo assistencial e abandonar o pensamento puramente curativista que associa os serviços de saúde somente as situações de doença. Tais autores relataram que, para a mudança nessa percepção, é preciso, antes de tudo, que os profissionais de saúde apostem nessa atual estruturação da assistência à saúde, e que eduquem a comunidade para que seja compreendida sua justificativa, que objetiva a integralidade no atendimento à saúde.

Entretanto, Oliveira et al. (2014) destacaram a falta de prioridade das ações coletivas entre profissionais atuantes em equipes da ESF, e, quando tais ações ocorriam, eram

¹Rivière P. O proceso grupal. Da psicanálise à psicología social. São Paulo: Martins Fontes; 1980.

realizadas conforme a prática tradicional de educação, com uso de metodologias expositivas, com a imposição de comportamentos normalizadores que focavam somente no processo saúde-doença, desconsiderando os aspectos econômicos, políticos e sociais das condições de vida em que os usuários estavam inseridos, e sem estimulá-los a participar e discutir temas de interesse em comum.

Com a reforma sanitária no Brasil, resultando na reestruturação da APS, a atuação dos profissionais de saúde deve voltar-se para os modos de vida da população, já que esses influenciarão no processo saúde-doença. Para tanto, é preciso que os profissionais de saúde sejam envolvidos, desde suas graduações, por metodologias pedagógicas ativas, participativas e contextualizadas, que os insiram no contexto dos conceitos da PS, e que os façam desenvolver competências para atuarem de forma a transformar, juntamente com a comunidade, a realidade na qual se inserem (Chiesa et al., 2007).

Segundo Siqueira (2008), a falta de interesse do usuário nas atividades grupais pode refletir a desmotivação, não priorização ou mesmo falta de habilidades do próprio profissional de saúde, como coordenador do grupo. Sendo assim, Pinheiro et al. (2015) apontam a importância de se pensar quais competências são esperadas na prática profissional e quais necessidades deverão ser atendidas por esses profissionais no contexto da atuação em PS.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde preveem a formação de profissionais generalistas, capazes de atuar com resolutividade no SUS, por meio de abordagens contemporâneas, que abandonem a forma tradicional de educação, meramente “conteudista”, tornando-os aptos para enfrentar a realidade social do Brasil, que difere em cada local e está em constante mudança. Para tanto, esse profissional precisa aprender a aprender, ou seja, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer (Brasil, 2001).

Porém essa formação parece estar restrita ao “aprender a fazer”, com a valorização apenas do saber técnico, o que reflete a forma que esse profissional se posiciona frente às necessidades de saúde da população (Recine et al., 2012). Diversos estudos têm abordado a necessidade da reflexão sobre as práticas atuais de formação dos profissionais de saúde mediante o atual cenário das políticas públicas e as reais demandas do SUS (Chiesa et al., 2007; Recine et al., 2012; Pinheiro et al., 2015).

Nesse sentido, Cotta et al. (2006) reforçam a necessidade da qualificação dos profissionais atuantes na ESF para atender as demandas da nova lógica de organização do trabalho da APS, já que a formação atual remete ao modelo assistencialista e hospitalocêntrico, com redução dos serviços prestados para atendimentos em consultas

individuais, dificultando o desenvolvimento de profissionais que assumam uma postura comprometida com a criação de novas formas de atuação, com vistas a promoção de ações coletivas dentro da comunidade.

Para que tais ações façam sentido para os usuários, como no caso dos grupos educativos, eles precisam refletir as reais necessidades de seus membros, sendo abordados assuntos de interesse em comum entre todos, de forma que os participantes se identifiquem com tal intervenção. O coordenador do grupo precisa estar atendo ao “campo grupal” em questão, o qual não se trata somente dos “fatores conscientes”, que refletem os objetivos em comum, mas também aos “supostos básicos”, representados por medos, desejos reprimidos, ansiedades, defesas, introjeções, entre outros (Zimerman; Osório, 1997).

O processo educativo e a abordagem utilizada pelo coordenador do grupo serão fatores decisivos para que os usuários possam expor suas angústias e inquietações, formando vínculos entre si, definindo seus papéis, e se enxergando uns nos outros. É por meio da atividade de pensar, sentir e agir que o grupo pode promover mudanças individuais e nas relações grupais (Zimerman; Osório, 1997).

Entre os motivos considerados relevantes para a existência do grupo, identificou-se a vantagem na obtenção de serviços e insumos, conforme o DSC (IC2):

Eles vem quando eles precisam medir a pressão, pedir exames ou remédios. E para eles segurem um fluxo dentro da nossa equipe, e passar pelo médico, eles são obrigados a passar pelo grupo. Alguns pacientes que já frequentam o grupo, eles têm outra visão... Então uma coisa que os médicos que estão [trabalhando] aqui há mais tempo [fazem], é essa coisa de encaminhar para os grupos, [porque] aí o paciente olha diferente, né? Quando o médico valoriza, fica mais fácil.

A necessidade de se obter uma consulta, um remédio ou mesmo um pedido de exame reflete uma sociedade imediatista e com dificuldade de pensar a saúde como algo além do controle e tratamento de doenças. Para efetivas mudanças na saúde, de forma impactante, é necessário trabalhar o conceito de saúde praticado nas políticas públicas atuais, já que esse favorece a reflexão sobre os determinantes que vão além dos de natureza estritamente biomédica, mas que também remetem ao contexto socioeconômico vivenciado (Brasil, 2014a).

E, em se tratando de assuntos relacionados à alimentação e nutrição, apenas uma consulta, como forma um conselho ou instrução, é ineficaz visto as inúmeras causas que comprometem e formam o comportamento alimentar (Boog, 1999).

Entretanto, esse processo de troca por serviços e insumos de saúde, valorizado pela cultura curativista predominante, pode esbarrar com entraves políticos para sua transformação, visto que o dispositivo da ESF, por sua proximidade com as lideranças religiosas, políticas, corporativistas e comunitárias, se configura como uma forma do poder político local angariar votos, refletindo assim mais um desafio a ser combatido pelos profissionais de saúde (Roercker et al., 2012).

Nota-se ainda que, conforme o discurso, quando o profissional médico indica o grupo, ele parece ser visto de outra forma pelo usuário e que, quando esse começa a participar, ele adquire nova percepção desse espaço coletivo. Nesse sentido, o profissional de saúde coordenador de grupos precisa se preparar para a rejeição inicial dos usuários para com o grupo (Soares; Ferraz, 2007). Tal sentimento tende a ser ressignificado conforme o participante começa a se identificar com os outros membros do grupo e com o objeto de trabalho em questão, por meio de indicadores de “afiliação” e “pertença” (Pichon-Rivière, 1998).

Segundo Pichon Rivière (1998), o processo grupal se dá em três momentos: *pré-tarefa*, no qual predominam mecanismos de dissociação, medo, ansiedade, frustração e postergação; *tarefa*, momento em que os mecanismos defensivos são quebrados e são identificados os objetivos comuns aos integrantes; e *projeto*, no qual o grupo ganha autonomia para se planejar operativamente.

Sendo assim, Soares e Ferraz (2007) recomendam que o coordenador de grupo esteja ciente desse processo para que ele possa atuar de maneira mais eficiente, com um olhar amplo sobre a dinâmica em que se dá o grupo operativo, trabalhando com os aspectos subjetivos que não são verbalizados, tais como a desmotivação inicial do usuário.

Dentre os entrevistados, também foi destacada a importância do grupo como espaço para recebimento de informações técnicas, com a percepção de que esse acesso seria suficiente para promover mudanças na saúde dos participantes, como o próximo DSC (IC3):

Eles dão importância para o conhecimento que você despertou neles e as mudanças de comportamento, além da preocupação em me dar uma satisfação. Eles querem continuar aqui comigo e ficam fazendo perguntas. Eu realmente chego a cortar senão eu não consigo [encerrar o grupo].

A transmissão de informações técnicas mostra-se importante de forma a complementar o saber popular e dialogar com esse. Porém o saber científico, na perspectiva da Educação Popular, ao ser imposto de forma vertical e sem espaço para discussão e reflexão, retoma uma

prática autoritária derivada da cultura medicalizante que se distancia da realidade social na qual se insere, e da capacidade de se promover a autonomia entre os participantes do grupo (Brasil, 2012b). Dessa forma, cria-se a “necessidade de dar satisfações” ao profissional coordenador do grupo, já que está estabelecida uma relação de dependência entre esses atores, conforme discurso acima.

Boog (2004) pontua que a mudança de comportamentos alimentares deve ser buscada mediante o olhar crítico sobre “as crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação”, dando novos sentidos a essas práticas por meio da compreensão de suas causas e estabelecimento de metas viáveis. Essa compreensão pode ser mediada pelo profissional de saúde, o qual, tendo como referência os princípios metodológicos de educação de Paulo Freire (1997), mobilizará os usuários para que eles próprios promovam tais mudanças, de forma autônoma e consciente.

A EAN, na perspectiva da SAN, deve ter como propostas quatro enfoques que vão além do puramente biomédico, devendo ser pautados: no DHAA, de forma a mobilizar todos pela busca desse direito, estando ou não em condições de exclusão social e fome; na PS, estimulando os usuários na tomada de decisões que influenciem os determinantes biológicos e sociais da saúde; na Sustentabilidade Ambiental, de forma a se respeitar a cultura alimentar e valorizar a produção local, seguindo os princípios para a Soberania Alimentar do país e preservação dos recursos naturais; e no Cuidado, para o resgate da dignidade do ato de cozinhar e criar independência para o autocuidado (Boog, 2004).

Outra IC presente entre os entrevistados sobre a importância dos grupos foi atribuída ao fato de esse ser um espaço de participação (IC4):

Ah eles gostam, se sentem importantes, brincam, dão risada, falam de si, tiram as dúvidas, conversam, dividem opiniões e experiências, e sentem que tem alguém cuidando deles. O grupo que transmite conhecimento é [aquele] que você consegue interagir ou a comunidade interage com ele... [Diferentemente] do grupo que você passa o conhecimento e a pessoa só aceita e escuta. Quando a pessoa participa, você tende a consolidar o grupo e idealizá-lo na unidade.

Como referência prática para as ações educativas em saúde, a Educação Popular em Saúde (EPS) reforça a necessidade do diálogo como forma de valorização do saber popular, com atenção às ideias, sentimentos e interesses das pessoas envolvidas, já que essa atenção indica o caminho para estreitar a relação entre os usuários e os profissionais de saúde e mobilizá-los para sua emancipação com consequente transformação de suas realidades sociais (Brasil, 2012b).

No DSC acima, apesar dos integrantes do grupo encontrarem espaço para sua participação, eles ainda não se reconhecem como a entidade grupal, já que estão dependentes da UBS, tendo de ser “fidelizados” por ela, e não percebidos com uma identidade própria. Conforme Zimerman (2007), o grupo propriamente dito adquire características de uma entidade quando os integrantes se reúnem em prol de um objetivo e de interesses em comum, com leis e mecanismos próprios. Se não houver essa identidade e vínculo emocional entre os integrantes, esse encontro refletirá apenas um agrupamento de indivíduos que compartilham o mesmo espaço.

Ainda nesse DSC, a sensação de que alguém externo ao grupo “cuida dele” se distancia da autonomia buscada nas práticas da Educação em Saúde. Porém, sabe-se que o coordenador de grupos poderá exercer, por um período de tempo, o papel de compreender, perceber, pensar, conhecer, discriminar e emprestar sentido aos comportamentos dos próprios integrantes do grupo, como um “ego auxiliar”, dependendo do estágio de maturidade crítica em que esses se encontram, visando desenvolver essa capacidade neles conforme o ritmo particularmente requerido, até que cada um possa ser um “continente” de si mesmo e aos outros (Zimerman; Osório, 1997).

Já o seguinte DSC parece se aproximar mais com as propostas da nova reestruturação dos serviços na APS, visto que incita o vínculo entre os participantes como elemento que valoriza as atividades em grupo, conforme segue (IC5):

Eu acho que o grupo acaba sendo mais interativo e a gente consegue captar outras necessidades [do que na consulta]. A consulta fica muito [no que] o outro, que tá do outro lado da mesa, fala, impõe, impõe, impõe, eu faço, eu faço, e eu faço, e nem sempre isso tem resultado. Enquanto no grupo eu trago a experiência de outro que eu posso aplicar na minha vida e aí tem mais resultado. E se não vem uma [participante], uma outra vai [procurar] saber porque que ela não veio e se aconteceu alguma coisa.

O vínculo é uma das principais razões para a existência de um grupo, por estreitar o relacionamento entre seus integrantes, favorecendo a empatia e o reconhecimento de uns nos outros e como própria entidade grupal. É através desse reconhecimento que papéis são atribuídos a todos os participantes, tendo cada um seu lugar de importância em prol de uma tarefa comum. Conforme Zimerman e Osório (1997, p. 27):

“A essência de todo e qualquer indivíduo consiste no fato dele ser portador de um conjunto de sistemas: desejos, identificações, valores, capacidades, mecanismos defensivos e, sobretudo, necessidade básicas, como a da dependência e a de ser reconhecido pelos outros, com os quais ele é compelido a viver.”

É através do fenômeno de “ressonância”, criado por meio do estabelecimento de vínculos afetivos, que a comunicação de um membro do grupo será retransmitida por outro, e assim por diante, resultando na percepção de identificação e pertencimento, com a visualização de novas formas de agir e possibilidades de mudanças (Zimerman, 2007), o que é identificado na fala do DSC acima: “Enquanto no grupo eu trago a experiência de outro que eu posso aplicar na minha vida e aí tem mais resultado”.

4.2 EIXO TEMÁTICO: A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NÃO NUTRICIONISTA SOBRE SEU PAPEL COMO COORDENADOR DE GRUPOS COM CONTEÚDO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

O papel do coordenador de grupos é um dos fundamentos técnicos essenciais para o bom desenvolvimento da prática grupal. É necessário um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes do profissional que coordena o grupo para a consolidação dessa entidade e o alcance de seus objetivos (Zimerman; Osório, 1997).

Siqueira (2008) pontua diversas dificuldades que podem surgir para o coordenador do grupo, relacionadas às questões institucionais ou às demandas levantadas pelos integrantes, tais como: acúmulo de trabalho, reduzindo o tempo para as ações em grupos; falta de recursos materiais ou local adequado ao desenvolvimento das atividades; desvalorização da atividade grupal pela instituição; falta de apoio técnico para planejar, divulgar e executar as ações em grupo; resistências, conflitos, queixas e formação de subgrupos entre os integrantes; dificuldades de administrar as expectativas do grupo frente às possibilidades de realização; e dificuldades de interpretação da dinâmica do grupo, com a conciliação das diferenças de pensamentos e encerramento das discussões.

Sendo assim, essa autora ressalta a importância do coordenador se autoconhecer, tendo consciência de seus limites e possibilidades, sem se posicionar em uma função de onipotente, fato esse que foi identificado no DSC abaixo (IC6):

Eu atuo com muita vontade que eles mudem. Para mim tem que ter mudança, senão eu me sinto frustrada. Eu vou achar que eu estou falando e não está surtindo nenhum efeito. Às vezes eu dou um puxãozinho de orelha para eles começarem a fazer as coisinhas certas. E [meu papel] se torna ainda mais relevante dentro dessa unidade que falta muito recurso. [Logo], o que eles precisam, eles vem até mim. E eles não procuraram a enfermeira da equipe deles, eles procuram a [nome do profissional que discursa]. Então, [meu papel é] dar um pouquinho de felicidade para elas [e] tirar as doenças, né.

O profissional que assume sozinho a responsabilidade pela mudança na saúde dos usuários parece ter dificuldades com os resultados de suas ações, já que a autonomia deve ser desenvolvida no grupo de forma que os usuários sejam capazes de pensar efetivas mudanças nas suas próprias condições de vida e saúde (Brasil, 2012b). Conforme o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas, a EAN visa promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis de forma voluntária e autônoma, com estímulo ao autocuidado do usuário, sem que sejam feitas imposições ou criada dependências desse para com o profissional de saúde (Brasil, 2012c).

Essa expectativa da mudança nos comportamentos dos usuários por meio de imposições pode gerar frustração no coordenador do grupo. Zimerman e Osório (1997) denominam esse fenômeno de “violência da interpretação”, que ocorre quando o coordenador pretende impor os seus próprios valores e expectativas nos integrantes do grupo, sem aperfeiçoar a técnica de “atividade interpretativa”, na qual deveriam ser trabalhadas perguntas que instigassem reflexões, percepções de contradições e novas formas de perceber experiências entre os participantes, dando instrumentos para que esses modifiquem suas próprias realidades.

Nesse contexto, o profissional deve trabalhar sua “capacidade negativa” que consiste na forma de lidar com suas próprias angústias frente a expectativas não correspondidas, bem como o “senso de ética”, de forma a não invadir a mente dos outros por meio de imposições (Zimerman; Osório, 1997).

Já a carência de recursos para o trabalho também foi destacada por Cotta et al. (2006) como um dos principais desafios aos profissionais de saúde da APS, fato esse que, conforme o DSC acima, parece sobrecarregar o profissional. Roecker et al. (2012) pontuaram a importância dos gestores compreenderem os propósitos e o contexto da ESF, para que ocorra

uma transformação na destinação de recursos, de forma a possibilitar o trabalho com ações educativas na APS.

A sensação de fracasso do profissional de saúde também pode estar relacionada a um cuidado fragmentado que não atende a complexidade das necessidades dos indivíduos devido às múltiplas causas que acometem o processo saúde e doença. A especialização técnica e disputa de poderes entre as categorias de profissionais devem ser superadas ao se trabalhar na ESF, já que a resolutividade nas ações está atrelada ao princípio da integralidade no cuidado e, para tanto, incita o trabalho interprofissional para o compartilhamento dos saberes e práticas em saúde (Ellery et al, 2013).

Essa necessidade do trabalho interprofissional foi observada dentre os depoimentos (IC7), conforme DSC a seguir:

Eu acho que o meu papel é de organizar os temas que a gente vai discutir, [além de] trazer um profissional da área da nutrição pra fortalecer e aprofundar os assuntos e trabalhar com o que tem de literatura sobre nutrição. Porém para fazer, por exemplo, um bolo saudável, aí é preciso [ajuda] do pessoal que me acolhe aqui dentro da equipe: os agentes comunitários e os auxiliares de enfermagem. [Fazer uma receita] é muito bom e atrai mais [os participantes] do que conhecimento teórico, né? Hoje eu vejo que, por eu trazer as coisas que eles gostam, eu me sinto bem valorizada.

Aqui fica destacada a importância da equipe de saúde em “acolher o cuidador” (no caso do discurso acima, “acolher o coordenador”), sendo que essa foi uma das categoriais levantadas por Ellery et al., (2013) como componente desse novo campo de conhecimento requerido aos profissionais que atuam na ESF. O reconhecimento dessa prática pelos atores desse cenário é importante para diminuir a distância causada por uma formação fragmentada de conhecimento e pautada na disputa por reconhecimento e prestígio entre as categorias.

Nesse sentido, a coordenação do grupo compartilhada com dois profissionais é apresentada por Siqueira (2008) como proposta para melhores resultados com as ações educativas grupais, já que cada profissional consegue ver a si próprio na condução do grupo a partir da relação com o outro profissional, permitindo assim que sejam intercalados os papéis de coordenação, registradas as falas dos participantes, discutidas as interpretações diferentes sobre um mesmo grupo para o levantamento de novas hipóteses, propiciando assim a possibilidade da pesquisa científica.

Já a necessidade de aprofundamento em temas que tratam de alimentação e nutrição e a busca pelo profissional nutricionista no discurso pode refletir a carência da abordagem

desses assuntos na graduação dos demais cursos da área da saúde. Partindo do princípio de que a alimentação é um dos componentes para a o cuidado integral e PS (Vasconcellos; Filho, 2011), e que, os demais profissionais de saúde são teoricamente habilitados para promover ações de EAN (Brasil, 2012c), é preciso investigar como tem sido a abordagem desse tema na formação desses atores.

Boog (1999) identificou deficiência na formação de médicos e enfermeiros para tratarem de tais temas da forma que eles surgem no dia a dia dos usuários, bem como a falta de critérios e embasamento teórico para identificar os problemas alimentares, também o desconhecimento de técnicas de trabalho, além da interferência de conflitos pessoais.

Ainda nesse discurso, a premência do profissional se sentir valorizado por “trazer o que eles gostam” “deve ser analisada com critério, pois, apesar de parecer atrativo aos usuários, reflete um “traço caracterológico” do coordenador de grupo negativo ao trabalho, no qual esse profissional desempenha seu papel mediante a necessidade de reconhecimento dos participantes, devido a uma “fascinação narcisista”, sem que isso possa refletir verdadeiras mudanças na saúde dos participantes (Zimmerman; Osório, 1997).

Conforme Siqueira (2008) é necessário que os profissionais “conheçam e dominem como se dá o processo grupal e não somente discutam temas de interesse do grupo”, para que assim possam trabalhar com o grupo como uma forma de empoderar os sujeitos na defesa de seus direitos. Dessa forma, o levantamento dos temas de interesse dos participantes é importante, mas deve ser conduzido conforme um planejamento das atividades, o qual indicará os objetivos, a organização e operacionalização do grupo. Segundo Boog (1999), a abordagem de assuntos sobre alimentação e nutrição requer o uso da EAN como ferramenta, a qual deve ser baseada em referencial teórico, sistematizada e planejada.

Por outro lado, Ellery et al., (2013) destacaram a necessidade dos profissionais terem competências de cuidados consigo mesmos, de forma que suas dificuldades pessoais não reflitam dificuldades no processo educativo em saúde, o que foi identificado no DSC seguinte (IC8):

Eu procuro fazer o máximo [para que eles mudem]. Mesmo que eu bata sempre na mesma tecla, eu sei que é difícil mudar o hábito alimentar. Eu falo pra eles: "não sigam o meu modelo porque eu não sou modelo". Eu tô falando de alimentação e eu sou gorda. Então eu me coloco como eles, né... De falar até o que eu tô vivendo, como que é em casa, como já foi... Sem ficar ansiosa. Talvez o que eu falo não vai resolver e não vai surtir efeitos como a gente deseja né?

Conforme Boog (1999), a carência da abordagem de assuntos sobre alimentação e nutrição na formação dos profissionais de saúde não nutricionistas pode refletir o tratamento

desses temas de forma empírica, sem envolver a reflexão das múltiplas causas que envolvem os problemas alimentares, e a percepção das soluções para esses, atribuindo tais problemas a fatores externos, como o sistema de vida e condições de trabalho, e com possibilidades de reversão inacessíveis pelos indivíduos.

A falta de técnicas para trabalhar com a EAN pode refletir a desesperança dos profissionais de saúde em emancipar e confiar nos usuários, para que esses possam fazer e refazer seus modos de viver, conforme a possibilidade de reflexão crítica sobre suas ações, fato esse que vai contra os princípios freirianos adotados para a Educação Popular em Saúde (Brasil, 2012b).

Ainda, a forte expressão da alimentação na própria vida dos profissionais de saúde, leva-os a percebê-la subjetivamente, desconsiderando os fatos científicos, o que pode influenciar a abordagem desse tema conforme os próprios valores, concepções e dificuldades encontradas, gerando um desânimo sobre as possibilidades de mudança de comportamento (Boog, 1999).

Dessa forma, a atitude interna do coordenador de grupo é fundamental. Ele precisa gostar e acreditar em grupos já que os usuários podem captar seu entusiasmo, ou, no caso do DSC acima, seu desânimo. A falta de ansiedade relatada no discurso descrito pode indicar um conformismo e apatia perante as dificuldades impostas pela realidade externa do profissional (Zimerman, 2007).

Zimerman e Osório (1997) ressaltam que, na presença de sentimentos de cansaço ou descrenças no coordenador, os quais são esperados eventualmente, é preciso o compromisso interno desse ator com “sua importante função de servir como modelo de identificação de como enfrentar as situações difíceis de vida”, já que o grupo é um meio no qual os participantes tendem a identificar-se com as características e capacidades do coordenador.

A forma de orientação da população para enfrentar seus problemas alimentares pode dificultar ainda mais a mudança de hábitos e comportamentos esperada nos indivíduos, já que muitas vezes se restringe a transmissão de informações técnicas, conforme DSC abaixo (IC9):

É um papel de orientação mesmo, né? Pela questão do conhecimento técnico, científico e teórico. Sou uma multiplicadora do meu conhecimento com eles. É um papel importante, porque eles têm muitas dúvidas, muitos mitos. Acredito que se a gente não tivesse aqui, com quem que eles iam se orientar?

O DSC em questão resalta a percepção do profissional que se identifica como única forma de conhecimento da qual os usuários têm acesso. No processo de Educação Popular em

Saúde, apoiado nos princípios metodológicos de Paulo Freire, a educação precisa superar a visão bancária, que reflete o “depósito” de informações na “conta” do educando, o que remete a uma visão reducionista da saúde. Com a utilização da problematização no processo educativo, ocorre a troca entre os saberes popular e científico, na qual tanto educandos quanto educadores aprendem uns com os outros. O profissional de saúde se responsabiliza por compartilhar informações de forma a guiar os usuários na busca da melhor forma de lidar com suas questões de saúde e o usuário se torna o meio de acesso do profissional à realidade vivenciada (Moreira et al., 2007).

A transmissão de informação também é referida como forma de conscientizar o usuário e, com ela, promover mudanças de comportamentos (IC10):

Eu acho que o meu papel no grupo é fundamental pra parte de conscientização deles, porque muitas vezes eles sabem como fazer, mas eles não têm aquela orientação, aquele direcionamento, e aquela formação de um plano pra que eles tenham uma saúde melhor, [independente] da medicação em si. E com isso a gente vai mudando aos poucos os hábitos dos pacientes, um degrauzinho de cada vez.

Apesar de importante, essa conscientização não será suficiente se for realizada por meio da imposição de comportamentos alimentares considerados adequados pelo profissional. Segundo Boog (2005), conscientizar é “promover o alcance dos fatos, o reconhecimento das influências e repercussões que um ato pode desencadear.” Dessa forma, as práticas de saúde devem ser problematizadas mediante o contexto das vivências dos integrantes do grupo, sem que essa reflexão resulte na culpabilização do indivíduo, mas sim, dando suporte para que esse encontre meios para buscar escolhas mais saudáveis.

Tal problematização exigirá do profissional um preparo maior já que situações imprevistas podem aparecer. Com o uso da problematização, situações novas e desconhecidas podem levar o grupo a outros desdobramentos, que exigirão do profissional a capacidade de construção conjunta de novos conhecimentos, e não só a reelaboração ou reconstrução dos conhecimentos pré-existentes dos membros do grupo. E isso implicará na necessidade de disposição do profissional em investigar e colaborar com a promoção do pensamento crítico do usuário (Cyrino; Toralles-Pereira, 2004).

É preciso a troca de experiências para a problematização da realidade e construção de uma consciência crítica que leve a melhores escolhas alimentares. Dessa forma, destaca-se o seguinte DSC (IC11):

Além de educativo, que eu acho que é até um pouco mais (risos)...De promotora da saúde. Eu acho que essa é a palavra: "Promoção". Porque educação a gente fica muito presa (risos). Às vezes a troca de experiência faz outra promoção muito mais forte que se eu for falar, falar, falar, só porque eu sei, eu sei, eu sei.

A importância da troca de experiências mencionada no DSC em questão tem como fundamento o fato da característica da terapia grupal de objetivar que o sujeito, diante de dificuldades na vida, possa “reconhecer sua fragilidade, permitir angustiar-se e ser capaz de solicitar e aceitar ajuda de outros” (Zimmerman; Osório, 1997). Essa situação ocorre quando o vínculo entre os participantes do grupo é formado, estreitando a confiança entre eles, conforme mencionado no DSC seguinte (IC12):

O meu trabalho de grupo como integrante do NASF é importantíssimo, pois criamos um vínculo bacana com o paciente. A gente os vê toda semana, né, e isso cria uma amizade, uma confiança.

Com o fortalecimento de vínculos, a troca de experiências ocorrerá de forma a ser esclarecedora. As angústias e frustrações sentidas por um participante do grupo poderão ser as mesmas de outro, e assim reduz-se o medo interno desses com relação ao julgamento das pessoas externas ao grupo, mas do mesmo convívio social, motivando tais integrantes para a ação (Soares; Ferraz, 2007).

Por meio da troca de experiências é possível que o profissional de saúde identifique o conhecimento prévio dos usuários e trabalhe conteúdos relacionados a esse conhecimento, de forma a tornar esse momento significativo para eles, promovendo a reflexão sobre a necessidade de novos desafios e ressignificação de experiências. Assim ocorre uma aprendizagem ativa, com objetivo de emancipar esses sujeitos para que eles possam transformar suas realidades (Cyrino; Toralles-Pereira, 2004).

Por fim, alguns entrevistados se percebem como condutores do grupo (IC13):

Na condução do grupo né. A gente tem que se atentar às necessidades [dos participantes], atingir a objetivo e o que a gente quer passar para eles né. Eu tento mediar as questões que eles trazem de angústia, valorizando o conhecimento comum e tentando direciona-los. Mas nunca os julgando, e sim tentando ser corresponsável pelo cuidado, a medida que eu vou levando mais informações para eles.

Tal DSC parece estar mais próximo da lógica da Educação em Saúde, na qual o coordenador do grupo promove a socialização de conhecimento técnico e popular, facilita o processo de reflexão sobre a prática, e constrói novas formas de pensar e agir em conjunto,

sendo todos os membros do grupo (profissional e usuários) responsáveis pelo processo, conforme os princípios da educação formulados por Paulo Freire e adotados na PNEPS (Brasil, 2012b).

Segundo Zimerman e Osório (1997, p. 46), para “mediar as questões que eles trazem de angústia, valorizando o conhecimento comum e tentando direcioná-los”, o coordenador precisa ter habilidades de “síntese e integração”, de forma a gerenciar os pensamentos e sentimentos conflituosos, conduzindo-os a um objetivo comum, e proporcionando o aprendizado através das inter-relações entre todos no grupo, os quais necessitam de liberdade para se expressar, por meio de pensamentos, desejos e sentimentos.

Na condução do grupo, Siqueira (2008) reforça a importância do coordenador em diferenciar os objetivos institucionais dos objetivos identificados por ele mesmo e que ele percebe como fundamentais para os integrantes do grupo em questão, já que esses integrantes possuem crenças e valores próprios e estão inseridos em um distinto território, o que requer identificação das necessidades especiais ao grupo. Para tanto, o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas (Brasil, 2012c) indica a escuta ativa e estímulo à troca de saberes como competências essenciais ao profissional que atua com a EAN.

Como proposta metodológica para o trabalho com os grupos, Siqueira (2008) indica a reflexão do coordenador sobre duas dimensões: a individual e a grupal. Na primeira, o objetivo será promover a auto percepção de cada integrante do grupo em relação ao outro, resultando no autoconhecimento, por meio de temas como qualidade de vida e autoestima. A partir de então, subtemas podem ser trabalhados conforme o interesse dos integrantes. Na dimensão grupal, a identidade do grupo, os vínculos afetivos e a cidadania devem ser os grandes temas, de forma que fortaleçam os objetivos comuns, e resultem na busca de ações coletivas, tais como participação em conselhos, fóruns e redes de atendimento à saúde.

Dessa forma, o profissional de saúde não nutricionista, como coordenador de grupos educativos com conteúdo de alimentação e nutrição, poderá tratar os temas relacionados às dimensões individuais, como melhores escolhas alimentares, e os relacionados às dimensões grupais, mais próximos dos referenciais da PS, visando à participação social, e trabalhando o grupo para a reflexão sobre os determinantes sociais, econômicos e culturais da saúde, bem como formas de modificá-los, buscando melhores condições de SAN no território, e empoderando as entidades ali presentes (indivíduos e grupo), com vistas a um denominador comum: a garantia do DHAA.

5 CONCLUSÕES

Diante do quadro de insegurança alimentar no Brasil, sendo este um país em desenvolvimento e com cenários de pobreza, os profissionais de saúde da APS são atores essenciais para estimular o empoderamento dos cidadãos, para que esses lutem por seus direitos e consigam modificar o meio em que vivem de forma autônoma. O direito à alimentação, quando tratado no sentido do DHAA, destaca-se como elemento fundamental para a PS, podendo ser alcançado com melhores condições de SAN. Portanto, a forma como esses profissionais se percebem nesse papel e a importância que atribuem as atividades promotoras dessa emancipação entre as famílias brasileiras, são características fundamentais para a mobilização de ações significativas.

Conforme os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC)s construídos a partir das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde não nutricionistas da APS do município de SP, foi possível identificar concepções contrárias e outras a favor da PS, dos referenciais teóricos da EAN e da EPS, além de um despreparo desses profissionais como coordenadores de grupos, o que parece refletir na sua atuação com os grupos com conteúdo de alimentação e nutrição.

Apesar das DCN objetivarem a formação, na graduação, de profissionais da saúde com competências necessárias para a atuação no SUS, somado ao destaque identificado pela frequência de pós-graduações entre os entrevistados com ênfase em cursos relacionados com saúde pública e docência, os DSCs sugerem um momento heterogêneo na percepção desses, ora relacionando a si próprios como promotores da saúde segundo os princípios da PS, ora como atores com conceitos anteriores à reestruturação da APS, com a consequência de sugerirem intervenções curativistas, autoritárias e médico centradas.

As atividades em grupo foram reconhecidas por alguns profissionais como espaço relevante para a participação dos usuários e para o estímulo à mudança de comportamentos, por meio da troca de experiências, sentimentos de pertença e criação de vínculo entre seus participantes, princípios esses importantes para a EAN, com vistas à PS. Já outros profissionais, atribuíram a importância dos grupos ao acesso da população aos serviços de saúde, medicamentos, consultas com médicos e informações técnicas, refletindo assim uma necessidade de troca entre os usuários e o SUS, resquício esse político e histórico do Brasil, que remete o setor de saúde a um espaço promissor para que políticos angariem votos, e a um ambiente com práticas centradas no processo de adoecimento apenas.

A constatação de tal desvalorização dessas atividades em grupos pode sugerir o próprio despreparo dos profissionais em tornar essas ações mais significativas e atrativas aos usuários, o que pode ser consequência da forma que esses profissionais se percebem como coordenadores de grupos educativos, e que traz pistas de como a saúde é conceituada e como a alimentação saudável é promovida por tais atores.

Alguns DSC trouxeram a identificação desses profissionais relacionada a aspectos relativos aos referenciais teóricos das políticas públicas atuais, da EAN, e das características essenciais a todos que coordenam grupos educativos, se percebendo responsáveis por ações como: o estímulo à troca de experiências e à criação de vínculo entre os membros do grupo; o estabelecimento de objetivos e planejamento do conteúdo a ser trabalhado conforme a necessidade local; a mediação de conflitos com o direcionamento dos integrantes à formulação de soluções, com corresponsabilidade. Tais características estimulam a autonomia, a troca de saberes técnicos e populares, e a confiança entre os usuários, o que os motiva para a ação e realização de seus projetos de vida e saúde.

Ainda, há de se ressaltar a importância levantada sobre a percepção da atuação interprofissional, de forma a somar esforços e multiplicar conhecimentos e técnicas para o melhor desenrolar do grupo e do cuidado integral à saúde. Sendo assim, a importância das equipes do NASF se destaca como estratégia que possibilita o intercâmbio disciplinar e a atualização dos profissionais entre si, mediante os desafios colocados pelo território de atuação, com vistas ao desenvolvimento de habilidades necessárias a um campo comum de prática dos profissionais na APS.

Entretanto, sobressaíram-se características contrárias a uma educação emancipatória e participativa, já que outros profissionais se percebem como responsáveis totalmente pelas mudanças de hábitos dos usuários, únicos detentores do conhecimento e modelos ou referências de comportamento, o que parece sobrecarregá-los, desmotivá-los e frustrá-los. A necessidade de se sentirem valorizados pelos usuários, trazendo atividades somente do interesse desses, também foi aferida, indicando que as atividades podem estar sendo realizadas sem planejamento e sem objetivos definidos conforme constatação prévia das necessidades do território. Ainda se destacaram os DSC que remetem o profissional a um conscientizador ou orientador por meio da imposição de práticas de saúde não problematizadas com os sujeitos membros dos grupos educativos, sugerindo a desvalorização do saber popular e a fragmentação do ser humano por um saber especializado.

Sendo assim, a percepção curativista que envolve os processos saúde-doença parece prevalecer no imaginário dos profissionais de saúde, e em como esses percebem o imaginário

dos usuários, configurando assim um obstáculo para que tais profissionais possam realizar ações de PS que envolvam os diversos determinantes socioeconômicos e culturais do território em que atuam. Essas ações, ao serem trabalhadas no sentido de gerar melhores escolhas alimentares, se apresentam como um desafio ainda maior a esses atores, já que os processos que envolvem o ato de se alimentar não podem ser tratados apenas com a transmissão do conhecimento técnico a respeito do que o organismo humano precisa assimilar de nutrientes para seu bem-estar. É preciso que os profissionais de saúde reconheçam a alimentação em sua complexidade, se debruçando em todos os aspectos que a envolvem: econômicos, sociais, culturais, biológicos, psicológicos, entre outros.

Para tanto, a interpretação do universo que envolve a SAN se apresenta como fator essencial para a promoção do DHAA, sendo imprescindível a sua compreensão por esses profissionais. E, para que eles possam trabalhar essas questões com os usuários em grupos educativos, é necessário ainda o desenvolvimento de habilidades como coordenadores de grupos e como educadores, de forma a tornar as ações significativas aos usuários, criando um ambiente acolhedor, com estímulo à reflexão crítica sobre os modos de vida e de se alimentar de todos os presentes: dos indivíduos, que possuem necessidades particulares; e da entidade grupal que, por meio da solidariedade, confiança, troca de saberes de forma horizontal, percepção de objetivos em comum, criação de vínculos e identificação mútua entre seus membros, pode gerar cidadãos empoderados e fortalecidos para a busca por melhores condições para sua alimentação.

Para que a EAN possa acontecer conforme elucidado pelo Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, recomenda-se a aproximação constante entre os campos epistemológicos da saúde e da educação, para que as formas tradicionais de educar a população em saúde possam ser repensadas e transformadas em práticas mais significativas e libertadoras. Além disso, sugere-se que a formação dos profissionais de saúde seja repensada, já que a valorização das atividades em grupo percebida pelos profissionais, bem como a forma que se enxergam como coordenadores dos grupos, pode estar refletindo o padrão de educação no qual foram moldados em suas graduações e pós-graduações.

Sendo assim, a atualização desses profissionais com relação aos princípios da PS, ao significado do DHAA na perspectiva de SAN, aos aspectos que envolvem a EAN e a EPS, e às características essenciais a um coordenador de grupos educativos, faz se necessária, sendo, por meio dessa pesquisa, criada uma sugestão de curso de atualização para esse público (ANEXO E). Dessa forma, pretende-se somar esforços para que as ações de EAN se tornem

mais efetivas e possam contribuir para a reversão dos quadros de insegurança alimentar e nutricional no país.

Esse estudo teve como limitação o fato dos depoimentos coletados refletirem a percepção de um grupo de profissionais de saúde não nutricionistas do município pesquisado, com os quais foi possível o acesso. Tendo em vista a extensão e a diversidade de locais do país em que os outros profissionais atuam com atividades educativas no âmbito da APS, mais estudos são recomendados para o alcance de diferentes percepções e surgimento de novas reflexões. Além disso, essa pesquisa restringiu a coleta de depoimentos de profissionais que atuam com atividades educativas em grupos, entretanto, outras possibilidades de atuação em que o tema alimentação e nutrição está presente devem ser investigadas.

REFERÊNCIAS²

Antônio MARGM, Mendes RT. Saúde escolar e saúde do escolar. In: Boccaletto EMA, Mendes RT, Vilata R. Estratégias de promoção da saúde do escolar: atividade física e alimentação saudável. Campinas: IPES; 2010.

Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de Saúde. Rev. Saúde Coletiva; 2007;17(1):43-62.

Ayres JRCM. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL. Clínica Médica. Barueri: Manole; 2009. p.435-55.

Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. Rev Nutr. 1999;12(3):261-72.

Boog MCF. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. Rev Saúde. 2004;6(13):17-23.

Boog MCF. Os aspectos simbólicos da alimentação. Rev Avisa lá. 2005, nov;(ed esp):12-5.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990.

Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. (Citado 14 set. 2015). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/busca-geral/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>>.

Brasil. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional 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. Diário Oficial da União. 18 set. 2006a.

² De acordo com o Estilo Vancouver.

Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1010 de 08 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Diário Oficial da União [citado 24 nov. 2014]. 2006b.. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1010.htm>>.

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 dez. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional para profissionais da saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica à Saúde. Diretrizes do NASF. Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 27. Brasília (DF); 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009b.

Brasil. Emenda Constitucional n.º 64, de 04 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 04 fev. 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010b.

Brasil. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015. Brasília (DF): CAISAN; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2012b.

Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Brasília (DF): Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2012c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012d.

Brasil. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução n. 26, de 17 de Junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Diário Oficial da União. 18 jun. 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União. 13 jun. 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS : revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Educação. Lato-Sensu - Saiba Mais. São Paulo; 2015a [citado 19 out. 2015]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/pos-graduacao/pos-lato-sensu>.

Brasil. Ministério da Educação. Instituições de Educação Superior e cursos cadastrados: enfermagem. Brasília: MEC; 2015b. (citado em 10 set. 2015). Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>.

Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na atenção básica em um grande centro urbano. Ciênc Saúde coletiva. 2012;17(12):3289-300.

Cervato-Mancuso AM, Vieira LV, Costa CGA. Alimentação como um direito humano e as políticas sociais atuais. In: Cervato-Mancuso AM, Diez-Garcia RW. Mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 92-8.

Chiesa AM, Nascimento DDG, Braciacelli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. Formação de profissionais de saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. Cogitare Enferm. 2007;12(2):236-40.

Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº. 465/2010. Dispõe sobre as atribuições do Nutricionista, estabelece parâmetros numéricos mínimos de referência no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE) e dá outras providências. 2010 [citado 01 out 2015]. Disponível em: < <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res358.pdf>>.

Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SC, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006 jul-set;15(3):7-18.

Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):780-8.

Cruz PJSC, Neto JFM. Educação popular e nutrição social: considerações teóricas sobre um diálogo possível. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2014;18(2):1365-76.

Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da estratégia saúde da família no Brasil: um cenário em construção. *Rev Saúde Coletiva*. 2013;23(2):415-37.

Fagundes ALN, Ribeiro DC, Naspitz L, Garbelini LEB, Vieira JKP, Silva AP, Lima VO, Fagundes DJ, Compri PC, Juliano Y. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da região de Parelheiros do município de São Paulo. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26(3):212-17.

Fiore EG, Jobstraibizer GA, Silva CS, Cervato-Mancuso AM. Abordagem dos temas alimentação e nutrição no material didático do ensino fundamental: interface com segurança alimentar e nutricional e parâmetros curriculares nacionais. *Saúde Soc*. 2012;21(4):1063-74.

Freitas MCS, Minayo MCS, Fontes GAV. Sobre o campo da alimentação e nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1): 31-8.

Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.

Garcia RWD. Representações sociais da comida no meio urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. *Rev Cad Debate*. 1994;(2):12-40.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010a.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Estados@. Dados de 2010 [citado 23 out. 2015]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=sp>

Jaime CPC, Silva ACF, Lima AMC, Bortoloni GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr.* 2011;24(6): 809-24.

Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2006 jul-dez;10(20):517-24.

Lefevre F, Lefevre AMC, Texeira J. O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2003.

Leme ACB, Philippi ST, Toassa EC. O que os adolescentes preferem: os alimentos da escola ou os alimentos competitivos? *Saúde Soc.* 2013;22(2): 456-67.

Maffacciolli R, Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(4):439-45.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Mondini L, Levy RB, Saldiva SRDM, Venâncio SI, Aguiar JA, Stefanini ML. Prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007 ago;23(8):1825-34.

Moreira JM, Santos HR, Teixeira RF, Frota PRO. Educação popular em saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. *Contrapontos.* 2007 set-dez;7(3):507-21.

Oliveira LC, Ávila MM, Gomes AMA, Sampaio MHL. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafio para os profissionais da atenção primária à saúde. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2014;18(2):1389-400.

Oliveira S, Oliveira K. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. *Psicologia USP.* 2008;19(4):495-504.

Pava CA, Vincha KRR, Vieira VL, Cervato-Mancuso AM. Escenarios de educación alimentaria y nutricional em lãs políticas públicas de Brasil y Colombia. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*. 2012;1:137-68.

Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

Pinheiro DGM, Scabar SG, Maeda ST, Fraciolli LA, Pelicioni MCF, Chiesa AM. Competencias em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde Soc*. 2015;24(1):180-8.

Pimentel VRM, Sousa MF, Ricardi LM, Hamann EM. Alimentação e nutrição no contexto da atenção básica e da promoção da saúde: a importância de um diálogo. *Demetra*. 2013; 8(3):487-98.

Pontes TE, Costa TF, Marum ABRF, Brasil ALD, Taddei JAAC. Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(1):99-105.

Recine E, Gomes RCF, Fagundes AA, Pinheiro ARO, Teixeira BA, Sousa JS, Toral N, Monetiro RA. A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. *Rev Nutr*. 2012 jan-fev;25(1):21-33.

Reis CEG, Vasconcelos IAL, Barros JFN. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(4):625-33.

Rodrigues EM, Boog MCF. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):923-31.

Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):641-9.

Santos LM, Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2006;4(2):346-52.

Santos LA. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(2):453-462.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Prefeitura de São Paulo. 2013 [informações sobre atenção básica]. São Paulo, 2013. (Citado 10 dez. 2014). Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>.

Sichieri R, Souza RA. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. Cad Saúde Pública. 2008;24(2): 209-34.

Siqueira MMNT. Famílias: uma experiência de trabalho com grupo. Rev Ciênc Humanas. 2008;1(2):1-14.

Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Rev Enfermagem. 2007;11(1):7-52.

Souza EA, Filho VCB, Nogueira JAD, Júnior MRA. Atividade física e alimentação saudável em escolares brasileiros: revisão de programas de intervenção. Cad Saúde Pública. 2011;27(8): 1459-71.

Vasconcelos FAG, Filho MB. História do campo de alimentação e nutrição em saúde coletiva no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(1): 81-90.

Vieira VL, Gregorio MJ, Cervato-Mancuso AM, Graça APSR. Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. Saúde Soc. 2013;22(2): 603-17.

Vincha KRR, Cárdenas AP, Cervato-Mancuso, Vieira VL. Grupos de educação nutricional em dois contextos da América latina: São Paulo e Bogotá. Interface - Comunic Saúde Educ. 2014;18(50):507-20.

Zimmerman DE, Osório LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Zimmerman DE. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. Vínculo. 2007 dez; 4(4);[10 p].

ANEXO A – Roteiro de Entrevista

- Identificação do Profissional

Nome completo:

Data de preenchimento:

Data de nascimento:

Ano no qual conclui o curso de graduação:

Realização de pós-graduação? (Nome do curso e ano de conclusão)

Cidade e região de atuação:

Nome da Instituição de trabalho:

Função:

Há quanto tempo na função atual?

Descreva as atividades realizadas cotidianamente em seu trabalho:

- Identificação do Grupo

Você participa de grupos que abordam a alimentação e nutrição? Quais são os nomes desses grupos?

Tema 1. Na sua opinião, qual a importância que os participantes dão para as atividades em grupo? Fale mais sobre isso.

Tema 2. Pensando em você, um profissional de saúde que desenvolve atividades em grupos sobre alimentação e nutrição, como você enxerga o seu papel dentro do grupo? (*Como o profissional de saúde se enxerga, qual o papel que ele se vê exercendo dentro da atividade que realiza*).

Agradecemos a atenção e a colaboração.

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO PROFISSIONAL

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **Práticas pedagógicas na Atenção Primária à Saúde em São Paulo e Bogotá.**

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: A realização da presente pesquisa justifica-se considerando que dentro das pesquisas na área da Educação Nutricional (EN) tem sido pouco detalhada até o momento, uma vez que essa ação faz parte do cotidiano dos nutricionistas e de outros profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS). O objetivo dessa pesquisa é comparar os conteúdos e as práticas pedagógicas trabalhadas em grupos de EN dentro da APS em São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia). Os procedimentos de coleta de dados serão: realização de entrevistas individuais semiestruturadas com os profissionais da saúde e observações sistemáticas de um encontro de um grupo realizado por cada entrevistado. Estes procedimentos serão realizados por entrevistadores treinados utilizando-se de gravador portátil para o registro das entrevistas e para as observações um formulário prévio de observações que será preenchido pelo observador no momento do grupo.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto e risco mínimo para você ao se submeter à entrevista e à observação, sendo que esses se justificam pelos benefícios que a pesquisa poderá trazer na área de EN dentro da APS. Para o participante não terá benefício direto com a sua participação.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados das entrevistas e das observações serão enviados para você e permanecerão confidenciais e sua divulgação será realizada apenas no meio científico. Você tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais que sejam do conhecimento do pesquisador. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O pesquisador compromete-se em utilizar os dados e materiais coletados somente para esta pesquisa, sem identificação dos seus participantes. Uma

cópia deste consentimento será arquivada no Curso de Pós-graduação de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Também se existir qualquer despesa adicional, ela será incluída no orçamento da pesquisa. As entrevistas e observações serão realizadas no local do trabalho, em horário e data agendados de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado.

Eu, _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Ficaram claros quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Fui informado(a) que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante do estudo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. O pesquisador certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas ou esclarecimentos poderei chamar as pesquisadoras **Lúcia Dias da Silva Guerra** e a professora Ana Maria Cervato Mancuso no telefone (11) 3061-7705 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no telefone (11) 3061-7779, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, sito à Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome	Assinatura do Profissional	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

ANEXO C – Carta de aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

PROJETO DE PESQUISA

Título: EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Área Temática:

Pesquisador: Ana Maria Cervato-Mancuso

Versão: 2

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo - FSP/USP

CAAE: 00030012.1.0000.5421

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 48307

Data da Relatoria: 22/06/2012

Apresentação do Projeto:

O objetivo da presente pesquisa é verificar se ações educativas sobre Educação Nutricional(EN) desenvolvidas para responderem as políticas de enfrentamento dos problemas do processo saúde-doença, foram implantadas no Brasil e na Colômbia. Propostas interdisciplinares de EN junto à população, os grupos são constante ferramenta de trabalho dentro da Atenção Primária de Saúde. Esta estratégia facilita a construção coletiva de conhecimento e da expressão das necessidades, expectativas e angústias; da reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, bem como da possibilidade da quebra da relação vertical profissional-usuário. Desta forma, pretende-se comparar os conteúdos e as práticas pedagógicas trabalhadas em grupos de Educação Nutricional dentro da Atenção Primária em Saúde em São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia). A metodologia a ser utilizada será qualitativa por meio da técnica do Discursos do Sujeito Coletivo.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o processo de determinação dos conteúdos e métodos pedagógicos utilizados na Educação Nutricional em grupos realizados por profissionais de saúde da APS;
Caracterizar os conteúdos e as práticas pedagógicas de Educação Nutricional em grupos desenvolvidos na APS;
Relacionar os conteúdos e as práticas da Educação Nutricional utilizadas pelos profissionais de saúde segundo a cidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo. Pesquisa irá permitir readequar as ações de Educação Nutricional para melhorar as ações junto ao atendimento de população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendeu as pendências informando quem fará a pesquisa em Bogotá, que é a própria aluna de pós-graduação. Refez o TCLE e informa sobre o financiamento, o qual recebeu financiamento parcial do CNPq, os demais gastos serão feitos pelo próprio aluno de pós-graduação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Refez o TCLE agora está claro e escrito adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

02 de Julho de 2012

Assinado por:
Claudio Leone

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0008/12*

 São Paulo, 21 de Junho de 2012
 PARECER Nº 100/12 – CEP/SMS

 Ilma. Sra.
 Ana Maria Cervato Mancuso

Projeto de Pesquisa Título: “Educação Nutricional na Atenção Primária em Saúde nas Cidades de São Paulo e Bogotá”

Pesquisador responsável: Ana Maria Cervato Mancuso

Instituição: Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo

Patrocinador: CNPQ

1 Sumário Geral do Protocolo
Objetivo: Comparar os conteúdos e as práticas pedagógicas trabalhadas em grupos de Educação Nutricional dentro da Atenção Primária em Saúde em São Paulo e Bogotá.

Métodos: Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, usando o método de comparação através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e a observação sistemática.

O estudo será compreendido em quatro momentos:

- (1) mapeamento dos profissionais que executam a EN;
- (2) realização de entrevistas semi-estruturadas;
- (3) observação dos momentos educativos em grupos; e

(4) elaboração do paralelo dos discursos e do desenvolvimento dos momentos educativos observados por país.

Será realizado um piloto dos instrumentos de coleta de dados com cinco nutricionistas de São Paulo e Bogotá que desenvolvam ações na área de EN, mas em áreas da APS diferentes aos de interesse, com o objetivo de testar a funcionalidade das perguntas com relação às variáveis, considerando a pertinência de se fazer no início das coletas em cada município. Ao mesmo tempo será realizada a aproximação aos espaços nos quais se localizam os responsáveis pela EN em grupo.

A coleta de dados ocorrerá em um período de quatro meses, dentro dos quais se inclui a realização de entrevistas semi-estruturadas e observações sistemáticas por município. Essas informações coletadas e observadas serão digitalizadas.

As entrevistas serão baseadas em questionário com questões foram devidamente especificadas, para a identificação do profissional, sua formação, características dos grupos e ações educativas.

Em relação ao procedimento de observação das ações educativas em grupo, este será guiado por um roteiro previamente elaborado e testado que será preenchido pelo observador no momento e que constará de: identificação e data do encontro, descrição do espaço físico, configuração espacial, papel do nutricionista no grupo, temas abordados, clareza e reforço da mensagem, linguagem, materiais e recursos utilizados e observações gerais do desenvolvimento da interação dos participantes.

2. Considerações

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. Cronograma e orçamento detalhado estão adequados. Os gastos serão custeados em parte pelo CNPq. A proposta para tratamento dos dados está adequada e há pertinência e valor científico no estudo proposto..

A metodologia é adequada aos objetivos, não impõe condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa.

 * Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0008/12*

Não há benefício direto para o participante, porém a pesquisa estará contribuindo para aumentar os conhecimentos referentes à atuação do profissional em saúde em grupos dentro da Atenção Primária em Saúde; a possibilidade de benefícios pode compensar os riscos.

São previstos meios/procedimentos para atenuar/contornar o risco, no sentido de salvaguarda do sujeito de pesquisa. As medidas de proteção aos sujeitos de pesquisa estão adequadas ao grau de vulnerabilidade.

Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa (nutricionistas) estão totalmente garantidos (informação, privacidade, acesso ao pesquisador). Em relação aos participantes dos grupos não foi apresentado TCLE.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) -

Foi apresentado um segundo modelo de TCLE destinado aos participantes dos grupos.

O compromisso com o sigilo das identidades dos participantes foi explicitado. O documento está redigido na forma de convite à participação no estudo, a linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa, no caso, os nutricionistas.

Os procedimentos da pesquisa foram devidamente descritos, no caso da entrevista do nutricionista.

Ficou explícito que, no caso de desconforto em participar da pesquisa ou em responder a algum questionamento introduzido pelos procedimentos, o participante tem o direito de se negar a responder;

Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96, permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação possibilitando uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.

São descritos os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE.

III - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX.2.e)

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Simone Mongelli de Fantini
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ANEXO E– Proposta de curso de atualização

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA, FACULDADE DE
SAÚDE PÚBLICA E ESCOLA DE ENFERMAGEM

FERNANDA WERBICKY DE CARVALHO

**Proposta de curso de atualização para profissionais
da saúde não nutricionistas da Atenção Primária à
Saúde, coordenadores de grupos educativos com
conteúdo de alimentação e nutrição**

SÃO PAULO

2015

1 INTRODUÇÃO

Dentre as prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), se destacam as ações para a promoção da alimentação adequada e saudável como forma de contribuição com a redução da pobreza no país, a inclusão social e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), visando assim, o Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) (Brasil, 2014).

As escolas se configuram nesse cenário como prioridades de atuação, visto que agregam a maioria das crianças e adolescentes do país (Brasil, 2014), público esse acometido por um quadro de insegurança alimentar, com prevalência de doenças relacionadas a carências nutricionais, bem como índices crescentes de sobrepeso e obesidade, tendo como causas principais os maus hábitos alimentares (Oliveira; Oliveira, 2008).

Sabe-se que os pais são grandes influenciadores da alimentação das crianças, já que são modelos a serem seguidos, é no ambiente familiar que elas têm seu primeiro contato com os alimentos e atribuem significados a esses. Porém, esses adultos compartilham com seus filhos um ambiente que propicia riscos nutricionais, com sedentarismo e excesso de publicidade sobre alimentos não saudáveis (Pontes et al., 2009).

Sendo assim, as ações educativas sobre alimentação e nutrição com as famílias demonstram potencialidade, e é Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), do Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre o primeiro contato das famílias com tais ações, por meio dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2012a) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2009a).

Portanto, a intersetorialidade entre a escola e os serviços de saúde se apresenta como essencial para o fortalecimento das intervenções com vistas à Promoção da Saúde (PS) entre escolares e seus pais e/ou responsáveis e ainda faz parte das atribuições das equipes de saúde referenciadas do território onde as escolas se localizam (Brasil, 2008).

O nutricionista é o profissional mais habilitado para coordenar as ações educativas em alimentação e nutrição (Conselho Federal de Nutricionistas, 2010). Entretanto, sua presença nas equipes de profissionais de saúde nem sempre é garantida, pois esse não é um pré-requisito para a formação da equipe, e essa formação pode também atender a outros interesses da gestão (Pimentel et al., 2013). Além disso, o número de nutricionistas já inseridos nesse contexto é menor que o recomendado nas resoluções vigentes e a comunicação entre eles com

os demais profissionais de saúde é escassa, dificultando o cuidado integral do usuário (Cervato-Mancuso et al., 2012).

Tal constatação se apresenta como um desafio aos demais profissionais de saúde atuantes na AB, independente da presença do nutricionista (Jaime et al., 2011). É preciso que todos assumam suas responsabilidades com a PS e prevenção de doenças, incluindo ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) voltadas para a família e comunidade, aproveitando o fato de que a equipe multidisciplinar contribui para a construção compartilhada de conhecimentos, aumentando a resolubilidade dessas ações (Brasil, 2009b).

Desta forma, os profissionais não nutricionistas precisam conhecer, além dos princípios doutrinários do SUS, os que se somam a Política Nacional de Alimentação e Nutrição: a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde; o respeito à identidade e cultura alimentar da população; o fortalecimento da autonomia dos indivíduos; a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição; e a SAN como soberania (Brasil, 2012b).

Nesse contexto, a EAN se apresenta como ferramenta capaz de promover a reflexão do cidadão sobre sua realidade social, bem como as formas de enfrentar as dificuldades na busca de seus direitos (Vieira et al., 2013). É preciso que os profissionais de saúde estabeleçam um diálogo com a população, com vistas a desenvolver o autocuidado dos mesmos por meio de práticas problematizadoras e construtivistas (Brasil, 2012b).

Para a efetividade das intervenções de EAN, o profissional de saúde deve estar atento à comunicação utilizada, a qual deve, segundo o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (2012), ser pautada na escuta ativa, no reconhecimento das diferenças entre os saberes e as práticas, na construção compartilhada de soluções, na valorização da cultura alimentar, na atenção às reais necessidades dos indivíduos e grupos, na formação de vínculo entre os atores deste processo, nas relações horizontais, no monitoramento de resultados e na formação de rede entre os profissionais e os setores envolvidos para a troca de experiências (Brasil, 2012d).

Conforme a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) (2012), tais ações requerem ainda o uso de metodologias educativas que incentivem o diálogo, respeitando o saber popular, estimulando a reflexão e entendimento das dificuldades enfrentadas, para que assim a população possa, de forma autônoma, transformar o contexto social vivenciado em busca da concretização de seus projetos de vida e saúde (Brasil, 2012c).

É preciso uma abordagem dos aspectos que envolvem a alimentação para além dos exclusivamente biomédicos, com a incorporação das questões de SAN, tais como as

relacionadas à produção e distribuição de alimentos mais saudáveis, à oferta de refeições no ambiente escolar, à regulação da qualidade dos alimentos processados, ao apoio a agricultores familiares e assentamentos da reforma agrária, à melhoria da saúde da população por meio da transferência de renda e ampliação do acesso aos serviços de saúde e à promoção da EAN articulada com as redes de educação, sócio assistenciais e demais espaços comunitários (Brasil, 2012b).

As questões que envolvem a motivação para mudanças, a visualização de vantagens e satisfação com a adoção de novos padrões alimentares, além do atendimento às reais necessidades, devem ser trabalhadas. Sendo assim, as intervenções requerem ações de incentivo, apoio e proteção à saúde (Reis et al., 2011).

Na APS, as ações educativas com grupos são formas abrangentes de se trabalhar a EAN com a população, possibilitando a aproximação e empatia entre terapeutas e usuários, o senso de inclusão e identificação entre os participantes, além da construção conjunta de soluções, pela participação ativa do educando (Maffaccioli; Lopes, 2005). Tal forma de assistência promove a troca interdisciplinar, aproximando o conhecimento biomédico com o saber popular e incentivando a busca da autonomia dos sujeitos envolvidos (Santos et al., 2006).

Sendo assim, a forma de atuação do profissional de saúde não nutricionista da APS, em sua coordenação dos grupos com conteúdo de alimentação e nutrição voltados para a família, e sua compreensão do universo que envolve a promoção da alimentação saudável, se destacam como fatores essenciais para que tais intervenções ocorram efetivamente, com vistas a PS e reversão do quadro de insegurança alimentar entre crianças e adolescentes.

2 PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO

2.1 Justificativa

Apesar dos diversos referenciais teóricos e políticas públicas de saúde que orientam a prática favorável das ações de EAN, no sentido de se promover o DHAA de forma autônoma, na prática é identificado que essas têm sido baseadas apenas na transmissão de informações com foco na cura ou prevenção de doenças, a partir de imposições de normas e comportamentos adequados (Santos, 2012), o que indica o despreparo dos profissionais em tratar dos assuntos relacionados à alimentação e nutrição e se distancia do contexto atual da SAN.

Verifica-se entre os profissionais que atuam com grupos educativos com conteúdo de alimentação e nutrição, concepções heterogêneas, por vezes contrárias aos referenciais teóricos da EAN e da PS, além do despreparo desses para a coordenação dos grupos. Entre esses profissionais, sobressaem as percepções de que as intervenções em grupo ora não têm valor para os usuários, ora são apenas formas de acesso a medicamentos, consultas com médicos e informações técnicas, refletindo assim uma necessidade de troca entre os usuários e o SUS.

A percepção curativista que envolve os processos saúde-doença prevalece no imaginário desses atores, configurando assim um desafio para que estes possam realizar ações de PS que envolvam os diversos determinantes socioeconômicos e culturais do território em que atuam. Tais ações, ao serem trabalhadas no sentido de gerar melhores escolhas alimentares entre os usuários, se apresentam como um desafio ainda maior, já que os processos que englobam o ato de se alimentar devem ser tratados em sua complexidade, se debruçando em aspectos econômicos, sociais, culturais, biológicos, psicológicos, entre outros.

E, para que os profissionais possam problematizar essas questões com os usuários em grupos educativos, é necessário ainda o desenvolvimento de habilidades como coordenadores de grupos e como educadores, criando um ambiente acolhedor, com estímulo à reflexão crítica sobre os modos de vida e de se alimentar de todos os presentes: dos indivíduos, que possuem necessidades particulares; e da entidade grupal que, por meio da solidariedade, confiança, troca de saberes de forma horizontal, percepção de objetivos em comum, criação

de vínculos e identificação mútua entre seus membros, pode gerar cidadãos empoderados e fortalecidos para a busca por melhores condições para sua alimentação.

Sendo assim, essa proposta de atualização se justifica pela necessidade de aprimoramento da atuação dos profissionais de saúde não nutricionistas, de forma a tornar suas intervenções mais efetivas e significativas aos usuários, e em consonância com os referenciais teóricos da EAN e das políticas públicas de saúde atuais. Com isso, pretende-se que tais ações possam favorecer a reversão dos quadros de insegurança alimentar entre crianças e adolescentes por meio do trabalho intersetorial, com o foco na família.

2.2 Objetivo

O curso tem por objetivo promover a reflexão dos profissionais de saúde não nutricionistas, da Atenção Primária a Saúde, sobre sua coordenação nos grupos educativos com conteúdo de alimentação e nutrição.

2.3 Objetivos específicos

1. Discutir os fatores que envolvem a promoção da alimentação saudável, no contexto do DHAA e SAN.
2. Sensibilizar os profissionais quanto a importância das intervenções em grupos para a promoção da alimentação saudável.
3. Discutir as qualidades necessárias a um coordenador de grupos educativos.

2.4 Público Alvo

Essa oficina destina-se aos profissionais de saúde não nutricionistas, da Atenção Primária à Saúde, que coordenam grupos educativos com conteúdo de alimentação e nutrição.

2.5 Temas

- A Promoção da Saúde (PS) entre crianças e adolescentes.

Conteúdo programático:

- O território: a criação de novas formas de atuação, com vistas à PS por meio de ações coletivas no território, com abordagens que envolvam os determinantes sociais do local, além dos de natureza biomédica, de forma que todo o entorno onde essas crianças vivem e os protagonistas desse cenário sejam envolvidos;

- A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), no contexto do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA): engloba questões que dependem da articulação intersetorial, como a produção e distribuição de alimentos mais saudáveis, a oferta de refeições no ambiente escolar, a regulação dos alimentos processados, ao apoio a agricultores, a transferência de renda, o acesso aos serviços de saúde e a promoção da Educação Alimentar e Nutricional (EAN).

- A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) como ferramenta para a promoção do DHAA.

Conteúdo programático:

- O Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas: o profissional, ao trabalhar com EAN, deve estar atento à comunicação utilizada, que requer escuta ativa, reconhecimento das diferenças

entre os saberes e as práticas, construção compartilhada de soluções, valorização da cultura alimentar, atenção às reais necessidades dos indivíduos, formação de vínculo, relações horizontais, monitoramento de resultados e troca de experiências entre os demais profissionais envolvidos;

- Educação Popular em Saúde: a aproximação da Saúde com a Educação para o estímulo ao desenvolvimento da autonomia dos indivíduos por meio de ações educativas com o uso de metodologias problematizadoras e construtivistas, que incentivem o diálogo, o saber popular, a reflexão e o entendimento das dificuldades enfrentadas;

- O comportamento alimentar e o incentivo a mudança de hábitos visando melhores escolhas alimentares: é preciso reconhecer as crenças, tabus, medos, ansiedades e preconceitos que envolvem o ato de se alimentar, com vistas a dar outro sentido a essa prática. As questões que envolvem a motivação para mudanças devem ser trabalhadas por meio de ações de incentivo, apoio e proteção à saúde, com estabelecimento de metas viáveis e significativas.

- A importância dos grupos educativos para o trabalho com EAN.

Conteúdo programático:

- O vínculo: a troca de experiências e o empoderamento dos indivíduos como uma entidade grupal trazem a visualização de novas formas de agir e de se alimentar, além do fortalecimento da comunidade para buscar mudanças no território. Para tanto é preciso estimular o vínculo entre os membros;

- Como lidar com os desafios esperados: falta de recursos materiais ou local adequado para o desenvolvimento das atividades; desvalorização da atividade grupal pela instituição; resistências, conflitos, queixas e formação de subgrupos entre os integrantes; dificuldades de administrar as expectativas do grupo frente às possibilidades de realização; e dificuldades de interpretação da dinâmica do grupo, com a conciliação das diferenças de pensamentos e encerramento das discussões, em prol de um objetivo comum.

- As características comuns a serem desenvolvidas por coordenadores de grupos: conhecer seus limites e possibilidades; estimular a autonomia dos membros; promover a reflexão sobre novas formas de reconhecer as

experiências entre os participantes; lidar com suas próprias angústias, desenvolvendo o autocuidado; ter senso de ética para respeitar as diferenças; coordenar grupos de forma compartilhada com outros profissionais; planejar a ação educativa baseada em referencial teórico, sistematizada e planejada; gostar do que faz; promover a aprendizagem ativa; contextualizar o grupo por meio da escuta ativa; se preparar para situações imprevistas; e desenvolver capacidade de síntese e integração.

2.6 Metodologia

O curso terá duração de 8 horas com o público alvo de no máximo 20 profissionais, e será coordenado por um nutricionista atuante na alimentação escolar (com Mestrado Stricto Sensu em Ciências da Saúde e com experiência de pesquisa com processos grupais e EAN), 1 facilitador graduado na área de saúde (com experiência prática ou de pesquisa em EAN) e 1 auxiliar (já formado ou estar cursando curso superior na área da saúde, para trabalhar na recepção dos profissionais e organização do intervalo).

O encontro será dividido em duas etapas:

- A primeira etapa será realizada por meio de um debate com os participantes dispostos em formato de roda, com a intervenção do nutricionista e auxílio do facilitador. O Projetor Multimídia será usado como apoio didático para mostrar as imagens que dispararão a discussão. A primeira imagem será de um grupo educativo com adultos dentro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e será feita a pergunta disparadora “Onde estão as crianças?”. A partir da discussão gerada, novas imagens serão projetadas mostrando cenas de crianças inseridas nos espaços que frequentam, e que envolvem a alimentação (lanchonete da academia, cantina na escola, almoço em família, mercado, shopping, parque, reunião de amigos, entre outros).

Tais imagens terão o intuito de provocar uma reflexão sobre qual a responsabilidade de cada pessoa envolvida nesses cenários com relação à alimentação do público infantil. Com isso, pretende-se discutir sobre o papel do profissional de saúde da APS na PS de crianças e adolescentes, com o foco na família, além de estimular o trabalho intersetorial no território de ação dos profissionais, de forma que novas possibilidades de atuação possam ser visualizadas, como, por exemplo, a atuação com grupos educativos nas escolas, em espaços comunitários ou mesmo com os adultos da UBS, mas de forma que esses sejam estimulados a pensar e agir sobre a necessidade de mudança no ambiente em que as crianças vivem.

Com isso, o nutricionista e o facilitador conduzirão os profissionais a refletirem sobre o conceito do DHAA e os fatores que envolvem a SAN. A EAN entrará nesse debate como proposta de ferramenta para a promoção do DHAA e da SAN a ser utilizada nos grupos educativos com os usuários. As formas de incentivo às mudanças de comportamentos alimentares e a importância da comunicação a ser utilizada pelos profissionais nessas

atividades educativas serão destacadas, recrutando-se para tanto, os preceitos do Marco de Referência de EAN para as Políticas Públicas e da Educação Popular em Saúde, com vistas ao estímulo às ações que incentivem a autonomia entre os usuários.

- A segunda etapa contemplará a técnica da dramatização com a intervenção do nutricionista e auxílio do facilitador, os quais dividirão os profissionais em 4 grupos de 5 membros cada. Cada grupo terá um período de 1 hora para discutir e criar uma dramatização que exponha dificuldades vivenciadas em suas atuações como coordenadores de grupos educativos com conteúdo de alimentação e nutrição. Logo após, cada grupo terá 15 minutos para apresentar tais encenações.

Em seguida, todos os participantes se reunirão novamente em roda para discutir as questões levantadas nas apresentações, com o intuito de, por meio da condução e intervenção do nutricionista e do facilitador, serem explicitadas as características comuns e esperadas aos coordenadores de grupos educativos, principalmente ao se abordar alimentação e nutrição, e como contornar as dificuldades trazidas.

Ao final do curso, será aberto um espaço para avaliação de sua proposta, com a pergunta disparadora “Após esse encontro, você consegue visualizar novas formas de atuação com os grupos que coordena? ”.

O local do curso será negociado com o contato responsável pelos profissionais do município em questão, tendo como exigências a necessidade de ser um local fechado, no qual caibam todos os profissionais confortavelmente organizados em formato de roda, com cadeiras suficientes para todos e um Projetor Multimídia. Será dado como sugestão a sala de uma escola de fácil acesso do município.

2.7 Cronograma

8:00 – 8:30: Cadastramento e recepção dos profissionais.

08:30– 09:00: Breve apresentação da proposta do curso, dos profissionais e suas expectativas em relação ao encontro.

09:00 – 10:30: Debate com as imagens previstas para o primeiro momento e a pergunta disparadora “Onde estão as crianças? ”.

10:30 – 10:50: Intervalo.

10:50 – 12:00: Síntese do debate.

12:00 – 13:00: Almoço.

13:00 – 13:15: Explicação sobre a atividade da dramatização e divisão dos participantes em turmas de 5 membros cada.

13:15 – 14:00: Discussão entre os membros de cada turma para a elaboração da dramatização.

14:00 – 15:00: Apresentação das encenações (cada turma terá 15 minutos para apresentar).

15:00 – 16:30: Discussão em roda dos casos apresentados conforme previsto para o segundo momento do encontro.

16:30 – 17:00: Avaliação do curso com a pergunta disparadora “Após esse encontro, você consegue visualizar novas formas de atuação com os grupos que coordena? ”e entrega dos certificados.

3 RECURSOS PARA A ATUALIZAÇÃO

3.1 Recursos Humanos

Para o desenvolvimento do curso, deverão fazer parte da equipe de trabalho:

- 1 Coordenador (nutricionista atuante na alimentação escolar, com Mestrado Stricto Sensu em Ciências da Saúde e com experiência de pesquisa com processos grupais e EAN);
- 1 Facilitador (com graduação na área de saúde e experiência prática ou de pesquisa com EAN);
- 1 Auxiliar (já formado ou estar cursando curso superior na área da saúde).

3.2 Recursos materiais

Serão utilizados os seguintes recursos de consumo para o desenvolvimento do curso: café para os convidados, cópias pretas e brancas para a lista de presença, blocos de notas, canetas esferográficas, papel para a impressão dos certificados, unidade móvel e portátil (*pen drive*) de armazenamento de arquivos de 8GB. O Projetor Multimídia e as cadeiras necessárias já se encontrarão no local do encontro.

3.3 Recursos financeiros

Os recursos financeiros necessários estão detalhados na tabela a seguir.

Recursos Humanos			
Profissional	Quantidade de horas	Valor unitário	Total
Nutricionista Mestre	8	R\$80,00	R\$640,00
Facilitador com experiência	8	R\$50,00	R\$400,00
Auxiliar	4	R\$12,50	R\$50,00
Recursos materiais			
Material	Quantidade	Valor unitário	Total
Café para os participantes	20	R\$15,00	R\$300,00
Bloco de notas simples	20	R\$2,20	R\$44,00
Cópias preto e branco	3	R\$0,20	R\$0,60
Canetas esferográficas	20	R\$0,62	R\$12,40
Papel para impressão dos certificados	20	R\$1,10	R\$22,00
Unidade móvel e portátil de armazenamento de arquivos de 8 GB (pen drive)	1	R\$20,00	R\$20,00
Total geral		R\$1.489,00	

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional para profissionais da saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica à Saúde. Diretrizes do NASF. Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 27. Brasília (DF); 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2012c.

Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Brasília (DF): Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2012d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na atenção básica em um grande centro urbano. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3289-300.

Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº. 465/2010. Dispõe sobre as atribuições do Nutricionista, estabelece parâmetros numéricos mínimos de referência no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE) e dá outras providências. 2010 [citado em 01 out 2015]. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res358.pdf>>.

Jaime CPC, Silva ACF, Lima AMC, Bortoloni GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr.* 2011;24(6): 809-24.

Maffaccioli R, Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(4):439-45.

Oliveira S, Oliveira K. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. *Psicologia USP.* 2008;19(4):495-504.

Pimentel VRM, Sousa MF, Ricardi LM, Hamann EM. Alimentação e nutrição no contexto da atenção básica e da promoção da saúde: a importância de um diálogo. *Demetra.* 2013; 8(3):487-98.

Pontes TE, Costa TF, Marum ABRF, Brasil ALD, Taddei JAAC. Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. *Rev Paul Pediatr.* 2009;27(1):99-105.

Reis CEG, Vasconcelos IAL, Barros JFN. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. *Rev Paul Pediatr.* 2011;29(4):625-33.

Santos LM, Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2006;4(2):346-52.

Santos LA. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(2):453-462.

Vieira VL, Gregorio MJ, Cervato-Mancuso AM, Graça APSR. Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. *Saúde Soc.* 2013;22(2): 603-17.