

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

**NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E EDUCAÇÃO
EM SAÚDE**

**IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO SERVIÇO
PÚBLICO DE SAÚDE NA VISÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
USUÁRIOS DESTE SERVIÇO**

WANESSA FRANÇOISE DA SILVA AQUINO

JUIZ DE FORA - MG

2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

**NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E EDUCAÇÃO
EM SAÚDE**

**IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO SERVIÇO
PÚBLICO DE SAÚDE NA VISÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
USUÁRIOS DESTE SERVIÇO**

Por: Wanessa Françoise da Silva Aquino.
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para obtenção do título de
especialista em Políticas e Pesquisa em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a especialista em Nutrição
em Saúde Pública Soraia Augusta da Silva
Campos.

JUIZ DE FORA

2006

DEDICATÓRIAS

Dedico esta monografia a todas as colegas de trabalho, que contribuíram e continuam contribuindo para o crescimento social de nossa profissão. Além de dedicá-la a todos que amo muito: minha família e ao Daniel, meu namorado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora orientadora Soraia, pelo acompanhamento e revisão do estudo. Às professoras de minha banca examinadora pela prontidão com que receberam meu trabalho. Ao meu namorado e à minha família pela compreensão das horas em que me distanciei deles devido à elaboração da monografia, além disso, também tenho que agradecer a dedicação deles no atendimento de minhas solicitações. Meu muito obrigado à “Cida”, estudante de nutrição e minha colega, pela ajuda na coleta de dados. Agradeço também a equipe de saúde da UBS e os usuários daquele serviço que me acolheram minha pesquisa. Especialmente, agradeço à professora doutora Maria Cristina Faber Boog, que me atendeu prontamente, disponibilizando-me material para a minha pesquisa.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas	8
1.INTRODUÇÃO.....	9.
1.1- Revisão bibliográfica.....	11
1.1.1- Histórico das ciências da Nutrição e o nutricionista no Brasil.....	11
1.1.2- A prática de educação nutricional no Brasil e estudos sobre a alimentação do brasileiro.....	16.
1.1.3- Os programas governamentais relacionados à nutrição e a transição nutricional.....	19
1.1.4- Educação nutricional: uma estratégia de promoção de saúde.....	24
1.1.5- Os programas relacionados à nutrição no município de Juiz de Fora -MG e a participação do nutricionista nesses programas.....	31.
1.1.5.1- Serviço de Atendimento ao Desnutrido (SAD).....	32.
1.1.5.2- Serviço de Controle de Hipertensão, Diabetes e Obesidade (SCHDO).....	32.
1.1.5.3- Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC).....	33.
1.1.5.4- Programa Municipal de Alimentação Escolar (PMAE).....	34
1.1.5.5- Programas federais relacionados à nutrição existentes no município.....	35.
2- OBJETIVOS.....	35
2.1- Objetivo Geral.....	35
2.2- Objetivos Específicos.....	35
3- MÉTODO.....	36
3.1- Procedimentos metodológicos.....	37
3.1.1- A escolha do local para pesquisa.....	38

3.1.2- Caracterização da UBS	38.
3.1.3-Casuística.....	39
3.1.4-Período.....	39
3.1.5- Realização das entrevistas.....	40
3.1.5.1- Com os profissionais de saúde.....	40
3.1.5.2- Com os usuários do serviço.....	40
3.1.6- Roteiro e análise das entrevistas.....	41
4- RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	42
4.1- Resultados dos questionários aplicados aos profissionais.....	42.
4.1.1- Eixo: Construção do saber sobre nutrição.....	42
4.1.2- Eixo: Desafios do cotidiano profissional e pessoal relativos às questões de nutrição e alimentação.....	46.
4.1.3- Eixo: Inserção das atividades de educação / orientação nos serviços públicos de saúde.....	51.
4.1.4- Eixo: Espaço para educação nutricional - espaço de contradições - temas polêmicos atuais em educação nutricional.....	57
4.2- Resultados dos questionários aplicados aos usuários.....	60
5- CONCLUSÕES.....	69
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71.
7-APÊNDICE 1-Termo de consentimento livre e esclarecido para os profissionais de saúde.....	79
8- APÊNDICE 2 - Questionário para os profissionais de saúde.....	81.
9-APÊNDICE 3-Termo de consentimento livre e esclarecido para usuários ..	83.
10-APÊNDICE 4-Questionário para os usuários.....	85
11-APENDICE 5- Critérios para a transcrição.....	87

12-ANEXO 1- Lei N° 8.234, de 17 de setembro de 1991.....	89
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS:

PNAN: POLITICA NACIONAL DE SAUDE

UBS: UNIDADE BASICA DE SAUDE

PSF: PROGRAMA DE SAUDE DA FAMILIA

ESF: EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA

ENDEF: ESTUDO NACIONAL DE DESPESAS FAMILIARES

POF: PESQUISA DE ORÇAMENTO FAMILIAR

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE

SSDA: SECRETARIA DE SAUDE, SANEAMENTO E DESENVOLVIMENTO

1- INTRODUÇÃO

Ao longo dos 60 anos da existência do curso de nutrição no Brasil, esta ciência vem contribuindo para o traçado do perfil epidemiológico nutricional do país. Diversos cientistas apontaram doenças carenciais, tais como a desnutrição protéico-calórica, a hipovitaminose A, a pelagra, a anemia ferropriva e outros problemas de saúde pública, que atualmente foram sobrepostos a doenças originadas dos excessos e da alimentação de baixa qualidade, como a obesidade, as dislipidemias dentre outras. Havia a necessidade da elaboração e implementação de políticas nessa área. Dessa forma, a produção científica da nutrição foi muito significativa (1).

Na década de 1990 as políticas de nutrição se voltavam para as questões sociais. A educação nutricional focaliza assuntos, tais como: o sujeito, a democratização do saber, a cultura, a ética e a cidadania. As discussões sobre a segurança alimentar que integravam os cenários internacional e nacional concebiam a alimentação como um direito humano. O governo federal, neste momento, investe para diminuir o perfil epidemiológico das doenças nutricionais tanto carenciais como as relacionadas ao excesso (1). A partir da criação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) o governo sela o compromisso do combate às doenças relacionadas tanto as carências quanto aos excessos da nutrição e com a promoção de saúde.

A prevalência de casos de desnutrição tem diminuído no Brasil. Nos últimos 25 anos apresentou um declínio cumulativo de 72% para as crianças e em adultos houve um decréscimo significativo, que praticamente deixa de considerá-lo problema epidemiológico. Em contraposição, a prevalência de obesidade em adultos triplicou no Nordeste e duplicou no Sudeste. Neste quadro de transição epidemiológica nutricional, ainda encontra-se a hipovitaminose A como um problema de saúde em algumas regiões do Brasil (norte do estado de Minas Gerais e todo o Nordeste), onde o governo promove a suplementação medicamentosa. Já a deficiência iodopriva acha-se controlada, mesmo com a diminuição da concentração do iodo adicionado ao sal de consumo. A anemia ferropriva é a principal carência do país, com o aumento de prevalência de casos em crianças menores que 5 anos (2). Atualmente, o Brasil incrementou um programa de suplementação medicamentosa e estabeleceu a fortificação de ferro e ácido fólico em farinhas. (3)

A alimentação é a expressão máxima da vida cotidiana e isto confere a nutrição, características muito particulares com a responsabilidade de influenciar hábitos. Os profissionais de saúde que tratam dos problemas relacionados à nutrição, também tratam de problemas que são seus no cotidiano. Lidar com a nutrição é lidar com a vida, as alheias e a

própria. Devem-se considerar então, os valores, concepções, percepções e representações da alimentação para as pessoas. (4)

O nutricionista é o profissional legalmente habilitado para implementar a educação nutricional. Ele se faz imprescindível na mobilização do sujeito para o aprendizado ou a mudança de hábitos alimentares, pois este profissional possui uma abordagem mais profunda do problema alimentar, na medida em que, na sua formação, adquire conhecimentos acerca da nutrição e da dietética, de epidemiologia, além dos mecanismos que o fazem não limitar a alimentação a apenas o fenômeno do comer. A eficácia da atuação de profissionais da saúde na interferência no hábito alimentar de seus clientes está relacionada à interpretação da alimentação além das necessidades fisiológicas, já que esta é também uma expressão do homem, psicológica e culturalmente. (4)

Face à importância da educação nutricional na promoção da saúde do indivíduo, propõem-se questionamentos acerca da implementação desta atividade no serviço público. Com base em um trabalho realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Juiz de Fora/MG, analisa-se como a educação nutricional vem sendo abordada por profissionais de saúde na atenção básica e o impacto dessa atividade na promoção e na recuperação da saúde do usuário da rede pública.

1.1- Revisão bibliográfica:

1.1.1- Histórico das ciências da Nutrição e o nutricionista no Brasil

A alimentação é uma necessidade básica, um direito humano e, simultaneamente, uma atividade cultural, permeada por crenças, tabus, distinções e cerimônias. Comer não representa apenas o fato de incorporar elementos nutritivos importantes para o nosso organismo, é antes de tudo um ato social e, como toda relação que se dá entre pessoas, traz convívio, diferenças e expressa o mundo da necessidade, da liberdade ou da dominação. Os padrões alimentares de um grupo sustentam a identidade coletiva, posição na hierarquia, na organização social, mas, também, determinados alimentos são centrais para a identidade individual.(5)

O alimento é algo representado, ou seja, apreendido com significado cognitivo. O comer não satisfaz apenas a necessidade biológica, mas preenche também funções simbólicas e sociais.

A comensalidade permeia todas as relações sociais de diferentes classes de uma mesma sociedade apresentando sempre uma dimensão cultural.(6)

A alimentação, sendo um hábito adquirido no processo de socialização, é influenciada por diversos fatores como a mídia, os profissionais, as instituições do estado, os movimentos ideológicos e religiosos e, até mesmo, o próprio indivíduo, ao manifestar suas possibilidades de escolha. Os estudos sobre este hábito prescindem da análise de tais fatores, porém no campo da nutrição, muitas vezes essas abordagens antropológicas são desconsideradas.(7)

Ao se considerar a alimentação como uma necessidade biológica, Boog (4) afirma que esta deve ser saudável, completa, variada e agradável ao paladar para a promoção da saúde, sobretudo dos organismos jovens, em fase de desenvolvimento, e para a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, cuja prevalência vem aumentando significativamente.

Uma dieta adequada e balanceada é aquela que atinge todas as necessidades nutricionais de um indivíduo para a manutenção, reparo, fisiologia, crescimento e desenvolvimento orgânicos. Inclui todos os alimentos em quantidades apropriadas e proporcionais uns aos outros. A presença ou ausência de nutrientes essenciais pode afetar a disponibilidade, absorção e metabolismo, ou necessidades dietéticas do organismo.(8)

Na recuperação do estado de saúde do indivíduo, a alimentação é imprescindível, pois seja pela insuficiência alimentar em quantidade e/ou qualidade, o sistema imunológico pode ser prejudicado, levando a uma menor resistência às infecções; e o aumento da duração, da intensidade e da frequência das infecções prejudica a alimentação e absorção dos alimentos. Este ciclo vicioso é tão forte que apenas a distribuição de alimentos ou o tratamento isolado das patologias associadas, não são efetivos para a recuperação do estado nutricional e a manutenção da saúde.(9)

Os estudos da alimentação, em suas múltiplas dimensões, surgiram no Brasil, no início do século de XIX. Entre as décadas de 1930 e 1940 a educação nutricional começa a despontar no país, enquanto especialidade acadêmica, a ser transmitida a diversos cursos técnicos e de graduação. A partir desse momento, a profissão de nutricionista vai sendo definida.(10)

Vasconcelos (1) ao analisar a história dos estudos sobre a alimentação no Brasil coloca que estes emergiram no decorrer dos anos 1930-1940, no campo da Nutrição, seja como ciência, política social e/ou profissão. Eles eram partes integrantes do projeto de modernização da economia brasileira, conduzido pelo chamado Estado Nacional Populista, cujo contexto histórico delimitou a implantação das bases para a consolidação de uma sociedade capitalista urbano-industrial no país.

Os primeiros nutrólogos brasileiros iniciaram o processo de produção e difusão de estudos e pesquisas sobre composição química e valor nutricional de alimentos nacionais,

sobre consumo e hábitos alimentares e sobre o estado nutricional da população brasileira, procurando, desta maneira, garantir especificidade e legitimidade para esta nova área do saber científico que se constituía no país. Da mesma forma, sobretudo na segunda metade dos anos 1930, eles passaram a evidenciar uma certa organicidade intelectual com o Estado Populista, contribuindo para a formulação das primeiras medidas e instrumentos da Política Social de Alimentação e Nutrição, e simultaneamente, criaram os mecanismos e espaços institucionais necessários à formação dos agentes destes estudos, contribuindo para a formação de profissionais em Alimentação e Nutrição, estabelecendo a demarcação das fronteiras definidoras dos limites de competência, de autonomia e de poder entre as distintas especialidades profissionais conformadoras do complexo e interdisciplinar campo da Nutrição.(1)

Os primeiros cursos de nutrição foram criados na década de 1940, em níveis de técnico e de graduação. No Serviço de Alimentação de Previdência Social (SAP), primeira instituição a trabalhar na área de política de alimentação, os profissionais de nível técnico foram chamados dietistas.(4)

Nas décadas de 1950 e 1960 houve um processo de consolidação da profissão de nutricionista também na saúde pública, ampliando duas características da prática profissional: a orientação dietética dentro dos serviços de atenção à saúde e a administração de serviços de alimentação de trabalhadores vinculados à previdência social. (11)

Já na década de 1970 foram criados novos cursos para formação de nutricionistas no Brasil, o que forjou a ampliação e diversificação do mercado de trabalho, bem como o processo de organização, a mobilização e na luta desta categoria profissional. (11)

O nutricionista ainda hoje enfrenta problemas em sua atuação. Este profissional não está devidamente inserido no contexto de prestação de serviços de saúde à população, principalmente na atenção básica. Em atendimentos, neste nível de atenção, há um pequeno

número de profissionais atuando, Boog et al.(12) aponta 12,6% dos profissionais. Vasconcelos (11) e por Gambardella et al.(13) também apontam resultados semelhantes, respectivamente: 6,3% e 10,9%. A presença deste profissional no Programa de Saúde da Família (PSF) ainda é muito incipiente, e ele ainda não integra oficialmente a equipe a mínima de trabalho. (10)

Este programa foi criado pelo governo federal a fim de reorganizar o modelo de atenção à saúde, de forma a superar a história de um sistema nacional de saúde modelado pela assistência médica curativa, de baixa resolutividade e inacessível à maioria da população. Para tanto, o PSF atua a partir da organização de Equipes de Saúde da Família (ESF), que eram integradas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), embora se pressuponha que outros profissionais possam ser incorporados de acordo com a demanda dos serviços (14). Cada equipe se responsabiliza pela atenção a grupos de seiscentas a mil famílias, tendo como limite máximo o total de 4.500 indivíduos, cadastrados a partir de levantamento domiciliar. (15)

Dados da avaliação da implantação deste programa, que foi realizada em 1999, revelam que a determinação da composição mínima das equipes vinha sendo cumprida na maioria dos municípios. Observa-se, ainda, que a participação de outros profissionais da saúde nas ESF's é reduzida. O odontólogo faz parte delas em 28,8% dos municípios e o assistente social em 9,3%. A presença do psicólogo foi identificada em 5,3% das equipes e o nutricionista foi citado como seu membro em 4,5% dos casos (16).

Devido a seu caráter de atenção integral ao indivíduo, a interdisciplinariedade é de fundamental importância para a eficácia do PSF. Como componente do trabalho interdisciplinar, é oportuno destacar as ações de alimentação e nutrição, em quaisquer formas de intervenção, como estratégias indispensáveis a todo programa cuja finalidade seja elevar a qualidade de vida da população a partir do princípio da integralidade.(4)

Há uma grande necessidade de ações de educação nutricional nesse serviço, porém o espaço institucional não existe para esta prática. O nutricionista é o profissional habilitado, por formação, para realizar essas ações. Porém, a maioria dos gestores desconhece o papel do nutricionista na saúde pública, já que sua imagem divulgada na imprensa é a de “profissional de elite”. Os outros profissionais de saúde também necessitam de maior esclarecimento acerca da atuação do nutricionista, contudo, acham-no peça importante na promoção de saúde.(17)

Se há o desconhecimento de todas as possibilidades de atuação do nutricionista, há também o desejo da integração deste à equipe de trabalho em saúde. Cabe então, à própria classe de nutricionistas, exigir sua presença onde já se é oficializado o cargo; lutar para a definição de outros cargos, onde haja a possibilidade de trabalho e divulgar o seu papel para toda a sociedade.

1.1.2- A prática de educação nutricional no Brasil e estudos sobre a alimentação do brasileiro

A prática da educação nutricional iniciou-se na década de 1940, em consonância com a política populista de Getúlio, a educação nutricional gozava de um status privilegiado e era vista como um dos pilares dos programas governamentais de proteção ao trabalhador. Nasceu com a perspectiva de ser uma alavanca que determinaria mudanças significativas nas condições de alimentação da população trabalhadora.(18)

Valente (19) e Lima (20) ressaltam que esse momento da educação alimentar e nutricional, ela se fundamentou no mito da ignorância, fator considerado como determinante da fome e da desnutrição na população de baixa renda, que também era outro grupo

destinatário dessas ações educativas. Assim, o desenvolvimento de instrumentos adequados, que ensinassem o pobre a comer, a fim de corrigir hábitos errôneos foi uma prioridade que caracterizava uma concepção de educação centrada na mudança do comportamento alimentar.

A educação nutricional, nestas décadas, estava ligada a campanhas que visavam à introdução da soja na alimentação, novamente se privilegiando o interesse econômico. Ela se pautava no uso de produtos obtidos por convênio do Ministério da Educação e da Cultura (MEC) com o United States Agency for International Development (USAID). (4)

Os estudos acerca da análise do padrão de consumo alimentar se iniciaram na década de 1960 e a partir daí passam a ser freqüentemente realizados ao longo das décadas. A primeira Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), foi realizada em 1962. Esta foi uma pesquisa domiciliar por amostragem, que investiga informações sobre características de domicílios, famílias, moradores e principalmente seus respectivos orçamentos, isto é, suas despesas e recebimentos. A mensuração das estruturas de gastos (despesas) e os recebimentos (receitas) desta população permitem estudar inúmeros e importantes aspectos da economia nacional tais como a composição dos gastos familiares, as disparidades regionais e entre áreas urbanas, e a dimensão do mercado para grupos de produtos e serviços. Além disso, a pesquisa permite obter informações que se direcionam a resultados de quantidades de alimentos e bebidas adquiridas com dispêndio - gasto monetário - para consumo domiciliar. Entre os objetivos da pesquisa, destaca-se sua utilização na atualização das estruturas de ponderações dos índices de preços ao consumidor, produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e outras instituições. Os dados também podem ser utilizados para traçar perfis de consumo das famílias, atenderem demandas relacionadas ao cálculo do Produto Interno Bruto (PIB) no que diz respeito ao consumo destas e servir para diversos estudos relacionados aos planejamentos econômico e social, e aos aspectos nutricionais da população. Posteriormente o governo realizou mais quatro POF's. (21)

Em 1974/1975, outro estudo de consumo alimentar foi realizado, o primeiro Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF), que é um sistema de pesquisas por amostra de domicílios que, por ter propósitos múltiplos, investiga diversas características socioeconômicas, tais como educação, trabalho, rendimento, habitação e outras como saúde, nutrição, consumo alimentar e orçamento familiar.(22)

Esta pesquisa vem, juntamente com os trabalhos de economistas, confirmar que o principal obstáculo à alimentação adequada era a renda, e que somente mudanças estruturais no modelo econômico teriam efetivamente poder de resolutividade frente aos problemas alimentares. Nesse contexto os programas de educação alimentar partiram para o “exílio”, pois estagnaram frente essa problemática. (4)

A educação nutricional naquele momento passou do binômio alimentação-educação para alimentação-renda, resultado dos redirecionamentos das políticas de alimentação e nutrição traçadas no país, as quais, a partir de então, se baseavam no reconhecimento da renda como principal obstáculo para se obter uma alimentação saudável.(4)

Dados atuais apontam que a falta de renda ainda é o problema para a população alimentar-se adequadamente. Essa deficiência é traduzida na pobreza, que é reflexo da desigualdade de renda existente no país. Dessa forma, as políticas de intervenção na alimentação do brasileiro, seja em relação ao combate à fome ou em relação à educação nutricional, não devem deixar de considerar mecanismos da distribuição ou da geração de renda para a população (23).

Na década de 1980, a educação nutricional, tornou-se mais crítica e também a classe de nutricionistas passa a participar mais do cenário político nacional. Tal concepção identificava haver uma incapacidade da educação alimentar e nutricional em, de forma isolada, promover alterações em práticas alimentares. Essa vertente da educação nutricional pressupunha que esta deveria assumir compromisso político de colocar nossa produção

técnica científica a serviço do fortalecimento das classes populares em sua luta contra a exploração que gera a fome e a desnutrição. Esta educação nutricional influenciou conteúdos da mesma disciplina, fortalecendo a discussão sobre a determinação social da fome e da desnutrição e relação desses fenômenos com sistema capitalista, em detrimento a abordagem apenas biológica e técnica desses temas. A educação nutricional ensinaria também direitos de cidadania. Surge, então ao final da década de 1980, a idéia de segurança alimentar e a concepção da alimentação como um direito humano.(24)

Em 1989, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PSNS) foi realizada pelo Ministério da Saúde e tinha como objetivo central, apurar os indicadores da situação nutricional da população brasileira. As variáveis estudadas foram peso, altura e informações de relevância ao estado conjuntural de saúde como questões a respeito das características do domicílio, renda, ocupação, aleitamento materno e outras variáveis. A pesquisa foi feita em 17.000 domicílios. (25)

A divulgação da PSNS, no início da década de 1990, apontava para o expressivo aumento na prevalência da obesidade, principalmente entre as mulheres de baixa renda. Comparando essa pesquisa com a POF 1986/1987 foi verificado um incremento importante no consumo de alimentos, principalmente daqueles mais calóricos e menos nutritivos. Nesse contexto, a educação nutricional foi lembrada como medida para reverter à tendência ao crescente consumo de gorduras, açúcar e produtos industrializados, alimentos que estariam contribuindo para aumento do número de obesos. (26).

1.1.3- Os programas governamentais relacionadas à nutrição e a transição nutricional

Como caminho para a concretude dos dispositivos da saúde na Constituição de 1988, a Lei Orgânica de Saúde (8080/90) foi criada. Em suas disposições gerais, esta lei coloca a saúde como um direito fundamental do ser humano (artigo 2º), tendo a alimentação como um dos fatores determinantes e condicionantes desta (artigo 3º). (27)

O Ministério da Saúde, em 1999, atesta seu compromisso com os males relacionados à saúde: escassez alimentar/pobreza e o complexo quadro de excessos incorporados pelas altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade, ao aprovar a PNAN. Tal política tem, como fio condutor, o Direito Humano à Alimentação e a Segurança Alimentar e Nutricional e surge em um contexto de transição nutricional.(28)

Com relação a medidas de combate a pobreza, ainda na década de 1990, o governo criou o programa de Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais (ICCN). Este programa distribuía gêneros alimentícios como leite e óleo as famílias de baixa renda.(29)

O Bolsa-Alimentação, criado em 2001, foi o programa do governo federal que substituiu o ICCN. Pretendia combater a pobreza/desnutrição pela transferência de recurso financeiro às famílias em risco de vida em relação à alimentação. Atendia a gestantes, nutrizes com filhos menores de 6 meses, e crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade, em risco nutricional, pertencentes a famílias sem renda ou que possuíssem renda mensal de até 0,5 salário mínimo percapita. A complementação da renda familiar seria para a melhoria da alimentação e haveria o compromisso das famílias com ações básicas de saúde como: vacinação de filhos, aleitamento materno, além de outros.(30)

Em 2003, houve a criação do Programa Fome Zero (PFZ), em mais uma tentativa de solucionar os males da fome da miséria no país. Esse programa tem eixos como à ampliação do acesso à alimentação, o fortalecimento da agricultura familiar, a elaboração de processos de geração de renda e a articulação de diversos setores da sociedade juntamente com o governo.(31)

O Bolsa-Família é uma das ações do PFZ. Foi criado em 2004 e é um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza, com renda percapita mensal de até R\$ 100,00. Associam-se à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos, como saúde, educação e assistência social. Esta ação governamental reuniu os cadastros dos beneficiários dos programas: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão - Alimentação e Auxílio - Gás, em um único cadastro, substituindo todos estes programas.(32)

Recentemente, em julho do ano de 2005, o governo federal apresentou os resultados de um estudo de avaliação do impacto do Bolsa-Alimentação na vida de seus beneficiados. Neste estudo foi verificado que as crianças beneficiadas tiveram resultado positivo na curva de crescimento. Além disso, houve a maior variabilidade de alimentos adquiridos pelas famílias. Elas passaram a ter acesso a grupos de alimentos que anteriormente não tinham (carnes, verduras e frutas). Porém, há de se considerar que também houve o aumento de gêneros alimentícios não nutritivos, como embutidos e refrigerantes. É fundamental municiar a população, por meio de ação educativa, para a seleção de uma alimentação saudável. Urge a criação de políticas públicas para possibilitar o acesso físico e financeiro a alimentos saudáveis e, além disso, oferecer informações adequadas para o consumo destes alimentos. (33,34)

Em relação a programas de combate a carências específicas, o Ministério da Saúde tem implementado: iodação do sal, suplementação com vitamina A e ferro. A prevalência bócio iodopriva, atualmente, está contido no país. Porém a hipovitaminose A e a anemia ferropriva têm aumentadas as suas prevalências em diversos estados. (35)

Desde 1953 é obrigatória a iodação de todo o sal destinado ao consumo humano atendendo melhor à população na prevenção dos distúrbios causados pela deficiência de iodo. A partir de 2003 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária diminuiu a quantidade de iodo a

ser a acrescentado. Hoje se questiona, como a iodação tem sido realizada já que os incentivos do governo a essa prática se findaram.(36)

Desde 1994, o Vitamina A Mais - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – está em vigor. Este é um programa do Ministério da Saúde, com apoio dos Estados, que busca reduzir e erradicar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto imediato residentes em regiões consideradas de risco. No Brasil, são consideradas áreas de risco a região Nordeste, Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e Vale do Ribeira em São Paulo. Os estudos sobre esta carência são poucos e muito caros.(37)

A anemia ferropriva é um problema de saúde pública no Brasil, pois representa, em termos de magnitude, o principal problema carencial do país, aparentemente sem grandes diferenciações geográficas, afetando, em proporções semelhantes, todas as macrorregiões. (2)

No ano de 2005, o governo federal implementou o programa nacional de suplementação de ferro. A suplementação já existia, em conjunto com a suplementação da vitamina A, dessa forma, era focalizada em algumas regiões. Atualmente, a suplementação medicamentosa ocorrerá em todas as UBS's. Ele beneficiará todas as crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto.(3)

Mudanças epidemiológicas, demográficas e sócio-econômicas ao longo do tempo permitiram que ocorresse a denominada transição nos padrões nutricionais, com a diminuição progressiva da desnutrição e o aumento da obesidade.(38,39). A obesidade já considerada uma epidemia mundial independente das condições econômicas e sociais. De uma maneira geral, o quadro de morbi-mortalidade desenhado na atualidade para o Brasil associa-se com a alimentação, a nutrição e o estilo de vida dos brasileiros. (40)

As mudanças no perfil epidemiológico são evidenciadas por conta da inversão da ocupação demográfica, da redução do desempenho reprodutivo e pelo estreitamento da base

da pirâmide populacional. No perfil epidemiológico das doenças relacionadas à alimentação, observam-se alterações: redução nos valores de prevalência do déficit estatural, um declínio marcante na prevalência de desnutrição em crianças menores de cinco anos e também no aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira com o caráter epidêmico. (2)

Monteiro et al (38) tendo por base dados das POF's implementadas nos anos de 1987/88 e 1995/96 revelaram um aumento do consumo de lipídeos, redução do consumo de carboidratos complexos, estagnação e até a diminuição do consumo de leguminosas, verduras, legumes, frutas e sucos naturais e do aumento do consumo excessivo de açúcar refinado e de refrigerantes.

Discutindo a mudança no padrão alimentar brasileiro, Silva (41) constatou mudanças decisivas neste padrão como o aumento do consumo por parte da população mais pobre de alimentos protéicos, como carnes, leite e derivados.

Bleil (42) coloca que no Brasil existe uma tendência da população para adoção de novos hábitos freqüentemente estimulados pela indústria alimentar, em detrimento do consumo de produtos regionais. Há uma tendência a redução do consumo de alimentos como feijão, farinha de mandioca, arroz e farinha de milho, que durante décadas foram considerados tradicionais e presentes na dieta de uma parte considerável da população.

Caroba (43) afirma que paralelo ao aumento da oferta de alimentos industrializados e semipreparados, a crescente presença da mulher no mercado de trabalho foi um dos motivos condicionantes dessa mudança. Tais produtos encontrados no mercado, muitas vezes com teor excessivo de gorduras e açúcares, são de fácil preparo e por isso mesmo atendem as demandas de ampla parcela da população.

Monteiro (44) em recentes análises das POF's 2002/2003 aponta para um crescimento, entre a população brasileira, da prevalência da obesidade. Uma das razões para esse aumento

continua sendo o crescimento do teor de gordura na alimentação e manutenção de um teor excessivo de açúcar na dieta. Juntamente com isso, há o declínio do dispêndio de energia, seja pela frequência crescente de ocupações que não exigem esforço físico intenso ou pelas formas de lazer sedentárias adotadas pela população de forma geral.

Bertazzi et al. (45) fazendo uma análise no padrão alimentar desde o ENDEF/74 à última POF 2004/2003 sustentam que esta pesquisa por ser a mais abrangente territorialmente define melhor a situação recente da distribuição regional e sócioeconômica de importantes indicadores do padrão alimentar da população. As características positivas do padrão alimentar encontradas em todas as regiões e em todas as classes de rendimento foram: a adequação do teor protéico das dietas e o elevado aporte relativo de proteínas de alto valor biológico (proteínas de origem animal). Características negativas, também amplamente disseminadas no país, foram o excesso de açúcar e a presença insuficiente de frutas e hortaliças na dieta. Sobre o consumo excessivo de açúcar, houve aumentos de até 400% no consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes, além do aumento do teor de gorduras da dieta. Tomados em conjunto, os resultados encontrados apontam para tendências desfavoráveis do padrão alimentar, sobretudo do ponto de vista da obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, certos tipos de câncer e outras enfermidades crônicas associadas a dietas com alta densidade energética, escassez de fibras e de micronutrientes, além de excesso de gorduras em geral e saturadas. Estudos anteriores sobre disponibilidade domiciliar de alimentos nas áreas metropolitanas indicam que parte dessas tendências teve início entre as décadas de 1960 e 1970 e se intensificam nas décadas de 1980 e 1990.

1.1.4- Educação nutricional: uma estratégia de promoção de saúde

Diante deste quadro da transição nutricional, torna-se urgente à necessidade de investir na prevenção de doenças crônico-degenerativas e da desnutrição, controlando fatores de risco, entre eles a alimentação.

Em maio de 2004, na 57^a Assembléia Mundial de Saúde, foi definida a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Este documento reafirma resoluções da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a saúde no mundo, e tornou-se um marco na prevenção e controle integrados das doenças não transmissíveis. Esta Estratégia aborda dois dos principais fatores de riscos para estas doenças: a dieta alimentar e as atividades físicas, além de complementar o trabalho que a OMS e os países têm empreendido ou já realizam, há algum tempo, nas esferas relacionadas com a nutrição, como a desnutrição, as carências de micronutrientes e a alimentação dos lactentes e das crianças. Esta Estratégia correlaciona em suas diretrizes não somente os hábitos nutricionais e dietéticos, mas também, ações que envolvam o ambiente em que as doenças crônicas estão instaladas, propondo políticas públicas direcionadas e o envolvimento de diversos profissionais na superação destes problemas.(46).

Em conformidade com a recomendação da OMS, no dia 25 de junho de 2005, o Ministério da Saúde lançou o programa Brasil Saudável, com objetivo de incentivar os brasileiros a adotarem hábitos de vida saudável tais como, a prática de atividade física, prevenção ao tabagismo e reeducação alimentar. Para que esta última seja efetivada, haverá a contratação de nutricionistas para que estes capacitem agentes comunitários de saúde para reproduzirem conceitos de educação nutricional com os usuários do serviço público de saúde. Com este Projeto, o Ministério da Saúde cumpre o compromisso com as diretrizes e as ações previstas neste documento da OMS.(47)

A análise da prática da atividade de educação nutricional é de grande relevância, pois esta é uma ferramenta importante na adoção de hábitos alimentares. Em trabalhos

epidemiológicos, em especial aqueles nos quais os resultados apontam para a correlação entre comportamento alimentar e doenças, a educação nutricional tem sido utilizada.(40,48)

Discutindo a educação, Martins e Abreu definem educar como ensinar e treinar, promovendo trocas entre o aluno e o educador através de uma linguagem acessível e facilitada por um ambiente propício ao aprendizado.(49)

Paulo Freire coloca que, no processo educativo, há a necessidade da compreensão da condição humana, valorizando os valores culturais dos indivíduos, que são sujeitos históricos. Por isso, na relação entre educador-educando, aspectos inerentes à realidade de vida do educando devem ser considerados no diálogo entre ambos, em toda prática profissional, inclusive no campo da nutrição. Ainda segundo este autor, é importante a problematização da realidade do educando, inclusive do comportamento alimentar, para que a ciência e a técnica atendam as necessidades destes.(49)

Neste contexto, a educação em saúde, entendida como processo, visa capacitar os indivíduos a agir conscientemente diante da realidade cotidiana, com aproveitamento de experiências anteriores, formais e informais, tendo sempre em vista a integração, continuidade, democratização do conhecimento e o progresso no âmbito social. Visa também promover a auto-capacitação dos vários grupos sociais para lidar com problemas fundamentais da vida, tais como nutrição, desenvolvimento biopsicológico, reprodução, tudo isso no contexto de uma sociedade dinâmica. (10)

A estratégia educativa do auto-cuidado congrega atividades para a promoção da saúde, para a modificação do estilo de vida prejudicial à saúde, para a diminuição dos fatores de risco e prevenção específica de doenças, para a manutenção e recuperação da saúde e, por fim, para a reabilitação. O profissional de saúde, nesta estratégia, em função de sua habilitação e responsabilidade, desempenha o papel de facilitador do processo de mudança.(50,51). Valla (52) coloca que o profissional de saúde deve usar uma linguagem

compreensível e simples, adequada à realidade e que tenha como ponto fundamental o indivíduo, buscando conhecer suas necessidades em relação à doença. Essa linguagem possibilita ao profissional exercer uma prática educativa e realizar intervenções pertinentes ao diagnóstico. Em complementação ao papel de facilitador, o profissional de saúde também deve atuar como mobilizador, para melhorar as condições de vida das pessoas e evitar o aparecimento da doença. (53)

O nutricionista como educador deve, antes de tudo, contribuir para que o homem conquiste condições de vida mais humana, favoráveis ao desenvolvimento pleno das potencialidades físicas, intelectuais, emocionais e espirituais.(12). É atividade privativa do nutricionista, no artigo 3º, parágrafo VII, da lei 8.234/91(ANEXO1) promulgada pelo governo federal, exercer a atividade educação nutricional, sendo esta atividade privativa desse profissional, nas diferentes áreas de atuação, como se observa na assistência nutricional à coletividade ou a indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética. (54).

Diante disto, as definições da educação nutricional, os seus objetivos, sua diferenciação em relação à orientação nutricional, seu exercício e sua efetividade, serão apresentadas por alguns autores.

Aranceta (55) conceitua a educação nutricional como parte da nutrição aplicada que orienta seus recursos em direção à aprendizagem, adequação e aceitação de hábitos alimentares saudáveis.

Contento et al. (56) definem a educação nutricional como qualquer experiência de ensino desenvolvida para facilitar a adoção voluntária de comportamento alimentar ou outro relacionado à nutrição, com a finalidade de conduzir à situação de saúde e bem-estar.

A educação nutricional difunde os conhecimentos da ciência da nutrição para as pessoas, independentemente de serem pobres e ricas, conhecerem o valor nutricional dos

alimentos e a técnica de utilizá-los em preparações, a fim de cobrir as suas necessidades orgânicas.(57). Ampliando este conceito, Motta (58) acrescenta que a educação nutricional tem por finalidade ajudar as nações, as famílias, os indivíduos a compreenderem os princípios básicos da nutrição; a escolher alimentos apropriados; a assegurar a todos uma alimentação tão equilibrada quanto permitam a produção local e o poder aquisitivo, e a observar as regras de higiene na manipulação e conservação dos alimentos. Deve ser direcionada a todos os componentes familiares, contribuindo para a saúde familiar e prevenção da má-nutrição na geração seguinte.

Segundo estudiosos como Cavalcanti, Motta, Boog, Bissoli e Lanzillott, a educação nutricional é um processo ativo que visa levar às pessoas a ciência da nutrição, através do qual se obtém mudanças de atitudes e práticas alimentares e de conhecimentos nutricionais como garantia da saúde do homem. A desnutrição é resultado de uma alimentação deficiente em quantidade e qualidade de nutrientes tendo como causa básica a baixa renda familiar e percapita, como também da ignorância de preceitos básicos de alimentação e nutrição. O poder aquisitivo, a falta de saneamento básico e a disponibilidade de alimentos não geram, por si só, problemas de saúde por desvios alimentares, mas sim a associação destes fatores à falta de conhecimentos que as pessoas têm sobre a alimentação correta, influências sócio-culturais e hábitos alimentares inadequados.(59)

De Angelis (60) cita razões para a utilização da educação nutricional visando melhorar a saúde, tais como: equipar recursos humanos com habilidade para fazer escolha adequada de alimentos que possam efetivamente contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar, para conseguir obter o máximo de seu potencial genético; promover o melhor uso das fontes econômicas; reforçar o conhecimento, corrigindo os conceitos sobre nutrição; ajudar a economizar dinheiro e evitar o desperdício.

Boog (4) coloca em sua tese de doutorado, que a educação nutricional desenvolvida de uma perspectiva problematizadora ou participativa, é um estímulo à transformação do educando. Pois, ele passa de uma situação na qual sua conduta alimentar é determinada pelo condicionamento e pelo hábito repetido mecanicamente, para outra, na qual ele, compreendendo seu próprio corpo e aprendendo a ouvi-lo e observá-lo, passa a se tornar sujeito de sua conduta alimentar.

No entanto, Boog (61) ainda afirma que existem algumas limitações no processo de educação em saúde e nutrição que acarretam na pouca efetividade de alguns programas como agentes de mudança do comportamento alimentar inadequado. Isto se deve a alguns fatores como: a inexistência de uma filosofia de educação em Nutrição, que resulta em atividades e mensagens conflitantes, competitivas e superpostas, que geram confusão e apatia; o reconhecimento inadequado da necessidade de promover educação em Nutrição considerando as características sócio-econômico-culturais da população; o desenvolvimento de programas com o objetivo exclusivo de apenas fornecer informação; a aplicação de conteúdos que não correspondem às necessidades sentidas pela população-alvo; a transmissão de mensagens que freqüentemente não atingem o receptor, em função da utilização inadequada de métodos e recursos de ensino.

Cervato (62) citando Boog (4) faz diferenciação de educação nutricional e da orientação nutricional. A primeira volta-se para a formação de valores, a responsabilidade, a atitude crítica para o prazer e a liberdade em relação à alimentação, conforme já apresentada. Deverá ser apreendida em um processo lento e gradual e ser executada pelo nutricionista, por ser uma atividade privativa deste. A segunda significa fazer de imediato às instruções de mudanças propriamente ditas na dieta. Nela há poucas informações a ser repassadas ao usuário, as quais fazem parte de teorias e modelos comportamentais. Emergencialmente outros profissionais de saúde a realizam.

A educação nutricional é de primordial importância para o ser humano, já que sua sobrevivência depende fundamentalmente da alimentação e o objetivo principal do nutricionista deve ser a educação (63). Para a realização deste processo, há de se investir na metodologia adequada, qual seja o ativo, o lúdico, o interativo, sob as luzes da ciência da nutrição os indivíduos terão instrumentos para mudanças de atitudes e de práticas alimentares.(49)

As dificuldades ao desenvolvimento da educação nutricional se devem a pouca fundamentação desta, na filosofia da educação e nas teorias pedagógicas. Boog coloca a leitura dos textos desta filosofia e da pedagogia como imprescindíveis para sanar esta lacuna. Esta autora também acrescenta dois outros problemas, a inexistência do espaço institucional, entendido por cargos e funções nas organizações de saúde; e o exílio que a educação nutricional viveu durante duas décadas das organizações, serviços e no meio acadêmico, sem o desenvolvimento de estudos e pesquisas a seu respeito. (4)

Atualmente, a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis faz parte das diretrizes da PNAN do Ministério da Saúde para cumprir a responsabilidade de promover e proteger a saúde da população.(62). Porém há um paradoxo, ao mesmo tempo em que a educação alimentar e nutricional é valorizada, ela se dilui no conjunto de propostas na medida em que não estão estabelecidas claramente as bases teórico-conceituais e operacionais que a fundamentam. O seu espaço não se apresenta claramente definido. A educação alimentar e nutricional está em todos os lugares, mas não está em nenhum lugar definido. Está sendo pouco citada nos documentos oficiais e a PNAN a reconhece como tendo “elementos complexos e até conflituosos” que precisam ser resolvidos.(24).

Boog (17) considera que a atividade da educação nutricional deve ser realizada por profissionais que saibam identificar e abordar problemas relacionados à alimentação. Esta autora sugere que estes profissionais tenham conhecimentos técnicos em epidemiologia,

nutrição e dietética, e ainda o domínio de métodos adequados para abordar os problemas alimentares e mudanças de hábitos.

1.5- Os programas relacionados à nutrição no município de Juiz de Fora -MG e a participação do nutricionista nesses programas

Segundo estimativas de 01/07/2005, do IBGE, o município de Juiz de Fora possui 501.153 habitantes, aproximadamente 0,002% da população brasileira.(64)

A rede de atenção básica no município está estabelecida em 57 UBS's sendo que 30 destas possuem o PSF. Os profissionais de saúde de nível superior que efetivamente atuam na atenção básica são: médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Em algumas unidades, há a presença de odontólogos e fisioterapeutas.(65)

Na atenção básica, a educação nutricional está sendo realizada por esses profissionais de saúde, já que não há nenhum nutricionista contratado na atenção primária à saúde. Há o descumprimento da resolução CFN 380/2005, do Conselho Federal de Nutrição, que delibera sobre quantitativo de nutricionistas para a saúde coletiva e outras áreas.(66)

A seguir programas municipais sobre saúde e relacionados à alimentação e à nutrição serão apresentados a partir de informações obtidas na página escolar no site oficial da prefeitura (67,68).

1.1.5.1- Serviço de Atendimento ao Desnutrido (SAD)

Funciona em todas as UBS's, na zona rural e no centro da cidade. Tem como objetivo tratar as patologias associadas à desnutrição, promovendo a recuperação do estado nutricional. Atende a crianças de 6 meses a 5 anos, que são atendidas na UBS e farão parte do banco de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Após o diagnóstico do risco nutricional, o SAD busca a causa da desnutrição. São realizados exames clínicos e laboratoriais. O tratamento será direcionado de acordo com a causa apresentada. Sendo a causa social, ocorre repasse de leite para família da criança. É feito acompanhamento mensal e nos casos mais graves, este acontecerá até que a criança mantenha o peso ideal para a faixa etária por três meses.

A equipe é formada de quatro médicas e uma enfermeira, em nível central, pois o serviço de diagnóstico, é descentralizado em cada UBS.

Somente as crianças diagnosticadas por medidas antropométricas como desnutridas, nas UBS's, serão encaminhadas ao SAD e não terão a obrigatoriedade de retornar às UBS's para tratamento, o que pode se tornar impedimento para a realização de estudos de impacto do programa na saúde de seus beneficiados. Este programa não conta com o nutricionista no quadro de funcionários e também na equipe que compõe o SISVAN, o nutricionista também está alijado.

1.1.5.2- Serviço de Controle de Hipertensão, Diabetes e Obesidade (SCHDO)

É o serviço de controle de hipertensão arterial, do diabetes e da obesidade do município. O SCHDO também oferece pólo anti-tabagismo. Nas UBS's são encaminhados usuários para as especialidades de cardiologia ou endocrinologia. Esses usuários serão atendidos em nível central, em consultas previamente agendadas e se diagnosticados hipertenso de grau 3; ou diabético insulino-dependente, ou ainda obeso grau 3 e hipertenso e diabético, serão considerados inseridos no serviço. Há a deficiência no monitoramento e tratamento das patologias isoladamente.

O quadro de profissionais de saúde de ensino superior, efetivos no programa, é formado por médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Há trabalhos educativos com os usuários deste serviço.

1.1.5.3- Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC)

É uma associação civil sem fins lucrativos, que coordena as políticas de ações na área social. Além disso, tem incentivado novos projetos, visando melhor atendimento da população de baixa renda. A estrutura jurídico-organizacional, diferente dos demais órgãos da administração, permite maior agilidade na implantação e efetivação dos programas.

O órgão desenvolve projetos que reduzem a exclusão social das famílias mais carentes da cidade, atendendo desde a criança, adolescente até os mais idosos.

O Programa de creches conta com 19 unidades próprias, e outras cooperadas (em que a prefeitura fornece os gêneros alimentícios). As creches abrigam crianças de três meses de vida à cinco anos e onze meses, em situação de risco pessoal e social, ou pertencentes a famílias com renda percapita de até um salário mínimo. Além das atividades educacionais, culturais e recreativas, as crianças recebem cuidados de higiene e alimentação. São oferecidas

quatro refeições diárias, preparadas sob supervisão de um único nutricionista para o atendimento de todas atividades de nutrição. A equipe de profissionais inclui pedagogos, psicólogos, médicos, dentistas e assistentes sociais.

Programas tais como Curumim, Casa da Menina Artesã, Casa do Pequeno Jardineiro, de Terceira Idade e outros congregam a população específica de cada programa durante a semana, em meio período do dia com atividades, em que há a distribuição de uma refeição.

1.1.5.4- Programa Municipal de Alimentação Escolar (PMAE)

Apenas um nutricionista é contratado para exercer a atividade específica no PMAE. Este profissional é o único admitido efetivamente no quadro de funcionários da prefeitura. Ele atende a 60.500 alunos/dia, em 120 escolas, com a elaboração do cardápio da refeição em um sistema centralizado de compras e descentralizado de gestão. Não há trabalho de educação nutricional no PMAE, em função da falta de uma equipe adequada de profissionais para atender a demanda beneficiada por este programa.

1.1.5.5- Programas federais relacionados à nutrição existentes no município

Os programas federais que estão instituídos na cidade que são relacionados à alimentação e nutrição, são o Bolsa-Família e o PSF, os quais não têm a presença de nutricionista em sua equipe, mesmo tendo o governo municipal a possibilidade de agregar este profissional aos programas e sendo uma recomendação a inserção deste profissional para a execução destes.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral

- Avaliar as práticas de educação nutricional no serviço público de saúde, valendo-se da visão dos profissionais de saúde e dos usuários deste serviço.

2.2- Objetivos Específicos

- Identificar os conflitos entre conhecimentos teóricos sobre nutrição e a prática no cotidiano profissional e pessoal dos profissionais de saúde da UBS.
- Identificar a visão dos usuários com relação ao profissional nutricionista e o impacto da educação nutricional na qualidade de vida destes.

3- MÉTODO

Para a verificação da implementação da atividade de educação nutricional fez-se necessário analisar diversos dados, quais sejam quantitativos ou qualitativos. Boog (4) coloca que os fenômenos subjetivos da realidade social, que ocorrem no cotidiano das profissões, não podem ser descritos através das abordagens tradicionais, porque não são quantificáveis em função de sua sutileza, não são apreendidos numa rede nomotética, mas nem por isso, são menos importantes quando se querem estudar as estratégias de implantação de programas e, sobretudo identificar os obstáculos que se interpõem. Para tanto, torna-se necessário buscar metodologias mais próximas da prática social, que permitam registrar dados subjetivos, qual seja o método qualitativo.

Partindo de quatro eixos previamente definidos baseados em Boog (4) foram elaboradas perguntas para a verificação da opinião dos profissionais de saúde sobre seus conhecimentos teóricos de nutrição em seus cotidianos pessoal e profissional. Esses dados foram obtidos por meio da aplicação de entrevistas, as quais foram gravadas e transcritas.

Para a coleta dos dados relativos à visão dos usuários sobre o nutricionista e o impacto das práticas de educação nutricional sobre sua qualidade de vida foi utilizado um questionário com opções de respostas já definidas. Este instrumento foi aplicado para uma amostra representativa dos usuários de um serviço público de saúde. Neste caso, a pesquisa foi quantitativa e a mensuração estatística pôde ser feita por intermédio de um programa de informática.

A pesquisa qualitativa em saúde segundo Minayo (69): "trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável". Este tipo de abordagem da pesquisa científica contempla a temática do presente trabalho.

Lüdke e André (70) abordam sobre a entrevista como um dos instrumentos básicos para a coleta de dados, dentro da perspectiva de pesquisa qualitativa. Em seu trabalho, estes autores definem a forma de abordar e trabalhar com os sujeitos escolhidos para a pesquisa. A análise dos conteúdos das respostas subsidiou-se em Bardin. (71)

Santos e Gamboa (72) apontam para a forma de trabalhar com os métodos quantitativo e qualitativo juntos. Ao se optar em fazer ambas as análises para um mesmo problema, o resultado tem uma compreensão e poder preditivo mais considerável.

Os dados obtidos dos questionários realizados com os usuários foram analisados com a utilização do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Este é um sistema de análises estatísticas e de manuseamento de dados, em ambiente gráfico, que também dispõe de um editor de comandos para outras análises mais complexas e elaboradas. (73)

3.1- Procedimentos metodológicos:

3.1.1-A escolha do local para a pesquisa

O trabalho foi desenvolvido em uma UBS de um bairro do município de Juiz de Fora, em função da execução de trabalhos anteriores no campo da nutrição junto aquela comunidade, a convite da direção da UBS. Isso facilitava a receptividade à proposta.

3.1.2- Caracterização da UBS

Está situada na zona oeste de Juiz de Fora e atende a uma população de cerca de 9000 pessoas. A UBS possui três equipes de PSF, cada uma é composta de um médico, um enfermeiro, três agentes comunitários e um auxiliar de enfermagem. Há também uma assistente social que trabalha com as três equipes de PSF. Cada um desses PSF's atua em três microrregiões delimitadas por este programa.

Outros funcionários da UBS são: um auxiliar de expediente, um médico de suporte clínico geral, um auxiliar de marcação de consultas. Além desta equipe permanente, há alunos da Universidade Federal de Juiz de Fora que fazem estágio na UBS (graduandos de medicina, de enfermagem, de serviço social, de fisioterapia) e outros estagiários da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (SSSDA) designados para aquela unidade.

A UBS atende a demanda espontânea dos bairros e realiza atividades, tais como: de grupo de caminhada; imunização com todas as vacinas do esquema básico do Ministério da Saúde; campanhas de detecção de diabéticos e de prevenção de câncer cérvico-uterino; educação em saúde a grupos específicos em atividades agendadas (hipertensos; diabéticos; crianças desnutridas, com o SAD; puericultura; mulheres: climatério, gestantes e direitos

reprodutivos; saúde mental; saúde do trabalhador); sala de espera; atendimento nas escolas da área de abrangência; atividades burocráticas das UBS's; participação nas reuniões do Conselho Local de Saúde. Além disso, há a efetivação de todas as atividades do PSF conforme preconiza o Ministério da Saúde.

3.1.3- Casuística

A população, determinada para a pesquisa na UBS, consistiu de oito profissionais de saúde nível superior lotados nesta unidade e 306 usuários. O número de profissionais de saúde é o número total de profissionais de nível superior efetivos na UBS. O número de 306 usuários é representativo de uma população de 1475 pessoas que recebem atendimento médico mensalmente, segundo informações da gerente da UBS. Este cálculo foi realizado no programa SPSS, com a margem de segurança de 5% .

3.1.4- Período

Durante um mês, as entrevistas foram realizadas na sala de espera, no horário de funcionamento da UBS, das 7 às 11 horas e das 13 às 17 horas. Neste período, conforme a proposta feita a UBS, houve a participação em atividades locais, duas reuniões de Grupos: uma com os Hipertensos e outra com os Diabéticos. Houve, além disso, a disponibilização de tempo da pesquisadora para o atendimento de solicitações, tais como: realização de palestras e

capacitações, presença em cursos e outras sugestões feitas pela equipe. A realização de atendimento clínico ficou impossibilitada devido à restrição feita pela SSSDA.

3.1.5- Realização das entrevistas

3.1.5.1- Com os profissionais de saúde

Após a leitura, assinatura do termo de consentimento (APÊNDICE 1) e autorização para gravação de voz, foi realizada a entrevista não-estruturada de acordo com Silva e Silveira (74), com a utilização de um questionário de onze perguntas (APÊNDICE 2).

3.1.5.2- Com os usuários do serviço:

Após leitura e assinatura do termo de consentimento (APÊNDICE 3), aplicava-se o questionário contendo oito perguntas com respostas pré-codificadas (APÊNDICE 4). Estas eram assinaladas conforme opção do entrevistado, à medida em que iam sendo ditas, já que a entrevista foi do tipo estruturada.(74)

3.1.6- Roteiro e análise das entrevistas

O roteiro da entrevista foi elaborado a partir de eixos que norteariam a discussão da problemática. Esses eixos foram denominados: “construção do saber em nutrição”; “desafios do cotidiano profissional e pessoal relativos às questões de nutrição e alimentação”; “inserção das atividades de educação / orientação nos serviços públicos de saúde” e “espaço para educação nutricional - espaço de contradições - temas polêmicos atuais em educação nutricional ” e foram embasados no trabalho de Boog. (4)

Serão apresentadas as respostas dos profissionais de saúde a estas, sendo que, algumas foram transcritas igualmente como foram concebidas. A seguir a todas respostas será colocada a identificação do profissional, a ser definida como:

MED= médicos, os quais serão numerados em 1, 2, 3 ou 4.

AS= assistente social

ENF= enfermeiros, que também serão numerados como 1, 2 ou 3.

Ao final de cada eixo haverá uma análise sobre estas respostas dos profissionais com o intuito de ampliar a compreensão a respeito dos dados coletados.

A entrevista com os usuários será analisada com o auxílio do programa estatístico SPSS. Os dados obtidos foram apresentados em tabelas. As perguntas de ambos questionários só serão apresentadas nos anexos, conforme já mencionado.

Este trabalho foi submetido ao comitê de ética da Universidade Federal de Juiz de Fora e registrado no parecer número 206/2005.

4- RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados referentes às opiniões dos profissionais de saúde serão apresentados por meio de citações das respostas. As discussões pertinentes serão apresentadas em seguida e a partir delas, será proposta a elaboração de um material a ser repassado para a UBS.

4.1- Resultados dos questionários aplicados aos profissionais

4.1.1- Eixo: Construção do saber sobre nutrição

Pergunta 1:

MED1 e MED2: não se lembraram se tiveram a disciplina ou se o assunto foi abordado na graduação.

MED3 e MED4: não tiveram a disciplina específica e o assunto foi abordado em outras disciplinas.

“Não. Às vezes algum professor falava alguma coisa sabe., assim, por exemplo, a prática de cardiologia, alguma coisa de endócrino”. (MED3)

AS: também não teve a disciplina específica e este assunto não foi abordado em outras disciplinas.

ENF1: teve a disciplina específica.

ENF2 e ENF3: não tiveram a disciplina específica, mas este assunto foi abordado em outras disciplinas.

“Não. Eu estudei nutrição mais na parte da criança, puericultura, teve uma parte um pouco em relação à nutrição.” (ENF2)

“Quando se tratava de alguma coisa, era mais na disciplina de saúde do adulto e relacionadas a certas patologias.” (ENF3)

No Brasil, o ensino de nutrição não possui espaço exclusivo na grade curricular médica, sendo abordado superficialmente em algumas disciplinas. Em estudos de Boucinhas e Bezerra (75), realizado na década de 1970, foi verificado que somente 28,37% das escolas de medicina analisadas ofereciam a disciplina de nutrição e que havia a tendência de retirar essa disciplina da grade curricular.

Para o curso de graduação em enfermagem, em 1994, tornou-se facultativo ensinar nutrição, em disciplina específica.(4)

A formação do assistente social não é específica da área da saúde, mas possibilita este profissional atuar, com competência nas diferentes dimensões da questão social, e, como tal, com habilidades de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive da saúde. O Conselho Nacional da Saúde, através da Resolução CNS n° 218, de 06 de março de 1997, reconheceu o assistente social, juntamente com outras categorias, como profissional de saúde de nível superior. Na grade curricular desse profissional não há a disciplina de nutrição e ela ao menos é citada em nenhuma disciplina, conforme afirma o assistente social entrevistado. (76)

Essas situações prejudicam o reconhecimento da necessidade da abordagem da nutrição sobre a saúde dos pacientes. Como afirma Morin (77): “quanto mais fragmentado e sem contextualização fica o saber, mais dificuldade o indivíduo tem de integrá-lo e aplicá-lo na prática.”

Atualmente, esses profissionais abordam de alguma forma a nutrição em sua profissão, seja pelos exercícios de seus atendimentos, é o caso dos médicos, ou pela atividade de liderança de grupos educativos, como acontece com o enfermeiro e assistente social.

A reforma sanitária trouxe a visão ampliada da saúde que se demonstra em atendimentos multidisciplinares, na criação do PSF, reformulação da atenção básica entre outras mudanças para assegurar e promover a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos. (78)

Pergunta 2-

MED1: por meio da especialização em pediatria que fez.

MED2: por meio de leitura e de mídia.

“Ah, é leitura, tem a mídia também.”

MED3: por meio de participação em cursos e de leituras realizadas.

“Hoje eu acho que assim pela prática, procurando ler, né, estudar (pausa). Depois eu fiz um curso em 99, no Rio Grande do Sul, que era mais(pausa)..Para começar, o curso era dado por japonês que vive muito esse negócio de nutrição, era mais isso daí, sabe..E aí realmente tinha nutricionista, né, que explicava porque era isso, porque era aquilo, né, por exemplo: colesterol alto. Quê que é a dieta do colesterol, né, porque que é assim, porque que não é, porque antes ficava uma coisa muito solta, aí foi quando eu aprendi.”

MED4: por participação em cursos e por leituras realizadas.

AS: no trabalho na UBS.

“Aqui na UBS, no meu trabalho, em contato com folder, né, algumas leituras, com outros profissionais da unidade, tá, médico e enfermeiro. Geralmente sempre que a gente vai fazer alguma coisa que envolve questões de relacionadas à nutrição, a gente pega o suporte da ...do médico, da enfermeira e de alguma coisa da unidade”

ENF1 e ENF3: com conversas com outros profissionais da UBS e outros ambientes em que trabalham.

ENF2: *“Mais fazendo leitura, né.”*

Soares (79) afirma em seu trabalho que a formação do conhecimento de médicos sobre nutrição tem se baseado no acesso a leituras não científicas em sua maioria, muitos poucos acessavam informações nos livros e periódicos de nutrição, nacionais e internacionais.

Pergunta 3-

MED1: curso, congresso, leitura.

MED2: leitura, mídia e conversa com outros profissionais.

MED3: mais estudos.

“Ah...eu procuro estudar porque uma pessoa assim, a gente não tem uma referência em nutrição, pelo menos aqui perto, é assim, uma falta que a gente sente, né ”

MED4: leitura.

AS: recorre à leitura e a profissionais da UBS.

ENF1 e ENF2: recorre à internet e a leitura de livros.

ENF3: recorre à leitura e à conversa com outros profissionais.

Boog (17) coloca que médicos e enfermeiras adquirem conhecimentos para a prática da educação/orientação nutricional em sua maioria das vezes em material não científico. Da

mesma maneira, o assistente social adquire seu material de trabalho em alimentação. Há a afirmação, por parte do médico, da necessidade da existência de uma referência em nutrição, o que parece demonstrar a falta de um profissional na rede pública de saúde para a possibilidade de formação de equipe de trabalho.

4.1.2- Eixo: Desafios do cotidiano profissional e pessoal relativos às questões de nutrição e alimentação

Pergunta 4-

MED1: *“A alimentação regrada dá mais disposição para a vida, ela é importante”*

MED2: *“É importante”.*

MED3: *“Eu acho que interferem muito porque aqui a gente trabalha, e a maioria das doenças são crônico-degenerativas, sabe, são tudo ligada a dieta, né. Por causa da obesidade. Hipertenso e diabético que não faz uma dieta, não digo ideal, mas, mais ou menos, não tem controle satisfatório, né. Igual é...é...diabético que não faz dieta de acordo, a gente faz um trabalho perdido, né. É o mesmo que não estar trabalhando. Eu acho que interfere sim. ”*

MED4: *“Eu creio que a nutrição interfere, ela está inserida no dia-a-dia de nossa profissão, por que nós lidamos aqui com pacientes que a todo tempo a gente tem que tá orientando a forma de como se alimentar bem, de forma a corrigir...ah...então eu creio que diretamente. ”*

AS: *“Olha, se a gente pegar do ponto de vista da saúde, do seu conceito mais amplo, eu acho que tem tudo a ver, tá (pausa).Porque, né, eu acho que assim, como se vai trabalhar as questões relacionadas a, digamos,.resgate da cidadania, aos direitos sociais, né, dentro de*

uma forma estanque. Estou partindo do princípio de que saúde tem a ver com tudo, moradia, saneamento, né, com alimentação. Eu acho que tem a ver essa informação no meu trabalho, no exercício de minha atividade profissional. Minha abordagem é superficial, é diferente da abordagem do nutricionista, eu acho. Eu acho que a gente fica mais nas questões superficiais, qualquer aprofundamento com certeza é com outro profissional.”

ENF1: *“É interligado né, .é uma interligação. .Meu trabalho só funciona se o paciente(...).de nada adianta(...).eu trabalho com prevenção, como eu trabalho sem a ligação com alimentação? ”*

ENF2: *“Se a gente trabalha com outros fatores e não trabalha nutrição, fica a desejar. É interessante que a gente tenha que tá orientando”.*

ENF3: *“Enquanto enfermeira a gente lida com prevenção, promoção e recuperação de saúde, tem tudo a ver.”*

Todos os profissionais demonstraram valorizar a alimentação, como fator interferente na vida de seus clientes e, dessa forma, importante de ser trabalhado em seus atendimentos.

Pergunta 5-

MED1 e MED3: A partir da análise da condição sócio-econômica do paciente, estes médicos fizeram considerações semelhantes.

“Primeiro que a gente tem que abordar com muito cuidado, porque é, às vezes para você não afastar, porque quando você começa a falar de dieta a pessoa vê custo, né? Ai tem uma coisa que a gente tá tentando colocar prá ela, assim (pausa), é que não é caro fazer dieta, apesar de que a gente sabe que massa: macarrão, batata, arroz, não sei o quê , é mais barato do que o que não é carboidrato. Aliás assim, eu tento colocar prá todo mundo, igual agora colocar essa coisa da dieta, da atividade física, mais em função dos grupos, né. Mas

assim, .colocar prá eles como é que é a .realidade deles, assim, quê que eles podem ter acesso. Será que eles podem ter uma horta em casa? Por que se você começar a falar de dietas prontas, né, às vezes (pausa) Você vê a dieta pronta e fica fácil passar aquilo. Então, no primeiro momento, a gente tá colocando assim, tentando ver qual a dieta, e ver assim, que não é passar uma dieta, vamo tentar melhorar a alimentação” .(MED3)

MED2: Não aborda o assunto.

“Eu não atendo criança, geralmente a gente não toca nesse assunto, só se o paciente pergunta a respeito, ou, por exemplo, se tem que orientar uma dieta, muito raramente só se tiver terminal, mas é mais assim (...).”

MED4: A partir dos hábitos alimentares do paciente.

AS: Na participação em grupos educativos (climatério, de hipertensão e de diabetes).

“Geralmente são nos grupos educativos, se existe algum tipo de atividade relacionada ao climatério, ao SAD, a criança desnutrida, aí, a gente tem alguma coisa relacionada alimentação”.

ENF1: não aborda o assunto.

ENF2: aborda de maneira superficial.

“De maneira mais geral, não muito específico, porque não tenho tanto conhecimento assim prá tá orientando.”

ENF3: aborda a partir da deficiência do paciente.

“Abordo partindo do princípio que eu vejo alguma deficiência, alguma alteração, por exemplo, se eu tô atendendo uma criança e eu vejo que ela tá com peso inadequado, eu pergunto prá mãe o que ela tá se alimentando.”

A valorização da alimentação se deu por todos os profissionais, em seus atendimentos, mesmo com as respostas lacônicas de dois médicos. Boog (4) sustenta que a falta de discussão nos cursos de graduação sobre nutrição compromete muitas vezes a abordagem deste tema e a verificação de sua necessidade.

Segundo Soares (79) o conhecimento sobre nutrição de médicos é tão fragmentado que a nutrição chega a não ter identidade própria, o que faz com que eles não atribuam grande valor a alimentação. Esse valor depende do conhecimento que eles têm sobre a influência da nutrição na evolução do paciente.

Pergunta 6-

MED1: acha que vivencia mal, pela falta de tempo.

MED2 e MED3: vivenciam bem, sem dificuldade.

“Eu me cuido, eu procuro ter uma alimentação saudável, controlar o peso. Ah...sinceramente prá isso eu tenho não tenho dificuldade não. Só que lá em casa, assim, a minha mãe, sempre fez uma alimentação saudável, entendeu..”(MED2)

“Hoje, por exemplo, na minha casa a gente come muito menos gordura, menos doce, sabe, e acaba que a gente gosta. Eu tenho uma filha de 12 anos que muita salada, muita sabe... e ela não vê isso como uma dieta, aquilo ali é o normal dela.” (MED3)

MED4: vivencia na prática.

“Eu vivencio na prática diária e no estudo, naquilo que eu tenho aprendido na literatura, com a própria experiência, com os pacientes irem retornando, trazendo, né, alguma resposta a algumas expectativas que nós lançamos. Dificuldades de a gente seguir? É justamente o paciente que nem sempre compreende, nem sempre tem condições de adquirir o que nós propusemos.”

AS: vivencia mal.

“Eu acho que a gente acaba vivenciando mal, não elabora. A gente vai mais pelo que gosta de comer do que realmente pela orientação, eu acho que é o que acaba acontecendo com todo mundo. Não tenho uma formação clara neste sentido, eu vou pela boca mesmo.

ENF1, ENF2, ENF3: vivenciam mal, pela falta de tempo e por não produzirem suas próprias refeições.

“Nem sempre é você quem faz almoço e jantar, então é a ajudante que às vezes faz alguma coisa, que por mais que você orienta, né, pra diminuição de gordura, às vezes, põe mais que você quer. Então nem sempre depende de mim.” (ENF2)

“Olha.... eu sou tudo o que você não pode seguir...então você coloca aí o que você quiser. É um terror! Não posso seguir horário, é preguiça também”.(ENF1)

A alimentação é uma forte expressão da vida cotidiana e isto confere ao seu respectivo campo de conhecimento - Nutrição - a responsabilidade de lançar facho sobre este aspecto da vida cotidiana. A cotidianidade tende a prevalecer sobre o saber científico. (4)

Há de se considerar a cotidianidade, representada nas dificuldades de metade dos médicos, do assistente social e todos enfermeiros com o seguimento de princípios de uma alimentação saudável. A cotidianidade pode ser considerada, na falta de tempo para se alimentar ou preparar a alimentação, dentre outros fatores.

Freire (80) afirma que o formador deve viver a autenticidade da prática de ensinar-aprender na medida em que participa de uma experiência total, diretiva, política, ideológica, gnossológica, pedagógica, estética e ética de forma decente e seria com o assunto. Dessa maneira, o profissional de saúde, como educador, deve valorizar a nutrição em sua própria vida para abordá-la melhor com seus pacientes.

4.1.3- Eixo: inserção das atividades de educação / orientação nos serviços públicos de saúde

Boog (4) faz diferença entre orientação e educação nutricional: a primeira expressão significa o fazer de imediato às instruções propriamente ditas, as dietas com objetivos específicos e com certo rigor para horários e técnicas. Dá ênfase a metas para o controle de processos patológicos. A orientação nutricional é uma atividade emergencial e é uma tarefa, muitas vezes, atribuída a médicos e enfermeiras devido à urgência desta e por serem estes profissionais, os mais próximos aos usuários dos serviços de saúde. Já a segunda expressão volta-se para a formação de valores, para o prazer, a responsabilidade, a atitude crítica, assim como para o lúdico e a liberdade. É um trabalho contínuo, enfatizado no processo de modificar hábitos alimentares a médio e longo prazos. A educação nutricional, pela lei federal 8234/91 (ANEXO 1) da regulamentação da profissão do nutricionista, em seu inciso VII, 3º artigo, prevê que esta é uma atividade privativa do nutricionista.

Pergunta 7-

MED1: compete a todos os profissionais de saúde, família e escola. Não faz diferenciação entre os termos.

MED2: compete a uma pessoa específica.

“Ideal seria uma pessoa que se preparou né, tá, e que quê eu entendo? Se existe uma diferença? Sinceramente (pausa). Bom, grosseiramente falando, pra mim é a mesma coisa, se mostra uma ignorância minha, eu respondi.”

MED3: compete a todos profissionais de saúde que têm uma formação específica. Não faz a diferenciação dos termos também.

“A educação compete todo mundo que possui uma formação primeira, tem que ter uma formação, certa formação, eu acho que não dá pra sair orientando uma coisa que não te ensinaram, a gente vê muito isso(...). Vejo professor de educação física, às vezes, você vê que ele não tem conhecimento nenhum e sai passando dieta, suplemento, não sei o quê, acho que é temeroso.... Então assim, eu gosto de colocar assim: isso eu sei que é bom! Às vezes a pessoa vem: ah... e se eu comer isso? Isso, eu não sei se faz efeito, se vai ter aquele resultado. Então, eu acho que já foge..é quando já corre o risco! Então, a gente precisa da ajuda de um profissional, que é um nutricionista, que estudou prá aquilo ali”.

MED4: compete a todos os profissionais de saúde e também não diferencia termos.

“O que eu entendo por educação e orientação nutricional? É exatamente você ensinar uma população hábitos saudáveis de vida através da alimentação cotidiana e eu acho que compete a todo o profissional de saúde incluindo o nutricionista”.

AS: educação e orientação nutricional são diferenciadas. Além disso, define a quem compete cada uma.

“Olha, prá te falar a verdade, isso aqui me deu um nó...educação...orientação...está dentro do processo educativo, e na educação, faz parte da orientação. Então, eu acho que educação e orientação, tá mais ou menos dentro da mesma coisa. Ao mesmo processo, ta..então educação compete a todos os profissionais que vivenciam essa discussão sobre alimentação, de uma maneira mais elaborada ao profissional nutricionista, porque acho que ele tem elementos mais..é.. profundos para fazer com que ele tenha uma especificidade maior para poder aprofundar. Acho que todos profissionais de saúde podem fazer uma orientação, o aprofundamento é com o nutricionista.”

ENF1: não diferencia os termos, mas define a quem cabe cada função.

“Olha, do jeito que eu tô hoje, eu encaminharia as duas coisas pro nutricionista, eu acho que tanto uma, quanto a outra, não cabe a mim. Tem profissional prá isso. Não entendo nada, não tenho nada a ver com isso.”

ENF2: não define os termos, porém determina a quem cada um compete.

“Bem, educação é uma questão de hábito alimentar. Então, eu acho que é a equipe de saúde que tá fazendo orientação, mais especificamente o nutricionista, que eu acho que tem mais conhecimento.”

ENF3: define a educação e orientação, também determina a competência de cada uma desses processos.

“Olha, eu penso o seguinte, a educação nutricional, acho que todo mundo tinha que ter desde a escola, saber como se alimentar, quais as funções dos alimentos, pra que cada um serve. Agora, orientação, eu acho que a pessoa mais capacitada mesmo é o nutricionista. Eu penso que todas as profissões: enfermeira, médico, todo mundo na área de saúde tem noção sobre nutrição, a gente não tem uma capacidade pra tá orientando, eu então penso que isso daí cabe pro nutricionista.”

Com o questionamento dessa diferença aos profissionais, é intencionado verificar se estes discernem e valorizam estas atividades em suas atuações.

Um médico acredita ter a necessidade de uma pessoa com formação específica para realizar essas duas atividades, porém não define quem é este profissional e nem consegue distinguir tais atividades. Os outros médicos acreditam que todos os profissionais de saúde e outros sujeitos da sociedade são habilitados para executarem as duas atividades. Faz-se a ressalva de um médico que disse que esses profissionais devem ter formação específica, porém não explicou qual seria esta formação. Este médico apenas exemplificou que uma profissão não poderia exercer as atividades de orientação/educação nutricional.

Os profissionais de saúde não descreveram diferenças entre as expressões orientação e educação nutricional. Apenas um médico mostrou-se atento a necessidade de responder sobre esta diferença, apontando para seu desconhecimento sobre o assunto em sua resposta. O assistente social também percebeu uma diferenciação, porém não conseguiu defini-la. Considera-se prejuízo para prática da atividade de educação nutricional ela não ser distinguida da orientação, já que esta última, se restringe as prescrições clínicas, sem a dialogicidade e a formação de consciência crítica do usuário, ações são conseguidas com o trabalho contínuo da educação nutricional. (4)

Pergunta 8-

MED1: em sala de esperas e em visitas domiciliares.

MED2: em grupos de diabéticos.

MED3: em vários ambientes.

“Olha, hoje em dia o tempo todo se vê a quantidade de obeso que tem aqui, hipertenso que é obeso e diabético, eu acho que o tempo todo tem espaço, né. Agora a gente tem assim... eu, se eu tivesse um nutricionista, era mais uma pessoa para tá reforçando isso, sabe. Prá podê tá criando talvez alternativas pra comunidade, assim, poder se alimentar, você talvez o problema da vida deles.”

MED4: nas UBS´s e no atendimento hospitalar

AS: em todos ambientes onde se discuta saúde.

“Em todos os ambientes, nas visitas domiciliares, por exemplo, para verificar a realidade de um paciente para realizar seu tratamento, no atendimento individual e de grupos.”

ENF1: em um nível de atenção à saúde, específico.

“Na prevenção”.

ENF2: no nível básico de saúde.

“Ah....eu acho que já deveria tá atuando, principalmente prá tá dando respaldo para as equipes. Talvez, de repente não deveria ser em todas as unidades, mas pelo menos em regionais...assim a gente poderia ter a quem recorrer. ”

ENF3: em todos os níveis de saúde.

“Nos três níveis de atenção em saúde”.

Os profissionais demonstram a necessidade da presença do nutricionista na saúde, em todos os ambientes de trabalho, como é bem colocado pela opinião de um enfermeiro (três níveis de atenção). Porém, a definição da função específica do nutricionista na saúde básica parece estar ainda obscura para os profissionais de saúde e a população em geral.

Pergunta 9-

MED1: não teve problema algum que demandasse mudança alimentar, apenas conviveu com nutricionista no hospital, ainda sim, teve pouco contato.

MED2: a mãe da médica tem Mal de Alzheimer e a própria médica que promove a orientação de sua mãe.

MED3 e MED4: tiveram experiências positivas com o trabalho do nutricionista.

“Por exemplo, eu te falei do meu esposo, que é renal crônico, aí foi a nutricionista, prá justamente tá avaliando, já foge um pouquinho da gente, né. Porque aí você tem que ver a taxa de proteína, taxa disso e daquilo, né. Foi bom, ele gostou.” (MED3)

“A minha filha adoeceu e foi preciso que houvesse uma orientação com uma nutricionista, tá. Foi uma dificuldade seguir aquelas orientações, mas era necessário, né? Para controlar. Eu avalio como positivo.” (MED4)

AS: não teve experiência com nutricionista, mas tem opinião sobre sua atuação.

“Orientação foi sempre o médico, um endócrino para obeso. A orientação é válida, mas não se compara com nutricionista, se se quer coisa mais complexa.”

ENF1: não teve experiência com nutricionista e manifestou-se quanto ao trabalho do médico.

“Endocrinologista (pausa). Ah., foi bom!”

ENF2 e ENF3: não tiveram experiência com nutricionista, mas registram dificuldade com a compreensão do trabalho do médico.

“Uma prima minha precisou e recorreu até uma médica, mas também foi assim (pausa) A questão da dieta em si, foi além do que ela poderia estar fazendo. Então, levar a dieta com a realidade não foi muito bem”.(ENF2)

“Olha, minha mãe já tem história de cálculo renal, tem uns problemas já com ela. Eu lembro desde a minha infância, eu ter passado por consultas médicas, e tinha aqueles folhetinhos de dietas, não pode isso, não pode aquilo; não pode, não pode, não pode, né! Não podia umas coisas absurdas, você perde o apetite, você perde a vontade, e não olhava a dificuldade, minha mãe chorava. Só proibições! E então quem fazia, assim, era só o médico.”(ENF3)

Os nutricionistas, em sua maioria, não estão inseridos na área da saúde pública propriamente dita. Devido a essa pouca presença, os outros profissionais de saúde poderiam ter dificuldades de encontrá-los.(13)

Além disso, há um desconhecimento de todas as áreas de atuação deste profissional, já que há uma visualização por parte da sociedade em geral do nutricionista quanto sua atuação

na área clínica, em hospital e em ambulatório, e na área de alimentação coletiva em empresas privadas.(13)

4.1.4- Eixo: Espaço para educação nutricional - espaço de contradições - temas polêmicos atuais em educação nutricional

Pergunta 10-

MED1: *“Ao fator social. A desnutrição acarreta problemas como a falta de cuidados da mãe, o povo tá tão abandonado. .Esses programas serão bons”*

MED2: *“ Oh, eu acho que um grande problema é a obesidade por causa destes fast foods. Nos países pobres, até no Brasil mesmo se pudesse usar certos alimentos mais baratos, muito mais nutritivos, né, seria melhor. Mas eu acho que essas doenças ligadas a alimentação, é mesmo a obesidade e doenças coronarianas”*

MED3: *“Eu acho que as pessoas se alimentam mal, errado e a grande causa disso é a obesidade , né, a pessoa acha que tá se nutrindo, .tá é desnutrindo. Acho que tem mudar isso, eu às vezes acho que isso tem que começar na escola, prá quando começar a aprender a ler, já aprender o que é alimentação.”*

MED4: *“Eu atribuo aos excessos, tá., a contaminação dos alimentos,a agrotóxicos tá. É uso de,.basicamente, fast foods, ta .Isso é um problema sério que a juventude tem se acomodado, não tem feito uma alimentação saudável. E o que eu sugiro? Eu sugiro que a mídia é um veículo bom, mas nós temos que trabalhar isso na base, tá, com a própria comunidade, com a mudança de atitude, com conversa, com conselho. Isso só vai acontecer com trabalho contínuo. ”*

AS: *“Come-se pela boca e pelo olho e não com informação necessária preservar a saúde. É preciso investir mais na profissão de nutrição. Para mudar os hábitos alimentares é*

preciso que o governo invista nas políticas que clareassem mais a importância do profissional e sua necessidade.”

ENF1: *“Eu acho que é falta de educação da população, a falta de educação, no sentido como posso colocar isso, com relação aos hábitos alimentares, porque tá aí o aumento dos casos de doenças crônico-degenerativas, porque não tem prevenção.”*

ENF2: *“A educação nutricional tem que começar na escola”*

ENF3: *“Olha só...o projeto de mudança de padrão é interessante, mas não adianta você ensinar só prá criança na escola, na base, o que ela tem que se alimentar, se ela chega em casa e não tem o que comer. Então você vai conseguir reverter, no momento em que as pessoas tiverem renda, associar a orientação com a renda , com a renda adequada para ela poder seguir também, porque se não, não adianta.”*

Pergunta 11-

MED1:*“Nutricionista tem que atuar diretamente com o usuário, dá maior credibilidade.”*

MED2, MED3 e MED4:

“Primeiro porque a gente já fica com tudo, você vai lá capacita, eu acho que deveria ter pelo menos um serviço de referência, pelo menos para alguns. Igual você tem uma família que é toda obesa, se você não tem uma coisa de choque ali, não vai ter jeito ”. (MED3)

“Vai ajudar bastante, eu tenho quase certeza de que isso vai ter que ser aprofundado mais, que o nutricionista vai ter que atuar mais próximo da comunidade”.(MED4)

AS: *“Pode contribuir, melhorar o que tem hoje. Eu acho mais um passo interessante (pausa)..Ampliar os profissionais na atenção básica, porque cada um tem uma maneira de trabalhar e melhorar a saúde do usuário”*

ENF1: *“Não! Tem justificativa: você não tem tempo, no serviço público, você não tem de fazer a função do outro, não tem como.”*

ENF2: *“A partir do momento que o profissional tem o conhecimento em relação aos hábitos alimentares, ele pode tá exercendo um né(..) reproduzindo isso para a comunidade. Então isso evitaria, né, evitaria principalmente doenças cardíacas, né, crônico-degenerativas, um dos fatores determinantes aí, é a alimentação ”*

ENF3: *“Olha, eu acredito que possa mudar o perfil, mas nada melhor que o próprio nutricionista atuando com o usuário. Se não, eu acho que fica muito, eu diria, como a brincadeira do telefone sem fio. Eu passo primeiro a informação, eu assimilo da minha forma, repasso para o usuário, vai assim, a gente vai acabar adequando a nossa realidade. O nutricionista faz de uma maneira, faz de forma, faz uma receita alternativa, que por mais que a gente tenha capacitação, não vai ser completa, vai ser mais educação, mais noção. Então esse programa auxilia, mas acho que a longo prazo assim, isso não é resolução.”*

Os profissionais de saúde fazem consideração acerca da transição epidemiológica e nutricional e da necessidade de se implementar medidas governamentais para se conter o quadro de aumento das taxas de prevalências de sobrepeso e obesidade. Acatam o programa do governo Brasil Saudável e suas definições. Há ressalvas para três profissionais que questionam a efetividade da ação destes programas devido a não atuação direta do nutricionista.

A transição epidemiológico-nutricional a que muitos países estão sendo submetidos exigem o desenvolvimento de ações para a prevenção de doenças crônico-degenerativas para a melhoria da qualidade de vida. A implementação do Brasil Saudável tenta responder a essa demanda.

Muito se tem discutido acerca desse programa, com material disponível em sites (meio eletrônico), em campanhas nas emissoras de TV e de rádio. Já houve a implementação de

campanhas sobre a alimentação saudável e combate ao fumo, porém a efetivação da participação de profissionais, como a educadores físicos e nutricionistas, para atuarem nele, ainda não se deu, por falta de determinação dos governos federal e municipal em suas políticas.

4.2- Resultados dos questionários aplicados aos usuários

As perguntas do questionário dos usuários serão colocadas e abaixo serão apresentados os dados nas tabelas e as discussões acerca destes.

Tabela 1- Sexo dos usuários:

	Frequência	Porcentagem
Masculino	59	19,28
Feminino	247	80,72
Total	306	100,00

Fonte: Elaboração a partir da coleta dos dados do questionário aplicado aos usuários.

A demanda de atendimentos na UBS Marumbi em 80,72% é da população feminina. Essa população tem programas específicos que a atende, como: grupo educativo do climatério, consultas de gestação e de puerpério, além de outros tipos de atendimentos gerais.

Tabela 2- Idade dos usuários, apresentada em faixas etárias:

	Frequência	Porcentagem
18 a 24 anos	39	12,75
25 a 34 anos	65	21,24
35 a 44 anos	43	14,05
45 a 54 anos	60	19,61
anos ou mais	99	32,35
Total	306	100,00

Fonte: Elaboração a partir da coleta dos dados do questionário aplicado aos usuários.

A faixa etária que mais procura a UBS é a de 55 anos ou mais, com 32,35%. Essa população demanda maior número de procedimentos na atenção básica devido a maior presença de doenças crônico-degenerativas com o avançar da idade.

Tabela 3- Queixa principal definida como: doença ou motivo que levou o usuário à UBS:

	Frequência	Porcentagem
Pressão alta	94	30,72
Acompanhar paciente pediátrico	37	12,09
Acompanhar paciente adulto	19	6,21
Diabetes	15	4,90
Preventivo	14	4,58
Pegar remédio	13	4,25
Mostrar exame	11	3,59
Pré-natal	10	3,27
Pressão Alta/Diabetes	10	3,27
Depressão	7	2,29
Problemas neurológicos	6	1,96
Marcar consulta	5	1,63
Problemas cardíacos	5	1,63
Vacinar filho	5	1,63
Outros	55	17,97
Total	306	100,00

Fonte: Elaboração a partir da coleta dos dados do questionário aplicado aos usuários

A definição dos itens dessa tabela foi realizada a partir das próprias respostas dos usuários. As queixas principais que mais levaram os usuários foram doenças crônico-degenerativas, tais como a hipertensão em 30,7% das respostas; a hipertensão associada com o diabetes em 3,3% e a diabetes em 4,9%.

Os motivos apresentados com mais frequência foram o acompanhamento de pacientes pediátricos e adultos em 12,1% e 6,2% da população, respectivamente, e o atendimento pré-natal em 3,3% da população

Tabela 4- Apresentação das doenças e dos motivos que foram definidos como outros na tabela anterior:

	Frequência	Porcentagem
Dor nas costas	4	1,31
Problema de pele	4	1,31
Dor de garganta	3	0,98
Gripe	3	0,98
Marcar exame	3	0,98
Problema de intestino	3	0,98
Problema urológico	3	0,98
Puerpério	3	0,98
Colesterol alto	2	0,65
Menopausa	2	0,65
Trombose	2	0,65
Bronquite	1	0,33
Conjuntivite	1	0,33
Curativo	1	0,33
Dor de cabeça	1	0,33
Dor de dente	1	0,33
Dor na coluna	1	0,33
Dor no joelho	1	0,33
Dores no corpo	1	0,33
Gastrite	1	0,33
Glicose alta	1	0,33
Gota	1	0,33
Micose	1	0,33
Mordida de cão	1	0,33
Não quis responder	1	0,33
Osteoporose	1	0,33
Pressão Alta/Gravidez	1	0,33
Reunião da dengue	1	0,33
Tendinite	1	0,33
Tomar injeção	1	0,33
Torção de pé	1	0,33
Tosse	1	0,33
Tratamento de câncer	1	0,33
Triglicérides alto	1	0,33
Total	55	17,97

Fonte: Elaboração a partir da coleta dos dados do questionário aplicado aos usuários.

Pergunta 1-

Tabela 5- Meios de obtenção de informações sobre alimentação pelos usuários:

	Frequência	Porcentagem
Em revistas e televisão	109	35,62
Com nutricionista	14	4,58
Com médico	109	35,62
Com familiares e amigos	52	16,99
Nenhum	22	7,19
Total	306	100,00

Fonte: Elaboração a partir da coleta dos dados do questionário aplicado aos usuários

Os dados estatísticos obtidos apontam que 35,62% das pessoas procuram informações sobre alimentação com o médico. A mesma porcentagem procura obter estas informações nas revistas e televisão. O nutricionista só foi citado por 14 usuários. Este profissional não está inserido na atenção básica do município.

Almeida et al.(81) afirmam que a TV tem influenciado muito os hábitos alimentares e promovido o sedentarismo. Na pesquisa verifica-se que de 1395 anúncios de produtos alimentícios veiculados, 57,8% deles estão no grupo das gorduras, óleo, açúcares e doces. Há a completa ausência de frutas e vegetais.

O item “nenhum” foi assinalado quando o usuário respondia que não tinha interesse de obter informações sobre alimentação.

Pergunta 2-

Tabela 6- Interferência da alimentação na qualidade de vida

	Frequência	Porcentagem
Sim	297	97,06
Não	9	2,94
Total	306	100,00

Fonte: Elaboração a partir da coleta dos dados do questionário aplicado aos usuários

A alimentação é considerada um fator que interfere na qualidade de vida de 97,06%. Há de se considerar a porcentagem elevada dos usuários que tem essa opinião e a inexistência de um serviço específico de nutrição na atenção básica do município.

Pergunta 3-

Tabela 7- Conhecimento sobre alimentação dos usuários:

	Frequência	Porcentagem
NENHUM	30	9,80
Razoável	162	52,94
Muito	20	6,54
Suficiente	94	30,72
Total	306	100,00

Fonte: Elaboração a partir da coleta dos dados do questionário aplicado aos usuários

Mais da maioria dos usuários (52,94%) acha que tem conhecimento razoável sobre alimentação. Por outro lado, a menor porcentagem destes, afirma saber muito sobre alimentação (6,5%).

Verifica-se que a porcentagem de usuários quando obtêm informações sobre alimentação com médicos e a com a TV. É importante salientar que a TV, atualmente, veicula muitas informações acerca da alimentação, à tarde e noite durante a semana, que são os

horários e dias mais assistidos, propagandas de preparações gordurosas e ricas em carboidratos refinados.(81)

Pergunta 4-

Tabela 8- Profissional (is) na UBS lhe (s) deu ou deram informação sobre alimentação:

	Frequência	Porcentagem
Assistente social	14	4,6
Dentista	10	3,6
Médico	150	49
Enfermeiro	8	2,6
Outros profissionais	8	2,6
Nenhum	116	37,9
Total	306	100,00

Fonte: Elaboração a partir da coleta dos dados do questionário aplicado aos usuários

As informações sobre alimentação para 49 % dos usuários foram transmitidas pelo médico. Em seguida, percebemos que 4,6% dos usuários receberam essas informações pelo assistente social. Este profissional de saúde trabalha em grupos educativos abordando alimentação.

O dentista, profissional que não está na equipe desta unidade, foi também colocado como um profissional de saúde que contribuía com informações sobre alimentação. O enfermeiro e outros profissionais se igualam em porcentagens e são lembrados por 2,6% dos usuários.

O item “nenhum” representa opiniões de pessoa que não receberam informações sobre alimentação ou não se interessaram por ela.

Boog (4) afirma que a dificuldade de médicos e enfermeiros tem dificuldades de abordar a nutrição em atendimentos devido à formação deficiente quanto nesse assunto, falta

de parâmetros para verificar os problemas alimentares e discerni-los de problemas econômicos dentre outras observações.

Pergunta 5-

Tabela 9: Opinião dos usuários sobre as informações recebidas sobre alimentação na UBS:

	Frequência	Porcentagem
Sim	181	95,26
Não	9	4,74
Total	190	100,00

Fonte: Elaboração a partir da coleta dos dados do questionário aplicado aos usuários

Apenas 9 pessoas disseram não estar satisfeitos com as informações sobre alimentação. Há de se considerar o constrangimento da resposta negativa, já que o usuário pode temer alterações de seu tratamento por retaliação a crítica feita com a resposta negativa.

O universo é de 190 pessoas, pois algumas pessoas não responderam a pergunta. Já que ela não se aplicava, se o usuário tivesse respondido “nenhum” na pergunta anterior.

Pergunta 6-

Tabela 10 – Tratamento para a doença segundo usuários:

	Frequência	Porcentagem
Só medicamentos	40	13,07
Medicamentos e alimentação	254	83,01
Só alimentação	12	3,92
Total	306	100

Fonte: Elaboração a partir da coleta dos dados do questionário aplicado aos usuários

Para 83,01% dos usuários a utilização de medicamentos e alimentação é importante para o tratamento da doença. Considerando-se que a maior frequência de doenças

apresentadas são hipertensão e diabetes, sejam associadas ou não. Tem-se que grande número de usuários preocupa-se com o controle de suas patologias, que deve ser feita com a utilização de fármacos e alimentação saudável em quantidade e qualidade nutricional.

Pergunta 7-

Tabela 11- Conhecimento dos usuários sobre o nutricionista:

	Freqüência	Porcentagem
Sim	70	22,88
Não	236	77,12
Total	306	100,00

Fonte: Elaboração a partir da coleta dos dados do questionário aplicado aos usuários

Apenas 22,88% dos usuários conhecem o nutricionista, sugere-se que a falta deste profissional na rede pública de saúde colabore para o desconhecimento desta profissão.

Pergunta 8-

Tabela 12- O problema da alimentação para o usuário:

	Freqüência	Porcentagem
Econômico	68	22,22
Educacional	59	19,28
Ambos	179	58,50
Total	306	100,00

Fonte: Elaboração a partir da coleta dos dados do questionário aplicado aos usuários

O problema da alimentação é econômico para 22,2 % dos usuários e 19,3% acham que é educacional. Considera-se a população bem dividida quanto aos problemas que interferem na alimentação dos usuários.

5- CONCLUSÕES

As opiniões dos profissionais de saúde e de usuários do serviço público de saúde obtidas nas entrevistas apontaram para a necessidade reestruturação da atividade de educação nutricional nos serviços de saúde, já que não se constitui em programa definido quanto à forma de ser realizada. Todos os profissionais afirmam a importância da alimentação para a saúde de si próprios e de seus clientes, e 97% dos usuários consideraram a alimentação como um fator interferente na qualidade de vida.

A nutrição esteve presente na grade curricular de apenas um profissional de saúde, uma enfermeira. Para os outros profissionais, o assunto abordado de maneira fragmentada e, às vezes, displicente, não chegando a ser lembrado. Já para a assistente social esta disciplina ou assunto não existiu. Neste contexto, percebe-se a necessidade dos profissionais sanarem suas dificuldades de abordagem da nutrição nos seus atendimentos, por meio da aquisição de mais informações sobre o assunto. Com as entrevistas, obteve-se que estas informações advêm de meios não científicos na sua quase totalidade e em conversas com os próprios colegas de trabalho.

A atividade de educação nutricional tem sido executada nos atendimentos individualizados e/ou em grupos. Esta não foi bem definida por nenhum dos profissionais, e apenas dois deles (o assistente social e um médico) se atentaram para o fato da diferenciação da orientação e da educação nutricional. Há de se levantar considerações acerca da execução da atividade de educação nutricional por quase todos profissionais, já que apenas um profissional não a executa por não abordar a nutrição em seus atendimentos.

A transição nutricional traz à tona a necessidade da prática da educação nutricional como recurso para a promoção e recuperação da saúde. O profissional habilitado

para sua execução, o nutricionista, não se apresenta devidamente inserido na atenção básica à saúde. Questionando-se sobre a necessidade de inserção desse profissional na saúde pública, a resposta positiva foi unânime. Há de haver a luta da classe dos nutricionistas empenhando-se na busca da ocupação deste espaço.

O aumento das prevalências de sobrepeso e obesidade juntamente com o problema da desnutrição foi suscitado por todos os profissionais de saúde. Abordando-se sobre a implantação do Brasil Saudável, três dos oito profissionais, sendo um de cada área, não acreditam na efetivação deste programa, já que na sua concepção, o nutricionista não atuará diretamente como os usuários. Apenas 22,9% dos usuários conhecem o nutricionista, já que esse profissional não está inserido na saúde primária neste município.

Os usuários demonstraram interesse em informações sobre alimentação, embora se declararam satisfeitos com aquelas obtidas na UBS. A porcentagem de 37,9% de usuários que disseram não ter recebido nenhuma informação acerca do assunto por qualquer profissional, foi impedida de emitir parecer sobre a qualidade desse atendimento. A educação nutricional se faz mister nos atendimentos dos profissionais de saúde para o oferecimento de informações sobre alimentação toda a população local.

Por meio deste trabalho, a educação nutricional pôde ser discutida com os diversos profissionais de saúde e também usuários. A discussão incitada abre precedente para outras futuras pesquisas sobre o tema educação e sua importância social.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Rev. Nutr., Campinas**, vol.15, n.2 : 127-138, maio/ago., 2002.
- 2- BATISTA FILHO, M. e RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, vol.19, supl.1, p.181-91. 2003.
- 3- Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao>. Acesso em : 12/12/2005.
- 4- BOOG, M. C. F. **Educação Nutricional em serviços públicos de saúde: busca de espaço para ação efetiva**. Tese de Doutorado : Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 298p. 1996.
- 5- FISCHLER, C. “Food, self and identity” In: **Social Sciences Information**, v. 27, n2. p. 92-275. 1988
- 6- DANIEL, J.M.P., CRAVO, V.Z. O valor social e cultural da alimentação. **Boletim de Antropologia**, v.2, n.4, p.70-83, 1989.
- 7- PEDRAZA, D. F. Padrões Alimentares : da teoria à prática, o caso do Brasil. **Revista Virtual de Humanidades**, n. 9, v. 3, jan./mar, 2004
- 8- KRAUSE, M. V. **Alimentos, nutrição e dietoterapia: o cuidado nutricional**. São Paulo: Rocca, 1998.
- 9- AZUAYA, A. L. et al. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. **Revista Estudos Avançados**, vol.17, n.48, 2003.
- 10- VASCONCELOS, F. A. G. Origem e conformação do campo da nutrição em saúde pública em Pernambuco: uma análise histórico-estrutural. **Rev. Nutr., Campinas**, n.14 (suplemento): p.13-20, 2001.

- 11- VASCONCELOS, F.A. G. Um perfil do nutricionista em Florianópolis - Santa Catarina. **Rev Ciênc Saúd**; vol.10 , p.73-86, 1991.
- 12- MOTTA, D. G., BOOG, M. C. F. **Educação nutricional**. 2a ed. São Paulo: IBRASA; 1988.
- 13- GAMBARDELLA, A. M. D, FERREIRA, C. F., FRUTOSO, M. F. P. Situação profissional de egressos de um curso de Nutrição. **Rev. Nutr.**; Campinas, vol.13, n.1, p. 37-40, 2000.
- 14- OLIVEIRA et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, Campinas, vol. 15, n.3, p.255-66, set./dez., 2002.
- 15- MACHADO, M.H. (Coord.) **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final**. Brasília : Ministério da Saúde,. 146p, 2000.
- 16- BRASIL: Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde: **Informe Epidemiológico do SUS. Evolução temporal das doenças de notificação compulsória no Brasil de 1980 a 1998**. Brasília, 1999. 43p.
- 17- BOOG, M. C F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares.**Rev.Nutr.Campinas**,12(3): 261-272, set./dez., 1999.
- 18- LIMA et al. Educação nutricional: da ignorância alimentar à representação social na pós-graduação do Rio de Janeiro (1980-98). **Rev História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 10, n.2, p. 603-35, maio-ago, 2003.
- 19- VALENTE, F. Em busca de uma educação nutricional crítica. In: VALENTE, F. **Fome e desnutrição: determinantes sociais**. São Paulo: Cortez; 1986.

20- LIMA, E. S. **Mal de fome e não de raça: gênese, constituição e ação política da educação alimentar, 1934-1946.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

21- Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 1995/1996). Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/default.shtm>> Acesso em 12/12/2005.

22- Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2002/2003) Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/default.shtm>> Acesso em 12/12/2005.

23- BELIK, W; SILVA, J. G; TAKAGI, M. Políticas de combate à fome no Brasil. **São Paulo Perspec**, vol.15,n.4, São Paulo, oct/dec, 2001..

24- SANTOS, L. A. S **Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis** Rev. Nutr.Campinas,vol.18, n.5, p.681-92, set./out., 2005.

25- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN). Disponível em: <drt2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/pesquisanascsaudenutricao.pdf> Acesso em 17/12/2005

26- BOOG, M.C.F. **Educação nutricional: por que e para quê?** Jornal da UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas, 2 de agosto de 2004

27-Lei Orgânica da Saúde 8080, de 19/09/1990. Disponível em <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>> . Acesso: 27/12/2005

28- Ministério da Saúde – **PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição**, Brasília: 2000.

29- Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais (ICCN). Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/iccn.php> sobre iccn > . Acesso em : 25/12/2005

- 30- Portaria do Bolsa-Alimentação: <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/ba.php>>. Acesso em 31/01/2006.
- 31- Programa Fome Zero. Disponível em: <<http://www.fomezero.gov.br/exec/capa.aspx>> Acesso em 31/01/2006
- 32- Bolsa-Família. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/bolsafamilia01.asp> . Acesso em 31/01/2006
- 33- Entrevista de Fátima Carvalho, Coordenadora da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/em_questao/.questao/ent12. > Acessado em 4/01/2006.
- 34-Avaliação do Programa Bolsa - Alimentação - 2ª fase. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/ba.php>>. Acesso em 31/01/2006
- 35- Deficiência de iodo. Disponível em : <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao>. Acesso em: 12/12/2005.
- 36-ESCODA, M. S. Q. Bócio Endêmico; In: Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais: **A Determinação Social da Fome e a Intervenção do Estado**, Cap. II (mimeo). UFRN, 1989. Revisão 8/2000.
- 37- Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao>. Acessado em : 12/12/2005.
- 38- MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; SOUZA, A. L. M. e POPKIN, B. M. Da desnutrição para a obesidade: A transição nutricional no Brasil. In: **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil : A Evolução do País e de suas Doenças** (C. A. Monteiro, org.), p 247-55, São Paulo: Editora Hucitec, 1995.
- 39- SUELI, R.T. **Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundancia. Instituto de Materno Infantil de Pernambuco**. Série: Publicações Científicas do Instituto de Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), n.2. Recife, 2001

- 40- WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: 276p, 1997.
- 41- SILVA, M.V. Mudanças dos hábitos alimentares da população brasileira. **Alimentação e Nutrição**, v 18, p. 40-9, 1998.
- 42- BLEIL, S. I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre mudanças de hábitos no Brasil. **Caderno de debate**. São Paulo: v6.1-25.1998.
- 43- CAROBA D. C. R. **A escola e o consumo alimentar de adolescentes matriculados na rede pública de ensino**. Dissertação de Mestrado-Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo. 162p, Piracicaba, 2002.
- 44- MONTEIRO, C. A. **A fome diminui, mas nutrição piora**. Entrevista na folha de São Paulo. C 4, 17 de dezembro de 2004.
- 45- BERTAZZI, R. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução de 1974-2003 . **Rev. Saúde Pública**;vol. 39, n. 4, p.530-40., 2005
- 46- Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Disponível em: <<http://www.crn2.org.br> >. Acesso em 23/01/2006.
- 47- Programa Brasil Saudável, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias>>. Acesso em: 28/12/2005
- 48- SAHYOUN, N. R. Nutrition education for the healthy elderly population: Isn't it time? **J Nutr Educ Behav**, n. 34, Suppl 1: p.42-7, 2002.
- 49- GALISSA, M. S., BISCOLLA, M. O. M , MOREIRA, V. Análise de eficiência de um programa de educação nutricional. **Mundo da saúde**, n.20, p. 203-21, 1996.
- 50- COPPARD L. La autoatención de la salud y los ancianos. **In: Organización Panamericana de la Salud. Hacia el bienestar de los ancianos**. Washington DC; 1985. (OPS-Publicación científica,492).

- 51- QUINTERO, M. O. El autocuidado. In: **ANZOLA PÉREZ, E., GALINSKY, D., MORALES MARTINEZ, F., SALAS, A. R., SÁNCHE AYÉNDEZ, M. La atención de los ancianos: un desafíos para los años noventa.** Washington, DC: OPS, 1994, 546p.
- 52- VALLA, V. V. **Saúde e Educação.** Rio de Janeiro: Editora DP&A, 2000.
- 53- STOTZ, E. N. & VALLA, V. V.. Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: **Educação, Saúde e Cidadania (E. N. Stotz & V. V. Valla, org.),** p.99-123, Petrópolis: Editora Vozes, 1994
- 54- Lei Federal nº 8234/91 da regulamentação da profissão do nutricionista. Disponível em <http://www.crn4.org.br/id_aatuacao.htm>
- 55- ARANCETA, B J. Educación nutricional. In: **SERRA MAJEM, L.1.; ARANCETA BARTRINA, J; MATAIX VERDÚ J. Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones.** Barcelona: Masson; p.66-72, 1995.
- 56- CONTENTO, I; BALCH, G. I.; BRONNER, Y.L.; PAIGE, D. M; GROSS, S. M., BISIGNANI, L, et al. The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition policy, programs and research: a review of research. **J Nutr Educ**, vol.27, n.6, p. 285-415, 1995
- 57- GOUVEIA, E. L. C. **Nutrição: saúde e comunidade.**2ª ed. Rio de Janeiro:Revinter; 1999.
- 58- MOTTA, C. B. S. Educação nutricional: uma necessidade básica? **Alimentação e Nutrição**, n.6, p.25-6, 1985.
- 59- JORGE, T. C.; PERES, S. P. B. Elaboração de recursos pedagógico-nutricionais para o programa de educação nutricional. **Revista Nutrição Brasil.** p.211-18, jul/ago, 2004

- 60- DE ANGELIS, R. C. **Importância de alimentos vegetais na proteção da saúde: fisiologia da nutrição protetora e preventiva de enfermidades degenerativas**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- 61- BOOG, M. C. F. Educação nutricional: Passado, presente, futuro. **Rev.Nutr.**, n.10, p.5-19, 1997.
- 62- CERVATO, A. M. , JORGE, M I E, GOMES, A L C. Bases teóricas para a prática da educação nutricional. **Nutrição em Pauta**;vol.67, p.127,2004.
- 63- YUDKIN J. Objectives and methods in nutrition education- let's start again. **J Hum Nutr**;vol.35, p.205-13, 1981
- 64- População brasileira. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 22/01/2006.
- 65- Saúde em Juiz de Fora: Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br>. Acesso em 24/01/2006.
- 66- Resolução sobre a função e número de profissionais: CFN 380/2005. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/inicial/resolucoes4.htm>>. Acesso em 24/01/2006.
- 67- Resolução sobre merenda escolar CFN 358/2005. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/inicial/resolucao_358.pdf>. Acesso em 24/01/2006.
- 68- Educação em Juiz de Fora. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br>. Acesso em 24/01/2006.
- 69- MINAYO, M. C. S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, p22, 1999
- 70- LÜDKE, M., ANDRÉ. M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas..** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, p33-8,1986.
- 71- BARDIN. L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, edições 70, p225, 1977.

72- SANTOS FILHO, J.C. dos, GAMBOA, S.S. **Pesquisa Educacional: quantidade – qualidade**. 3 ed. São Paulo: Cortez, p51.

73- Apostila SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versão 11.

74- SILVA, J. M. e SILVEIRA, E. S. **Apresentação de trabalhos acadêmicos: normas e técnicas**. 2 ed. Juiz de Fora: Juizforana ,2003

75- BOUCINHAS, J.C. e BEZERRA, L.G. O ensino da nutrição a nível de graduação nos cursos de medicina no Brasil. **Alimentação e Nutrição**, n.50, p.48-2,1980.

76- Regulamentação da Profissão de Assistente Social (Lei nº 8662 de 07/07/93), nos Princípios e Diretrizes das Leis: 8080 de 19.09.1990 ;8142 de 28.12.1990 (SUS) e 8.742 de 07.12.1993 (LOAS).Disponível em < <http://www.hu.ufsc.br/~social/diretrizes.htm>>

77- MORIN, E. **Os sete saberes necessários a educação do futuro**.São Paulo: Editora Cortez, p.22; n.50,2001

78- PAIM, J.M. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e promoção da saúde. Disponível em <[http:// www.anvisa.gov.br/ dr institucional /snvs/coprh/ seminário/modelo.htm](http://www.anvisa.gov.br/dr_institucional/snvs/coprh/seminário/modelo.htm)>.Acesso em : 28/01/2006.

79- SOARES, F.P.T.P. **Abordagem de nutrição no curso de graduação de médicos residentes de cirurgia: subsídios para o ensino**. Tese de Mestrado: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2001.

80-FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia - saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, p26, 1996.

81-ALMEIDA, S. S., NASCIMENTO, P. C .B. D, QUAIOTI, T. C. B. Amount and quality of food advertisement on Brazilian television. **Rev. Saúde Pública**, Jun. 2002, vol.36, no.3, p.353-55.

**APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Profissional

As informações que se seguem estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária em uma pesquisa. O objetivo principal desta é investigar seus conhecimentos em relação à nutrição e alimentação, e a sua aplicação no cotidiano profissional. A pesquisa visa analisar qualitativamente o conhecimento dos profissionais de saúde que atendem nesta Unidade Básica de Saúde (UBS), da cidade de Juiz de Fora/MG e é intitulada como “Implementação da educação nutricional em serviço público de saúde: seu impacto na promoção e recuperação da saúde do usuário”.

O presente estudo é realizado pela pesquisadora Wanessa Françoise da Silva Aquino, nutricionista, graduada na Universidade Federal de Viçosa-MG e aluna do Curso de Especialização de Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora- MG.

A metodologia para a obtenção de dados consiste em utilizar formulários, cujas respostas serão indicadores que levarão a pesquisadora ao cumprimento do objeto principal do estudo em questão.

Os participantes da pesquisa serão incluídos na pesquisa de acordo com os seguintes critérios: -ser profissional de saúde de nível superior (enfermeiros, assistentes sociais, médicos, dentre outros); -atuar nesta UBS, como funcionário efetivo ou contratado, tendo a formação específica na área de atuação.

A exclusão do participante da pesquisa se dará por manifestação escrita ou falada.

O pesquisador garante que não há riscos de qualquer natureza (moral, físico ou financeiro) para os participantes desta pesquisa e que, portanto, não haverá indenização para eles.

O participante tem a garantia de que, em qualquer etapa do estudo, terá acesso ao pesquisador responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Podendo encontrá-la no endereço residencial: Av. Barão do Rio Branco, 1903/1202, centro, nesta mesma cidade, ou pelo telefone: (32)9925-8405.

É garantida a liberdade de retirada do consentimento dos participantes, sem prejuízos ou penalidades para o mesmo, a qualquer momento.

As informações obtidas com a aplicação dos formulários serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação dos mesmos. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer etapa do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma delas será entregue para o participante e outra será retida com o pesquisador.

Caso seja necessário obter mais informações sobre a pesquisa, o participante poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, no endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa- Campus Universitário s/n, telefone: 3229-3788, em horário comercial, durante a semana.

Acreditando ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou do que foi lido para mim sobre a descrição do estudo, estando claros para mim quais são os propósitos do estudo e as suas garantias de confiabilidade e de esclarecimento, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante: -----

Nome : -----

RG Nº : -----

Endereço: -----Tel-----

Assinatura da pesquisadora: -----

Nome: Wanessa Françoise da Silva Aquino – RG nº MG12878724

APÊNDICE 2- QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Questionário para os profissionais de saúde

- 1-No seu curso de graduação houve a disciplina “Nutrição” ou esse assunto foi abordado em outra disciplina?
- 2-Como você elaborou o conhecimento de nutrição que você tem hoje?
- 3-Em caso de necessidade de informações complementares para o exercício de suas atividades profissionais, a que/quem você recorre?
- 4-Até que ponto você acredita que as questões relativas à nutrição e alimentação têm relação com o exercício de sua profissão?
- 5-Como você aborda as questões relativas à alimentação e nutrição em seus atendimentos?
- 6-Como você vivencia os conceitos adquiridos de nutrição e alimentação em seu cotidiano pessoal?Quais as dificuldades para segui-los?
- 7-O que você entende por educação e orientação nutricional?A quem compete cada uma dessas atividades?
- 8- Em qual momento do cotidiano de serviço público de saúde haveria espaço para o nutricionista atuar?
- 9-Quando você ou alguém de sua família teve algum problema que demandasse alteração no padrão alimentar, quem orientou?Como você avalia a orientação recebida?
- 10-Vários projetos e ações governamentais no Brasil e no mundo vem orientando sobre a mudança no padrão alimentar para a promoção e recuperação da saúde.A que você atribui os crescentes aumentos de casos de doenças ligadas à alimentação?O que sugere para revertelas?
- 11-Considerando a estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde (Projeto Brasil Saudável) em que o nutricionista capacita os demais profissionais de saúde, mas não atua diretamente com o usuário, você acredita que essa ação pode mudar o perfil epidemiológico das doenças da alimentação?

**APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS
USUÁRIOS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Usuário

As informações que se seguem estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária em uma pesquisa. O objetivo principal desta é investigar seus conhecimentos sobre nutrição e alimentação e o impacto das informações oferecidas pelos profissionais de saúde sobre esse tema na promoção e recuperação de sua saúde. A pesquisa visa verificar qualitativamente o conhecimento dos usuários que compõem a área de abrangência desta Unidade Básica de Saúde (UBS), da cidade de Juiz de Fora/MG e é intitulada como “Implementação da educação nutricional em serviço público de saúde: seu impacto na promoção e recuperação da saúde do usuário”.

O presente estudo é realizado pela pesquisadora Wanessa Françoise da Silva Aquino, nutricionista, graduada na Universidade Federal de Viçosa-MG e aluna do Curso de Especialização de Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.

A metodologia para a obtenção de dados consiste em utilizar formulários, cujas respostas serão indicadores que levarão a pesquisadora ao cumprimento do objeto principal do estudo.

Os participantes da pesquisa serão incluídos na pesquisa de acordo com os seguintes critérios:
- ser usuário do serviço de saúde da área de abrangência desta UBS .
- ter idade superior a 18 anos.

A exclusão do participante da pesquisa se dará por manifestação escrita ou falada.

O pesquisador garante que não há riscos de qualquer natureza (moral, físico ou financeiro) para os participantes desta pesquisa e que, portanto, não haverá indenização para os mesmos.

O participante tem a garantia de que, em qualquer etapa do estudo, terá acesso a pesquisadora responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas, podendo encontrá-la no endereço residencial: Av. Barão do Rio Branco, 1903/1202, centro, nesta mesma cidade, ou pelo telefone: (32)9925-8405.

É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento, podendo o participante deixar a pesquisa, sem prejuízos ou penalidades para o mesmo.

As informações obtidas com a aplicação dos formulários serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação dos mesmos. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer etapa do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma delas será entregue para o participante e outra será retida com o pesquisador.

Caso seja necessário obter mais informações sobre a pesquisa, o participante poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, no endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa - Campus Universitário s/n, telefone: 3229-3788, em horário comercial, durante a semana.

Acreditando ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou do que foi lido para mim sobre a descrição do estudo, estando claros para mim quais são os propósitos destes e as suas garantias de confiabilidade e de esclarecimento, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante: -----

Nome : -----

RG Nº : -----

Endereço: -----Tel-----

Assinatura da pesquisadora: -----

Nome: Wanessa Françoise da Silva Aquino – RG nº MG1287878724

APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS

Número:

Sexo:

Idade:

Queixa principal:

1- Onde você busca informações sobre alimentação?

Em revistas e televisão ()

Com nutricionista ()

Com médico ()

Com familiares e amigos ()

2- Você acredita que a alimentação interfere na qualidade de vida?

Sim ()

Não ()

3- Qual o seu conhecimento sobre alimentação?

Nenhum ()

Razoável ()

Muito ()

Suficiente ()

4- Qual(is) profissionais na UBS lhe(s) deu ou deram informação sobre alimentação?

Assistente social ()

Dentista ()

Médico ()

Enfermeiro ()

Outros profissionais ()

5- Você acredita que as informações recebidas na UBS foram suficientes para melhorar sua doença?

Sim ()

Não ()

6- O que você precisa para tratar sua doença?

() Só medicamentos

() Medicamentos e alimentação

() Só alimentação

7- Você conhece algum nutricionista?

() Sim

() Não

8- Você acha que o problema da alimentação é:

() Econômico

() Educacional

() Ambos

APÊNDICE 5- CRITÉRIOS PARA A TRANSCRIÇÃO

Cr terios para a transcri o das entrevistas

(pausa): quando o entrevistado parava de falar alguns instantes, estava pensando.

(...): o entrevistado n o completava a frase, houve interrup o por dificuldade de abordar o assunto ou por intercorr ncia.

ANEXO 1 - LEI Nº 8.234, DE 17 DE SETEMBRO DE 1991

LXXXIX

LEI Nº 8.234, DE 17 DE SETEMBRO DE 1991

Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º - A designação e o exercício da profissão de Nutricionista, profissional de saúde, em qualquer de suas áreas, são privativos dos portadores de diploma expedido por escolas de graduação em nutrição, oficiais ou reconhecidas, devidamente registrado no órgão competente do Ministério da Educação e regularmente inscrito no Conselho Regional de Nutricionistas da respectiva área de atuação profissional.

Parágrafo Único - Os diplomas cursos de equivalentes, expedidos por escolas estrangeiras iguais ou assemelhadas, serão revalidados na forma da lei.

Art. 2º - A carteira de identidade profissional, emitida pelo Conselho Regional de Nutricionistas da respectiva jurisdição é, para quaisquer efeitos, o instrumento hábil de identificação civil e de comprovação de habilitação profissional do nutricionista, nos termos da Lei nº. 6.206, de 7 de maio de 1975, e da Lei nº. 6.583, de 20 de outubro de 1978.

Art. 3º - São atividades privativas dos nutricionistas:

- I – direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição;
- II – planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços de alimentação e nutrição;
- III – planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos;
- IV – ensino das matérias profissionais dos cursos de graduação em nutrição;
- V – ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins;
- VI – auditoria, consultoria e assessoria em nutrição e dietética;
- VII – assistência e educação nutricional e coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética;
- VIII – assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

Art. 4º - Atribuem-se, também, aos nutricionistas as seguintes atividades, desde que relacionadas com alimentação e nutrição humanas:

- I - elaboração de informes técnico-científicos;
- II - gerenciamento de projetos de desenvolvimento de produtos alimentícios;
- III - assistência e treinamento especializado em alimentação e nutrição;
- IV - controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios;
- V - atuação em marketing na área de alimentação e nutrição;
- VI - estudos e trabalhos experimentais em alimentação e nutrição;
- VII - prescrição de suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta;

VIII - solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico;

IX - participação em inspeções sanitárias relativas a alimentos;

X - análises relativas ao processamento de produtos alimentícios industrializados;

XI - participação em projetos de equipamentos e utensílios na área de alimentação e nutrição.

Parágrafo Único - É obrigatória a participação de nutricionistas em equipes multidisciplinares, criadas por entidades públicas ou particulares e destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar políticas, programas, cursos nos diversos níveis, pesquisas ou eventos de qualquer natureza, direta ou indiretamente relacionados com alimentação e nutrição, bem como elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área.

Art. 5º - A fiscalização do exercício da profissão de Nutricionista compete aos Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, na forma da Lei nº. 6.583, de 20 de outubro de 1978, ressalvadas as atividades relacionadas ao ensino, adstritas à legislação educacional própria.

Art. 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º - Revogam-se as disposições em contrário, em especial a Lei nº. 5.276, de 24 de abril de 1967.

Brasília, 17 de setembro de 1991; 170º da Independência e 103º da República.

FERNANDO COLLOR

Antônio Magri