



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE NUTRIÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE  
MESTRADO EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE

**EMÍLIA CARLA DE ALMEIDA ALCIDES**

**Promoção das práticas alimentares saudáveis enquanto ação de  
Agentes Comunitários de Saúde em um bairro da cidade de Salvador,  
Bahia**

Salvador – BA  
2011

**EMÍLIA CARLA DE ALMEIDA ALCIDES**

**Promoção das práticas alimentares saudáveis enquanto ação de  
Agentes Comunitários de Saúde em um bairro da cidade de Salvador,  
Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Escola de Nutrição da UFBA como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Lígia Amparo da Silva Santos

Salvador - BA

2011

## FICHA CATALOGRÁFICA

A352

Alcides, Emília Carla de Almeida,

Promoção das práticas alimentares enquanto ação de Agentes Comunitários de Saúde em bairro da cidade de Salvador, Bahia/Emilia Carla de Almeida Alcides. - Salvador: [s.n], 2011.

ix,134f. : il.

Orientador: Profa. Dra. Lígia Amparo da Silva Santos

Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Nutrição) Escola de Nutrição. Universidade Federal da Bahia.

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Práticas alimentares saudáveis. 3. Segurança alimentar e nutricional. 4. Promoção da saúde. 5. Educação alimentar e nutricional. I. Universidade Federal da Bahia. II.Título.

CDU: 612.3

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

Emília Carla de Almeida Alcides

### **Promoção das práticas alimentares saudáveis enquanto ação de Agentes Comunitários de Saúde em um bairro da cidade de Salvador, Bahia**

Trabalho aprovado como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde do Programa de Pós Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Profa Dra Lígia Amparo da Silva Santos – Orientadora \_\_\_\_\_  
Dra em Ciências Sociais pela Universidade Católica de São Paulo  
Escola de Nutrição/ Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof. Dra. Maria do Carmo de Soares Freitas – Examinadora \_\_\_\_\_  
Pós-Doctor na Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ  
Escola de Nutrição – Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof. Dra Rosa Wanda Diez Garcia – Examinadora \_\_\_\_\_  
Dra em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo – USP  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto de São Paulo

Prof. Dra. Nilce de Oliveira – Examinadora \_\_\_\_\_  
Dra em Sociologia pela Universidad del Pais Vasco da Espanha  
Escola de Nutrição – Universidade Federal da Bahia – UFBA

**Salvador**, 29 de março de 2011.

*“O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso me alegra montão.”*  
(GUIMARÃES ROSA, 2001, p. 39)

*Aos Agentes Comunitários de Saúde com  
a força do amor ao próximo.*

## AGRADECIMENTOS

À Escola de Nutrição da UFBA por acreditar em meu potencial como pesquisadora.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo apoio e atenção.

À Secretaria Municipal de Saúde, ao Distrito Sanitário da Boca do Rio e ao Centro de Saúde César de Araújo pelo auxílio na construção da pesquisa.

À enfermeira Goretti Rocha pela solicitude de sempre.

À Lígia, por ter me acolhido em Salvador, ter-me feito desbravar a Europa e me encaminhado ao reencontro com a alegria de viver.

À querida Carminha, educadora e amiga, que me ensina a ter uma “escuta sensível”.

À Jesús Contreras por ter me proporcionado a oportunidade de conhecer o Observatorio de la alimentación (ODELA) e estudar na Universitat de Barcelona.

Ao Núcleo de Pesquisa sobre Alimentação e Cultura (NEPAC) por aprendermos juntos.

À professora Nilce de Oliveira pelas ricas contribuições à esta pesquisa.

À minha família pelo sentido de existir.

À amada Vera, a pessoa mais bela que conheço na vida.

À Albanita e Celeida pela força da amizade.

À José Carlos pelo carinho e atenção incansáveis e constantes.

A todos os funcionários da Escola de Nutrição pela alegria nos corredores de uma casa verde em reforma.

À família Vieira de Andrade por me acolher carinhosamente no seio do seu lar.

À Felipe Macena por me “tirar do limbo” para brincar de ginástica e pelos ensinamentos sobrepostos à sua percepção.

Às amigas enfermeiras Silvânia e Gerdilene, educadora Cilene e nutricionista Rejane pelas reflexões.

À Michaela e Samira pela leveza da vida em momentos de tensão e aos colegas do mestrado por compartilhar essa caminhada.

À Michele Soares pelo auxílio em minha entrada a campo.

Às alunas do tirocínio pelo “aprender junto”.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	10
<b>ABSTRACT</b>	11
<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>PREPARANDO O CAMINHO – Contextualização da pesquisa</b>	15
1. Os Agentes Comunitários de Saúde – Um breve resgate de sua história	15
2. A Política Nacional de Promoção da Saúde	18
3. Alimentação Saudável enquanto Prática de Promoção à Saúde	24
4. Educação Alimentar e Nutricional como Estratégia de Promoção das Práticas Alimentares Saudáveis	29
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>A ESCOLHA DAS VEREDAS – Metodologia da pesquisa</b>	37
1. Tipo de estudo	37
2. Universo da Pesquisa	38
3. Seleção dos entrevistados	41
4. Entrada no Campo	44
5. Bases interpretativas da investigação	45
6. Considerações éticas	46
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>O TRABALHO DOS ACS DO CÉSAR DE ARAÚJO – Entre desafios, lutas e aspirações</b>	48
1. Primeiras impressões em campo – A violência e o tráfico de drogas como desafio no labor dos ACS	48
2. Contextualizando as condições de trabalho dos ACS do César de Araújo	52

<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA NAS AÇÕES DOS ACS DO CÉSAR DE ARAÚJO</b>	<b>63</b>
<b>CAPÍTULO 5</b>	
<b>O QUADRO DE FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DOS ACS DO CÉSAR DE ARAÚJO</b>	<b>67</b>
1. Formação e qualificação profissional dos ACS do César de Araújo – Uma visão geral	67
2. Qualificação dos ACS quanto às Práticas Alimentares Saudáveis – Uma visão específica	72
<b>CAPÍTULO 6</b>	
<b>OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DAS PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS</b>	<b>78</b>
1. Promoção das práticas alimentares saudáveis dos ACS do César de Araújo – Uma ação de Educação ou de Orientação Alimentar e Nutricional?	78
2. A Promoção das práticas alimentares saudáveis no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional	80
• Práticas alimentares saudáveis individuais	83
– Destinadas às crianças	83
– Destinadas aos adultos	88
• A Insegurança Alimentar e Nutricional no cenário das práticas alimentares saudáveis	95
• Práticas alimentares saudáveis na coletividade	103
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE 1</b>	
<b>APÊNDICE 2</b>	
<b>APÊNDICE 3</b>	
<b>APÊNDICE 4</b>	

## APÉNDICE 5

## RESUMO

Esta dissertação objetivou estudar como as práticas alimentares saudáveis estão sendo aprendidas e disseminadas pelos ACS na comunidade. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido na área adstrita de uma Unidade Básica de Saúde localizada em um bairro da cidade de Salvador, Bahia. A coleta de informações foi realizada por meio de observações livres, registradas em diário de campo e, entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas para a obtenção da interpretação dos enunciados proferidos pelos ACS. Os resultados indicaram que a promoção das práticas alimentares saudáveis, embora esteja presente nos discursos oficiais e seja uma função a ser desenvolvida pelos ACS, não mereceu destaque de forma específica nas ações destes, centradas no paradigma biomédico, na qual a doença, o doente e a cura continuam sendo o foco de suas atividades. Ademais, suas ações resultam das relações estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos. Termos atrelados ao conceito de alimentação saudável, como Segurança Alimentar e Nutricional e Direito Humano à Alimentação Adequada não foram vistos como comuns ao universo lingüístico dos ACS. Até mesmo a alimentação saudável, apesar de já terem incorporado uma noção do que isso venha a ser, pareceu algo ainda pouco explorado pelos ACS.

**Palavras-chaves:** Agentes comunitários de saúde, promoção da saúde, práticas alimentares saudáveis, segurança alimentar e nutricional, educação alimentar e nutricional.

## ABSTRACT

This article proposed to study how healthy eating practices, while action for health promotion, are being learned and disseminated by the Community Health Agents (CHA) in the community. This is a qualitative study was developed in the areas limited to a Basic Health Unit located in the neighborhood of Salvador, Bahia, which houses low-and middle-income. Data collection was done through free observation, recorded in field notebook, and semi-directed interviews, which were recorded and transcribed, in order to obtain the interpretation of utterances by CHA. The results demonstrate that the health eating practices, although presents in official documents and is an activity of the ACS professional, there are not valued in these actions, focusing on the biomedical paradigm, in which the disease and the patient remain the focus of their activities. Moreover, their actions result from the relationships established between popular knowledge of health and medical-scientific knowledge. Also, terms linked to the concept of healthy eating, such as Food and Nutrition Security and Human Right to Adequate Food was not seen as common to the linguistic universe of the ACS. Even a healthy diet, the concept is still little explored by ACS.

**Keywords:** Community health agents, health promotion, healthy eating practices, food and nutrition security, food and nutrition education.

## INTRODUÇÃO

“Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde”. (GUIMARÃES ROSA, 2001, p. 327)

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), é visto como um “personagem híbrido e polifônico” (NUNES *et al*, 2002), capaz de possibilitar em sua prática o diálogo entre os saberes científicos e populares. Ele se mostra um profissional “fulcral” na promoção de práticas alimentares saudáveis.

A noção de tais práticas está inserida no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional e se revela como uma ação de promoção da saúde presente nos discursos da sociedade contemporânea como forma de tentar conter os problemas alimentares que desafiam a saúde pública, sobrecarregando o sistema de saúde e inflacionando seus gastos.

Tais problemas desafiam os profissionais de saúde, e os levam a repensar as práticas voltadas para a alimentação e nutrição, fazendo-os perceber a necessidade de romper com condutas tecnicistas e fragmentadas e a adotarem ações que envolvam a integralidade e a intersetorialidade. Isso inclui a articulação entre os saberes científicos e populares, a qualificação permanente dos profissionais de saúde, a educação permanente e a construção de uma cultura ética e de cidadania, que respeite seus direitos, costumes e tradições e favoreça a qualidade de vida da população.

Devido a essa preocupação, a Organização Mundial de Saúde lançou a Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, em 2003. No Brasil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), de 1999, e a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), de 2006, foram instituídas para promoverem práticas alimentares saudáveis e prevenir e controlarem tanto as carências quanto os distúrbios nutricionais, estimulando ações que propiciem o direito humano à alimentação adequada.

Nesse sentido, as práticas alimentares saudáveis, enquanto atribuição do agente comunitário de saúde, desperta o levantamento de questionamentos como: O que o ACS entende sobre alimentação saudável? Qual a noção que possui sobre

a promoção da saúde? Como está atuando na promoção dessas práticas? Como ele mescla os saberes científicos e populares sobre alimentação saudável em sua prática?

Levando-se em consideração tais questionamentos, faz-se importante conhecer a ótica dos ACS sobre alimentação saudável e sua atuação no cumprimento da função de promover práticas alimentares saudáveis na comunidade. Isso pode contribuir para fomentar a discussão acerca das condições de trabalho, do trabalho em equipe e da construção da identidade desses profissionais, da formação e qualificação e da prática, uma vez que esse conhecimento poderá contribuir no fortalecimento de estratégias de promoção à saúde que envolvam ações de incentivo à alimentação saudável, a fim de se construir uma sociedade que busca uma melhor qualidade de vida.

Para tanto, minha pesquisa possui como **objetivo geral** estudar como as práticas alimentares saudáveis enquanto ação de promoção à saúde estão sendo aprendidas e disseminadas pelos ACS na comunidade. Como **objetivos específicos** proponho-me interpretar as acepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre promoção da saúde; analisar como se dão as qualificações dos ACS referentes ao incentivo às práticas alimentares saudáveis e; descrever e analisar os enunciados dos ACS sobre as práticas alimentares saudáveis realizadas para a população.

Assim, no **Capítulo 1**, farei uma revisão sobre os temas principais da pesquisa. Iniciarei fazendo um breve resgate da história do agente comunitário de saúde. Adiante, abordarei a Política Nacional de Promoção da Saúde, seguida do tema da alimentação saudável enquanto ação de promoção da saúde. Por fim, falarei sobre a educação nutricional como estratégia de promoção das práticas alimentares saudáveis.

No **Capítulo 2**, descreverei a metodologia utilizada na pesquisa.

No **Capítulo 3**, relatarei sobre o trabalho dos ACS do Centro de Saúde César de Araújo. Contarei as primeiras impressões que tive em campo e descreverei as condições de trabalho, nas quais os conheci.

No **Capítulo 4**, trarei como os ACS realizam as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade.

No **Capítulo 5**, trarei uma visão geral sobre o quadro de formação e qualificação profissional dos ACS do Centro de Saúde César de Araújo e,

posteriormente, especificarei quanto à qualificação dos ACS em relação às práticas alimentares saudáveis.

Por fim, no **Capítulo 6**, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional, discutirei sobre a promoção das práticas alimentares saudáveis realizadas pelos ACS na comunidade. Primeiro questiono se as práticas de promoção à alimentação saudável desenvolvidas por eles são ações de orientação ou de educação alimentar e nutricional. Depois trarei a análise de como se deram as práticas alimentares saudáveis individualmente e coletivamente, para adultos e crianças. Trarei também a questão da Insegurança Alimentar e nutricional no cenário das práticas alimentares saudáveis.

## CAPÍTULO 1

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem”. (GUIMARÃES ROSA, 2001, p. 334)

### PREPARANDO O CAMINHO – Contextualização da pesquisa

#### 1. Os Agentes Comunitários de Saúde – Um breve resgate de sua história

Com o slogan *A saúde bate à sua porta*, em 1987, foi lançado o Programa de Agentes de Saúde do Ceará, pelo governo do Estado. Foi uma experiência inédita que buscou criar um plano emergencial para a seca, proporcionando oportunidade de emprego para mulheres destas áreas, melhorando a condição social desse grupo e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007; PUPIN; TOMAZ, 2002).

Os trabalhadores eram preferencialmente pobres, em sua maioria mulheres do sertão do Ceará. Foram contratadas 6.113 pessoas, oriundos de 118 municípios (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p. 264). Esta estratégia expandiu-se rapidamente no Estado, atingindo praticamente todos os municípios em três anos, (TOMAZ, 2002, p. 84).

O treinamento realizou-se durante duas semanas como preparação para um trabalho que durou, inicialmente, entre seis e doze meses. Depois passou a ter duração de dois meses, a cargo da supervisão municipal, enfocando ações de educação e de promoção da participação comunitária (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p. 265).

No ano anterior, em março de 1986, havia sido realizada no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, que reuniu cerca de 5.000 participantes – dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos e demais lideranças sindicais e populares (metade de representantes da sociedade civil) (CARVALHO, MARTIN,

CORDON JR., 2001). Na ocasião, foi discutida a situação da saúde no país e aprovado um relatório, cujas conclusões passaram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Assim, o reordenamento dos serviços e ações de saúde do Brasil se deu com a aprovação da Constituição de 1988. Esta, em seu artigo 196 estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2001).

Em seguida, surgiu o SUS, por meio da aprovação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a). Em 28 de dezembro de 1990, foi aprovada a Lei nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e a forma e condições para as transferências intergovernamentais de recursos (BRASIL, 1990b).

Durante esse período, as experiências dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) influenciaram o surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizado pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, em 1991. O PACS foi pensado como uma estratégia de transição do modelo de atenção básica em saúde da época para o Programa de Saúde da Família (PSF), que teve sua implantação em 1994 (MARQUES; PADILHA, 2004), ano em que os ACS foram incluídos na equipe mínima do PSF, sendo esta composta por um médico generalista (ou da família), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo, um técnico em higiene bucal e quatro a seis agentes comunitários (PUPIN; CARDOSO, 2008). Nesse contexto, um ACS é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 1997).

Assim, o PACS e o PSF apesar do “p”, não devem ser vistos como programas, e sim como estratégias estruturantes, já que se propõem a contribuir no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorganização da atenção básica e não apenas aumentar a extensão de cobertura para as populações marginalizadas (BRASIL, 1997; MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p. 265, TOMAZ, 2002, p. 84).

Em 1997, foi criada a Portaria nº 1.886/1997 (do Ministro de Estado da Saúde), que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1997). O Decreto nº 3.189/1999, fixou as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL,

1999) e, a Lei nº 10.507/2002, criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2002a).

Um dos requisitos que fazem parte da essência do ACS é que ele deve ser morador da área onde exercerá suas atividades. O ACS também deve saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para realizar suas funções. Além disso, deve realizar a prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na Comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro Instrutor-Supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência (BRASIL, 1997).

Nesse sentido, ao longo dos anos, a profissão de ACS foi se estabelecendo e os agentes comunitários de saúde (ACS) se transformaram em uma força de trabalho numerosa (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p. 261), saltando de 29, 1 mil, em 1994, para 244,0 mil em outubro de 2010 o número de ACS em todo o país<sup>1</sup>.

Em Salvador, há 176 Estratégias Saúde da Família (ESF), 42 Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e um total de 1595 ACS. Destes, 828 pertencem à ESF e 767 à EACS. No Distrito Sanitário Boca do Rio há 29 ACS da EFS e 40 da EACS<sup>2</sup>.

Também suas responsabilidades foram se ampliando. Silva e Dalmaso (2002, p. 77) identificam dois componentes ou dimensões principais da proposta de atuação do ACS:

um mais estritamente **técnico**, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais **político**, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida mas, também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições. Este componente político expressa, na dependência da proposta considerada, duas expectativas diversas ou complementares: o agente como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao auto-cuidado – dimensão mais ético-comunitária - e o agente como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social (SILVA; DALMASO, 2002, p. 77).

---

<sup>1</sup> Disponível em: <<http://189.28.128.99/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 14 de dez de 2010.

<sup>2</sup> Informações cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, em janeiro de 2011.

Com isso, Tomaz (2002, p. 86) ressalta que as diferentes formas de atuação do ACS e da equipe de saúde não devem ser necessariamente antagônicas, mas sim complementares. Entretanto, a dimensão política ainda se encontra em detrimento da dimensão técnica, focada principalmente na perspectiva biológico/tecnicista, onde os profissionais de saúde são vistos como “curadores de doenças”, os indivíduos como responsáveis por suas condições de vida e saúde e o binômio saúde-doença ainda é o foco privilegiado da atenção, como apontou o estudo de Brigagão e Gonçalves (2009, p. 391).

Sem dúvida, em meio às conquistas e desafios, a construção da identidade profissional do Agente Comunitário de Saúde apresenta-se um assunto polêmico que gira em torno do aumento de suas responsabilidades após sua inclusão no PSF, do grau de sua formação e capacitação para desempenhar funções técnico-assistenciais, além também do seu papel no processo de transformação social.

## **2. A Política Nacional de Promoção da Saúde**

Paralelo ao surgimento dos Agentes Comunitário de Saúde e do Sistema Único de Saúde também tomou dimensão o conceito moderno de Promoção da Saúde, assim como suas práticas. Em novembro de 1986, foi realizada a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, a qual culminou na Carta de Ottawa. Nesta a Promoção à Saúde está conceituada como o

“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (BRASIL, 2002b).

A carta estabelece como pré-requisitos básicos à saúde a ênfase dos recursos sociais e pessoais, as capacidades físicas, paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Além disso, preconiza cinco campos de atuação para a promoção da saúde:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- a criação de ambientes favoráveis à saúde;
- o reforço da ação comunitária;
- o desenvolvimento de habilidades pessoais e
- a reorientação dos sistemas e serviços de saúde (BRASIL, 2002b).

No mais, a promoção da saúde apresenta como princípios:

1) Ações que envolvam a multicausalidade do processo saúde-doença, enfatizando a determinação social, econômica e ambiental, mais do que puramente biológica ou mental da saúde;

2) A equidade, que tem como objetivo garantir acesso universal à saúde e está relacionada à justiça social;

3) A intersectorialidade, a qual exige a superação de propostas setorializadas, assistenciais e compensatórias e articula e integra saberes, considerando a complexidade da realidade;

4) A participação social, a qual inclui o compromisso do Estado e o envolvimento da sociedade civil, de profissionais de saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais no planejamento, execução e avaliação das políticas de saúde;

5) A sustentabilidade, que deve criar iniciativas consoante o desenvolvimento sustentável, envolvendo aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais, intergeracionais e ambientais que proporcionem impactos à médio e longo prazo (WESTPHAL, 2006).

Desde a Conferência de Ottawa outras cinco conferências internacionais sobre promoção da saúde foram realizadas: A Conferência de Adelaide, realizada na Austrália, em 1988; a Conferência de Sundsvall, na Suécia, em 1991; a Conferência de Jacarta, na Indonésia, em 1998; a Conferência no México, em 2000 e a Conferência de Bancoc, na Tailândia, em 2005 (WESTPHAL, 2006).

Com isso, a promoção da saúde evoluiu de um conceito que se limitava às atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, cujos programas ou atividades tendiam a concentrar-se em componentes educativos que os responsabilizavam pelos controles de seu próprio estado de saúde para o conceito de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo condições adequadas de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, educação, ambiente, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e cuidados de saúde. Suas atividades estariam mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente (físico, social, político, econômico e cultural), através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do empoderamento dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2000).

Buss e Carvalho (2009) traçam um panorama do histórico da institucionalização da Promoção da Saúde no Brasil, a qual teve início em 1998 e 1999, quando o Ministério da Saúde (MS) junto com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) formalizaram o projeto “Promoção da Saúde: Um novo modelo de atenção”.

Entre 1999 e 2002 foram lançadas sete números da Revista Promoção da Saúde e publicada as Cartas de Promoção da Saúde. Em 2002, o MS elaborou o documento “Política Nacional de Promoção da Saúde”, que nunca teve vigência integral real no interior do sistema de saúde; contudo, foi um registro importante de proposta formal de “política de promoção da saúde” na esfera federal (BUSS; CARVALHO, 2009, p. 2306).

Em julho de 2005, através da Portaria MS nº 1.190, foi instituído o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS) e em março de 2006, através da Portaria MS nº 687, o MS formalizou a política de PS no SUS, a partir da formulação feita pelo mencionado comitê (BUSS; CARVALHO, 2009, p. 2306).

No esforço por garantir os princípios do SUS e atender às estratégias definidas em Ottawa, a promoção da saúde apresenta-se no Brasil como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que envolve Governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade como partícipes da melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) visa romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-doença e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem. Busca também evitar o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes (BRASIL, 2006a).

Dentre as estratégias de implementação merecem destaque:

- Estruturação e fortalecimento das ações de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil;
- Estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção, e controle ao tabagismo;
- Desenvolvimento de estratégias de qualificação em ações de promoção da saúde para profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde;
- Apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular referentes à promoção da saúde que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde:
  - a) estímulo à inclusão nas capacitações do SUS de temas ligados à promoção da saúde;
  - b) apoio técnico a estados e municípios para inclusão nas capacitações do Sistema Único de Saúde de temas ligados à promoção da saúde (BRASIL, 2006a).

Buss e Carvalho (2009), no que tange à serviços, ações e estratégias de Promoção da Saúde desenvolvidas no Brasil, apontam no **espaço dos serviços de atenção à saúde individuais ou coletivos**, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje, Estratégia da Saúde da Família (ESF) e, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)<sup>3</sup>.

No primeiro caso, os autores frisam que dentre as principais ações de promoção da saúde, voltadas para pessoas e famílias, predominam o controle do crescimento e desenvolvimento infantil, o atendimento ao calendário de imunizações, o acompanhamento pré-natal, o estímulo ao aleitamento materno, a promoção de melhores condições de higiene domiciliar e pessoal, bem como do acesso aos recursos de água, esgoto e destinação do lixo. Também relatam

---

<sup>3</sup> Esta será discutida detalhadamente mais adiante.

resultados de experiências exitosas como a redução da mortalidade infantil, da desnutrição infantil e dos partos prematuros, assim como do aumento dos partos normais *versus* o parto por cesarianas e da amamentação ao peito.

Entretanto é importante por em pauta que estas ações, apesar de terem avançado no quadro de saúde do país, ainda prevalecem sobre as ações que abarcam as dimensões sociais, descritas pelos mesmos autores, como o estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade dos serviços de saúde com a população; o estímulo à organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; a utilização de sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; a atuação de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, intervindo em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que tenham efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos.

No segundo caso, Buss e Carvalho (2009, p. 2309), visualizaram na PNAN a estreita relação com o PSF, por meio do estímulo das seguintes práticas de PS:

- aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e até os dois anos intercalado com outros alimentos;
- implementação do código internacional de regulação do marketing de substitutos do leite materno, área na qual o Brasil possui ampla experiência e um razoável sucesso, com sua regulamentação em 1988 e revisões em 1992 e 2001;
- introdução, no âmbito do programa de escolas promotoras da saúde, da educação alimentar de escolares e do fomento a cantinas saudáveis nas escolas;
- regulação da propaganda de alimentos para crianças nos meios de comunicação, principalmente a televisão;
- obrigatoriedade da rotulagem nutricional de produtos industrializados e embalados, iniciada no Brasil em 2002, com o objetivo de garantir o direito à informação do cidadão-consumidor e auxiliar na seleção e aquisição de alimentos saudáveis;
- suplementação de vitamina A;
- obrigatoriedade de adição universal de iodo ao sal de cozinha e de ferro e ácido fólico às farinhas consumidas pela população, o que resultou na eliminação do bócio endêmico e na expressiva redução da anemia ferropriva e outras no país;
- publicação do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, com distribuição para as equipes de saúde da família, ONGs, imprensa, etc. (BUSS; CARVALHO, 2009, p. 2309).

**No espaço das políticas públicas de desenvolvimento, da intersetorialidade e da ação comunitária** Buss e Carvalho (2009, p. 2310) destacam o Programa Bolsa Família<sup>4</sup> como uma estratégia promocional da saúde e relaciona o PBF à PS, pelas condicionalidades do programa, pelo asseguramento de alimentação mínima para a família e o impulso que tais recursos têm trazido ao desenvolvimento local de inúmeras regiões pobres do país, com evidentes externalidades nos campos da saúde e da qualidade de vida. Os autores ressaltam também, no plano local, a necessidade de articulação do PBF com iniciativas setoriais como, por exemplo, nas áreas rurais pobres do país, com a agricultura familiar ou o desenvolvimento territorial integrado e sustentável, na tentativa de estimular a produção de alimentos por meio da prática da agricultura familiar e de subsistência, bem como integrar políticas públicas em territórios rurais, podendo garantir assim melhor nível de saúde e nutrição e a sustentabilidade da agricultura familiar e do desenvolvimento nesses locais.

Entretanto, apesar dos progressos apontados por Buss e Carvalho (2009), as práticas de promoção à saúde ainda são pontuais e inexpressivas frente aos problemas existentes no Brasil. A esse respeito, Bydlowski, Westphal e Pereira (2004) apontam e comentam as forças que podem estar agindo no sentido contrário à inserção e ao desenvolvimento da Promoção da Saúde.

Segundo as autoras, um desses entraves é o modelo biomédico de atenção à saúde, que conta com grande apoio social, principalmente da população mais pobre. Sobre essa visão, conservar ou recuperar a saúde se apresenta como algo mais importante que considerar as condições socioeconômicas e ambientais no sentido de promover a saúde. Assim, medidas para a melhoria de tais condições não têm sido efetivas na redução das doenças. São realizadas de maneira assistencialista, não atuando nas causas dos problemas, e não promovendo melhora satisfatória no quadro na saúde da população.

Outros obstáculos citados por elas são a fragmentação e a hiperespecialização hoje existentes no mundo ocidental, fazendo com que a ciência permaneça distante das humanidades e que os vários setores ajam sobre os problemas de maneira isolada e desarticulada, levando a ações ineficazes; a relação de submissão da população que sustenta os privilégios dos poderosos,

---

<sup>4</sup> Assunto mais bem explorado no Capítulo 6.

proporcionando a persistência de grupos hegemônicos da sociedade visando à atenção a seus próprios interesses; a organização burocrática dos serviços e a estrutura piramidal que os sustenta não colabora para que a proposta democrática do Sistema Único de Saúde e da Promoção da Saúde se viabilize; o envolvimento dos meios de comunicação com a Promoção da Saúde é praticamente nulo e, em algumas situações, a mídia enfatiza o consumo de determinados produtos para a cura das doenças, reforça assim uma visão curativa e biomédica do processo saúde-doença, não propondo uma ação que dê conta das causas das doenças, como propõe a Promoção da Saúde.

Para que a promoção da saúde realmente aconteça na prática, é preciso romper barreiras, progredindo para a sustentabilidade planetária. A sociedade necessita uma forma de pensar e de agir, de modo que ocorra a transformação dos indivíduos. E a educação é uma alternativa de desenvolver a cidadania para que se consiga a melhoria das condições de saúde e vida.

### **3. Alimentação Saudável enquanto Prática de Promoção à Saúde**

O homem constrói seu saber a cada dia, com tudo o que vê, ouvi, sente, percebe. Ele observa, separa e seleciona o que considera importante para sua vida e passa a usar o aprendido consoante sua cultura. É assim que ele se transforma e transforma o mundo (ou ainda, resiste às transformações). É na prática cotidiana de suas vivências que o homem se aperfeiçoa em suas ações. Disse Paulo Freire: "... o que é fundamental é fazer. É lançar-se numa prática e ir aprendendo-reaprendendo, criando-criando, com o povo. Isso é que ensina a gente" (FREIRE, 1983). Os agentes comunitários de saúde carregam consigo a essência desse pensamento em seu labor.

Desta forma, antes de descrever e analisar os enunciados dos ACS sobre as práticas de promoção da alimentação saudável realizadas para a população, utilizarei como ponto de partida o conceito de alimentação saudável, cuja base está pautada nas práticas alimentares e inserida no contexto da segurança alimentar e nutricional.

A ciência da nutrição suscitou a construção do conceito de alimentação saudável a partir de pesquisas que propiciaram o desenvolvimento tecnológico e genético e a diversificação industrial alimentícia. Este processo vem sofrendo a influência da globalização e sendo cada vez mais explorado pela publicidade.

Segundo Azevedo (2008), “o conceito de uma dieta saudável não cabe em nenhum consenso científico” e as orientações nutricionais estão cada vez mais disseminadas e contraditórias. Desta forma, a sobrecarga de informações sobre práticas alimentares saudáveis chegam a confundir tanto pesquisadores quanto leigos.

Para Pinheiro; Recine; Carvalho (2005), a alimentação saudável “não se delinea enquanto uma ‘receita’ preconcebida e universal para todos, pois deve respeitar alguns atributos coletivos e individuais impossíveis de serem quantificados”. Contudo, identificam-se “alguns princípios básicos que devem reger esta relação entre as práticas alimentares e a promoção da saúde e a prevenção de doenças” (PINHEIRO, 2005): a) respeito e valorização das práticas alimentares culturalmente identificadas; b) acessibilidade física e financeira; c) sabor; d) variedade; e) cor; f) harmonia; g) segurança sanitária.

No mais, as autoras enfatizam que a **alimentação saudável**, além de ser entendida enquanto um direito humano, deve se basear em práticas alimentares que envolvem não apenas a dimensão biológica, mas também as dimensões regionais, sociais, econômicas, afetivas, comportamentais, antropológicas e ambientais dos indivíduos, de acordo com as fases do curso da vida (PINHEIRO, 2005). Coletivamente, a alimentação saudável torna-se adequada quando “compreende aspectos relativos à percepção dos sujeitos sobre os modos de vida adequados, ou seja, quando se identifica com as expectativas dos diferentes grupos sociais, que compõem a sociedade” (PINHEIRO, 2005, p. 128).

Assim, o conceito da alimentação saudável mostra-se inserido no contexto da **Segurança Alimentar e Nutricional**, a qual consiste na realização do direito humano ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas, como saúde, educação, moradia, trabalho, lazer, etc., tendo como alicerce as práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural econômica e socialmente sustentáveis (CONSEA, 2006, p. 4).

Nesse ínterim “emerge a concepção da promoção das práticas alimentares saudáveis, na qual a alimentação tem sido colocada como uma das estratégias para a promoção da saúde” (SANTOS, 2005, p. 683).

Com isso, a difusão do termo “promoção das práticas alimentares saudáveis”, desde o final dos anos de 1990, passou a fazer parte dos documentos oficiais brasileiros, podendo ser resultante do cruzamento entre o conceito de segurança alimentar e o da promoção da saúde e se constituindo uma estratégia de enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais nos últimos tempos (SANTOS, 2005).

Pinheiro e Carvalho (2008, p. 172) entendem que, sendo a alimentação saudável um direito humano, é dever do Estado criar condições de proteção, promoção e provimento desse direito por meio de medidas institucionais que visem à segurança alimentar e nutricional.

Nesse sentido, a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional nº 11.346/2006, por sua vez, foi instituída para garantir o apoio do Estado na promoção de práticas alimentares saudáveis por meio de programas educacionais e para estabelecer que o direito humano à alimentação requer a soberania alimentar do país, buscando preservar os hábitos da população da influência de outros países (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), homologada em 1999, busca desde então, assegurar os direitos humanos no âmbito da alimentação e nutrição, tendo como propósito

a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 2003, p. 17).

Para o alcance desse propósito a PNAN definiu sete diretrizes. Uma delas é a “promoção de práticas alimentares saudáveis e estilos de vidas saudáveis”, cujo enfoque é socializar o conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação e prevenir problemas nutricionais que caracterizam a chamada

transição alimentar e nutricional<sup>5</sup>, ou seja, inclui desde as carências nutricionais específicas até a obesidade (CONSEA, 2006, p. 22).

A promoção de práticas alimentares saudáveis surge num momento em que estudos epidemiológicos confirmam o aumento das chamadas “doenças da modernidade”. Dentre as quais merecem destaque as doenças crônicas não-transmissíveis (obesidade, diabetes, hipertensão, dislipidemias e câncer), os transtornos alimentares (anorexia, bulimia e compulsão alimentar), o estresse e a depressão.

Nos últimos anos e os cofres públicos denotam crescentes gastos com o setor saúde. Frente a isso, governo, pesquisadores e profissionais de saúde tentam minimizar tamanho problema por meio de políticas públicas de promoção à saúde. A Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde é uma destas políticas, lançada em 2003, pela Organização Mundial de Saúde, que tenta estimular práticas alimentares saudáveis aliadas à prática de atividade física e ao controle do tabaco, a fim de reduzir as doenças e as mortes no mundo (BRASIL, 2004a).

Torna-se necessária então a operacionalização das ações previstas nas políticas de promoção à saúde que incentivam a prática da alimentação saudável, de forma que os estudos e a divulgação das informações passem a ser mais confiáveis e coerentes. Essas políticas também devem fomentar nas pessoas a autonomia de poderem escolher tanto a alimentação que julgar mais adequada para si, quanto o modo de se alimentar.

Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde aparece como um dos profissionais de saúde responsáveis pela promoção de práticas alimentares saudáveis. Sem dúvida alguma ele vem “carregado” de saberes populares e científicos sobre alimentação, constituindo-se assim parte da sociedade que “se alimenta” da cacofonia alimentar<sup>6</sup>.

Na sociedade, a alimentação, envolta à cultura e aos simbolismos que traz consigo desde os primórdios dos tempos, ganha dimensão nas conversas entre

---

<sup>5</sup> A transição alimentar e nutricional pode ser descrita como a mudança do quadro epidemiológico nutricional, no qual os problemas nutricionais antes presentes, predominantemente associados à fome, devido à várias carências nutricionais, desde a década de setenta, foram diminuindo e dividindo espaço com casos de obesidade e com as doenças crônicas não-transmissíveis, como diabetes, hipertensão e câncer transformando desta forma o padrão do estado nutricional da população (ESCODA, 2002). Acrescido a isso também houve um aumento de outras doenças relacionadas à carências nutricionais, como a anorexia e a bulimia (DE LAVOR, 2007).

<sup>6</sup> Ver Capítulo 5.

amigos e familiares, nos noticiários e programas de rádio e TV, nas revistas e jornais e até mesmo no ambiente de trabalho.

A alimentação saudável passou a ser um termo popular, permeado pelo discurso científico, em meio a afirmações diversas e conflitantes. Alimento saudável passou a ser aquele restrito em sódio, açúcares simples e gordura hidrogenada ou trans e rica em frutas, fibras, cereais integrais e hortaliças. Em meio a tudo isso se fala em alimentos diets, lights, orgânicos, hidropônicos, funcionais (com fitatos, folatos, nitritos, nitratos, licopenos, polifenóis...). Já é comum falar que “não se come mais comida e sim, nutrientes e calorias”.

Somado a isso, a preocupação do ser humano fica dividida entre a saúde, a doença e a estética. Por um lado, a tecnologia na indústria de alimentos proporcionou uma gama de preparações apetitosas, altamente calóricas e consideradas nocivas à saúde. Estas são impiedosamente incentivadas para o consumo e, facilmente consumidas pelos sentidos. Por outro lado, os meios de comunicação enfatizam a adoção de estilos de vida saudáveis, através de práticas alimentares saudáveis e atividade física. Todavia, o novo padrão de beleza que se expande na modernidade como uma nova cultura, a cultura do corpo esguio, parece muitas vezes sobrepor à cultura do estilo de vida saudável. À procura do “corpo perfeito” homens e mulheres optam pelo uso de medicamentos, cirurgias plásticas, exercícios físicos extenuantes e dietas alimentares altamente restritivas ou excessivamente calóricas.

Essas questões se repercutem nos conflitos psicológicos formados pela sociedade contemporânea e se apresenta como um desafio para os profissionais de saúde, em meio ao processo saúde e doença. Nesse contexto, como se encontra posicionado o Agente Comunitário de Saúde? Que tipo de conhecimento é utilizado por ele em sua prática laboral? Como esse profissional se utiliza desses saberes em sua profissão? Que tipo de discurso ele dissemina na população? Diante do grau de sua formação será este um profissional capacitado para desempenhar tal função de tamanha responsabilidade? Esses são questionamentos que merecem destaque mediante a importância desses profissionais nas ações tanto da Estratégia de Agentes Comunitários quanto da Estratégia de Saúde da Família.

#### 4. Educação Alimentar e Nutricional como Estratégia de Promoção das Práticas Alimentares Saudáveis

Aqui, será traçada uma breve retrospectiva da história da educação alimentar e nutricional<sup>7</sup> e apontadas algumas de suas conquistas, limites e desafios nesse início de século, na busca de construir sua fundamentação teórico-metodológica e de se fazer valer enquanto estratégia de promoção de práticas alimentares saudáveis.

Retomando a discussão anterior sobre a PNAN, é importante inicialmente lembrar que, apesar de ser dada atenção especial ao desenvolvimento de processo educativo permanente acerca das questões atinentes à alimentação e nutrição, a educação alimentar e nutricional não mereceu destaque no documento que institui tal política, sendo apenas citada como possuidora de “elementos complexos e até conflituosos”, havendo-se a necessidade de se buscar consensos sobre conteúdos, métodos e técnicas em diferentes espaços geográficos, econômicos e culturais (CONSEA, 2006, p. 22). Não foram delimitados seus limites e possibilidades, como também não há diretrizes para sua prática (SANTOS, 2005, p. 685).

Para Santos (2005, p. 685) esse é o reflexo do próprio contexto histórico da educação alimentar e nutricional, que persiste em torno de seus objetivos e práticas, apesar de sua relevância já ser reconhecida no campo da promoção das práticas alimentares saudáveis.

Desde o seu surgimento, na década de 1940, até a década de 1990, a educação alimentar e nutricional, foi se desenvolvendo de acordo com o contexto econômico, político e social desses anos (BOOG, 1997), sob uma visão biomédica e seguindo tendências pedagógicas liberais<sup>8</sup>, ou seja, era uma educação de caráter intervencionista e técnico (LIMA; OLIVEIRA; GOMES, 2003), que ocorria de forma

---

<sup>7</sup> A Educação Alimentar e Nutricional é uma estratégia de ação em Saúde Pública, disciplina obrigatória dos cursos de Nutrição, como também uma das atribuições do nutricionista em todas as áreas de atuação (BOOG, 1997, p. 5). Como as denominações variam entre Educação Alimentar, Educação Nutricional e Educação Alimentar e Nutricional, optei pela escolha deste último, aceitando a busca da padronização da expressão, como discutido e recomendado no I Fórum de Educação Alimentar e Nutricional para a Promoção da Saúde, em 2006. Nesse mesmo sentido, também utilizarei a expressão Orientação Alimentar e Nutricional.

<sup>8</sup> Ver: LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública**: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. 8. ed. São Paulo: Loyola, 1989. 149 p. e, PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5): 1527-1534, 2003.

vertical, moralista, em que o profissional de saúde, enquanto educador, colocava-se num patamar superior aos seus educandos, fossem estes pacientes ou alunos de nutrição, impedindo desta forma o diálogo entre ambos. Isso fez com que a Educação Nutricional fosse duramente criticada, sendo mantida nos cursos de Nutrição como um apêndice da nutrição em saúde pública (BOOG, 1999), carente de bibliografia e professores especializados (BOOG, 1999; LIMA; OLIVEIRA; GOMES, 2003).

A partir da década de 1990, a educação alimentar e nutricional ressurgiu, passando de uma educação alimentar e nutricional “bancária” para uma educação alimentar e nutricional “crítica”, sob a ótica pedagógica progressista<sup>9</sup>, diante de um novo e desafiador cenário, o da transição alimentar e nutricional, no qual se evidenciam situações extremas entre a fome e os excessos alimentares, tornando assim o conhecimento técnico da nutrição por si só insuficiente para abarcar a complexidade do quadro epidemiológico nutricional do país.

De lá para cá, cresceu o número de especialistas na área e o interesse de desenvolverem e aperfeiçoarem a educação alimentar e nutricional, na tentativa de construir a fundamentação teórico-metodológica da disciplina.

A educação alimentar e nutricional passou a se apoiar nas ciências sociais e humanas, seja na filosofia da educação, nas teorias pedagógicas (BOOG, 1997, p. 17), seja na história, sociologia, psicologia, geografia humana, economia, direito, administração dos alimentos e filosofia, manifestando a humanização das ciências da saúde como uma tendência mundial e interdisciplinar (FREITAS, 2008, p. 308-309) embora ainda se observe dispersão da composição disciplinar dos cursos, fato que se reflete na fragmentação da formação do nutricionista (CANESQUI; GARCIA, 2005, p. 270).

No Brasil, o referencial teórico da disciplina é iluminado principalmente pelas ideias dos pensadores Paulo Freire e Edgar Morin (MANÇO; COSTA, 2004; PINTO, 2006). Ambos trazem similitudes de seus postulados que contribuem significativamente para a compreensão da complexidade educacional do século XXI. Numa perspectiva crítica da realidade, tais autores enfatizam a educação reflexiva, permeada pelo diálogo democrático entre os sujeitos, transformando-os em seres

---

autônomos e conscientes de suas escolhas e conduzindo-os à reforma do pensamento, à liberdade do pensar.

Paulo Freire (1985), em seu livro mais célebre, *Pedagogia do Oprimido*, propõe a educação problematizadora, cuja *intencionalidade* é transformar a educação da dominação em educação da libertação. Supera-se a contradição entre educador e educando. O primeiro já não fala *para*, mas fala *com* o segundo. A dialogicidade abre caminho à invenção criativa do pensar e educador e educando juntos rumam ao pensamento crítico e reflexivo.

Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já, não valem. Em que, para ser-se, funcionalmente, autoridade, se necessita de estar *sendo* com as liberdades e não *contra* elas (FREIRE, 1985, p. 39).

Edgar Morin (2006), frente à “crise planetária” vigente, expõe como desafio da educação para o século XXI, em *Os sete saberes necessários à educação do futuro*, o reconhecimento da multidimensionalidade<sup>10</sup>. Para tanto, é necessário superar idéias simplistas, reducionistas e disjuntivas e enfrentar a complexidade, permitindo assim a construção do conhecimento pertinente em direção à reforma do pensamento que, segundo ele, constitui-se um empreendimento histórico, não sendo a partir do primeiro evento que a reforma se efetivará (MORIN, 1999, p. 26):

Trata-se de um trabalho que deve ser empreendido pelo universo docente, o que comporta evidentemente a formação de formadores e a auto-educação dos educadores. Com efeito, apenas a auto-educação dos educadores que se efetiva com ajuda dos educandos será capaz de responder à grande questão deixada sem resposta por Karl Marx: “quem educará os educadores?” (MORIN, 1999, p. 26).

À luz destes e de outros pensadores, a educação alimentar e nutricional parece ter incorporado nas duas últimas décadas a ideia do diálogo e da reflexividade que deve existir entre educador e educando, ao reconhecer a

---

<sup>10</sup> Unidades complexas, como o ser humano e a sociedade, são multidimensionais. O primeiro, é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional. A segunda, comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica, religiosa... (MORIN, 2006, p. 38).

importância das ciências sociais e humanas na compreensão das questões inerentes à alimentação e nutrição para, a partir de então, educar sem domesticar.

Entretanto, apenas essa percepção não basta ao alcance dos reais propósitos da mesma. Como diz Santos (2005, p. 688) “A educação alimentar e nutricional está em todos os lugares e, ao mesmo tempo, não está em lugar nenhum”. Faz-se mister a fundamentação teórica e metodológica da disciplina, a fim de fortalecer a articulação entre teoria e prática, minimizando assim a lacuna entre ambas, ainda predominante nas ações dos nutricionistas, como confirmam os estudos de Amorim, Moreira e Carraro (2001) e Franco e Boog (2007). Caso contrário, a educação alimentar e nutricional culminará na reprodução de velhos erros, sob uma nova roupagem.

É certo que a educação não é estática. Por isso, a construção da educação alimentar e nutricional torna-se complexa, pois depende, dentre outras coisas, das exigências políticas cobradas pelo Estado, do interesse de produção acadêmica dos pesquisadores e da dinâmica do contexto social vigente. Nesse sentido, Morin (2007, p. 19) crê que a situação e o papel da ciência na sociedade modificaram-se profundamente desde o século XVII. Antes marginalizada, hoje, deixa-se controlar pelos poderes econômicos e políticos:

Os poderes criados pela atividade científica escapam totalmente aos próprios cientistas. Esse poder, em migalhas no nível da investigação, encontra-se reconcentrado no nível dos poderes econômicos e políticos. De certo modo, os cientistas produzem um poder sobre o qual não têm poder, mas que enfatiza instâncias já todo-poderosas, capazes de utilizar completamente as possibilidades de manipulação e de destruição provenientes do próprio desenvolvimento da ciência (MORIN, 2007, p. 18).

Assim sendo, muitos pesquisadores contemporâneos se deixam seduzir aos apelos capitalistas, atendendo aos interesses econômicos e políticos, seja divulgando resultados de pesquisas reducionistas, que não abrangem a complexidade do todo do alimento, seja incentivando o consumo de produtos de comprovação científica duvidosa, pondo risco a segurança alimentar e nutricional da população, como assinala Azevedo (2008). Morin (2007, p. 27) comenta sobre a separação e a redução que simplifica os fenômenos decorrentes desse fato. A primeira isola os objetos uns dos outros, como também do seu ambiente e do seu observador. Nesse mesmo movimento, o pensamento separatista insulariza a

ciência na sociedade e “atribui a ‘verdadeira’ realidade não às totalidades, mas aos elementos; não às qualidades, mas às medidas; não aos seres e aos entes, mas aos enunciados formalizáveis e matematizáveis” (MORIN, 2007, p. 27).

Tudo isso se desencadeia na multiplicidade desordenada de informações que se disseminam sobre alimentação e nutrição, frente ao investimento mercantilista massivo que percorre a mídia, num panorama tecnológico globalizado, em que a comunicação ocorre praticamente de forma instantânea entre as pessoas, mesmo estas estando à milhares de quilômetros de distância uma da outra. Acompanhar a velocidade de todo esse arsenal de acontecimentos que circunscrevem a alimentação e a nutrição também se apresenta como um dos desafios para a educação alimentar e nutricional. Outrossim, deve-se considerar que na ciência as soluções não são imediatas, pois ela “pede tempo e não apresenta resultados definitivos” (AZEVEDO, 2008, p. 721).

Mesmo frente a todos os impasses a serem ultrapassados, é louvável que a educação alimentar e nutricional edificando-se como ciência ao buscar seu auto-conhecimento, sua auto-interrogação e, ao fazer disso sua própria política. Ela, como toda e qualquer ciência, é uma aventura.

A ciência é, e continua a ser, uma aventura. A verdade da ciência não está unicamente na capitalização das verdades adquiridas, na verificação das teorias conhecidas, mas no caráter aberto da aventura que permite, melhor dizendo, que hoje exige a contestação das suas próprias estruturas de pensamento (MORIN, 2007, p. 26).

Nessa perspectiva, parafraseio Freire (1996, p. 22) ao dizer que a reflexão crítica sobre a prática da educação alimentar e nutricional se torna uma exigência da relação Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando quimera e a prática, ativismo. Assim, buscando a reflexão crítica em detrimento da teoria vazia e da prática ativista, é importante destacar algumas experiências práticas e exploratórias, publicações e eventos que contribuíram para a instauração da educação alimentar e nutricional no Brasil nos últimos anos.

Santos (2010), traça o panorama atual da educação alimentar e nutricional no bojo das políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil e das ações desenvolvidas a nível local com o intuito de identificar algumas tendências teórico-

metodológicas que norteiam as práticas educativas no campo da alimentação e nutrição<sup>11</sup>.

Quanto às experiências cito alguns **projetos** desenvolvidos no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), agrupados sob uma única Coordenação, desde 2006, a Coordenação Geral de Educação Alimentar e Nutricional (CGEAN), que está subordinada ao Departamento de Apoio a Projetos Especiais da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. São eles: “Educação a Mesa”, “Criança Saudável, Educação Dez”, “Cozinha Brasil, Alimentação Inteligente” e “Eu aprendi, eu ensinei”<sup>12</sup>.

Tais projetos visam desempenhar uma função estratégica para a promoção da segurança alimentar e nutricional em todas as suas dimensões, passando desde a produção até o consumo dos alimentos, considerando aspectos éticos, culturais, socioeconômicos e regionais, entre outros, na promoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis. Também podem ser citados outros projetos em parceria com outros órgãos, a exemplo: “Dez Passos para Alimentação Saudável na Escola”, em parceria com o Ministério da Saúde, “Projeto Criança Saudável Educação Dez” com o Ministério do Desenvolvimento Social, “Projeto Alimentação Saudável nas Escolas” com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Projeto Educando com a Horta Escolar, juntamente com a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação – FAO (SANTOS, 2010).

**Pesquisas** como as de Boog *et al* (2003); Alcides (2004); Bizzo e Leder (2005); Pinto (2006); Rodrigues e Boog (2006); Almeida (2008); Rodrigues e Roncada (2008); Santos (2007) também proporcionaram explorar vivências de pessoas nos diversos ciclos de vida e de profissionais de saúde e de educação, com o intuito de angariar meios que pudessem subsidiar o aprimoramento da teoria e da prática da educação alimentar e nutricional.

Quanto às **publicações**, à nível mundial, a “Estratégia Global para alimentação saudável, atividade física e saúde” (OMS, 2003), lançada em 2003 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), prevê o estímulo à promoção de práticas

---

<sup>11</sup> Ver: SANTOS, Ligia Amparo da Silva. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/sobre/index.php>> Acesso em: 11 de novembro de 2010.

<sup>12</sup> Ver: OLIVEIRA, S. I. de; OLIVEIRA, K. S. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. **Psicologia USP**, São Paulo, 19(4): 495-504, 2008.

alimentares saudáveis, atividade física e controle do tabaco, para a redução de doenças crônicas não transmissíveis.

No Brasil, foram produzidos o “Guia Alimentar Brasileiro” (BRASIL, 2005a), que contém as primeiras diretrizes alimentares oficiais para nossa população, elaborada sob os propósitos da PNAN e da OMS, estando inserido na busca da promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de diretrizes acerca dos hábitos alimentares saudáveis.

“Alimentos Regionais Brasileiros” (BRASIL, 2002c) foi outra publicação, direcionada aos profissionais e agentes comunitários de saúde. Trata-se de um instrumento que busca contribuir para a capacitação destes profissionais de saúde na elaboração de materiais e atividades relacionados à prática de alimentação saudável junto à população, buscando o resgate e a valorização dos alimentos regionais existentes no país.

Quanto aos **eventos**, merecem destaque o I e II Fórum de Educação Alimentar e Nutricional para a Promoção da Saúde, organizados pela Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição (CGPAN), em outubro de 2006 e 2008, respectivamente, que apresentaram estratégias e experiências de educação alimentar e nutricional desenvolvidas no Brasil.

A primeira edição do evento teve como objetivo discutir a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) como estratégia de promoção da alimentação saudável, cujos eixos organizaram-se em torno do fortalecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, o aprofundamento das discussões da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a pauta da nutrição nas políticas públicas intersetoriais, o fortalecimento das ações transversais e intersetoriais e a identificação de lócus sociais em EAN. Dentre outras questões foi discutida a formação inicial de nutricionistas e pedagogos, para a qual se pretende a promoção de projetos político-pedagógicos acerca do tema.

O II Fórum teve como objetivos discutir as atuais práticas, métodos e técnicas de educação alimentar e nutricional como estratégia de promoção da alimentação saudável, saúde e constituição da cidadania dos sujeitos, no sentido de contribuir para o empoderamento no cuidado com a própria saúde. Foram discutidas as atuais práticas de educação alimentar e nutricional (EAN) e a necessidade do seu avanço, frente aos desafios colocados de integração entre os professores e profissionais de Saúde com a criação do Programa Saúde na Escola, criado em 05 de dezembro de

2007, por meio do Decreto n.º 6.286 (MS/MEC), com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Em junho de 2010, o MDS promoveu em Brasília o Seminário Nacional de Educação Alimentar e Nutricional para pessoas com deficiência auditiva e/ou visual. O Seminário reuniu as instituições que trabalham com pessoas com deficiência de visão ou audição e propôs a elaboração de uma estratégia de identificação das preocupações e necessidades destas pessoas para uma alimentação saudável. O evento também promoveu o intercâmbio de experiências favoráveis, construção e reafirmação das estratégias de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e de educação alimentar e nutricional.

Diante de toda essa discussão em torno da evolução e das atuais condições em que está alicerçada a educação alimentar e nutricional enquanto estratégia de promoção das práticas alimentares saudáveis podemos pensar: Uma vez que a promoção de práticas alimentares saudáveis é uma atribuição dos agentes comunitários de saúde, como ela está sendo realizada? Será que a educação alimentar e nutricional está fazendo parte desse cenário?

## CAPÍTULO 2

“Toda ação principia mesmo é por uma palavra pensada”.  
(GUIMARÃES ROSA, 2001, p. 194)

### A ESCOLHA DAS VEREDAS – Metodologia da pesquisa

#### 1. Tipo de estudo

Nos serviços de saúde, os discursos dos profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentre outros – que compõem a racionalidade hegemônica está pautada na aplicação de um saber objetivado sobre outras formas de saber, encerrado na cientificidade moderna. Contudo, os discursos destes profissionais não são necessariamente homogêneos. As formas de pensar a saúde e a nutrição possuem peculiaridades e, por vezes, aspectos conflitantes.

Não obstante, os Agentes Comunitários de Saúde, em particular, que se configuram em uma categoria híbrida entre um profissional de saúde e um integrante da comunidade, devem formular um discurso não menos híbrido que a sua identidade profissional. Saberes científicos e saberes populares sobre a promoção das práticas alimentares saudáveis devem estar em confronto constante no decorrer das ações do ACS.

Nesse sentido, pensando o Agente Comunitário de Saúde como parte de uma cultura que é construída por homens e que, portanto, como diz Geertz (1989, p. 15), é cheia de significados, devendo ser vista “não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado”, pretendeu-se, para uma melhor compreensão sobre o assunto, desenvolver um **estudo qualitativo**. Este, segundo Minayo (1994) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, colocando como tarefa maior a compreensão da realidade humana na sociedade. O significado é o conceito

central da investigação. A subjetividade é o fundamento do sentido da vida social. A linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis.

## 2. Universo da Pesquisa

O local escolhido para a realização da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde César de Araújo, localizada no Bairro Boca do Rio, em Salvador/BA. Este, é um bairro litorâneo da zona leste do município, no qual habita pessoas de classe baixa e média. É assim chamado por ter se desenvolvido nas imediações da desembocadura do Rio das Pedras no Oceano Atlântico.

Suas primeiras habitações começaram a surgir na década de 1950. Eram pequenas aldeias de pescadores. Entretanto, no final de 1960, devido à especulação imobiliária, a prefeitura ordenou a realocação da população de baixa renda que havia invadido os bairros Ondina e Pituba para as terras que deram origem ao referido bairro.

Ao longo dos anos, a Boca do Rio foi se desenvolvendo, de modo que suas dunas e coqueiros foram sendo substituídas por casas, edifícios e estabelecimentos comerciais, transformando assim sua paisagem (**Quadro 1**). Em determinados locais, grandes edificações se contrastam com ruas em condições precárias e insalubres, as quais contêm, por exemplo, além de becos muito estreitos, que proporcionam o uso e o tráfico de drogas, habitações que costumam ser chamadas pelos moradores do bairro de “puxadinhos”<sup>13</sup>. Estas, particularmente, impressionaram-me por não possuírem, na maioria dos casos, o menor planejamento arquitetônico, podendo causar, dentre outros problemas, desabamentos em épocas de chuva.

---

<sup>13</sup> Puxadinhos – Lote de terra inicialmente com uma casa pertencente a um casal. Ao constituírem família, seus filhos se casam e, ou por falta de dinheiro para adquirirem sua residência ou para permanecerem próximos à família, vão construindo suas casas em torno do terreno. Quando isso não é possível devido à falta de espaço ou à localização do terreno (morros), eles “batem a laje” da casa e vão edificando uma sobre a outra na medida em que a família vai aumentando.

**Quadro 1 – Movimentos migratórios da Boca do Rio, Salvador, BA, 2009.**

Período	População migrante	Atividades desenvolvidas e mudanças no bairro
Até década de 1950	Residentes: ex-escravos e índios	Pesca para comércio, produção e comércio de óleo de baleia
1950	Veranistas	Pesca de subsistência; Venda e troca de terras, grilagem; Áreas naturais e de lazer preservadas
1960	Migrantes do êxodo rural e soteropolitanos pobres  Fixação dos antigos veranistas (classe média baixa) nas áreas centrais  Fixação dos trabalhadores domésticos e comerciários nas áreas periféricas	Invasão de áreas desocupadas e construção moradias precárias  Início de atividades comerciais, administrativas e financeiras
1970	Populações “transferidas” pela prefeitura de outras invasões: Bico de Ferro e Ondina (1969), Piaçava (1970), Caxundé (1973), Baixa do Cajueiro (1974) e Jardim Imperial (1976)	Loteamento Popular da Boca do Rio;  Início de conflitos e violência entre moradores das invasões
1970/1980	Fixação de membros da geração de contracultura, jornalistas, escritores e artistas nas áreas nobres;  “Transferência” da população pobre residente no espaço da construção do Parque Metropolitano de Pituvaçu para a região do Bate-Facho e para as regiões próximas à Bolandeira.	Valorização da área da orla (Praia dos Artistas), atividades culturais e exploração turística (proliferação de restaurantes e hotéis);  Inauguração do Centro de Convenções  Tráfico organizado de drogas na região e aumento da violência;
1990	Êxodo de moradores do bairro para outras regiões da cidade devido às péssimas condições de infraestrutura e à violência;	Destruição progressiva de áreas de lazer da população, aumento da violência, tráfico de drogas e desemprego entre jovens;  Construção de grandes condomínios residenciais e empresariais no entorno do bairro;  Realização de obras de infra-estrutura na região do “fim de linha” e em parte do Caminho das Águas;  Inauguração do Aeroclube Plaza Shopping;
2000		Acirramento da violência no bairro  Movimento pela preservação da Praia dos Artistas,  Proliferação de ONGS  Crise do Aeroclube Plaza

Fonte: TAVARES, 2009.

Contudo, os agentes comunitários reforçam avanços positivos em relação às condições de moradia, saneamento básico, esgotamento sanitário, pavimentação e energia elétrica. Acrescido a isso, a atividade econômica constitui-se o ponto de maior destaque do bairro, ocorrendo segundo sua organização geográfica, como aponta Tavares (2009). Nas áreas centrais e próximas à Orla concentram-se restaurantes, hotéis, comércio e diferentes opções de lazer, predominantemente, voltadas à classe média/alta, linhas de ônibus para diversos pontos da cidade e uma melhor infra-estrutura. Nas áreas mais periféricas, apesar de bem diversificado, o comércio possui menor porte, há uma menor infra-estrutura e as áreas de lazer são mais escassas.

A Boca do Rio também é geograficamente delimitada como um dos 12 Distritos Sanitários de Salvador, e possui como limites os distritos de Itapuã e Pau da Lima (ao Norte), Cabula/Beiru (a Oeste) e Rio Vermelho (ao Sul) (**Figura 1**).

**Figura 1 – Localização do Distrito Sanitário Boca do Rio, Salvador, BA, 2010.**



Fonte: Distrito Sanitário Boca do Rio, 2010.

A população do Distrito Sanitário Boca do Rio está estimada em 133.067 habitantes, sendo 62.388 do sexo masculino e 70.679 do sexo feminino, entre crianças (20.656), adolescentes (21.887), adultos (80.014) e idosos (10.510). O mesmo dispõe de três Centros de Saúde (o 12º Centro de Saúde – Dr. Alfredo Boureau, o Centro de Saúde César de Araújo e o Centro de Saúde Pituaçu), duas unidades de Saúde da Família (USF de Pituaçu e USF Zulmira Barros – Costa Azul), um Centro de Atenção Psicossocial Drª. Rosa Garcia e duas Residências, sendo uma feminina e uma masculina<sup>14</sup>.

A Unidade Básica de Saúde César de Araújo está localizada à Rua Manoel Quaresma, nº 08. Oferece cobertura a oito microáreas: Baixa Fria, Cajueiro, Caxundé, Curralinho, José Bonifácio, Novo Paraíso, Suporte e por uma área que também leva o nome do bairro, Boca do Rio. Dispõe de 27 agentes comunitários de saúde, 2 auxiliares de consultório dentário, 9 auxiliares de enfermagem, 2 assistentes sociais, 3 dentistas, 8 enfermeiras, 2 ginecologistas, 1 nutricionista e 2 pediatras. Sua estrutura física é composta por sala de curativo, de diretoria, de expurgo/esterilização, de marcação de consulta, de ginecologia, de pediatria, de odontologia, de puericultura, de vacinação. Não há sala de inalação nem de reuniões, como também não há a administração de medicamentos.

### **3. Seleção dos entrevistados**

Na pesquisa qualitativa o termo *seleção* deve substituir *amostragem*, pois este termo “carrega, inevitavelmente, conotações [de que] os resultados podem ser generalizados dentro de limites específicos de confiabilidade” (BAUER E GASKELL, 2003).

Tais autores afirmam que há um limite no número de entrevistas, na pesquisa qualitativa. Para cada pesquisador, este limite é algo entre 15 e 25 entrevistas individuais [...]” (BAUER; GASKELL, 2007, p. 71). Sabe-se, porém, que na abordagem qualitativa não é o número de entrevistas que importa e sim a compreensão de que “[...] permanecendo todas as coisas iguais, mais entrevistas

---

<sup>14</sup> Informações cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde, em 2009.

não melhoram necessariamente a qualidade, ou levam a uma compreensão mais detalhada” (BAUER; GASKELL, 2007, p. 70-71), o que se chama *saturação*.

Nesta pesquisa, o número de entrevistados se deu a partir da assinatura dos ACS do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Antes de convidá-los oficialmente a participarem da pesquisa tive o cuidado de conseguir uma maior aproximação com eles. E, para mim, mesmo tendo optado por não acompanhá-los diariamente em suas visitas domiciliares, tornando-os cientes que faria apenas entrevistas e assistiria às reuniões semanais do grupo e eventuais práticas coletivas, foi uma surpresa constatar que, dos 27 ACS existentes no César de Araújo, exceto um que estava de férias, somente 8 consentiram participar. Doravante, ao longo de toda a pesquisa em campo fui identificando e compreendendo os motivos de tamanha recusa.

Dentre os participantes da pesquisa, dois que haviam assinado o Termo de Consentimento, acabaram não sendo entrevistados devido a incompatibilidade de suas agendas com a minha. Estes, foram substituídos por duas agentes que espontaneamente decidiram participar.

Dos 8 ACS entrevistados havia apenas um homem. A idade variou de 33 a 67 anos. Quatro são soteropolitanos, tendo dois nascidos na Boca do Rio, três nasceram em outras cidades do Estado da Bahia e apenas um nasceu fora do estado da Bahia. Entretanto, moram no bairro e trabalham como ACS há pelo menos 10 anos. Quanto à escolaridade, uma possui o ensino médio incompleto, cinco possuem o ensino médio completo e duas estão cursando o ensino superior. A maioria se diz católica, tendo uma evangélica, um testemunha de Jeová e uma não quis identificar sua religião. Há dois ACS solteiros, dois divorciados e os demais são casados. Um dos solteiros não possui filho. Três trabalham na rua que moram. Os outros cinco trabalham em ruas próximas as suas residências. Quatro revelaram não estarem trabalhando antes de ser agente. Dois dos que trabalhavam antes de exercer tal função também já realizavam trabalho comunitário com a população e por isso viram na profissão de ACS a oportunidade de serem remunerados pela atividade comunitária desenvolvida (Ver **Quadro 2**).

**Quadro 2 - Caracterização dos trabalhadores entrevistados**

Identificação dos ACS	Alba	Deura	Estér	Leyane	Neide	Pedro	Rita	Yolanda
Sexo	F	F	F	F	F	M	F	F
Idade	De 33 à 67 anos							
Naturalidade	Salvador	Salvador	Costa do Saúpe	Salvador	Sergipe	Castro Alves	Senhor do Bonfim	Salvador
Escolaridade	Ensino médio completo	Ensino superior incompleto	Ensino médio completo	Ensino médio completo	Ensino superior incompleto	Ensino médio completo	Ensino médio completo	Ensino médio incompleto
Religião	Católica	Não identificado	Evangélica	Católica	Católica	Testemunha de Jeová	Católica	Católica
Estado Civil	Divorciada	Casada	Casada	Casada	Casada	Solteiro	Divorciada	Solteira
Número de filhos	3	2	2	3	3	0	3	2
Tempo de residência no bairro	Entre 10 e 54 anos							
Tempo médio de profissão	10	10	10	10	10	10	10	10
Trabalha na rua que mora	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não
Trabalho anterior ao de ACS	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
Trabalho Comunitário Anterior ao ACS	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
Motivo de ser ACS	Oportunidade de emprego	Oportunidade de remuneração por atividade que já desenvolvia	Oportunidade de emprego	Oportunidade de emprego	Oportunidade de remuneração por atividade que já desenvolvia	Oportunidade de emprego	Oportunidade de emprego	Oportunidade de emprego

#### 4. Entrada no Campo

A abordagem técnica do trabalho de campo se deu por meio de **entrevistas semi-estruturada e observação participante**, durante o período compreendido entre julho e setembro de 2010.

A **entrevista semi-estruturada** é um tipo de entrevista qualitativa. Esta, segundo Bauer e Gaskell (2007), “fornece dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação”. Sua finalidade real “não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão”.

Entretanto, a entrevista possui algumas limitações e, por isso pode se combinar com outros métodos, como com a **observação participante**. Nesta, o pesquisador capta “uma variedade de situações e fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (MINAYO, 1994, p. 59-60).

Para Triviños (1987), observar não é simplesmente olhar,

é destacar de um conjunto (objetos, pessoas, animais etc.) algo especificamente, prestando, por exemplo, atenção em suas características (cor, tamanho etc.). Observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações etc. Individualizam-se ou agrupam-se os fenômenos dentro de uma realidade que é indivisível, essencialmente para descobrir seus aspectos aparências e mais profundos, até captar, se for possível, sua ausência numa perspectiva específica e ampla, ao mesmo tempo, de contradições, dinamismos, de relações etc. (TRIVIÑOS, 1987, p. 153).

O mesmo autor afirma que as observações necessitam de um diário de campo, no qual são feitas anotações de natureza reflexiva. Desta forma, o investigador deve estar permanentemente em “estado de alerta intelectual”. Cada fato, comportamento, atitude, diálogo observado pode sugerir uma idéia, uma hipótese, uma nova indagação ou uma nova evidência sobre o que se pesquisa. Tudo deve ser registrado.

Assim, previamente foram realizadas visitas à UBS pesquisada a fim de proporcionar a familiarização entre os participantes da pesquisa e a pesquisadora, subsidiando desta forma escutas e análises preliminares como forma de aprimorar as entrevistas a serem realizadas posteriormente, aprofundando questões relevantes e esclarecendo algumas descrições.

Posteriormente, iniciou-se a pesquisa propriamente dita. Foram realizadas oito entrevistas semi-estruturadas com os Agentes Comunitários de Saúde, por meio de um *tópico guia*<sup>15</sup> (Apêndice 1), de acordo com os objetivos de investigação propostos. As entrevistas foram gravadas em mídia digital e, finalmente, transcritas e analisadas.

Todas as observações foram registradas em diário de campo em momento posterior ao das observações.

## 5. Bases interpretativas da investigação

A interpretação das informações foi realizada atendendo a proposta de Gadamer (2008). Esse método situa a fala dos atores em seu contexto para melhor ser compreendida. Segundo Minayo (1994), o *primeiro nível de interpretação* diz respeito à conjuntura sócio-econômica e política do qual faz parte o grupo social a ser estudado, história desse grupo e política relacionada ao mesmo. Essas determinações devem ser definidas na fase exploratória da pesquisa. O *segundo nível de interpretação* baseia-se a partir dos fatos surgidos na investigação. Tudo referente às entrevistas, observações realizadas e registros do diário de campo devem ser consideradas.

Além disso, a operacionalização da proposta deve seguir os seguintes passos:

- (a) *Ordenação dos dados*: Todas as informações obtidas no trabalho de campo devem ser mapeadas: transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação participante.

---

<sup>15</sup> **Tópico de guia** é um conjunto de títulos de parágrafos, não uma série extensa de perguntas específicas. Funciona como um lembrete para o entrevistador, como um salvaguarda quando der um “branco” no meio de uma entrevista, um sinal de que há uma agenda a ser seguida, criando então um referencial fácil e confortável para uma discussão. Também se mostra útil como esquema preliminar para a análise das transcrições e pode ser usado com alguma flexibilidade (BAUER; GASKELL, 2007, p. 66-67).

(b) *Classificação dos dados*: É feita uma leitura exaustiva e repetida dos textos para identificar o que é mais relevante para a pesquisa. Em seguida, elaboram-se as categorias específicas.

(c) *Análise final*: Estabelecem-se articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões com base em seus objetivos. Assim se promovem as relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

Na pesquisa, a hermenêutica, tida como “a arte e a ciência da interpretação” (RUNES, 1985 *apud* AYRES, 2005), é útil na interpretação dos fenômenos e das falas dos sujeitos. “Interpretar significa justamente colocar em jogo os próprios conceitos prévios, para com isso trazer realmente à fala a opinião do texto” (GADAMER, 2008, p. 514).

O “mundo” dos sujeitos é revelado ao pesquisador a partir da compreensão da linguagem destes sujeitos. O pesquisador deixa espaço para o ponto de vista do sujeito, colocando-se em seu lugar, para poder compreender o que ele diz. Respeita a opinião do sujeito e chega a um acordo em relação ao assunto em questão. A opinião do sujeito não é relacionada com sua individualidade por ele próprio e pelo pesquisador, mas com a opinião e a suposição de ambos. Assim, a linguagem “só adquire sua realidade quando se dá o entendimento mútuo”. A esse entendimento mútuo Gadamer chama de *intercâmbio de opiniões* (GADAMER, 2008, p. 501).

## 6. Considerações éticas

O projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Nutrição (CEPNUT), da UFBA, de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

A participação dos sujeitos da pesquisa foi voluntária. Os mesmos podiam desistir a qualquer momento, bastando apenas informar à pesquisadora. Os sujeitos confirmaram sua participação a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2). Neste, continha o objetivo da pesquisa, como ela seria realizada, os riscos e benefícios proporcionados aos sujeitos, a liberdade de

desistência, a confidencialidade das informações, a preservação da identidade dos entrevistados e a possibilidade de publicação dos resultados da investigação.

Os resultados desta investigação são de total responsabilidade dos pesquisadores, podendo ser publicados em periódicos e eventos científicos e culturais, mantendo-se em sigilo as identidades dos sujeitos.

## CAPÍTULO 3

“Não se assente o senhor por beócio. Uma coisa é pôr idéias arrançadas, outra é lidar com país de pessoas, de carne e sangue, de mil-e-tantas misérias... Tanta gente – dá susto se saber – e nenhum se sossega: todos nascendo, crescendo, se casando, querendo colocação de emprego, comida, saúde, riqueza, ser importante, querendo chuva e negócios bons... De sorte que carece de se escolher: ou a gente se tece de viver no safado comum, ou cuida só de religião só.” (GUIMARÃES ROSA, 2001, p. 31)

### O TRABALHO DOS ACS DO CÉSAR DE ARAÚJO – Entre desafios, lutas e aspirações

#### 1. Primeiras impressões em campo – A violência e o tráfico de drogas como desafio no labor dos ACS

Dia 27/07/2010, circula o anúncio nos jornais: *Agentes de Saúde e Combate à Endemias entram em greve por 72h em Salvador*<sup>16</sup>. Dentre as reivindicações da categoria estão a mudança do regime jurídico de celetista para estatutário, o pagamento do adicional de insalubridade e o aumento salarial. Foi justamente nesta época que entrei em campo. Deparei-me, de cara, com profissionais insatisfeitos e desestimulados. Passei a conhecer a partir de então uma realidade antes para mim quase que completamente alheia, a realidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Senti-me bem recebida pelos ACS da Unidade Básica de Saúde César de Araújo. Compreendo que, naturalmente, os primeiros encontros despertam curiosidade e, certa desconfiança. Decerto, perguntas como “Quem é esta pessoa?” “O que deseja de nós?” devem ter passado pela mente dos ACS.

Apesar da boa receptividade, percebi em suas conversas, comentários que para mim soavam como uma certa “resistência camuflada”. Ao me direcionarem a

---

<sup>16</sup> Ver: Jornal Cidades <<http://www.atarde.com.br/cidades/noticia.jsf?id=5422431>>.

palavra, de modo individual, ou em dias de reunião do grupo, alguns agentes faziam questão de enfatizar a crescente violência no bairro, devido o tráfico de drogas<sup>17</sup>.

Por um tempo, isso me deixou intrigada. O que estavam querendo me dizer? Estariam tentando me alertar sobre os possíveis riscos de minha presença em campo ou me intimidar para que desistisse de acompanhá-los, visto que temiam os próprios riscos de serem avaliados e, possivelmente, perderem seu emprego? (Afinal, estavam recebendo em seu ambiente de trabalho uma pessoa desconhecida, em ano de eleição.) Ou ainda, estariam fartos de auxiliarem alunos na realização de pesquisas sem ao final serem “recompensados” por isso? Cheguei a pensar que eles poderiam estar utilizando a própria violência do bairro como forma de se protegerem de possíveis incômodos! Com o passar do tempo, eles próprios foram me revelando as respostas.

A questão da **violência e do tráfico de drogas** foi algo que permeou toda minha pesquisa de campo. Essa foi uma das maiores dificuldades (se não a maior) revelada pelos agentes comunitários de saúde no campo de trabalho:

Na questão da violência, piorou. Aqui a violência era baixa. [...] E hoje está difícil. O pessoal não quer sair mais a partir de dez horas aqui, com medo de tiroteio, essas coisas assim, porque a violência aumentou, na verdade, na cidade toda. Tinham bairros que eram muito mais violentos, tipo a Liberdade, era muito violento. Mas, hum, expandiu tudo. Cada dia eu vejo as drogas, a facilidade. As drogas não, o crack que apareceu, que vicia rapidamente. Então, aumentou o índice de violência por causa disso. (Estér)

Antigamente era um bairro humilde e tudo, não era tão violento, e mesmo quando tinha violência era aquela violência de você dá murro no outro, essas coisas de briga mesmo. E agora não. Com o consumo de drogas está uma coisa muito, muito gritante. Então, principalmente o uso de drogas aumentou muito. A violência também. Só que a violência [...] acontece mais com as pessoas envolvidas nas drogas. É meio difícil você vê uma pessoa que não é envolvida conversando com um assassino. (Pedro)

A violência e o tráfico de drogas ameaçam a segurança da Boca do Rio, tornando seus moradores mais desconfiados e cautelosos em suas ações. Isso foi possível perceber desde minhas primeiras visitas. Ouvi inúmeras histórias envolvendo diversos aspectos sobre esse assunto, inclusive o assassinato de um

---

<sup>17</sup> Quando falo em “drogas” refiro-me às drogas ilícitas, como maconha, cocaína e crack.

agente que parecia ser muito querido pela população e pelos companheiros de trabalho. De quando em vez, os ACS tocavam no assunto, mas sempre de forma meio discreta, encoberta, sigilosa. Afirmavam não saberem ao certo a causa da morte do colega. O silêncio e a “neutralidade”, na maioria das vezes, são comportamentos adotados por eles diante de casos que envolvem roubo e assassinatos.

Por terem que conviver com a droga e a violência na profissão, os ACS desenvolveram estratégias para utilizarem em campo:

Os meninos que usam drogas nunca buliram com a gente. A gente pode fazer o que for na área. Eles não se importam. A gente também procura conquistar, cativar. Brinca com um, com outro: – Ô tia, tem um preservativo aí? Tem porque a gente também distribui preservativo, principalmente para eles. [...] Eles não incomodam. [...] O ruim é quando tem a briga entre as quadrilhas. Grupos de fora que vêm pra tomar a boca (Ponto de venda de drogas.). Mas com as outras pessoas é tudo ótimo, tudo está vendo porque são de lá. O problema é quando a polícia entra, a gente sai de fininho porque não sabe o que é que vai acontecer. Aí sai de fininho, rondando se tem um lugar aberto, para ir para uma casa ou um bar e entrar, pra não ficar na rua. A maioria dos meninos é gente boa (Sorri.) (Estér)

Para Estér, o medo da morte existe, mas a violência só passa a ser uma ameaça aos moradores do bairro quando há disputa de gangues por locais de venda de drogas e quando os traficantes temem algum conflito com a polícia, mediante a aproximação desta ao fazer seu trabalho de rotina. Para os agentes, conquistar a confiança dos traficantes e tratá-los bem passa a ser uma forma de proteção de si. “Tratá-los bem”, nesse contexto, pode significar sobpor o medo da violência ao seu compromisso como profissional de saúde de prestar assistência aos traficantes e suas famílias sem distingui-los dos demais. Deste modo, a ética profissional coexiste com a violência, embora “ética” e “violência” sejam palavras opostas, segundo Chauí (1999), por tratarem “seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade, como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos e inertes ou passivos” (CHAUÍ, 1999).

Como estratégia para fugir de eventuais tiroteios, os ACS procuram trafegar por ruas mais centrais, aproximando-se de casas de pessoas mais conhecidas, e

evitam passar por becos estreitos e trabalhar em “épocas de guerra”<sup>18</sup>, como eles costumam dizer.

Caso semelhante é vivenciado pelos ACS de uma ESF do Candeal de Brotas, outro bairro de Salvador/BA, como foi demonstrado por Souza (2009), ao estudar situações de violência no ambiente de trabalho desses agentes. Provavelmente, essa também deve ser a vivência de agentes comunitários de outros bairros da cidade, pois a relação entre violência e tráfico de drogas foi identificada em pesquisas como a de Freitas, em 2003, ao denunciar a fome e seu elo com o tráfico de drogas, no bairro de Santo Antônio, mais conhecido como Péla Porco, e a de Santos (2009), num estudo mais recente, sobre a violência na Pituba e Nordeste de Amaralina.

De acordo com o Mapa da Violência do Brasil (WASELFISZ, 2010), apesar do Brasil ser o 6º país com o maior número de homicídios do mundo, tais índices declinaram a partir de 2003. Waiselfisz (2010, p. 138) acredita que isso tenha se dado devido dois fatores:

- A criação do Estatuto do Desarmamento, no final de 2003, tornando mais rígidas as penas por porte e/ou posse de armas de fogo, e a conseqüente Campanha do Desarmamento, que se inicia em meados de 2004 e retira muitas armas de circulação pela entrega voluntária com contraprestação financeira.

- O sucesso de políticas estaduais em uns poucos estados do país, que, pelo seu grande peso demográfico, incidem de forma significativa nas taxas nacionais, num processo ainda muito focalizado em umas poucas áreas geográficas.

Em contrapartida, cresceu drasticamente o número de homicídios entre jovens, principalmente entre 15 e 24 anos, mais precisamente no pico dos 20 e 21 anos de idade. “Apesar de representar apenas 18,6% da população do país em 2007, ela concentrava 36,6% dos homicídios acontecidos nesse ano” (WASELFISZ, 2010, p. 143).

Assim “a ritualidade do poder do narcotráfico atinge os drogados, os traficantes, os moradores que não participam diretamente desse negócio, e sobretudo os jovens que perderam a vaga na escola ou o interesse por ela” (FREITAS, 2003, p. 110). Diante disso, o binômio “violência e juventude” mostra-se

---

<sup>18</sup> Épocas de guerra – Períodos do ano em que aumenta o número de conflitos entre traficantes de drogas de gangues rivais ou entre traficantes e policiais devido à disputa dos primeiros por pontos de droga. Geralmente, segundo uma ACS, isso ocorre entre o final de ano e o carnaval.

como um problema de saúde coletiva que necessita ser mais bem explorado por meio da construção de uma cultura de políticas públicas e ações específicas que visem a transformação do contexto social vigente.

## 2. Contextualizando as condições de trabalho dos ACS do César de Araújo

Em relação à profissão em si, não diferente de toda a classe, os ACS do César de Araújo também buscam a formação de sua identidade ao **lutar pelos seus direitos trabalhistas e sociais**. Dentre suas exigências, estão a garantia de estabilidade e benefícios, melhores salários e condições de trabalho. Eis o que diz Pedro sobre a última greve realizada pelos ACS no final de julho de 2010:

A última greve que teve, a pauta de reivindicação foi justamente a mudança de regime para estatutário, já que celetista é meio discriminado, assim, não tem as mesmas vantagens que o estatutário tem. Então a greve foi mais por isso. Foi com relação também ao aumento de salário e condições de trabalho. Mas o foco mesmo foi justamente a mudança do regime. (Pedro)

A **vinculação institucional** é uma das maiores polêmicas da categoria de ACS. Estes estão “a serviço do Estado e em condições de trabalho similares às dos funcionários públicos, sem, inicialmente, fazerem jus ao conjunto de direitos que a condição de servidor implica. Sua inserção é precária, informal e com baixa remuneração” (MENDONÇA, 2004, p. 356). O contexto histórico no qual surgiu a profissão também parece não ter sido favorável na luta pelas garantias de sua legalização:

Os ACSs surgiram como vítimas de uma conjuntura geral de desregulamentação das condições sociais de trabalho, que marca a década de 90. Ao contrário de outros grupos de trabalhadores, não aconteceu de perderem benefícios e direitos, já que a categoria não existia previamente. Mas, ao surgirem como fruto de uma política social, viram-se defrontados com muitos entraves no acesso à tradição brasileira desses direitos e benefícios, na medida em que eles deixaram de ser alvo essencial das políticas públicas. Portanto, os ACSs nascem desprotegidos em relação a essas garantias legais do trabalho, e os gestores do SUS, mesmo quando consideram relevante e justo que tais garantias lhes sejam concedidas, têm

sérias dificuldades em institucionalizá-las (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p. 19).

Além disso, desde sua criação, o diferencial e inovador do programa estaria na exigência dos laços comunitários com a população e no fato de não terem a estabilidade dos funcionários públicos. Entretanto, trabalhar oito horas por dia, assumindo uma responsabilidade de “caráter multiprofissional” (MENDONÇA, 2004) e receber ao final do mês apenas um salário mínimo, sem a garantia de estabilidade, parece ser uma profissão “solidária” que “custa caro” aos seus trabalhadores. Em contrapartida,

em função de seu caráter universal, dado pela Constituição, o concurso público não poder exigir que o candidato tenha residência prévia em determinada região nem que ele continue morando naquele local após a contratação. A interpretação mais recorrente era que contratar os ACS por concurso público significaria ter de abrir mão da exigência de que eles morassem na comunidade em que atuam, característica até então considerada fundamental para o sucesso do PSF por facilitar o vínculo desses trabalhadores com a comunidade (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p. 274).

É fundamental ressaltar também que as relações de trabalho, em grande parte, são terceirizadas, inexistindo vínculos empregatícios diretos com o Estado. Os contratos, em vários municípios, são apenas verbais, o que implica o recebimento de um salário mensal sem obrigações sociais e, para os trabalhadores, sem os direitos vinculados a um contrato formal. A Constituição de 1988 e da reforma do aparelho estatal realizada nos anos 1990 fizeram com que os contratos terceirizados resultassem na Lei de Responsabilidade Fiscal pela qual o Estado, em seus vários níveis, não pode gastar mais do que arrecada. Essas restrições fiscais vincularam os gastos públicos à arrecadação. A reforma teve uma perspectiva largamente gerencial e as políticas de saúde da década de 1990 passaram a operar com custos menores devido à omissão dos encargos sociais, que oneram a folha de salários dos empregados celetistas, visando acompanhar o processo de reestruturação econômica da sociedade e das políticas neoliberais do período (LIMA; MOURA, 2005; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Desta forma, a exigência dos ACS de mudar de regime trabalhista, deixando de ser celetista e passando a ser estatutário, através da realização de concurso

público, vindo a adquirir a formalidade profissional, enfrenta a contrapartida de resistência na gestão financeira global desses programas, uma vez que isso resultaria no impacto na folha de pagamento das prefeituras, dificultando o respeito à Lei de Responsabilidade Fiscal (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007; NOGUERIA; SILVA; RAMOS, 2000).

Buscando-se uma alternativa de solução para a questão da vinculação institucional, ao longo da última década, vários projetos de lei já foram escritos, mas prevaleceu a proposta do Poder Executivo, tornada pública por meio da medida provisória nº 297, que, dentre outras decisões, revogou a lei nº 10.507, que criou a profissão do ACS, tornando-se a lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a qual regulamenta a emenda constitucional nº 51/06, como detalham Morosini, Corbo e Guimarães (2007, p. 274).

Os autores destacam que a lei estabelece que os ACS deverão ser contratados por vínculo CLT, exceto nos casos em que alguma lei local determinar outro regime jurídico. Trata-se de vínculo direto com os municípios – sem intermediação de organizações sociais, como vinha acontecendo em muitas regiões – mas sem direito à estabilidade e outros benefícios garantidos pelo regime estatutário. Além disso, prevalece no parágrafo único do artigo 10 a determinação de que o ACS poderá ser demitido caso não cumpra o requisito de “residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público” ou apresentar declaração falsa de residência.

Nesse íterim, a lei nº 11.350 pode não ser a que alcance o objetivo dos ACS no que se refere à desprecarização dos vínculos empregatícios, mas certamente venha a contribuir para que isso ocorra.

A **busca por valorização e respeito profissional** também são valores desejados pelos ACS do César de Araújo, principalmente quando se referem aos demais profissionais de saúde da unidade. Pergunto para um dos agentes se ele faz a diferença entre os profissionais que não são agentes comunitários e os que são. Ele responde:

Eu não faço, mas na verdade existe essa divisão. Porque, por exemplo, uma recreação, uma festa de fim de ano, qualquer comemoração. Tem a comemoração do posto e a comemoração dos agentes comunitários. Então o pessoal é meio separado. [...] Uma coisa meio clara. (Pedro)

Interessante observar que Pedro utilizou como exemplo para demonstrar a separação existente entre os ACS e os outros profissionais de saúde momentos de confraternização, descontração, e não momentos de labor. Destacou a “festa de fim de ano”, que simbolicamente significa *união entre as pessoas, renovação de laços fraternais*. Aqui, as diferenças parecem se tornar mais visíveis quando há a possibilidade de reunião com todos. Uma festa de fim de ano é uma ocasião propícia para isso. Entretanto, se há “a comemoração do Posto” e “a comemoração dos agentes comunitários” é porque não há *união*, há distinção. Falta “entrosamento” entre a equipe da unidade, como falou Rita: “Deveria ter um entrosamento, porque parece que fica assim... Aqui tem pessoas que já não vêm o trabalho do agente. Vêm o trabalho do agente como uma coisa chata, uma coisa que está toda hora **incomodando**”. (Rita)

Os ACS do César de Araújo se sentem como uma “segunda categoria”, a qual é hierarquizada, como “o pessoal do posto” e “os agentes comunitários”. Entretanto, eles fazem parte de uma “nova” categoria profissional, já com um crescimento expressivo. Os agentes comunitários de saúde, através do PACS, foram “pedra angular” (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008, p.52) para a estratégia de mudança do modelo assistencial de saúde. Revelados como personagens “intrigantes” no tocante à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos (NUNES *et al*, 2002, p. 1640), inovam por trazerem no bojo de sua política a concepção de transformação de um “estoque de saberes” em “capacidade de ação diante de acontecimentos” (ZARIFIAN, 1999, *apud* MARQUES, 2004, p. 349) e o compromisso de desenvolverem o potencial de liderança para exercerem o controle social (DUARTE *et al*, 2007, p. 445).

Por ser uma “nova” profissão, com perspectivas e desafios, “incomodar” pode ter o sentido de provocar no outro o sentimento de “rejeição”. Aliás, segundo Morin (2006, p. 30), o “novo” quebra paradigmas e nem sempre as pessoas estão abertas a receberem novas idéias. “Quando o inesperado se manifesta, é preciso ser capaz de rever nossas teorias e idéias, em vez de deixar o fato novo entrar à força na teoria incapaz de recebê-lo” (MORIN, 2006, p. 30). Nesse sentido, muitos profissionais de saúde ainda não compreendem a importância do agente comunitário de saúde. Seu papel muitas vezes é confundido, distorcido (BORNSTEIN E STOTZ, 2008, p. 264), não percebido em sua dimensão “híbrida e polifônica” (NUNES *et al*,

2002), mesmo porque a própria identidade deste permanece em “pleno processo instituinte” (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p. 261).

Por outro lado, a rejeição também pode ser de ordem social. Os ACS, em sua maioria, pertencem à classe de baixa renda. Na área da saúde passaram a representar a força da população marginalizada na luta pela democratização do conhecimento, embora muitos deles não tenham uma visão politizada de sua profissão, vendo-a apenas como uma oportunidade de emprego.

Historicamente, “o saber biomédico situa-se numa escala na hierarquia de saber da sociedade” (NUNES *et al*, 2002, p. 1641). Tal saber nem sempre respeita o saber popular, nem é capaz de reconhecer suas limitações para atuar de acordo com os preceitos preconizados pelo SUS. É preferível que os demais profissionais de saúde se sintam “incomodados” pelos ACS ao perceberem que estes passam a dividir, e mesmo disputar com eles o seu lugar de prestígio na comunidade (NUNES *et al*, 2002, p. 1641). Como efeito, eles fazem o que Valla (1998, p. 10) chama de “culpabilização da vítima”. Ou seja, monopolizam o saber técnico, e desqualificam o saber popular dos ACS, utilizando a escolaridade como parâmetro de competência.

Assim, quando num serviço de saúde, seus profissionais não conseguem civilizar suas teorias, tornando-as abertas, racionais, críticas, reflexivas, autocríticas, aptas a se auto-reformarem (MORIN, 2006, p. 31), ocorre a **fragilidade das relações profissionais** e, conseqüentemente, precariza a integração das ações de saúde. Relações de poder se exercitam e impedem o respeito às diferenças, dificultando a concretização do que seria *humanização*, uma palavra cujo significado prático mostra-se quase utópico. “Já tive aula de Humaniza SUS, e não acontece nada disso”. (Rita)

A esse respeito, a Política Nacional de Humanização, o HumanizaSUS, lançada em 2003, elenca alguns desafios enfrentados pelo SUS que visam (BRASIL, 2008, p. 16):

- Superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde;
- Fomentar estratégias de valorização do trabalhador: promover melhorias nas condições de trabalho (ambiência), ampliar investimentos na qualificação dos trabalhadores, etc.

- Fomentar processos de co-gestão, valorizando e incentivando a inclusão dos trabalhadores e usuários em todo processo de produção de saúde.

Espera-se que esses pontos sejam valorizados e colocados em prática pelos profissionais do César de Araújo, a fim de trazer resultados positivos na saúde da população assistida. Mas, para superar esses desafios é necessário haver uma gestão articulada e planejada capaz de incentivar o espírito de grupalidade na equipe de saúde, que, por conseguinte, fortalecerá vínculos com a sociedade civil e fomentará sua participação nas ações de saúde.

Nesse contexto, Mendonça (2004, p. 363) declara que a reunião de equipe é fundamental ao desenvolvimento de uma nova prática social em saúde, é o momento de troca social do coletivo em torno da programação de atividades e da exposição de dificuldades no cotidiano do trabalho. Todavia, não é comum na unidade a ocorrência de reuniões de trabalho com todos os profissionais de saúde. Há apenas reuniões semanais entre os agentes e a enfermeira supervisora. De acordo com os ACS estas costumam ser desgastantes para ambas as partes, devido, principalmente, à repetição excessiva de assuntos não referentes às pautas a serem discutidas. Para eles, o problema poderia ser facilmente resolvido com a mudança de simples comportamentos, como atrasos, justificativas e faltas nas reuniões, encontros e na rotina de trabalho na UBS; e, posturas inadequadas como sair da sala ou atender o celular durante a reunião. Isto prevalece em detrimento do diálogo crítico e reflexivo voltado às ações tanto para a resolução dos problemas da população quanto para o seu desenvolvimento social.

Além disso, o contato dos agentes somente com a enfermeira supervisora a sobrecarrega e nem todas as necessidades da comunidade estão sob sua competência, uma vez que nem sempre dizem respeito ao serviço de enfermagem. Esse é o reflexo de algo criticado por Edgar Morin, a fragmentação do saber, gerada pelos inconvenientes da hiperespecialização<sup>19</sup> das ciências, que por sua vez, não traz as vantagens da divisão do trabalho, isto é, a contribuição das partes especializadas para a coerência de um todo organizador. Com isso, há o desligamento das ciências da natureza daquilo chamado de ciências do homem o que se caracteriza como antinomia, ou seja, o saber encontra-se integrado na

---

<sup>19</sup> “Ou seja, a especialização que se fecha sobre si mesma, sem permitir sua integração na problemática global ou na concepção de conjunto do objeto do qual ela só considera um aspecto ou uma parte” (MORIN, 2006, p. 41).

investigação individual de conhecimento e de sabedoria, enfraquecendo a percepção do global e conduzindo ao “enfraquecimento da responsabilidade (cada qual tende a ser responsável apenas por sua tarefa especializada), assim como ao enfraquecimento da solidariedade (cada qual não mais sente os vínculos com seus concidadãos” (MORIN, 2006, p. 40; MORIN, 2007, p. 16-17).

Em razão disso, a fragmentação das ações dificulta as atividades dos ACS do César de Araújo. Como acréscimo, também lhes **faltam recursos materiais**, além da unidade **não dispor de estrutura física adequada, nem de um médico clínico** há aproximadamente três anos:

A gente precisa de alguma coisa e ela (a Secretaria Municipal de Saúde) nunca tem. Quando a gente procura o órgão do Distrito, que é a maneira da gente correr atrás (conseguir algo) é através do Distrito, eles nunca têm uma resposta final para a gente. Então, isso dá um baque (causa impacto) muito grande na área com a gente. [...] Sinceramente, realmente, eu acho que **é o governo em geral**. Porque outra questão não tem. Enquanto não tiver melhora no governo vai continuar isso. Não é por causa do Distrito, a gente tem consciência que não é culpa do Distrito. (Yolanda)

Você precisa fazer uma coisa, aí o Distrito: – Não tem, não tem, não tem. Aí você desanima. [...] – Ah, Deura, eu quero um clínico. Não tem. [...] Vou encaminhar para quem? Fica um trabalho derrubado (um trabalho insuficiente). (Deura)

Os postos de saúde teriam que estar mais preparados para receber essas pessoas (os usuários). E isso não acontece. [...] E eu sei que não é o César de Araújo, **é uma coisa geral. A gente vê que a saúde está um terror**. [...] A gente depende muito do pessoal do posto e a quantidade de médicos e enfermeiros não tem capacidade de atender o pessoal que vai para lá (para a UBS) e o pessoal da área. [...] (O César de Araújo) não tem estrutura para receber uma comunidade tão grande. [...] Um espaço daquele não tem a menor chance. (Pedro)

Na compreensão dos agentes a unidade de saúde falta em seu trabalho condições humanas, estruturais e instrumentais suficientes para proporcionar uma ação mais resolutiva à demanda adscrita. Sua profissão depende da atuação dos outros profissionais de saúde, como é o caso do médico clínico. Sem ele, os agentes não têm para quem encaminhar os usuários que necessitam de seu atendimento; depende um espaço para planejar e exercer seu trabalho. As reuniões dos ACS, por exemplo, ocorrem em um local disponibilizado por uma instituição filantrópica. As

palestras são dadas em lugares pequenos cedidos pelos próprios moradores do bairro, como uma igreja evangélica e um salão de festas; depende também de materiais para o desenvolvimento desses trabalhos, sejam individuais ou coletivos, situação semelhante à vista no estudo de Hildebrand e Shimizu (2008, p. 323). Numa oficina organizada pela enfermeira supervisora, realizada com os ACS e alguns usuários, faltou material para a confecção de cartazes destinados à divulgação da campanha lançada contra o câncer de mama, no mês de outubro de 2010, chamado “Mês Rosa”.

Esse fato reforça a fala dos ACS acima, ao demonstrarem que se sentem “desapoiados” pela Secretaria de Saúde e pelo Distrito Sanitário local. Entretanto, eles reconhecem que as carências sofridas fogem da capacidade destes dois, pois se trata de um problema de ordem nacional.

A respeito disso tudo, trago a discussão de Coelho (2010), ao analisar os dezenove anos da implementação do SUS sob o prisma da equidade. Segundo ele, a democracia por si só não é capaz de garantir equidade. “A democracia pode, em muitas circunstâncias, favorecer uma minoria restrita de detentores do poder econômico, embora seja um governo eleito pelo povo” (COELHO, 2010, p. 174). Tal autor afirma que, decorridas praticamente duas décadas do processo de redemocratização do Brasil e da implantação do SUS, indicadores têm persistentemente apontado a manutenção e até mesmo a ampliação das desigualdades no acesso a serviços de saúde, na distribuição dos recursos, assim como das desigualdades sociais de forma mais geral. Prova disso, **os próprios ACS passam por dificuldades de acesso aos serviços de saúde do próprio sistema público que trabalham:**

As vagas que têm lá para atendimento são do pessoal do posto, que vai procurar o posto. Não tem vaga para os agentes comunitários. Agora que a supervisora conseguiu duas vagas, acho que para a ginecologista, para cada especialidade. (Pedro)

Nós, agentes comunitários de saúde não temos direito nem a um psicólogo. [...] Se você botar um agente comunitário num divã, o médico manda internar. [...] Você acha que um agente comunitário está bem depois de ver uma pessoa aparar bala com a mão? (Leyane)

Assim sendo, Coelho (2010) apresenta três aspectos que explicam o que impede que tenhamos maior equidade na oferta de serviços de saúde, é a questão socioeconômica, na qual nossa dependência externa e as consequentes distorções de classe nos impedem de investir na área social; a escolha racional, que enfatiza como principal obstáculo a dificuldade em unir forças para uma ação coletiva comum dos menos favorecidos e; os institucionalistas alegam que nossas desigualdades dificilmente serão reduzidas enquanto persistir nossa fragmentação institucional.

Como alternativa de melhora desse quadro ele acredita ser necessário estabelecer movimentos específicos com o intuito de reduzir as desigualdades de forma mais geral e na saúde em particular; encontrar mecanismos para reduzir a distância entre a saúde suplementar e o SUS; desenvolver mecanismos que permitam priorizar efetivamente as regiões mais pobres de forma a promover uma redistribuição mais equitativa dos serviços; desenvolver nossas próprias teorias e práticas de como conseguir promover equidade em nosso contexto de país periférico e; continuar estudando, no campo da saúde, as instituições, as organizações, os processos políticos envolvidos, os processos de trabalho, as políticas implementadas com seus acertos e desacertos, etc., é tarefa necessária e pode trazer alguma contribuição para a consolidação de um bom sistema de saúde.

Frente à dimensão dos problemas sociais, políticos e econômicos, os ACS os agentes do César de Araújo se sentem **impotentes** e **desmotivados** para desempenharem suas obrigações:

Isso é a parte que entristece a gente, **da gente querer fazer e não poder.** (Estér)

E aí quando chega aqui você sente seu trabalho... **jogado fora.** [...] Eu como agente trago o problema. Chego aqui, o problema não resolve, certo? [...] Eu tenho um caso na minha agenda que as pessoas precisam de oftalmologista já tem mais de ano. **E o meu lbope?** Eu não consegui. Então você se sente como? (Rita)

Então se vai alguém à sua casa, espera-se que se ofereça algo de concreto. Eles esperam isso da gente. O que torna nosso trabalho mesmo importante é um pouco disso também. Que você vai lá, vê as coisas e **você percebe que não pode fazer nada.** [...] O agente comunitário é querido pelo agente comunitário que ele é, pelas pessoas, pela conduta, pela postura, mas não pelo o que ele oferece para a comunidade. [...] Você tem que cobrar, mas tem que oferecer condições. Que só cobrar e não oferecer condições é meio complicado. Faz com que as pessoas fiquem desmotivadas. Até, por

exemplo, uma pessoa (um ACS) que entra no início que (o supervisor) cobra muito, aí tem aqueles problemas na comunidade, aí ele sempre leva para a supervisora, sempre leva ao posto essas situações, com o tempo ele perde essa coisa. Porque de tanto ele fazer isso e não receber resposta... E você fica mal com a pessoa (o usuário) também. E você tem que estar lá. Todo mês você tem que fazer uma visita. Essas coisas desmotivam. (Pedro)

Diante da fala dos agentes do César de Araújo seria coerente caracterizá-los como pessoas ignorantes? Ou ignoradas? O agente comunitário de saúde, que deveria “exercer liderança” (DUARTE *et al* 2007, p. 445), ser um “fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social” (SILVA; DALMASO, 2002, p. 77), parece não ter voz para tamanho desafio na sociedade. Talvez até porque nem seja visto como parte dela. O que dá a entender é que esse personagem foi inserido na rede do Sistema Único de Saúde como uma forma “de responder à necessidade de criar emprego e renda para as populações excluídas da política social, independente da afirmação de seus direitos sociais” (MENDONÇA, 2004, p. 355) e que, por isso, suas atribuições são “específicas e limitadas, como perfeita engrenagem, de encaixe ajustado a uma engenharia pré-estabelecida” (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008, p. 52), a fim de mantê-los sob o “controle social” e não para exercê-lo. Tal fato gera nele o sentimento de impotência e desânimo e ele “percebe que não pode fazer (quase) nada” frente à pobreza, à miséria e à desigualdade social. Sua inoperância acaba sendo justificada, reduzida pela falta de escolaridade e formação, justamente por serem pessoas humildes, pobres, moradoras da periferia, e por isso, tidas como incapazes de produzir conhecimento, articular ações e tomar decisões.

Sendo assim, seu trabalho torna-se meramente técnico, resumindo-se ao preenchimento de fichas, orientações do uso de serviços, identificação de prioridades e detecção de casos de risco (SILVA; DAMALSO, 2002). E, por vezes até “jogado fora”. Com isso, a visão de que o ACS seria um “mediador entre a comunidade e os serviços de saúde” (NOGUEIRA, 2000; NUNES, 2002; MENDONÇA, 2004) se inverte, seu “lbope” cai. Ele passa a ser para ambos um “incômodo” (como falou uma das ACS) para a comunidade, por não conseguir atender suas necessidades e, para os serviços de saúde, por julgá-lo ignorante, despreparado e inconveniente. Se for verdade a afirmação de que o ACS é “responsável por **apaziguar** as relações entre comunidade e serviço de saúde”

(PUPIN; CARDOSO, 2008, p. 161) (Grifo nosso), então só nos resta concordar no “SUS para pobres”. Ou seria melhor dizer “SUS para ricos”, já que uma “parcela considerável dos usuários da saúde supletiva tem parte da sua assistência feita pelo SUS” (COELHO, 2010, p. 177), usufruindo principalmente de serviços de alta complexidade? “Apaziguar”, no sentido exposto, é admitir que se aceita o ACS como profissional para usá-lo como “escudo” contra as tensões populares. É assumir que a desigualdade social é o fosso que se revela na precariedade do sistema público de saúde, fazendo com que a saúde não seja direito de todos, nem dever do Estado.

Destarte, o ACS torna-se realmente impotente ao tentar lutar contra aqueles que se classificam num patamar acima do seu, e que, paradoxalmente deveriam ser seus aliados, uma vez que são justamente estes que podem lhe ajudar a ter uma melhor qualidade de vida e a conquistar os direitos humanos seu e de seus cidadãos. Resta-lhe então sentir-se gratificado com o respeito, a compreensão e o bom acolhimento das pessoas da comunidade cada vez que ele for fazer suas visitas.

Fez-se necessário abrir a discussão dos resultados a partir da contextualização dos ACS do César de Araújo, apresentando seus desejos, lutas e dificuldades, para que vocês leitores, conhecendo melhor os sujeitos pesquisados possam ter uma maior compreensão, através de seus discursos, de como as práticas alimentares saudáveis, enquanto ação de promoção à saúde, estão sendo aprendidas e disseminadas por eles na população.

## CAPÍTULO 4

“Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total”. (GUIMARÃES ROSA, 2001, p. 327)

### **Promoção da Saúde e Prevenção da Doença nas Ações dos ACS do César de Araújo**

Início este capítulo da pesquisa com a seguinte frase de Josué de Castro: “Uma educação que liberte o homem eis o que aspiram os povos do terceiro mundo. E isto supõe uma pedagogia da liberdade que os liberte da dominação da natureza e de outros grupos humanos – de todos os tipos de dominação.” (Josué de Castro) (RODRIGUES, 2004, p. 38)

Josué de Castro foi um homem que estava à frente de seu tempo. Um profissional que soube fazer uso das ciências da saúde mesclando-as às ciências sociais e humanas, sem nunca perder de vista a educação. Foi um brasileiro que lutou contra a desigualdade social e pela promoção da saúde, numa época em que mal se falava sobre este tema. Ele via a educação como uma forma de libertar o homem da opressão e da dominação de outros homens. Foi a partir dele que o Brasil passou a desenvolver as Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição, como ainda as Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional. Na formulação destas políticas, está inclusa a promoção da alimentação saudável, que é uma das práticas de promoção à saúde e que se apresenta como uma das atribuições dos agentes comunitários de saúde.

Assim, antes de analisar os enunciados dos ACS sobre suas experiências no cumprimento desta função, achei salutar trazer a visão destes profissionais em relação à noção sobre Promoção da Saúde e como ocorrem as qualificações voltadas para o conhecimento das práticas alimentares saudáveis.

Nesse aspecto, é importante lembrar que a Promoção da Saúde possui um conceito relativamente novo, presente na Carta de Ottawa, na I Conferência

Internacional de Promoção da Saúde, de 1986, e que vem sendo aprimorado e discutido em conferências subseqüentes. Entretanto, apesar de também fazer parte das propostas do SUS, através da Política Nacional de Promoção da Saúde, de 2006, parece ser um assunto ainda pouco conhecido e/ou explorado pelos profissionais de saúde.

As ações e qualificações dos ACS do Centro de Saúde César de Araújo, por exemplo, aparentam permanecer focadas na visão do paradigma biomédico<sup>20</sup>, predominantemente voltada para o indivíduo e a cura de doenças. Os agentes pouco expressaram sobre o termo Promoção da Saúde. Eis o que responderam ao perguntar o que sabiam sobre o tema: “Promoção da saúde?... Promover a saúde?... Não, nunca ouvi esse termo” (Alba); “Promoção vem de promover, não é isso? Promover é você fazer o quê? Você tá fazendo com que aquilo aconteça” (Deura); “A boa alimentação, os cuidados necessários ao corpo, não é?” (Estér); “Promover... Você me pegou agora! Promover. [...] Falar sobre as doenças, sobre alimentação, sobre os cuidados de vida. Porque tudo isso faz parte da doença. [...] Lazer, a boa alimentação e fonte de vida...” (Rita); “Já ouvi esse termo. Agora a aplicação... [...] Promover a saúde... Tem que ser com minha palavra? É... [Sorri.] Seria criar condições para se ter uma boa saúde. Mais ou menos isso?” (Pedro); “Trabalho para desenvolver com cada grupo, porque cada faixa etária é uma alimentação. Tem a alimentação do bebê, do idoso mesmo, tem que ser diferente dos outros... adolescentes...” (Neide); “É o que eu faço, mais ou menos. Mas, técnico, para eu te explicar, eu não tenho noção de como te explicar, não tenho” (Yolanda).

Os ACS do Centro de Saúde César de Araújo demonstram, com respostas vagas e superficiais, não saberem o que significa o termo Promoção da Saúde. Alguns se ativeram ao verbo “promover” na tentativa de conseguir associar o significado deste ao conceito daquele. Alguns se aproximaram do que seria o

---

<sup>20</sup> Segundo Morin (2006, p. 25), **paradigma** é o que “efetua a seleção e a determinação da conceptualização e das operações lógicas. Designa as categorias fundamentais da inteligibilidade e opera o controle de seu emprego”. O mesmo autor evoca como exemplo o “grande paradigma do ocidente”, formulado por Descartes, o qual realiza a disjunção entre sujeito e objeto, alma e corpo, espírito e matéria, qualidade e quantidade, finalidade e causalidade, sentimento e razão, liberdade e determinismo, existência e essência. Assim, o **paradigma biomédico (ou modelo biomédico)**, de acordo com Westphal, é entendido como aquele que designa a saúde como ausência de doença e possui como princípios “o mecanicismo, unicausalidade (uma causa produzindo um único efeito); o biologicismo (as doenças e suas curas sempre acontecem num nível biológico); o individualismo (o objeto das ações em saúde é o indivíduo, tratado por outro indivíduo, excluindo-se portanto dessa ação em saúde o contexto ambiental, social e histórico); e a especialização” (WESTPHAL, 2006, p. 638).

conceito ampliado de saúde, ao falarem coisas como “boa alimentação”, “os cuidados com o corpo”. Outros, remeteram-se à qualidade de vida, como “os cuidados de vida”, “fonte de vida”, e ainda, “criar condições de ter uma boa saúde”. Uma delas fez confusão entre a saúde e a doença, preferindo priorizar a segunda. Outra, direcionou o conceito de promoção da saúde no sentido da promoção das práticas alimentares saudáveis, segundo as fases da vida. Os que afirmaram ter ouvido algo sobre o termo não lembraram ao certo onde isso havia ocorrido. Com isso, é de se deduzir que as atividades dos ACS são, sobretudo, relacionais à prevenção e cura das doenças, não de promoção da saúde. Como é possível promover saúde com palavras apenas se o ambiente ainda continua enfermo? Há esgotos a céu aberto, calçadas desarrumadas, falta de recolhimento de lixo em vários pontos do bairro, falta de parques e locais de lazer para as crianças e adolescentes; bem como a ausência completa de orientações e atendimentos para grupos de drogados, alcoólatras. Segundo Paulo Buss,

as abordagens metodológicas em promoção da saúde, por este ser um campo de conhecimento e prática mais recente, estão menos desenvolvidas do que os métodos epidemiológicos de planejamento, implementação e avaliação dos programas de prevenção de doenças (BUSS, 2003, p. 35).

Certo dia, antes dos ACS darem início a uma de suas reuniões, alguns deles começaram a debater se seu trabalho era mais preventivo ou curativo. As opiniões divergiram-se. Ao retomar a questão nas entrevistas, eles disseram considerar o trabalho do ACS como preventivo e, suas falas denotaram a saúde, entendida centralmente como ausência de doenças: “Através da gente é que eles (os usuários) sabem do tuberculoso, do aidético, do hanseníase, da gestante, da criança que nasce, do diabético, do hipertenso, de tudo.” (*Rita*)

Interessante que muitos deles materializam a doença, incorporando-a na pessoa que a possui. É comum referirem-se às pessoas como “o diabético”, “a hipertensa”. Também desenvolveram a condição de “pertencimento” das pessoas que acompanham e que possuem alguma doença ou estão/são vulneráveis: “minhas hipertensas”, “eu tenho ‘tantos’ diabéticos”, “minhas gestantes”. É bom lembrar que os demais profissionais de saúde também utilizam estes termos “substantivando” a doença. Mas é provável também que isto tenha surgido a partir do preenchimento mensal das fichas de acompanhamento de casos específicos, realizadas pelos ACS

em suas microáreas para alimentar o SIAB. A delimitação da área de cada ACS e a quantificação do número seja de famílias ou da situação de saúde das pessoas dão a conotação de pertencimento de tudo o que diz respeito a sua responsabilidade dentro desse conjunto numérico sobre as enfermidades ou riscos. Isso reforça a predominância da prevenção de doenças em detrimento da promoção da saúde.

É importante aqui abrir um parêntese para trazer a diferença entre prevenção da doença e promoção da saúde, como discute alguns autores. A prevenção da saúde está mais vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista do processo saúde doença (WESTPHAL, 2003, p. 645), ou seja, enfatiza modificações de comportamento individual e possui foco quase exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças; o *locus* de responsabilidade e a unidade de análise são o indivíduo, visto como responsável último (senão único) por seu estado de saúde (BUSS, 2003, p. 34). Já a promoção da saúde está mais vinculada a uma visão holística e socioambiental, a qual inclui nas suas formas de ação, políticas públicas saudáveis e intersetoriais que dêem conta dos determinantes sociais, econômicos, políticos, educacionais, ambientais e culturais do processo saúde e doença; estimulam nas coletividades processos de ampliação do poder, a valorização das suas potencialidades, para que estas advoguem por melhoria das suas condições de vida e trabalho; envolvem as coletividades nos processos de tomada de decisão em relação às políticas de saúde para enfrentamento dos seus problemas; assumindo, portanto, como prática política emancipatória, um imperativo ético no mundo contemporâneo (WESTPHAL, 2003, p. 646-647). Contudo, é pertinente frisar que “as duas abordagens (prevenção e promoção) são complementares e não excludentes no planejamento de promoção de saúde, e a população beneficia-se das medidas adequada e equilibradamente propostas em ambos os campos” (STACHTCHENKO; JENICEK, 1990 *apud* BUSS, 2003, p. 36).

Ao seguir esse raciocínio, percebe-se que o conceito de prevenção da doença está bem incorporado pelos ACS do César de Araújo e, suas ações seguem predominantemente esta vertente, embora também realizem ações de promoção da saúde, mesmo sem saber ao certo do que isso se trata.

## CAPÍTULO 5

“Sou muito pobre coitado. Inveja minha pura é de uns conforme o senhor, com toda leitura e suma doutoração. Não é que eu esteja analfabeto. Soletrei, anos e meio, meante cartilha, memória e palmatória. Tive mestre, Mestre Lucas, no Currálinho, decorei gramática, as operações, regra de três, até geografia e estudo pátrio. Em folhas grandes de papel, com capricho tracei bonitos mapas” (GUIMARÃES ROSA, 2001, p. 30).

### O quadro de formação e qualificação profissional dos ACS do César de Araújo

#### 1. Formação e qualificação profissional dos ACS do César de Araújo – Uma visão geral

Em 2009, a ABRASCO realizou o IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, na cidade de Recife/PE. Na ocasião, a polêmica em torno da profissão do agente comunitário de saúde fazia referência à tríade: remuneração-escolaridade-formação/qualificação profissional. Provavelmente, estes são os assuntos mais presentes nas pesquisas sobre esse personagem da saúde (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; DUARTE *et al*, 2007; MARQUES, 2004; MENDONÇA, 2004; SILVA, *et al*. 2009-2010; SILVA; DALMASO, 2002; TOMAZ, 2002; MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007; NUNES, 2002; BRIGAGÃO; GONÇALVES, 2009; MELO *et al*. 2009-2010).

Aqui, direcionarei o foco para a formação/qualificação dos ACS do César de Araújo, no tocante às práticas alimentares saudáveis. Para tanto, tentarei refletir sobre alguns questionamentos: Se esta é uma atribuição do agente comunitário, ele está sendo qualificado para isto? Se sim, como? Qual enfoque é dado? Qual a metodologia de ensino-aprendizagem utilizada? Com que periodicidade os cursos de qualificação acontecem? Quais os desafios a serem enfrentados?

A qualificação profissional dos ACS do César de Araújo, de modo geral, ao longo do tempo que eles possuem na profissão, se dá por meio de micro-

treinamentos. Estes são dados por diferentes programas, que nem sempre associam o conteúdo às vivências dos agentes, nem seguem uma seqüência lógica, confirmando assim a falta de planejamento. Também não acontecem de forma periódica, estão se tornando cada vez menos freqüentes, são pontuais, fragmentados e mais voltados para as doenças transmissíveis e as doenças crônicas não-transmissíveis, como também para os cuidados nos casos de maior vulnerabilidade como gestantes e crianças.

Normalmente a gente trabalha assim só quando é hipertenso, diabético, uma criança muito magrinha também, aí a gente encaminha para a nutricionista. **Porque o trabalho da gente é mais assim, hipertensão, diabetes, a tuberculose... [...] A gente não tomou curso nenhum sobre essas fases de alimentação. [...] Nesses cursos o que a gente escutou foi sobre as doenças. [...]** Como encaminhar os pacientes, como descobrir através dos sintomas, tuberculose, leptospirose, H1N1, que já teve... Nas doenças sexualmente transmissíveis, na Doença de Chagas, a gente já tomou o curso também. (Estér)

Estér também falou que o curso introdutório para ACS enfatiza orientações básicas preventivas, cadastramento e acompanhamento das famílias, encaminhamento de usuários aos serviços de saúde, preenchimento e atualização mensal de fichas e entrega de relatórios para alimentar o banco de dados exigidos para o SIAB. O discurso da agente corrobora com o de Bornstein e Stotz (2008, p. 266) ao afirmarem que as atribuições dos ACS fixadas na legislação possuem, sobretudo, caráter biomédico e individual e que, mesmo sendo mencionadas também ações coletivas e educativas, o SIAB não solicita o detalhamento destas.

Apesar de o trabalho do ACS ter como principal característica a dimensão educativa, sua formação profissional tem-se caracterizado pela precariedade e diversidade, não condizendo com a complexidade de sua função uma vez que, desde o PACS, o Ministério da Saúde estabelecia como critério de escolaridade as habilidades de ler e escrever (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p. 265). A área da saúde ainda não desenvolveu para o ACS um saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência, que compreendam desde a abordagem da família, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania (SILVA; DALMASO, 2002, p. 79). À exemplo, numa das reuniões dos ACS a enfermeira supervisora repassou para eles uma atividade determinada pelo Distrito Sanitário da Boca do Rio. Seria uma caminhada a ocorrer no mês de

outubro, chamado “Mês Rosa”, devido à campanha lançada contra o câncer de mama. Na ocasião, alguns agentes discordaram do evento e afirmaram que não convidariam as famílias a participar, por não acharem correto promover uma caminhada, sem ao menos oferecer água à comunidade, mesmo porque se trata de uma população de baixa renda que se deslocaria de suas casas para realizar uma campanha “educativa” que, na verdade, provocaria um impacto mínimo se comparado a uma ação planejada, construída a partir deles e com eles, de acordo com sua realidade.

As coordenações de educação, comunicação e promoção da saúde das secretarias estaduais e municipais de Saúde, em vez de investir na reorientação da relação cultural que acontece em cada serviço de saúde, têm-se dedicado principalmente à organização de mobilizações da população para eventos e campanhas de massa ou no desenvolvimento de ações educativas isoladas, desconectadas da rotina da rede assistencial. Estão mais a serviço do *marketing* da instituição e de suas lideranças políticas (VASCÓNCELOS, 2004, p. 77).

Em meio a esses acontecimentos, pode-se dizer que o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para que o mesmo desenvolva suas competências profissionais (TOMAZ, 2002, p. 87). Além do mais, alguns pesquisadores reforçam a importância de elevar o grau de escolaridade do ACS, para que ele dê conta não só da dimensão técnica, mais também da dimensão política e social que lhe é atribuída (SILVA; DALMASO, 2002, p. 85).

A (não) escolarização do ACS, justificada pela necessidade de esse trabalhador ser representativo da comunidade em que atua, denota a desvalorização da dimensão conceitual de sua qualificação, o que fortalece a desvalorização social desse trabalhador, sustenta a sua baixa remuneração e contrapõe-se à pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde, de uma maneira geral (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p. 267).

A preocupação com a necessidade de associar educação profissional à elevação de escolaridade fez com que o Estado criasse, pela Portaria Ministerial n.º 1.298, de 28 de novembro de 2000, as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (Etsus) e os Centros Formadores de Recursos Humanos em Saúde (Cefor) que compõem a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (Retsus).

Ao todo, são 36 instituições distribuídas pelos estados brasileiros, ligadas, em sua maioria, às secretarias de saúde dos estados e municípios, com o objetivo de suprir a necessidade de trabalhadores qualificados para o SUS e colaborar na consolidação das políticas públicas de saúde (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p. 272; REIS; TONHÁ; PADOANI, 2004; SILVA *et al*, 2009-2010).

Em 2004, o Ministério da Educação uniu forças com o Ministério da Saúde e elaboraram junto às Escolas Técnicas do SUS e à participação social, o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2004b), na tentativa de as escolas técnicas construïrem seus próprios planos de curso e do currículo de formação. A proposta de formação técnica dos ACS foi organizada a partir do perfil de competências, quais sejam: 1) Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde; realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde; desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde; 2) Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde; desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes; e, 3) Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário (BRASIL, 2004c).

No mesmo ano também foi emitido o decreto nº 5.154, que regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, d e 20 de dezembro de 1996, revoga o decreto nº 2.208/97 e, dentre outras coisas, instiui a formação por itinerários<sup>21</sup> (BRASIL, 2004c).

Entretanto, os esforços do Estado na busca de formação dos ACS, ainda não alcançam as necessidades de formação profissionalizante desses trabalhadores. Experiências isoladas (OBREGÓN; DIAMANTE; SAKR, 2009; SILVA, 2009-2010) demonstram que o decreto nº 5.154 não eliminou a diferença de formações. “O

---

<sup>21</sup> **Itinerário formativo** é o conjunto de etapas que compõem a organização da educação profissional em uma determinada área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos. Assim, a articulação entre a educação profissional técnica de nível médio e o ensino médio dar-se-á de forma: **I - integrada**, conduz o aluno à habilitação profissional técnica e ao ensino médio, na mesma instituição de ensino, contando com matrícula única para cada aluno; **II - concomitante**, a complementaridade entre a educação profissional técnica de nível médio e o ensino médio pressupõe a existência de matrículas distintas para cada curso, **III - subsequente**, oferecida somente a quem já tenha concluído o ensino médio (BRASIL, 2004c).

retorno da modalidade integrada, por si só, não é capaz de reverter o quadro da educação profissional no Brasil hoje, nem a forma como a sociedade brasileira compreende a mesma” (ABRAHÃO; CASSAL, 2009, p. 252). Além disso, as 36 escolas distribuídas no país é um número reduzido para dar conta de toda a demanda por profissionalização do sistema de saúde brasileiro e, apenas uma das escolas técnicas oferece o Ensino Médio (ABRAHÃO; CASSAL, 2009, p. 260).

Também é importante lembrar que os ACS são formados justamente pelos profissionais de saúde que compõem o sistema de saúde brasileiro e cuja própria formação está pautada de forma predominante no modelo biomédico (DUARTE *et al*, 2007, p. 440), voltado para normas e comportamentos impostos pelas elites políticas e econômicas, num tipo de educação que poderia ser chamada por Vasconcelos (2001, p. 123) de “toca boiada”, em que os técnicos e a elite vão tentando conduzir a população para os caminhos que consideram corretos, usando, para isto, tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça). Assim, a metodologia de ensino-aprendizagem dominante adotada para os ACS ainda é aquela dita por Paulo Freire de educação bancária<sup>22</sup>. Por outro lado, é *mister* reconhecer o esforço, principalmente de enfermeiros-supervisores, que, apesar de muitos destes também terem sido formados por meio da educação biomédica e bancária, criam estratégias para ampliar o conhecimento dos ACS, mesmo muitas vezes se sobrecarregando com isso e, se deparando com situações na prática que nem sempre o conhecimentos científico é capaz de apontar soluções.

Outro ponto a ser tocado é que a formação profissionalizante do ACS deve englobar a complexidade de seus diversos fatores. As carências de sua formação não devem ser justificadas somente por sua falta de escolaridade. A necessidade de recursos das políticas sociais, a repressão política e a propaganda embutida dos grupos políticos dominantes, como também as exigências do produtivismo numérico do sistema de saúde (VASCONCELOS, 2001) e o desprezo ao saber e à iniciativa do ACS devem ser superados na perspectiva da construção do pensamento complexo<sup>23</sup> (MORIN, 2007).

---

<sup>22</sup> Na educação bancária o educando é levado à memorização mecânica do conteúdo narrado. A narração se transforma em “depósitos” a serem “enchidos” pelo educador. A concepção “bancária” da educação é aquela na qual “a única margem que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los. [...] Nesta distorcida visão da educação, não há criatividade, não há transformação, não há saber” (FREIRE, 1985, p. 33).

<sup>23</sup> Morin (2001, p. 14) designa pensamento complexo como “a viagem em busca de um modo de pensamento capaz de respeitar a multidimensionalidade, a riqueza, o mistério do real; e de saber que

Caso contrário, a prática profissional do ACS tenderá sempre à reprodução mecânica, não lhes proporcionando a liberdade de pensamento e o desenvolvimento de uma consciência crítica. Aliená-lo, desviará suas percepções e ações da real essência de seu trabalho e dificultará uma melhor exploração de suas potencialidades em prol das necessidades da população assistida.

## **2. Qualificação dos ACS quanto às Práticas Alimentares Saudáveis – Uma visão específica**

Diante do quadro de qualificação profissional no qual se encontram os ACS do César de Araújo foi que eles revelaram que as práticas alimentares saudáveis nunca foram abordadas de forma específica, em cursos promovidos pelo SUS, na perspectiva de promoção da saúde para a população saudável, seja à nível municipal, estadual ou federal. Apenas uma vez estagiárias do curso de graduação em nutrição, de uma faculdade particular, durante uma tarde, falaram sobre a pirâmide alimentar e o aproveitamento integral dos alimentos, através da utilização de cascas e sementes em preparações culinárias. Algumas dessas preparações foram degustadas em um lanche e as receitas foram entregues em forma de livreto. Entretanto, provavelmente por ter sido uma atividade pontual, os agentes não apreenderam o conhecimento transmitido de forma que passassem a disseminá-los para a comunidade. Além disso, traz à reflexão do por que das atividades educativas que envolvem alimentação e nutrição serem na maioria das vezes pautadas no Guia da Pirâmide Alimentar e, ao se tratar de pessoas de baixa renda, darem maior ênfase ao aproveitamento integral dos alimentos.

Na análise dos enunciados dos agentes entrevistados, a temática alimentação e nutrição apareceu apenas como um breve subtópico dos assuntos abordados nos treinamentos, focando-se principalmente na prevenção e cura de doenças, como aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, desnutrição e diarreia em crianças, cuidado com a gestante e hipertensão e diabetes em adultos. “Não tem alimentação, só alimentação. Às vezes eles botam cuidado com a gestante e entra

alimentação. Entendeu? Hipertensão, entra alimentação, o que deve comer, o que não deve. Mas nutrição, assim só de nutrição...” (Deura)

Por ser um assunto pouco abordado nos cursos de qualificação dos ACS, a alimentação saudável, como uma prática de promoção à saúde, encontra-se limitada na realização das funções desses profissionais. Ao perguntar a um dos ACS se a alimentação era um ponto forte na atividade do agente comunitário ele respondeu:

Não. Pelo menos no meu caso não. Eu abordo, mas em determinados casos, aí vai muito da situação. Mas **não é uma coisa que a gente usa no cotidiano**, entendeu? Abordar sempre a questão da nutrição. Até porque **a gente nunca teve um curso direcionado para isso**, nutrição, para orientar a comunidade com relação à nutrição. (Pedro)

Em seus enunciados, os ACS denotavam insegurança e cautela ao relatarem situações vivenciadas em campo que exigiam deles o conhecimento científico básico necessário para usarem no incentivo às práticas alimentares saudáveis. Em meio aos questionamentos referentes às orientações dadas por eles às pessoas, ouvi afirmações como: “Eu só sei dizer que proteína contém na carne. **E contém nas verduras também?**” (Alba); “Sinceramente, **eu não sei nem se eu estou falando isso certo, está?**” (Rita); “**Isso é verdade ou é mentira?**” (Neide); “Eu encaminho (os usuários ao médico ou ao nutricionista). **Não me sinto preparado o suficiente para esse tipo de orientação não.**” (Pedro); “Muitas vezes a gente passa (dá orientação nutricional) se for uma pessoa muito íntima. Agora, no momento, se for uma pessoa que a gente não tem muita intimidade assim **a gente não vai dizer o que fazer porque não tem aquela orientação precisa.**” (Estér).

Expor dúvidas, dar respostas superficiais, “discretas”, como se quisessem omitir a incerteza de estarem falando correto sobre alimentação e nutrição, demonstrar desconforto frente ao assunto e, ao mesmo tempo, desejar falar “a verdade” ao usarem expressões como “Eu não vou mentir para você” (Yolanda), pôr em evidência o que sentem e o que necessitam para exercerem melhor sua função de agente foram comportamentos adotados pelos ACS durante as entrevistas.

Provavelmente, além do despreparo profissional dos mesmos no tocante à alimentação e nutrição, fato que já causaria certo desconforto na abordagem do assunto, um dos principais motivos para que tais comportamentos tenham ocorrido pode ter se dado devido à entrevista ter sido realizada por uma nutricionista.

Para Ceccim (2004-2005, p. 165) a detecção e o contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho e a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios presentes são condições indispensáveis para mudar ou incorporar novos elementos à prática de uma pessoa ou organização.

Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações (CECCIM, 2004-2005, p. 165).

Nesse contexto, deparar-se com a necessidade de orientar a comunidade quanto às práticas alimentares saudáveis leva os ACS a buscarem alternativas de aprendizagem para o exercício desta atribuição, na tentativa de minimizar o desconforto por possuírem conhecimento tecnocientífico limitado quanto aos saberes da alimentação e nutrição.

Um dos agentes está fazendo o curso técnico de nutrição, outra afirmou ter adquirido qualificação profissional sobre alimentação na Pastoral da Criança, outra costuma pesquisar pela internet e outras duas pelos livros. Informações transmitidas pela televisão, pelos familiares e pelas próprias pessoas que eles assistem também fazem parte desse aprendizado. “Eu pesquiso muito na internet. Eu não fico só em Orkut não.” (Deura); “Essas coisas eu aprendi muito em livro e com os mais velhos que passam muita coisa pra gente, entendeu? A minha mãe mesmo, as avós também, até as avós mesmo ensinam coisas desse tipo.” [Sorri.] (Estér); “Eu falo o certo. Eu falo o do ambiente de trabalho, eu falo do trabalho, o que eu aprendi no trabalho. Porque aprendi correto, não é? Alguma coisa que aprendi com minha mãe que foi certo, aí é importante passar também.” (Neide)

Nesse sentido, Kaufmann (2005) citado por Santos (2008, p. 193-194), traz o conceito de *les petits arrangements*, de, no qual os sujeitos, empenhados em mudar suas práticas alimentares utilizam estratégias dentro do seu micro-universo, criam a sua pequena classificação pessoal do que é bom e do que não é, sem desrespeitar as linhas diretrizes da sociedade e, passam a adotar um comportamento alimentar a partir das escolhas feitas em meio ao o que Fischler (2001) chamou de cacofonia

alimentar, ou seja, da multiplicidade de discursos sobre alimentação, que circundam pelos meios de comunicação, podendo ser muitas vezes convergentes ou conflitantes e que perpassam um jogo de relações de poder.

Desta forma, a ausência de um saber instituído, faz com que o ACS aja em função de sua experiência de vida e do seu perfil social, que guarda identidade com o grupo/comunidade a que pertence (MENDONÇA, 2004, p. 359). Em sua profissão ele utiliza o que aprende como sujeito e, supre a insuficiência da técnica do saber sobre alimentação e nutrição pela experiência de vida, que vai desde o que Silva (2001, p. 170-171) chamou em sua pesquisa de “dicas” nutricionais até a religiosidade.

A esse respeito, já podem ser encontradas alguns estudos pilotos desenvolvidos para agentes comunitários, com abordagem nos conhecimentos sobre as práticas alimentares saudáveis (SAMPAIO; SABRY, 2007; BARRETO SÁ, 2005), realizados em Fortaleza-CE e o Manual para os Agentes Comunitários de Saúde sobre alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2007). O Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde, em 2009, também traz orientações básicas sobre alimentação saudável e problemas relacionados a uma alimentação inadequada (BRASIL, 2009).

Contudo, estas são iniciativas que merecem sempre ser revistas e aprimoradas, pois o conhecimento científico sobre alimentação e nutrição, como toda ciência, deve evoluir, como diz Morin (2007, p. 22), não unicamente para crescimento e extensão do saber, mas também de modo a transformar, romper e passar de uma teoria a outra, uma vez que “as teorias científicas são mortais e são mortais por serem científicas. [...] As teorias resistem durante algum tempo não por serem verdadeiras, mas por serem as mais bem adaptadas ao estado contemporâneo dos conhecimentos” (MORIN, 2007, p. 22). Para Demo (1996?)<sup>24</sup>

Conhecimento é, na prática, um processo metodológico permanente de questionamento da realidade, através do qual a intervenção nela vai se qualificando cada vez mais e se tornando mais eficaz. Liga-se menos ao domínio de conteúdos, até porque estes envelhecem logo, do que a habilidades propedêuticas, sinalizadas pelo saber pensar e pelo aprender a aprender. A capacidade de inovação origina-se, mais que tudo, de sua marca metodológica processual, e não tanto dos produtos gerados, inclusive teorias. A arte de questionar

---

<sup>24</sup> Disponível em: <[http://www.projetoe.org.br/tv/prog02/html/ar\\_02\\_01.html](http://www.projetoe.org.br/tv/prog02/html/ar_02_01.html)>. Acesso em: 06 de dez de 2010.

obsessivamente é seu forte. Neste sentido, toda teoria é feita para ser superada, ou seja, é uma hipótese de trabalho, eterna enquanto dura. Porquanto, inovar significa, muito concretamente, tornar tudo provisório. Assim, conhecimento é aquilo que a tudo torna provisório, inclusive ele mesmo Demo (1996?).

Portanto, os métodos de ensino-aprendizagem dos programas educacionais em saúde devem ser inovadores, reflexivos e críticos e baseados no desenvolvimento de competências (TOMAZ, 2002, p. 87), numa perspectiva problematizadora que transforme os ACS em sujeitos proativos, capazes de compreender o processo saúde-doença sob seus diferentes aspectos (DUARTE, 2007, p. 440). Os programas educacionais também devem ser planejados de forma articulada com os profissionais e lideranças dos movimentos sociais que vivem as dificuldades e potencialidades do trabalho educativo na rotina dos serviços de saúde (VASCONCELOS, 2004, p. 78).

Ceccim (2004-2005, p. 165) atesta que as qualificações não se mostram eficazes por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos. E acrescenta: “A Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde” (Ceccim, 2004-2005, p. 165). Para tanto, o autor apresenta os componentes do **Quadrilátero da Formação**, como elementos analisadores para pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde:

- a) análise da educação dos profissionais de saúde:** mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;
- b) análise das práticas de atenção à saúde:** construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;
- c) análise da gestão setorial:** configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;
- d) análise da organização social:** verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por

saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde (CECCIM, 2004-2005, p. 166).

Além disso, Ceccim (2004-2005), como também Demo (1996?) lançam o “desafio do autoquestionamento”, ou seja, pôr-se ético-politicamente em discussão individual e coletivamente no plano do trabalho, algo nada óbvio ou transparente (MERHY, 2004-2005, p. 173). Tomando esta direção, ambos entram em consonância com Morin ao assumirem o “desafio da complexidade”. “Complexidade é a qualidade do que é complexo. O termo vem do latim *complexus*, que significa o que abrange muitos elementos ou várias partes” (PETRAGLIA, 2008, p. 59). A complexidade existe

quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si (MORIN, 2006, p. 38).

Entendo que os ACS não devam ser somente qualificados especificamente em relação às práticas alimentares saudáveis de modo permanente, inovador, criativo, reflexivo, dialógico, problematizador e integral, mas também que a qualificação dos ACS deva abarcar o “desafio da complexidade”, ao ser realizada de maneira que envolva todo o contexto que compõe a teia dos valores da cultura. Ademais dos segmentos do sistema de saúde, seus profissionais, a interação entre a educação e a saúde, o respeito às diversas culturas e classes sociais, o combate à desigualdade social. Assim como o desenvolvimento e melhor “uso” da potencialidade humana, a humanização da atenção e do cuidado, a articulação das ações por meio de planejamento e boa gestão e a luta pelo controle social, democracia e cidadania.

## CAPÍTULO 6

“Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende”.  
(GUIMARÃES ROSA, 2001, p. 326)

### OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DAS PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

#### 1. Promoção das práticas alimentares saudáveis dos ACS do César de Araújo – Uma ação de Educação ou Orientação Alimentar e Nutricional?

Educar exige humildade, liderança, paciência, tempo, dedicação e planejamento. E todo planejamento exige uma ação e toda ação exige uma avaliação. É preciso que os profissionais de saúde vigiem suas práticas e desenvolvam a consciência da importância de seus papéis na promoção da saúde da população. Educar para a saúde é uma ação que vai além do cumprimento de uma profissão. Educar é ato de amor. Amar é cuidar. E, ajudar o outro a desenvolver sua autonomia também faz parte desse cuidado. Assim, educar para a saúde é um dos, se não o principal papel do agente comunitário de saúde.

Todavia, é preciso que os ACS estejam seguros, possuam competência e comprometimento profissional (FREIRE, 1996). Educar já não é tarefa fácil e, educar alimentar e nutricionalmente, além de segurança, competência e comprometimento, exige conhecimento específico, teórico e prático.

Desta forma, antes de descrever e analisar os enunciados dos ACS sobre as práticas de promoção da alimentação saudável realizadas para a população considero importante trazer inicialmente a diferença entre a educação alimentar nutricional e orientação alimentar e nutricional, descritas por Boog (1997, p. 16):

A **Educação Alimentar e Nutricional** dá ênfase ao processo de modificar e melhorar o hábito alimentar a médio e longo prazo; preocupa-se com as representações sobre o comer e a comida, com o conhecimento, as atitudes e

valores da alimentação para a saúde, além da mudança de práticas alimentares; considera a doença e a conseqüente necessidade de mudança de hábitos uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal; busca a autonomia do sujeito; busca as mudanças necessárias ao controle das doenças, entre elas as relativas à alimentação numa perspectiva de integração e de harmonização nos diversos níveis: físico, emocional e intelectual; considera a descontinuidade e a transgressão no decorrer das mudanças nos hábitos alimentares, como etapas previsíveis e pertinentes engajadas num processo difícil e lento; enfatiza os aspectos de relacionamento profissional/sujeito e a dialogicidade; avalia objetivamente e subjetivamente a evolução do sujeito; estabelece o objetivo do processo em função das necessidades detectadas que são discutidas com o sujeito e das perspectivas e esperanças do mesmo.

A **Orientação Alimentar e Nutricional**, por outro lado, enfatiza o processo de mudança das práticas alimentares em curto prazo; preocupa-se apenas com a mudança de práticas e o seguimento da dieta; ver na doença ou sintoma um fato sempre negativo a ser eliminado ou controlado; dispõe de um profissional sempre autoritário; mentaliza que as mudanças relativas à alimentação devem ser obtidas através do seguimento da dieta; não aceita transgressões e as mesmas, se tornam motivos de censura; e ainda, dá ênfase somente à prescrição dietética; há a predominância ou uso exclusivo de métodos objetivos de avaliação; as metas definidas pelo profissional é que estabelecem o objetivo do processo, para controle dos processos patológicos.

Embora se trate de uma diferença teórica, não devendo ser tomada com plena rigidez, compreendo a utilização dessa diferença pertinente para a análise dos enunciados dos ACS, uma vez que estes demonstraram realizar em suas ações orientação alimentar e nutricional em detrimento da educação alimentar e nutricional, como enunciou Yolanda:

Porque o trabalho da gente é **orientar**, manter a pessoa cuidando da sua saúde. [...] Se eu sou agente comunitária de saúde eu tenho que colocar tudo em relação à saúde. E a alimentação está em primeiro lugar. Porque sem alimentação adequada não tem condições de ter saúde. (Yolanda)

## 2. A Promoção das práticas alimentares saudáveis no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional

A partir de então, será visto que os enunciados dos ACS, referentes à alimentação (seja esta saudável ou não) e seu entorno, estão atreladas às questões que compreendem o contexto da segurança alimentar e nutricional, ou melhor, da insegurança alimentar e nutricional<sup>25</sup> que acomete muitos moradores da Boca do Rio. “Segurança Alimentar e Nutricional” e “Insegurança Alimentar e Nutricional” além de “direito humano à alimentação adequada” são termos que ainda não fazem parte da realidade desses profissionais. Nem deles, nem de muitos profissionais de saúde, inclusive do nutricionista. Ao se referirem às questões inerentes à alimentação e nutrição os ACS falam apenas da alimentação saudável.

Para os ACS a noção de alimentação saudável já incorporada é aquela baseada em alimentos “naturais”, como as frutas e verduras, por possuírem vitaminas, minerais e fibras. Dentre os alimentos a serem evitados além do açúcar, gordura e sal, estão os alimentos industrializados, pois, segundo eles, contêm conservantes e, por isso, “fazem mal à saúde”. Alimentos como leite desnatado, linhaça e adoçante foram mais associados aos casos de pessoas que, para eles, deveriam seguir uma dieta. Acrescido a isso, foram apontados também a ponderação na quantidade, o fracionamento das refeições, alimentar-se frequentemente no mesmo horário, de acordo com suas condições financeiras e mastigar bem. Além disso, cuidar da alimentação enquanto jovem, para prevenir doenças durante a senescência, praticar exercício físico, não fumar, não consumir bebidas alcoólicas e desfrutar de momentos de lazer “para diminuir o estresse” foram citados como comportamentos a serem adotados para se ter uma alimentação saudável. Eles consideraram como sinônimos “alimentação adequada”, “alimentação balanceada” e, ainda, “alimentação englobada”.

---

<sup>25</sup> **Insegurança Alimentar e Nutricional** – situações de insegurança alimentar e nutricional podem ser detectadas a partir de diferentes tipos de problemas, tais como fome, obesidade, doenças associadas à má alimentação, consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudicial à saúde, estrutura de produção de alimentos predatória em relação ao ambiente e bens essenciais com preços abusivos e imposição de padrões alimentares que não respeitem a diversidade cultural (CONSEA, 2006 p. 4).

Eu vou te falar o básico que eu sei. Para ter uma alimentação saudável. Primeiro de tudo, a alimentação é nas horas certas. Você tem que ter horário pra se alimentar no café da manhã, que é uma coisa que acontece muito na minha área. Então, você chegar à casa da pessoa onze horas da manhã e a criança está acordando, aquela hora que ela vai tomar o café. Que eu já disse para ela (para a mãe) que está errado, completamente errado. Ela (a criança) agora devia está almoçando e não tomando café. A gente foca muito isso. Em minha opinião. Café da manhã, uma bananinha cozida, uma batata cozida, um cuscuz. A merendazinha, às dez horas, pode ser uma maçã, uma banana, uma fruta... Meio-dia, uma alimentação, um feijão, um arroz, uma verdura, um frango, um peixe ou uma carne. À tarde, uma merenda e à noite, ou a janta, que janta, não é... Eu falo para pessoas que são idosas que não é bom jantar. Seria bom fazer uma sopinha, que não é bom janta para as pessoas de idade. [...] Arroz, feijão, tudo o que você come no almoço. [...] Que não faça o que comeu no almoço para as pessoas que são hipertensas... Crianças não. As crianças normais não, mas as pessoas que têm problema, de preferência não jantar. Tomar uma sopa leve, uma coisa assim. (Rita)

Interessante perceber que a visão da ACS sobre alimentação saudável é semelhante ao que Luckesi (1992) chama de senso comum pedagógico para os educadores construído pela própria ciência e seus “detentores”. BENINCÁ (2002, p. 86) descreve **senso comum** como o “conjunto de sentidos construídos no cotidiano cultural, extraídos da experiência com os contextos sociais ou gerados no atendimento às necessidades básicas do ser humano, que estruturam e sustentam a concepção do mundo e se transformam em consciência prática”. LUCKESI (1992, p. 106) acrescenta, denominando-o “[...] uma configuração espontânea, fragmentada e acrítica do pensamento e do entendimento”. Nesse sentido, “**pedagógico**” seria o modo de ser das pessoas, ao agirem sob a orientação do senso comum (BENINCÁ, 2002, p. 13), ou melhor, o senso comum é um tipo de conhecimento que se manifesta no ato pedagógico. Nesse processo, o educador é alguém de quem não se exige uma adequada preparação científica, não possui compromisso político de sua prática de ensino, é um transmissor de conteúdos e um disciplinador de educandos e, estes, são seres passivos, incapazes de tecerem julgamentos sobre si mesmos e sobre a sua própria aprendizagem (LUCKESI, 1992). Ambos os autores acreditam ser necessário operar a transformação do núcleo do senso comum para que haja a transformação da prática pedagógica por meio da ressignificação dos sentidos e da construção do senso crítico.

Nesse caso, o ACS do Centro de Saúde César de Araújo seria o educador e o educando, o usuário. Como o primeiro não está qualificado devidamente para adquirir o conhecimento científico básico necessário para promover práticas alimentares saudáveis com o segundo, ele “age em função de sua experiência de vida e do seu perfil social” (MENDONÇA, 2004, p. 359) e se apropria do conhecimento do senso comum e da religião (SILVA; DALMASO, 2002, p. 78).

Ao perguntar aos ACS sobre o conhecimento adquirido para orientar a comunidade em relação às práticas alimentares saudáveis eles revelaram as diversas fontes de aprendizado citando os cursos de capacitação e outros meios como a Pastoral da Criança e o curso técnico de nutrição, livros, rádio, televisão, amigos, usuários e familiares (principalmente a mãe e a avó) e a experiência de vida.

Algo curioso que surgiu na fala dos ACS foi que, por diversos momentos, ao relatarem sobre as práticas alimentares da população assistida, eles também se incluíam como exemplo. Havia uma mescla entre o agente comunitário de saúde enquanto profissional e enquanto integrante da comunidade: “A gente já come uma alimentação totalmente errada” (Rita); “[...] que o dinheiro dele, baixa renda, que nós somos baixa renda” (Leyane).

Seus conhecimentos se confundem entre o científico e o senso comum, sendo o último mais presente, baseado principalmente nas experiências pessoais: “Da maneira que eu uso eu passo para as pessoas” (Alba).

Ações relacionadas ao incentivo das práticas alimentares saudáveis são destinadas **individualmente** e **coletivamente**. A primeira prepondera sobre a segunda. **Individualmente**, são feitas orientações para adultos e idosos com alguma doença crônica não transmissível (geralmente, pessoas com diabetes, hipertensão, câncer e obesidade) e, para gestantes e mães com crianças abaixo de cinco anos de idade. **Coletivamente**, os ACS falam de forma esporádica e pontual sobre alimentação saudável para a comunidade. As ações que geralmente acontecem envolvem predominantemente adolescentes e adultos e idosos com hipertensão ou diabetes, cadastrados no Hiperdia<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> O HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

- **Práticas alimentares saudáveis individuais**

- **Destinadas às crianças**

Em relação à **alimentação da criança**, as práticas alimentares saudáveis incentivadas abarcam todo o período da infância, desde o **aleitamento materno exclusivo** até a **alimentação complementar e normal**. Atenção importante também é dada aos **casos de desnutrição** (ou risco). Mensalmente são verificadas as suplementações de ferro e vitamina A, anotadas na Caderneta da Criança e os menores de dois anos são pesados, identificando-se na curva de crescimento seu estado nutricional. As mães são questionadas em relação à alimentação da criança e recebem orientações básicas. Na identificação de casos que requerem atendimento específico, os ACS encaminham gestante ou mãe e criança ao centro de saúde.

Quanto ao **aleitamento materno exclusivo**, os ACS tentam orientar sobre a importância da amamentação: “Quem mama é mais inteligente, se desenvolve mais rápido, fica menos doente, tem menos diarreia. [...] (O leite materno) é o leite ideal para o seu bebê” (Estér). Algumas ACS, por já terem desfrutado a experiência da maternidade, utilizam os conhecimentos obtidos para servirem como exemplo para as mães:

Aí eu boto logo a minha de espelho. Eu disse: – Margarida, ela nasceu de sete meses. Eu nunca dei uma mamadeira, foi só o peito e depois quando ela começou, eu comecei a dar uma verdurinha. Tem um dia que faz um purezinho de abóbora, um dia era uma batata. Ia dando essas coisinhas para ela, ela nunca tomou mamadeira, ela nunca teve diarreia. Ela não teve gripe, ela é uma menina saudável. (Neide)

---

Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social. ([http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id\\_area=807](http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807))

Mesmo após os seis meses o incentivo ao aleitamento materno continua a ser estimulado por Deura:

Eu dou a mama a meu filho de dois anos e dois meses. Mama. [...] E eu falo dessa experiência para elas. Eu digo: – Olhe, meu filho mamou dois anos e dois meses. Não é magro, não sei o quê... Começo a falar para ela: – Tem inteligência, é sadio, não tem nada. Faça isso, dê a mama que tem que dá. (Deura)

Nos dois casos a importância da experiência materna das ACS parece reforçar e até mesmo sobrepor o conhecimento científico. Tal conhecimento, presente no discurso de incentivo ao aleitamento materno e disseminado pelos profissionais de saúde, poderia ser o suficiente para influenciar de sobremaneira a mãe a amamentar. Entretanto, a prática materna das próprias ACS parece superar o discurso científico e preponderar em suas ações na busca do convencimento da importância da amamentação. Provavelmente, essa foi uma das estratégias que as ACS passaram a utilizar ao perceberem resultados positivos de adesão e persistência das mães assistidas no ato de amamentar.

O senso comum é algo tão marcante na vida das pessoas que chega a influenciar diretamente em suas ações laborais. Uma das ACS revelou ter aprendido com sua avó que o aleitamento materno exclusivo é fundamental, mas que a alimentação complementar já deve ser orientada a partir do terceiro mês de vida. É essa a orientação que ela fornece às mães, mesmo reconhecendo ir de encontro ao que preconiza a recomendação oficial (WHO, 2001).

A minha avó, por exemplo, não condeno, hoje em dia estão todos os bisnetos dela aí, tudo saudável, graças a Deus, mas, o quê? A criança com três meses já tem que se alimentar, alimentação normal, sem ser o aleitamento só. Minha avó, por exemplo, não tirava o aleitamento, mas ela, três meses em diante diz para colocar sempre a alimentação para acrescentar. [...] Então, eu acho que tem que dá o aleitamento, tem sim, até os seis meses, entendeu? No particular, eu não vou mentir para você. Contra a parte da minha profissão, contra a minha profissão é, mas meu pensamento é, pelo menos até quatro meses, cinco meses, só aleitamento. E quatro a cinco meses a mamadeira para poder ela se adaptar porque também eu fico muito com pena, que tem muitas crianças que não pegam a mamadeira... (Yolanda)

“A família é a primeira e mais importante unidade grupal na qual o indivíduo está inserido e é a partir dela que serão delineadas as características gerais do comportamento do indivíduo” (BARREIRA; MACHADO, 2004, p. 12).

Segundo Teixeira *et al* (2006), as avós são cuidadoras significativas no âmbito familiar. Cuidam dos membros da família, principalmente de suas filhas e noras na fase puerperal. São valorizadas e respeitadas por sua experiência e vivência, especialmente nos cuidados com os recém nascidos, podendo até interferir negativamente na prática da amamentação, em relação às recomendações oficiais. Tais atitudes podem estar relacionadas com o contexto histórico vivido por elas, em que a prática da amamentação não era valorizada, ao contrário, era desestimulada. Assim, ao exercerem os cuidados familiares, as avós trazem consigo os conhecimentos e experiências adquiridas durante o momento em que viveram e aleitaram seus filhos, muitas vezes permeados por mitos, crenças, valores e tabus enraizados e culturalmente aceitos no contexto vivido por elas.

Bosi e Machado (2005), fazendo um resgate histórico da amamentação, trouxe à reflexão que o aleitamento artificial talvez seja tão antigo quanto à história da civilização humana e que, ao longo dos séculos a promoção ao aleitamento materno no Brasil passou a ser fortalecida apenas a partir da década de 1980, com a implantação e implementação de programas e estratégias, coordenados pelo Programa Nacional de Aleitamento Materno (1981) do Ministério da Saúde.

Yolanda justifica que o incentivo ao aleitamento materno exclusivo dado por ela apenas até o terceiro mês de vida, fato também constatado em outros estudos (ARAÚJO *et al.*, 2008; ARAÚJO; ALMEIDA, 2007), foi uma estratégia que passou a utilizar nos casos nos quais há resistência das mães que não querem amamentar. Segundo ela, algumas mães trabalham, umas no período diurno, outras no noturno e, durante a noite, não querem, não podem ou não acordam para dá o peito. Semelhante à acepção de Yolanda, acham mais prático e rápido dá a mamadeira, mais do que o uso do copo ou colher. Assim, para ela, dos quatro aos seis meses é o período de adaptação da criança à mamadeira. Durante o dia dá o peito e, no período da noite, a mamadeira. Desta forma, ao completar os seis meses, a criança já terá substituído o peito da mãe pela mamadeira.

Tal estratégia passou a ser aplicada depois de uma experiência com uma criança, a qual Yolanda sentiu dificuldade de retirá-la da faixa de risco de desnutrição. No seu entender, a criança manteve esse estado nutricional por algum

tempo devido não ter sido acostumada a tomar a mamadeira antes dos seis meses e sim, a comer com colher. A criança passou a não gostar de leite e derivados. Além disso, não gostava de comer alimentos como feijão e vegetais. Diante desse quadro, Yolanda se viu preocupada por não saber como lidar com a situação.

Mesmo havendo o incentivo ao aleitamento materno, a resistência parece ser o maior obstáculo enfrentado pelos ACS do Centro de Saúde César de Araújo. Eles demonstraram dificuldade em trabalhar com os problemas que envolvem a amamentação. Veja o que diz o único homem participante da pesquisa:

conseguir manter uma mãe a dar o aleitamento exclusivo até os seis meses é uma batalha! [...] É uma coisa muito complicada. Na verdade, isso (orientar sobre amamentação) para a mulher é uma coisa mais fácil. É porque as agentes comunitárias, a maioria, todas já foram mãe. Então elas têm aquela coisa prática. (Pedro)

Segundo os ACS, além da influência da avó da criança, as mães apresentam diversos motivos para desmamar precocemente, dentre estes estão: a solicitação dos médicos a dar o leite NAN, a criança chora, a mãe trabalha, “o peito cai”, “o leite é fraco”, “o leite secou”, “o leite não está alimentando a criança”. Isso também foi citado nos estudos de Araújo *et al.* (2008) e Araújo e Almeida (2007).

Apesar dos inúmeros estudos já realizados sobre o assunto, o modelo biomédico ainda é hegemônico na prática dos profissionais de saúde em relação à promoção ao aleitamento materno (FREITAS; PENA, 2007, p. 76). “Os serviços e os profissionais de saúde têm sido alvo de discussões sobre atitudes e práticas diante da promoção da amamentação. Consequentemente, ambos são responsáveis pelo sucesso dessa prática” (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

É preciso considerar que o ato de amamentar é complexo. Envolve “o querer” e “o poder”; o biológico e o subjetivo feminino; as dimensões históricas, sociais, familiares, culturais e simbólicas. Amamentar não é apenas um ato instintivo, natural. É também um comportamento a ser aprendido.

As dificuldades quanto à alimentação das crianças se estendem **após o período de amamentação exclusiva**. Os ACS destacaram alguns dos problemas enfrentados diariamente em campo: alimentação sem horários regulares, como já

exposto anteriormente, uso de mamadeira ao invés do copo ou colher<sup>27</sup>, oferecimento de alimentos gordurosos, ditos pela população como “carregados” (feijoadada e rabada, por exemplo), salgados, alimentos industrializados como macarrão instantâneo, suco de caixa e refrigerante. Muitos destes são ofertados devido a sua praticidade.

Assim, seja na fase do aleitamento materno exclusivo ou no período da infância que o sucede, a insegurança alimentar e nutricional se apresenta como um problema crescente e preocupante, pois põe em risco a saúde das crianças, podendo acarretar num futuro próximo de suas vidas problemas de saúde decorrentes da má-alimentação, como, por exemplo, as doenças crônicas não transmissíveis.

É bom lembrar que “a formação dos hábitos alimentares tem início a partir do momento em que as práticas de alimentação familiares começam a ser percebidas pela criança” (ANSOLINI, 2008, p.20).

As escolhas alimentares dependem da história, cultura e ambiente, bem como das necessidades orgânicas de energia e nutrientes. Família, amigos e crenças são os principais determinantes das escolhas alimentares pessoais. Os hábitos alimentares adquiridos na infância tendem a se solidificar na vida adulta e por isso é importante estimular a formação de hábitos saudáveis o mais precocemente possível (GAGLIANONE, 2004, p.62).

Nesse sentido, o agente comunitário de saúde também pode ter grande importância na formação dos hábitos alimentares da criança ao estimular a alimentação saudável, desenvolvendo ações no ambiente familiar, nas escolas e creches de sua área, mostrando os benefícios que as boas escolhas alimentares podem trazer à saúde ao longo da vida.

---

<sup>27</sup> O uso de copo e colher é recomendado pela OMS mesmo para crianças muito pequenas, como em berçários de hospitais, pois ao contrário dos bicos artificiais, estes não interferem no processo do aleitamento materno, bem como são mais fáceis de higienizar, diminuindo assim, as chances de ocorrer gastroenterocolites, bem como outros problemas de saúde (BARREIRA; MACHADO, 2004, p. 17).

## – Destinadas aos adultos

No que se refere à **alimentação dos adultos**, os agentes comunitários fazem mais orientações para pessoas hipertensas, diabéticas e obesas, focando principalmente o uso do medicamento. Interessante perceber que, para os ACS quem é hipertenso deve evitar (ou não comer) comida com sal, sem necessitar restringir o açúcar e, quem é diabético deve evitar (ou não comer) açúcar, sem precisar fazer restrições ao sal.

...Dona Francisca, a senhora continua tomando os remédios? Você sabe, eu procuro mais dos remédios, porque eu já sei que dona Francisca, **ela não tira o sal da comida** e ela já viu outra Francisca morrer. E ainda assim, vizinha dela, que também era hipertensa. Mas era controlada, mesmo assim foi embora. Ficou diabética. Não disse nada a ninguém e quando deu uma crise foi uma coisa só. **Porque todo hipertenso tem tendência a ficar diabético e todo diabético tem tendência a ficar hipertenso.** Por quê? **Porque hipertenso, ele tira o sal. No que ele elimina o sal, ele só vive dentro do açúcar, entendeu? E quem tem pressão alta que retira o sal, a doença pede açúcar, pede para comer doce.** Tem hipertenso que come doce como o quê. **E a mesma coisa é diabético. Quem é diabético retira o açúcar, passa a comer só salgados.** Se vai num lugar é só salgado. Quem tem diabetes só pode comer coisa que tenha sal. Salgadinho, essas coisas. Doce, nem pensar. Então, como é que não fica hipertenso? Então, **são duas irmãs gêmeas.**  
(Leyane)

Cientificamente, é comprovada a associação existente entre hipertensão e diabetes. Segundo dados epidemiológicos, a hipertensão arterial é pelo menos duas vezes mais comum em indivíduos diabéticos do que na população em geral (MILAGRES, 2002, p. 446). Na visão de Leyane, essa associação se explica diante do modo como as pessoas hipertensas e diabéticas se alimentam. Quem não come sal supre essa necessidade comendo açúcar e vice-versa. Há uma compensação. Notório que, para ela as doenças se materializam nas próprias pessoas como entidades: “a doença pede açúcar, pede para comer doce”. A doença é a pessoa e a pessoa é a doença: “o hipertenso”. O corpo parece reclamar a necessidade do alimento, no caso, o sal. Como se soubesse que não deve consumi-lo, pede o açúcar para compensar. O mesmo “comportamento” acontece com “o diabético”, que “pede o sal”.

Nas recomendações dietéticas feitas por muitos profissionais de saúde, especificamente o nutricionista, a restrição ao açúcar ou sal parece não só reduzir as opções de escolha dos alimentos das pessoas das camadas populares, como também ceifar-lhes o prazer de comer e, em alguns casos, até mesmo o prazer de viver. Pinto (2006, p. 19), em sua autobiografia, confessou sentir-se “tremendamente constrangida”, no início de sua prática profissional enquanto nutricionista, de tentar com uma receita apagar uma vida vivida tecendo laços simbólicos, afetivos, com alimentos que ela simplesmente deveria riscar com uma caneta da vida de alguém.

Como dizer para retirar o doce, representante do afeto? Na hipertensão, o sal, sem esquecer seu simbolismo de *sal da vida*? A quantificação perfeita, dentro dos limites de adequação propostos pela ciência da nutrição não é capaz de apagar essa memória gustativa e fazer como num passe de mágica o indivíduo mudar o hábito de uma vida (PINTO, 2006, p. 19).

Isso suscita o discurso que os ACS levantaram sobre a importância do sal na comida das pessoas. “O médico passou um remédio para controlar, passou dieta para ele (seu marido), tirar gordura, sal, embora ele fique ainda assim (resistente às modificações dietéticas). **Diminuiu o sal, mas não tirou, porque ele disse que não ia comer sem sal**” (Estér). Segundo Freitas (1996, p. 8),

Na dietoterapia, o rigor de uma dieta equilibrada em nutrientes, é um *locus* fora das necessidades do desejo... do prazer e da compreensão. O paciente, no sentido adjetivo do termo, situa o tempo provisório do sacrifício e incorpora explicações. Em um estado crônico de hipertensão, por exemplo, a retirada do *sal da vida*, rompe vertiginosamente com este tempo provisório, e a existência toma outros significados. Estigmatizados e castigados, pela dieta, a comida é dissociada do prazer, e o corpo necessita buscar outras motivações, outros gostos, para a restauração da vida (FREITAS, 1996, p. 8).

“La sal no sólo es apta para el consumo humano, como aditivo culinario, sino que ofrece al ser humano un amplio espectro de utilidades y aplicaciones” (CHARRO GORGOJO, 1998).

Nenhum outro ingrediente encontra tantas aplicações na cozinha quanto o sal comum, ou seja, o cloreto de sódio. Está presente em todas as culinárias. Poucas receitas o dispensam. É empregado até em pães e doces. Cristalino e inodoro, ressalta os sabores e tempera

os alimentos. Ao mesmo tempo ajuda a conservá-los. Apesar de seu consumo excessivo ser associado ao aumento da pressão sangüínea, é importante consumi-lo. Em quantidades sensatas, o sal fornece ao organismo humano substâncias essenciais a seu equilíbrio fluido, à atividade dos músculos e dos nervos. Além disso, sem ele a comida fica completamente sem graça. Insoosso é, na prática, o antônimo de sal (LOPES, 2004).

Além de suas propriedades gustativas e benéficas à saúde, o sal é carregado de história e simbolismo, que ditam desde os primórdios da existência humana. Em diversos países, economicamente era um produto de grande valor. Com ele, compravam-se escravos, trocavam-se mercadorias, pagavam-se salários. Daí o nome, *salarium*, “pagavam-no aos soldados, em espécie e depois em dinheiro para sua aquisição” (CASCUDO, 2004, p. 470). No Brasil, o sal foi trazido pelos portugueses e fez usual a comida salgada, que demorou a ser adaptado pelos indígenas (CASCUDO, 2004, p. 471). Os portugueses, após sufocarem a Inconfidência Mineira, em 1789, salgaram todos os bens de Tiradentes. Essa foi uma tradição revivida, pois em tempos remotos, espalhava-se sal sobre as ruínas da cidade que destruíam, para que não ressurgissem (LOPES, 2004).

O *sal da vida* citado por Pinto (2006) e Freitas (1996) é aquele falado por Jesus Cristo: “Bom é o sal; mas, se o sal se tornar insípido, com que o temperareis?” (MARCOS 9:50). Para as pessoas o sal é o que dá graça à vida. Uma vida sem sal é uma vida desprovida de alegria, de prazer. É comum ouvir dizer que uma pessoa triste, desanimada ou bonita, mas sem algum atributo que chame a atenção é tida como uma “pessoa sem sal” ou “pessoa insossa”. O excesso de sal também não é “palatável”. Minha mãe, ao colocá-lo na comida além do necessário, costuma dizer que a comida está “salgada como pia”. Mal sabe ela que “pia” vem de pilha de sal, e surgiu na época em que os portugueses vendiam sal amontoados em pilhas, não em salinas geradoras (CASCUDO, 2004, p. 475).

Um dito popular se apropria da rentabilidade do sal e recomenda: “para conhecer alguém de verdade é preciso comer um quilo de sal com ela”. Derramar sal na mesa significa mau agouro. O famoso quadro de Leonardo da Vinci, a Última Ceia, mostra um saleiro tombado defronte Judas Iscariotes. E muitos outros significados são dados ao sal<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> Ver: CASCUDO, Luiz da Câmara. **Sal, açúcar e pimenta**. In: CASCUDO, Luiz da Câmara. História da alimentação no Brasil. 3. Ed. São Paulo: Global, 2004, p. 470-484 e; CHARRO GORGOJO, Angel. LA SAL ¿MITO O SUPERSTICION? **Revista de Folklore**, Fundación Joaquín Díaz, Espanha, v. 214,

Um conto popular português fala do valor do sal à comida. Um rei possuía três filhas e desejava saber qual lhe tinha mais apreço. Depois de perguntar às duas mais velhas se lhe tinham afeto e ficar satisfeito com as respostas, perguntou à caçula, a qual respondeu: – Quero tanto a meu pai como a comida quer o sal. Pensando ter zombado dele publicamente, o rei a expulsou de casa. A princesa seguiu seu destino e foi morar numa cidade rica, cujo rei só tinha um filho. Ao trabalhar como cozinheira, um dia amassou um bolo folhado para a mesa do príncipe. Displícemente, escorregou-lhe um anel na massa do bolo. Ao ser servido, o príncipe achou tão bonito o anel que pediu para que encontrassem sua dona, mas ninguém a encontrou. Ele então adoeceu de amor e não queria comer. A rainha, sem saber o que fazer, encomendou doces para despertar o apetite do filho. A princesa então fez outro bolo para o príncipe e nele colocou outro anel. Isso fez com que o príncipe a encontrasse, curasse-se e a pedisse em casamento. No entanto, fez duas exigências: que a princesa convidasse o pai para o casamento e ela própria fizesse todos os pratos da festa. O rei, ignorando a felicidade da filha, compareceu ao casamento. Entretanto, não comeu nada, pois os pratos servidos não tinham tempero de sal. Ao terminar, perguntaram-lhe que impressão tivera do jantar e ele respondeu que, infelizmente a comida sem sal não era comida, e sem comida não vivia um homem. E a princesa disse: – Então senhor meu pai? Não quer muito a comida ao sal? Pois assim eu queria e quero ao senhor. Arrependido, o rei a perdoou e passou a viver em sua companhia, concedendo-lhe a coroa por herança.

Na vida real, o sal parece ter importância similar para as pessoas. Eis o que falou uma ACS ao contar ter provado a comida de uma usuária que possui hipertensão e diabetes e é acompanhada por ela:

**No dia que eu comi a comida dela eu quase morro.** Se eu comece igual a ela, aquela comida todo dia, eu já tava um pitel (esguia)! Sabe de uma coisa, **a comida dela é completamente sem sal. Toda sem sal.** A verdura era cozida na água, sem sal. Ó, quando ela me deu, ela: – Você vai comer! Eu disse: – Eu não posso botar uma pitadinha de sal, não? Ela disse: – Não. **Coma como eu como para você vê como é bom. Eu já estou acostumada.** – Mas eu não! [Fala com voz de desânimo.] Bote um copo de alguma coisa aqui. Ela: – Vá comendo. – Aí, tudo bem. Ainda bem que ela não botou muito. Eu

comi. **Olhe, eu nunca vi igual. A comida sem sal, realmente...** [...] Eu nunca pensei, mas eu comi. [...] Como ela botou eu tinha que comer. Depois eu: – Me dê água. Me dê água, porque **eu não sentia gosto de nada. Rapaz, não tem gosto de nada!** Aí, até às vezes dá para entender, não é? Que eles batizam a comida (colocam sal). – **Ô, neguinha, na moral, só se jeito não tiver ou então eu vou morrer de fome.** (Leyane)

Leyane, devido à intimidade desenvolvida com muitos usuários, ao longo de nove anos de profissão, passou a utilizar como estratégia de acompanhamento dessas pessoas a prova da comida. Provar a comida é uma forma de vigiar, saber se as recomendações nutricionais enfatizadas por ela estão sendo seguidas. “Eu só vou saber se ela come um bocado de sal se eu comer (da comida dela). Então eu almoço logo. [Sorri] Eu almoço. [...] – Deixa eu provar. Se estiver salgada eu vou saber. [...] Às vezes eu como, aí eu falo: – Não tem salada não?” (Leyane). Ela também se coloca no lugar do outro. Sentir, por exemplo, como é comer uma comida sem sal e reconhecer que não é bom e, portanto, não é fácil viver sem ele: “Aí, até às vezes dá para entender, não é?”

Com isso, além destas, Leyane traz outras reflexões aos profissionais de saúde, especialmente ao nutricionista que é o profissional que estuda o alimento, com bases nos preceitos que regem a ciência da nutrição, e que tem como objetivo disponibilizar à sociedade os conhecimentos que possui, visando um diálogo que possibilite a transformação (PINTO, 2006, p. 63).

Uma dessas reflexões é a **responsabilidade de cada um com o mundo**, de não ser apenas aquele que constata, mas também aquele que intervém como sujeito de ocorrências. Ele se implica na história, na cultura, na política negando adaptar-se, para transformar a realidade (FREIRE, 1996, p. 77).

Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. [...] De estudar descomprometidamente como se misteriosamente, de repente, nada tivéssemos que ver com o mundo, um lá fora e distante mundo, alheado de nós e nós dele. Em favor de que estudo? Em favor de quem? Contra que estudo? Contra quem estudo? (FREIRE, 1996, p. 77).

O nutricionista deve não somente disponibilizar conhecimentos, mas saber como conseguir fazer com que esse conhecimento seja apreendido pelas pessoas. Nesse quefazer, o ACS pode aprender com ele e ser seu grande aliado no educar a

nutrição, pois é o profissional mais próximo da comunidade e, por isso, pode facilitar a aproximação entre ambos.

Conhecer o simbolismo do sal, ouvir e dialogar com as pessoas sobre o que sentem, o que pensam e como interpretam essa mudança de gosto alimentar, respeitando suas crenças religiosas e sabores cuidadosamente domesticados durante toda sua vida (FREITAS; MINAYO; FONTES, 2011, p. 36) e, usar o conhecimento científico tanto para saber até que ponto o sal deve ser restrito, quanto para analisar as possibilidades de substituição deste na comida, e para desenvolver sua criatividade ao tentar responder suas curiosidades é um compromisso que o nutricionista deve assumir.

Distante de ser um aspecto meramente técnico, o educar a nutrição, enquanto um gesto que tenta com o discurso mudar o comportamento alimentar do outro, requer uma compreensão da história e da visão de mundo dos sujeitos sociais. A técnica, o saber técnico, não é descartável, mas sim o ponto referencial deste encontro (FREITAS, 1996, p. 6).

É necessário aproximar-se da realidade dos sujeitos, buscando “ler” cada vez melhor sobre o que eles entendem de seu contexto social e sua presença no mundo e do contexto maior de que o seu é parte. A isso Paulo Freire (1996, p. 81) chama “leitura do mundo”. “Ler cada vez melhor” seria tentar compreender o outro a partir dele. A essa compreensão Hans-Georg Gadamer (2008) dá o nome de “hermenêutica”.

A hermenêutica filosófica “aplicada à alimentação e nutrição” consistiria um exercício compreensivo que não desprezasse a dietética preconizada pela biomedicina, mas fizesse dela uma análise intertextual em que alimentação e comida entrassem como um ato não apenas da natureza, mas da cultura que inclui intersubjetividade, representações dos fenômenos e compreensão de seus significados compartilhados pelos que vivem em semelhantes contextos (FREITAS; MINAYO; FONTES, 2011, p. 36).

Numa das visitas com uma ACS à casa de uma gestante, esta confessou não ir à nutricionista por não gostar dela. A ACS afirmou não ser esse o único caso e que por isso muitos deixam de freqüentar o centro de saúde ou passam a “fazer as coisas escondido”. Em uma de nossas conversas ela expôs: “É porque, olhe, desculpe, mas tem profissional (nutricionista) que é assim, se formou para isso (para

atender as necessidades dos sujeitos a partir do diálogo), mas a prática e a teoria, às vezes, não funciona. Nem a prática nem a teoria”. (Leyane)

Por conceder a entrevista a mim, que sou nutricionista, Leyane se desculpa ao confessar a visão que possui sobre os profissionais de minha classe. Para ela e Estér, nutricionista é o profissional responsável por “passar dieta” e dieta “é coisa cara”.

Aí quando chega lá a nutricionista dá aqueles... Como ela fez comigo. Que ela me deu (uma dieta escrita), para minha filha. Está certo. Como é que eu acompanho aquele papel? **Você acompanhar o papel de uma dieta, como está ali, tem que ter isso** [Faz sinal com os dedos, indicando possuir dinheiro.]. (Leyane)

– Ah, a nutricionista... **Tem muita gente que não gosta de vir porque a nutricionista só passa coisa cara, integral, não sei o quê.** Então você faz o quê? Quando minha filha estava pequena eu a achava magrinha. Eu levei para a pediatra. A pediatra disse o quê: dá a ela um purezinho de batata... É assim, comida que pode fazer com leite condensado, que leite condensado engorda. (Estér)

Esse é o reflexo da falta de diálogo entre o nutricionista e o sujeito. Do diálogo que liberta, questiona, critica, transforma e humaniza. No campo teórico da Alimentação e Nutrição “existe um ponto cego que distancia os nutricionistas (desde sua formação) das questões alimentares reais das pessoas e do ato humano de alimentar-se, ato esse saturado de sentido e que vai muito além da proposta de prevenção de doenças” (FREITAS; MINAYO; FONTES, 2011, p. 33).

Yolanda e Deura comentam a importância de manter uma boa relação entre profissional de saúde e comunidade e enfatizam ser imprescindível falar na mesma linguagem da comunidade: “É dessa maneira que eu converso com o pessoal. **Tento conversar mais assim, abertamente, de uma maneira que nos entendam**”. (Yolanda)

Então a gente tem que tá ali, orientando, **não dizer que tire e que não pode.** Que tem que botar, mas que bote menos, não é? Menina, é uma coisa com os pescadores quando chego lá. Eles estão lá fazendo as comidas deles, enchendo, um tanto de sal. Eu digo: – Mas, rapaz! Olha a pressão, criatura, não bote muito sal não, bote pouco, e quando for comer caldinho, meu amor, tire metade desse sal, vá botando... – Ô, Deura, matando só saudade... – Mas não faça isso não. **Orientando com a linguagem deles, né? Não pode dizer: – Tá fazendo aquilo, não sei o quê!... Senão perde a amizade.** (Deura)

Profissionalidade e amizade por vezes chegam a se confundir e se mesclar nas ações do ACS, como Deura enuncia acima. Também, ao mesmo tempo em que os ACS ascendem a importância do diálogo, paradoxalmente denotam uma postura autoritária em relação aos usuários. De fato, o paradigma biomédico acaba por influenciar a prática dos profissionais de saúde, que por sua vez podem influenciar a prática do ACS. Ouvei deles expressões como “você não pode”, “vou fiscalizar” e frases como “Você está vendo aí? O que foi que eu disse?”, “Já joga (no sentido de testar) para ver se assusto”. Além de um relato de uma das agentes: “A gente orienta a ela dá o peito até os seis meses, só peito, sem água, sem chá. [...] – Ah, mas a criança fica com sede. – **Fica coisa nenhuma.** [...] Que tem umas assim que ficam relutando para dá. – Ah, mas minha mãe... – **Não tem nada de mãe. O filho é seu ou é de sua mãe?** [Sorri.] **Tem que falar mesmo porque senão elas dão**” (Estér). A impressão que se tem é que proibir, ameaçar, amedrontar tem mais impacto do que dialogar, tentar se fazer claro e desenvolver a escuta sensível para conseguir alcançar as necessidades dos sujeitos.

“A alimentação não pode continuar sendo deslocada do emocional, do social, do cultural, da vida enfim” (PINTO, 2006, p. 81). Sendo algo imprescindível à vida e à sobrevivência humanas, é necessariamente modelada pela cultura e sofre os efeitos da organização da sociedade, não comportando a sua abordagem olhares unilaterais (CANESQUI; GARCIA, 2005, p. 9). Nesse sentido, o nutricionista, tem como principal tarefa educar. “Educar para que as pessoas desenvolvam uma autonomia saudável em suas práticas alimentares” (PINTO, 2006, p. 68). E o ACS pode ser um grande parceiro na busca da compreensão do cuidado na nutrição na perspectiva da promoção à saúde.

- **A Insegurança Alimentar e Nutricional no cenário das práticas alimentares saudáveis**

Para trabalhar com a comunidade é preciso sentir-se nela, com ela e para ela. Como promover sua saúde sem considerar as questões sociais que a circundam? Sem olhar para os sujeitos que vivenciam as mazelas da sociedade? Sem

compreender o que pensam, o que passam, o que sentem e o que fazem para sobreviver aos desmantelos da desigualdade social? Os ACS, por serem parte da comunidade, têm noção da dimensão das dificuldades que enfrentam no cotidiano da profissão:

Então, eu fico olhando assim, você falar o que é que vocês (nutricionistas) fazem com o paciente. Às vezes a gente pergunta: – Vem cá, como é que está sua alimentação? Mas às vezes você não pode. [...] Você se retrai porque assim como nós temos problemas eles também têm. E às vezes eles nem têm o que comer. **Como é que você pergunta a quem não tem o que comer como é que está a alimentação? [...] O problema todo, querida, é que eles também não têm dinheiro.** Eles já tomam remédio, mas **eles não podem embarcar naquela alimentação saudável.** Você entendeu agora? **Não adianta eu chegar com um cardápio saudável e dá para ele. Aquele dinheiro dele nem sempre vai ser para aquilo.** [...] Quem ganha quinhentos e dez é uma baixa renda. (Leyane)

Às vezes a gente chega numa casa que está toda suja, toda acabada, que a pessoa fica até sem jeito de deixar a gente entrar. [...] Recentemente eu estive numa casa muito, muito humilde mesmo. A casa é de madeira, você vê a bagunça, aquilo ali deve ter rato, deve ter... **Mas você não tem muito como orientar porque você vê que aquelas pessoas não têm absolutamente nada. Eu acho que, não tem o que comer direito. Você fica... Não tem como você orientar muito. Ali, sei lá, o ideal era se conseguisse fazer alguma coisa para ajudar de alguma forma... Sei lá, uma cesta básica, uma coisa assim, que pudesse ajudar as pessoas.** (Pedro)

Aqui, a insegurança alimentar e nutricional desnuda-se no bairro da Boca do Rio. É uma questão sociopolítica que envolve a fome, a pobreza, a miséria, a desigualdade social. Os ACS a conhecem de perto, mas, embora oficialmente devam realizar ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos<sup>29</sup> e, estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade (BRASIL, 1997), na prática, eles parecem ainda não saber como desenvolver essas atribuições de modo a articularem ações que venham a contribuir com a transformação da realidade de insegurança alimentar e nutricional que assola a vida de muitas

---

<sup>29</sup> Direitos Humanos são todos aqueles que os seres humanos têm, única e exclusivamente, por terem nascido e por serem parte da espécie humana. São direitos inalienáveis e independem de legislação nacional, estadual ou municipal específica. Eles foram firmados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, assinada em 1948, pelos povos do mundo, por intermédio de seus chefes de Estado e de governo (INSTITUTO CIDADANIA, 2001, p. 14).

peças do bairro. Assim, a missão sociopolítica do ACS, destacada por Silva e Dalmaso (2002), que seria fomentar a organização da comunidade para a cidadania e inclusão, numa dimensão de transformação social, parece ainda distante de ser desempenhada pelos ACS do Centro de Saúde César de Araújo.

Em nenhum momento enquanto estive em campo, nem em grupo, nem durante as entrevistas, os direitos humanos foram associados às questões ou ações exercidas ou discutidas pelos ACS, porque nem sequer foi um termo mencionado. Quanto ao Direito Humano à Alimentação Adequada<sup>30</sup> (DHAA), foi informado apenas pela supervisora em uma das reuniões que a nutricionista do Distrito Sanitário da Boca do Rio juntamente com uma das ACS repassariam para os demais as informações que obtiveram em uma palestra sobre DHAA. Ainda em uma das entrevistas, uma das agentes afirmou ter ouvido falar em “direito à alimentação saudável”. Ou seja, esta ainda é uma temática desconhecida pelos agentes.

Tal quadro reafirma o desempenho meramente tecnocientífico dos ACS do Centro de Saúde César de Araújo em relação ao fomento às ações de controle social, cidadania e inclusão. Os ACS demonstram inabilidade na articulação de sua função sociopolítica. Semelhante ao estudo de Duarte *et al* (2007, p. 443-444), os ACS parecem não saber como ampliar as possibilidades das ações educativas, como lutar para transformar os determinantes sociais da saúde, e como mobilizar a comunidade para a conquista de condições mais favoráveis.

Como denotou Pedro, a carência dessa habilidade faz com que as práticas dos ACS reforcem o assistencialismo que persiste na marginalidade humana<sup>31</sup> da saúde coletiva no Brasil e que, por sua vez, vem ainda a reforçar a compaixão e a solidariedade das pessoas da comunidade entre si e dos ACS com elas:

---

<sup>30</sup> A alimentação é reconhecida como direito humano no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966, do qual o Brasil é signatário, e que foi incorporado à legislação nacional em 1992. Posteriormente, em 1999, o comitê dos Direitos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas (ONU) formulou uma definição mais detalhada dos direitos relacionados à alimentação em seu Comentário Geral nº 12: O direito à alimentação adequada é alcançado quando todos os homens, mulheres e crianças, sozinhos, ou em comunidade com outros, têm acesso físico e econômico, em todos os momentos, à alimentação adequada, ou meios para sua obtenção. [...] A ‘adequação’ refere-se às condições sociais, econômicas, culturais, climáticas, ecológicas, entre outras (CONSEA, 2004).

<sup>31</sup> Para Freire (1979, p.39), o homem marginalizado não é “um ser fora de”. Ao contrário, é um “ser no interior de”, em uma estrutura social, em relação de dependência para com os que falsamente chamamos seres autônomos e que, na realidade, são seres inautênticos. Alienado, o homem marginalizado não pode superar sua dependência incorporando-se à estrutura que é responsável por esta mesma dependência. Não há outro caminho para a humanização – a sua própria e a dos outros –, a não ser uma autêntica transformação da estrutura desumanizante.

Eu chegava à casas que a mãe não tinha o que dar de comer. Parava de dar a mama: – Deura, eu vou dá a mama como? Eu não tenho... Estou fraca. Estava fazendo pirão de água com farinha para comer. **De eu pegar, arrecadar assim, ó, um alimento aqui, outro ali, levar cesta básica.** Aí, foi melhorando, melhorando... [...] Antigamente não tinha. Passava fome mesmo, os meninos lá. **Eu ficava assim, olhando...** E agora a área que eu estou não há tanta necessidade. Tem os pontos que tem necessidade, que você vê que tem necessidade, mas não é tanto como era antigamente, da alimentação. Ou pouco ou ruim, mas tem o feijão hoje em dia. [...] Hoje em dia tem alimentação, ou pouco ou ruim, mas tem um dinheirinho para comprar a comida. **Antigamente era um terror, eu chegava em casa deprimida.** De você ir num lugar desse, vê a criança em casa chorando, com fome e a mãe nervosa, bate, bate e fala: – Por quê? Por quê?... **Quando eu chegava em casa eu ficava assim... Chorava com o prato na mão. Aí mãe: – O que é? Eu digo: – Meu Deus... Eu pegava o que tinha em casa e levava. Aí, minha irmã: – Por que tu estás fazendo isso, Deura? Eu digo: – Mas eu não agüento ver um negócio desse.** Logo quando eu entrei. Não tem não uns três... Melhorou eu acho de uns quatro anos para cá, viu? Aí começou, não sei se foi por causa do Bolsa Família, que ruim ou bom tem dinheiro. [...] Mas assim, **é parente, é uma vila de parentes, às vezes, um dá uma coisa, um dá outra, aí pega aqui, outro pega aqui, come.** Não tem aquilo que tem que comer todo dia, mas tem comida, não é? (Deura)

Deura indigna-se com a pobreza, a miséria e a fome de seu povo. Para ela, ser ACS é se sentir útil ao poder ajudar as pessoas. Em alguns momentos da entrevista, Deura externou o sentimento de impotência por seu trabalho não oferecer condições suficientes para o auxílio ao outro. Talvez o desabafo tenha sido um pedido de apelo, como se quisesse a resposta de “Como posso exercer minhas obrigações de ACS com condições que me são oferecidas em prol do meu povo, frente às dificuldades que enfrentam?”

Ela também comemora as melhoras das condições do bairro, em vista da alimentação, presumindo a ocorrência devido o Programa Bolsa Família, mesmo reconhecendo que as pessoas ainda não consigam ter uma alimentação saudável adequada ao ponto de terem garantida a segurança alimentar e nutricional.

A conjectura de Deura se comprova por meio de alguns estudos (BICHIR, 2010; COSTA, 2009; HOFFMANN, 2010; KERSTENETZKY, 2009; SOARES; SÁTYRO, 2009). Além destes estudos, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) publicou, em novembro de 2010, o relatório “A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada –

Indicadores e Monitoramento” (CONSEA, 2010). Um Grupo de Trabalho de Indicadores e Monitoramento, composto por representantes de diversos setores de governo, instituições de pesquisa e representantes de organizações sociais, efetuou uma análise da evolução dos indicadores e das políticas selecionadas, para descrever avanços importantes na realização do DHAA no País entre a promulgação da Constituição Federal de 1988 e os dias atuais. Destaque foi dado ao período entre 2003 até meados de 2010, no qual o Governo Lula colocou a superação da fome e a promoção da segurança alimentar e nutricional em posição central na agenda governamental.

O documento mostrou que o Brasil é hoje um dos países em que o número de pessoas em insegurança alimentar vem diminuindo progressivamente, apontando que escolhas adequadas foram feitas no plano das políticas públicas e dos arranjos institucionais na luta contra a fome e a pobreza. Também são apontadas lacunas que persistiram e dados subsídios para a construção de uma agenda propositiva para os próximos anos no campo da Segurança Alimentar e Nutricional.

As políticas de alimentação e nutrição tornaram a ser pauta da agenda política social do Brasil no final do governo de FHC, e passaram a ser herdadas no governo Lula, que procurou expandi-las e consolidá-las, contrapondo-se ao modelo de atenção centrado no assistencialismo (BICHIR, 2010, p. 119).

O Projeto Fome Zero foi o carro-chefe da candidatura do ex-presidente da república Luiz Inácio Lula da Silva. Tal programa recuperaria a agenda de combate à fome e à miséria no Brasil (COSTA, 2009). Sua proposta era formular uma política de segurança alimentar para os brasileiros. Isso se deu por meio de um documento elaborado pelo Instituto de Cidadania e apresentado para debate público, em 2001 (INSTITUTO DA CIDADANIA, 2001).

O Programa Bolsa Família (PBF) é um dos programas do Fome Zero, instituído pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. É um programa integrado de transferência de renda que unificou os Programas Bolsa-Alimentação, Bolsa-Escola, Auxílio-Gás e o Cartão-Alimentação, com os objetivos de aumentar a eficiência e o impacto social dessa ação (BRASIL, 2005b). A renda transferida é destinada à famílias extremamente pobres (com renda familiar per capita de até R\$ 69,00), nesse caso não há contrapartidas e, à famílias pobres (com renda familiar per capita entre R\$70,00 e R\$ 140,00), nesse caso prevê contrapartidas, como a frequência escolar

e cuidados básicos de saúde<sup>32</sup>. Em 2008, conforme registros do MDS (Ministério do Desenvolvimento Social), o Programa Bolsa Família beneficiou 11,3 milhões de famílias, com transferências totalizando R\$ 10,6 bilhões, representando 0,37% do PIB (SOARES; SÁTYRO, 2009, p. 12). Até agora, já são mais de 12 milhões de famílias beneficiadas pelo programa (IPEA, 2010).

Desde a criação do PBF, análises e críticas são feitas sobre seu desempenho frente aos aspectos de redistribuição de renda e desenvolvimento social, enfatizando particularmente a questão de sua sustentabilidade. As divergências ocorrem principalmente em relação à relevância das políticas universais – tais como saúde e educação – em contraposição às políticas focalizadas, como os programas de transferência de renda; ao controle das condicionalidades; à focalização, cobertura e impactos; à utilização político-eleitoral e clientelismo e; às portas de saída do programa (BICHIR, 2010; KERSTENETZKY, 2009; SOARES; SÁTYRO, 2009).

Assim, o PBF, dentre outros programas sociais, e o comportamento dos rendimentos do trabalho – uma combinação de expansão do mercado formal de trabalho com os reajustes do salário mínimo – parecem ter sido as duas razões mais importantes para a queda da desigualdade (KERSTENETZKY, 2009, p. 57). Muitos afirmam que o PBF vem tendo maior impacto sobre os índices de desigualdade – notadamente o coeficiente de Gini<sup>33</sup> – do que sobre a pobreza (BICHIR, 2010; HOFFMANN, 2010; KERSTENETZKY, 2009).

De acordo com Hoffmann (2010), de 2001 a 2009, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada anualmente pelo IBGE, constatou um processo sistemático de redução da desigualdade, com o índice de Gini da distribuição do rendimento domiciliar *per capita* caindo de 0,594 para 0,539. A média da Renda Familiar Per Capita cresceu de R\$ 696,60 para R\$ 838,60, um aumento de 20,4%, sendo proporcionalmente maior na área rural (+36,2%) do que na área

---

<sup>32</sup> No caso das famílias com renda mensal per capita inferior a R\$69,00 não há critérios de elegibilidade relacionados com as composições familiares — elas podem receber o benefício básico, de R\$68,00, mesmo que não haja crianças na casa. No caso das famílias com renda mensal per capita entre R\$70,00 e R\$140,00, é necessário que tenham gestantes, nutrizes ou crianças e adolescentes entre 0 e 15 anos. O recebimento do benefício é feito, preferencialmente, em nome da mulher. Vale lembrar também que atualmente, os valores pagos pelo Bolsa Família variam de R\$22,00 a R\$200,00, de acordo com a renda mensal por pessoa da família e o número de crianças (BICHIR, 2010, p. 120).

<sup>33</sup> Coeficiente de Gini – É o indicador mais usado para se medir a desigualdade de renda. O Coeficiente de Gini expressa a área entre a Curva de Lorenz e a Reta da Igualdade Perfeita e varia entre 0 (igualdade perfeita) e 1 (desigualdade total). Ou seja, quanto mais próximo de 0, maior a equidade. Quanto mais próximo a 1 maior a desigualdade social (SOARES, 2006, p. 9).

urbana (+19,1%). Isso é devido, pelo menos em parte, à “urbanização” de algumas áreas rurais. A desigualdade é maior no Nordeste e no conjunto dos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro, com índice de Gini acima de 0,56 e os 10% mais ricos se apropriando de mais de 46% da renda total. O estado de São Paulo e o Sul são as regiões com menor desigualdade, com índice de Gini abaixo de 0,51 e os 10% mais ricos se apropriando de menos de 40% da renda total.

O 4º Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio aponta queda da pobreza extrema de 12% em 2003 para 4,8% em 2008 (IPEA, 2010, p. 22). Deveras, essa é uma vitória que nós brasileiros devemos realmente comemorar, mas não descuidar. Perseverar na luta pelos direitos da nação é um dever de cidadania de cada um. É uma missão complexa e multidimensional em que muitos não podem esperar pela vitória, principalmente as crianças:

Que ainda existe a pobreza. Não tem? Mesmo que você diga assim:  
– Mas, Leyane, compra hoje um alface, compra hoje um couve, uma verdura. Comprar, compra. Olha, eles compram, mas só que ela não usa para ela, para ter que dar aos filhos, entendeu? **Quando compra uma verdurinha, bota a verdura no carro (de compra), uma fruta, umas coisas, não é para o adulto, é para a criança.** O adulto, ele nem prova. Às vezes prova e às vezes não. Não pense você que eles vão comprar e fazer uma dieta. É por isso que eu digo a você. Eu tenho pessoas obesas, mas só que é o seguinte, quando compra não é para si, que tem criança. As crianças... Se ele não lancha uma merenda... As crianças precisam de fruta, verdura. E o adulto já acha que ele não precisa. Entendeu agora? (Leyane)

– Ah, não tenho dinheiro! Não minha filha, **você com um real, se quiser, chega ali, pega uma cenoura, um chuchu, uma batatinha, chega em casa divide em quatro. Dá para ele comer quatro dias. Cada dia você bota um pedaço de cada um.** Que eu já fiz isso. Eu já fiz isso quando minhas filhas eram pequenas, que o pai ficou desempregado, eu fazia isso. Ninguém podia comer. – Ali é das meninas. E eu não tinha nem geladeira na época. – É das meninas. E não podia comer. [Fala sorrindo] Claro, da criança, não é? (Alba)

Enquanto esse direito não é respeitado e os ACS não se empoderam do conhecimento sobre Segurança Alimentar e Nutricional e Direito Humano à Alimentação Adequada, junto à comunidade usam estratégias que tentem garantir uma alimentação saudável para suas crianças. Eles sabem a importância da

alimentação saudável para o desenvolvimento infantil. Diante de situações de privação, preferem assegurar a saúde dos filhos à sua.

Segundo Kerstenetzky (2009, p. 73), a subnutrição infantil é a mais crítica privação sofrida pelas famílias, sobretudo porque pode trazer danos irreversíveis às capacitações das crianças, atualizando-se ao longo do ciclo da vida como baixo desempenho escolar e baixa capacidade para o exercício de muitas outras potencialidades humanas. Do ponto de vista de política social, é um desastre completo: a subnutrição na infância é uma indicação segura de exclusão social futura. É o que a autora chama de “subnutrição cognitiva”, “condição caracterizada pela presença de uma estrutura cognitiva insuficiente para que conteúdos de informação possam ser proveitosamente adicionados e interagir de maneira rica e estimulante” (KERSTENETZKY, 2009, p. 74). É um sinal inequívoco de exclusão social futura. Por isso, ela enfatiza a importância de expandir o sistema de educação pública, devendo-se incluir a provisão de creche e educação infantil de boa qualidade. “O foco nas crianças parece crucial para o país finalmente se reconciliar com o seu futuro” (KERSTENETZKY, 2009, p. 76).

Bichir (2010), também acha salutar investir não só na política da educação, mas na saúde, na geração de emprego e renda, entre outras, proporcionando assim o aumento da articulação entre essas políticas e o PBF. Para ela, tornaram-se mais claras as potencialidades e limitações do programa em termos de seus impactos sobre a redução da pobreza e da desigualdade. Para a autora, a despeito de todas as críticas tecidas ao PBF, é possível dizer que os programas de transferência de renda afirmam-se cada vez mais como política de Estado, e não de governo, o que reforça a importância de sua análise. Por fim, ela acredita ser ingênuo depositar expectativas de reversão de problemas históricos do país em um único programa de transferência de renda.

Em todo esse contexto, o ACS é um dos responsáveis pelo acompanhamento das famílias atendidas pelo SUS e beneficiárias do PBF. Constitui-se pedra angular no foco da questão social que envolve pobres e indigentes. Por conhecer bem a população que assiste, ele pode contribuir significativamente na promoção da saúde das pessoas que lutam pela garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.

- **Práticas alimentares saudáveis na coletividade**

Na **coletividade**, como já falado no início deste capítulo, os ACS realizam esporadicamente ações de incentivo às práticas alimentares saudáveis na comunidade. Geralmente, tais ações podem ocorrer nas reuniões do Hiperdia ou em eventos organizados em datas comemorativas, como o Dia do Adolescente, por exemplo, ou promovidos pelo Distrito Sanitário da Boca do Rio ou Secretaria Municipal de Saúde.

As fases da vida predominantemente exploradas são: **1) Gestantes**, para as quais são dadas orientações sobre planejamento familiar, pré-natal e incentivo ao aleitamento materno; **2) Adolescência**, cuja temática principal gira em torno das doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e; **3) Adultos e idosos**, com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), geralmente pessoas cadastradas no Hiperdia. Para estes, são abordados assuntos como diabetes, hipertensão e obesidade. O foco é a doença, a prevenção e reabilitação em detrimento à saúde, à promoção da saúde e à qualidade de vida.

As ações coletivas acontecem em lugares improvisados, cedidos pelos moradores da comunidade, a pedido dos ACS. São pequenos salões de festa, igrejas ou espaços escolares, como a Associação Cristã Feminina, uma instituição filantrópica. Os agentes reclamam das condições de trabalho, por faltar recursos para a realização das atividades, como discutido em momento anterior.

Tive a oportunidade de participar da comemoração ao Dia do Adolescente, em uma das microáreas e, em outra, de uma das reuniões, realizada para os integrantes do Hiperdia.

**As ações coletivas ocorrem de forma pontual e não planejada.** Eis o que disse uma das agentes: “Ainda não fiz palestra esse mês. **Não sei nem o que é que eu vou fazer**” (Leyane). Outra se refere ao Dia do Adolescente, data anualmente comemorada no Centro de Saúde: “Ano passado não teve nada. Pegaram (refere-se aos profissionais do Distrito Sanitário da Boca do Rio) esses meninos, reuniram aqui na Cristã (Associação Cristã Feminina) e teve uma palestra sobre DST. [...] Esse ano (2010) **jogaram** o Dia do Adolescente para a gente fazer” (Estér). Uma agente, após ter realizado a comemoração do Dia do Adolescente com a equipe de sua

microárea, comentou para integrantes de outra microárea, ainda a organizar a mesma atividade: “Amélia (a supervisora) fez uma palestra sobre DST e comprou refrigerante e a gente fez pipoca e distribuiu no final. **A gente tapeou eles**”.

As ações coletivas parecem ser mais um mero cumprimento de dever. Nos enunciados acima é percebido o descaso com que os ACS se referem às atividades coletivas que são realizadas por eles próprios e a falta de valorização a esse trabalho mesmo conhecendo a importância dele para as pessoas. Esse descaso é, dentre outros motivos, o reflexo do desânimo pela profissão, que muitas vezes, além de outros fatores como qualificação profissional insuficiente e más condições de trabalho estruturais e materiais, parece ser alimentado pelo desestímulo provocado, segundo eles, pelo Distrito Sanitário da Boca do Rio e pelo Centro de Saúde César de Araújo. Na visão dos ACS, estes não os compreendem. “Jogam” tarefas que devem ser obedecidas. Por vezes, nas reuniões e nas entrevistas eles falaram sobre isso. Confessaram ter ouvido coisas do tipo: “– Vocês têm que fazer a obrigação de vocês”.

Uma das agentes contou uma vez ter sido repreendida por ter feito o que chamou de “lanche informativo”. A agente estudou sobre os alimentos energéticos, construtores e reguladores (estes últimos, por vezes chamados reprodutores ou repositores) e, após ter emagrecido a partir desses estudos, acreditou ser essa uma experiência exitosa a ser utilizada em sua prática. Por duas vezes, por conta própria, gastou seu dinheiro para fazer o lanche, de acordo com o que havia estudado. Realizou uma palestra juntamente a uma colega falando sobre a importância de uma alimentação saudável, dentro dessa perspectiva (alimentos energéticos, construtores e reguladores) e como deviam ser consumidos dentro dos horários das refeições.

Eu fiz um lanche. Aí eu peguei, fiz um mural. Fiz uma alimentação baseada por horário. No café da manhã eu como energético. No almoço é o construtor. E o repositores é o último que é o jantar, é para repor as energias que gastou durante o dia. [...] Aí aqui, nessa parte daqui eu botei energético, na outra parte do meio eu botei o construtor e a outra eu botei o reprodutor. [...] Levei aquela bolacha salgadinha, um bolo de milho. [...] Levei bolacha salgadinha, leite desnatado, que diabético é mais desnatado, um leite normal, um iogurte também... [...] O que eu achei que valia a pena botei no lanche. [...] Levei fruta, que as frutas também fazem parte. E não podia faltar o intervalo de uma hora, sempre nos intervalos, a água. [...] Foi a tarde toda. Deu muita gente. [...] Aí depois eu fiz um lanche

que quase eu fui botada para fora porque eu gastei com o meu dinheiro e ainda acharam ruim. [...] **Muitas coisas você fazia e ainda era punida, recriminada. [...] É feio, não é, nego dizer que você está errada, quando você está fazendo uma coisa que dentro da sua consciência é certa.** [...] Uma vez mesmo eu fui fazer uma palestra de hipertensão, [...] eu e outra (agente), e a gente fez uma panela de arroz doce. [...] Então a gente levou aquela quantidade de arroz doce sem sal e um pouco mais por causa dos diabéticos, mas, com adoçante. [...] E por pouco a gente não tomou uma justa causa. – **Você está lá para acompanhamento, prevenção e palestra.** Eles falavam isso. – **Você não está lá para fazer arroz doce.** (Leyane)

O enunciado de Leyane demonstra sua visão criativa e a vontade de querer conhecer e fazer algo inovador, que vai além da palestra, e útil, a ser compartilhado com a população. Segundo Morin (2007, p. 304-305), a criatividade poderá ser aplicada a objetos técnicos e artísticos e; as liberdades poderão institucionalizar-se e começar a constituir um dos elementos da auto-organização das sociedades humanas.

Entretanto, para que Leyane venha a se aprimorar na construção de sua autonomia, com criatividade e liberdade, algumas reflexões merecem ser feitas. Uma delas é sobre a articulação de desenvolvimento de suas ações. Sem domínio teórico básico sobre alimentação, Leyane não buscou auxílio do profissional nutricionista para averiguar se a fonte de informação obtida era confiável e, conseqüentemente, se seu aprendizado estava correto. Em sua sã consciência, isso não se fez necessário, visto que para ela o que estava escrito lhe bastava como verdade e que, portanto, estaria correto segui-lo. Com isso, a ACS poderia ter posto em risco a saúde da população por dois motivos: Um, por ter disseminado informações não condizentes com as recomendações oficiais sobre alimentação para a população e; outro, por oferecer um lanche sem saber de fato se aquelas pessoas deveriam consumi-lo.

Nesse sentido, Morin (2006, p. 33) alerta para uma educação rumo à lucidez, na qual “o jogo da ciência não é o da posse e do alargamento da verdade, mas aquele em que o combate pela verdade se confunde com a luta contra o erro” (MORIN, 2007, p. 23). E Paulo Freire (1996, p. 27) reforça que “só, na verdade, quem pensa certo, mesmo que, às vezes, pense errado, é quem pode ensinar a pensar certo. E uma das condições necessárias a pensar certo é não estarmos demasiadamente certos de nossas certezas”.

Além disso, é válido pontuar ser importante a integração entre o ACS e outros profissionais de saúde – no caso, a nutricionista – e, saber até onde vai o seu limite, para respeitar o do outro. Para Mendonça (2004, p. 358), a autonomia que se espera do ACS na área social é relativa, dentre outras coisas, a sua capacidade de se autoplanejar e de exercitar a criatividade, expressando-se no trabalho em equipe, na interação com os usuários e no desenvolvimento da consciência da qualidade e das implicações éticas do trabalho, no planejamento de ações, na promoção da saúde, na prevenção da doença e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

Outra reflexão que Leyane levanta é sobre o modo como falou que foi repreendida pelos profissionais do Distrito Sanitário da Boca do Rio. Nessa segunda questão, parece ter havido a falta de compreensão um do outro, ocasionada pela falta de diálogo. Pelo o que é denotado em seu enunciado, dar-se a entender que os profissionais do Distrito Sanitário não lhe deram chance de argumentar “por que ela havia realizado essa atividade da forma como ocorreu” e, a partir de então, buscar contra-argumentar, explicando-lhe o motivo pelo qual estaria sendo repreendida por tal feito, tentando fazê-la compreender as possíveis conseqüências que isso poderia ocasionar tanto para o SUS – para ela enquanto executora da ação e para o Distrito Sanitário, enquanto responsável maior do serviço de saúde – quanto para a vida das pessoas a curto e longo prazo. Ou seja, os profissionais do Distrito Sanitário não tentaram compreender que Leyane errou ao desenvolver uma ação que em sua plena consciência estava correta e esta, já que acreditava estar correta, não compreendeu o porquê de está sendo repreendida.

Diante de problemas como este, os profissionais de saúde, seja à nível da Secretaria Municipal, do Distrito Sanitário ou do Centro de Saúde, tendem a não alcançar a causa principal do problema, a complexidade do todo. Para tanto, seria prudente responder questões como: “Quais as possíveis estratégias a serem utilizadas para/com o ACS para que ele desenvolva a capacidade de reconhecer, a partir de sua prática, as possibilidades e limites de sua profissão, mediante sua cultura – a qual envolve aspectos como crenças, costumes, tabus e religiosidade – e, daí por diante passe a promover sua liberdade e criatividade, na construção de sua autonomia?” Silva e Damalso (2002, p.81-82) elencam algumas dessas estratégias:

1) o desenvolvimento de planos integrados para a área social comprometidos com a equidade; 2) o envolvimento maior dos agentes e de parte da carga horária da equipe com atividades coletivas e comunitárias; 3) um investimento maior em atividades de supervisão dos trabalhos, pois se a formação básica ou o treinamento específico é necessário, a manutenção da qualidade do trabalho se faz mediante atividades de supervisão e de reflexão; 4) considera-se que a supervisão dos agentes comunitários deveria cobrir os diferentes ângulos do seu trabalho: as visitas domiciliares, com especial atenção para os casos/casas que constituem situações de maior vulnerabilidade; as atividades comunitárias, que podem ter sua origem em programas da área social ou serem atividades reivindicativas de direitos de cidadania; a situação de trabalhador do agente, identificando sofrimento e apoiando formas de lidar com conflitos; 5) finalmente, para a construção de novas práticas e do conhecimento correspondente, há que se investir sempre em pesquisa, quer de natureza mais operacional, na avaliação de processos e resultados, quer de teorias acerca do trabalho e da sua organização (SILVA E DAMALSO, 2002, p.81-82).

Não obstante, se essas estratégias, de fato, passassem a fazer parte da realidade do serviço de saúde do César de Araújo, os ACS possivelmente avançariam rumo às ações de promoção da saúde, pois tenderiam à transformação do pensamento e, conseqüentemente, de suas ações coletivas pautadas ainda numa “educação bancária”.

**A realização das ações coletivas se dá predominantemente por meio de palestras.** Os ACS devem fazer pelo menos duas palestras ao mês. Geralmente, estas são realizadas pelas equipes de cada microárea, com os integrantes do Hiperdia e, por vezes, acompanhadas por uma das enfermeiras do Centro de Saúde.

Em uma das microáreas, participei da palestra realizada em comemoração ao Dia do Adolescente. Uma das enfermeiras falou brevemente sobre DSTs para 18 adolescentes. Ela e as ACS interagiram com os adolescentes, respondendo perguntas e ouvindo relatos. O adolescente, por si só, é inquieto e, sexo para ele é um assunto que eminentemente instiga curiosidade. Ao final, eles receberam panfletos informativos, uma bolsinha plástica, “como brinde” e lancharam pipoca com refrigerante. Tudo durou em torno de uma hora.

Em alguns momentos em campo tive a impressão dos adolescentes demonstrarem interesse em participar de eventos organizados pelo Centro de Saúde. Duas das agentes relataram experiências exitosas realizadas com grupos de adolescentes. Estér contou com entusiasmo sobre uma das comemorações ao Dia

do Adolescente. Houve uma caminhada no bairro da Barra e os adolescentes participaram ativamente do evento:

... fizeram brincadeiras, oficinas, teve apresentação de balé, dança de rua, hip-hop... Minha filha estava até no grupo de hip-hop, ela cantou com o grupo dela. Teve teatro e as oficinas. [...] Teve mil coisas... Amaram! [...] Fizeram uma reportagem sobre a violência. Precisava ver que coisa linda que eles fizeram! Depois ficaram tudo atrás de mim: – Ô, tia, cadê? Não vai ter mais não? Aquele negócio do dia dos adolescentes? (Estér)

Também, ao andar com Leyane em sua área, uma adolescente a abordou perguntando quando iria dançar de novo. Leyane me contou que havia formado um grupo de adolescentes apenas do sexo feminino, em que ela ensinava a dançar pagode, era o grupo “Só Pagode”:

No São João eu fiz a quadrilha. A Quadrilha de São João. O Brasil ganhou, (o grupo) dançou. Quando chegou no outro dia o Brasil se desclassificou na outra jogada. Você lembra de uma copa que foi assim? Foi nessa copa. Eu vesti todo mundo de verde e amarelo. [...] Tanto que eu passo pelo Currálinho vem as meninas tudo gritando: – Leyane, Leyane, quando é que a gente vai dançar de novo? (Leyane)

O estudo de Brigagão e Gonçalves (2009) mostrou que as pessoas participam de ações coletivas quando acreditam na relevância destas para as suas vidas e quando estão implicadas nesse processo de construção.

Não diferente, Santos (2007), analisando a importância das atividades grupais para o trabalho em educação nutricional junto a pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis constatou quão importante para as pessoas pode ser sua participação em atividades grupais. O trabalho em grupo pode, sobremaneira, aumentar a auto-estima, atentar para o cuidado de si, fortalecer e criar laços de amizade, melhorar o convívio com o outro, desenvolver a autonomia e a criticidade das pessoas. Santos (2007, p. 28) acredita que “estar atento para mediar esta relação das pessoas com o seu *empoderamento* e com a prática do cuidado de si é um desafio aos profissionais de saúde.

Também estive presente em uma das reuniões do Hiperdia, organizada por duas agentes e realizada em uma pequena igreja evangélica localizada na microárea de uma das agentes. Uma das enfermeiras do Centro de Saúde coordenou a reunião e deu a palestra. Iniciou-se com uma oração, depois a palestra,

seguida da aferição da pressão e verificação da glicemia dos participantes, finalizando com um lanche. O encontro ocorreu em torno de quarenta e cinco minutos. O objetivo era falar sobre diabetes de um modo geral – o que é, quais os sintomas, profilaxia e tratamento. Segundo as agentes, esse assunto às vezes se repete nas reuniões. Isso faz com que os participantes solicitem a introdução de outras temáticas, as quais variam entre, por exemplo, planejamento familiar, DSTs, aleitamento materno, tuberculose e hanseníase. Havia em torno de 18 pessoas e duas ou três estavam ali pela primeira vez. Houve pouca interação entre os envolvidos. A comunicação se estabeleceu verticalmente.

Nessas circunstâncias, a palestra parece pouco ou nada acrescentar na vida dessas pessoas. Educar exige tempo e a participação popular. Exige escuta e respeito ao aprendente. Exige implicação mútua e a consciência da existência de saberes nem maiores, nem melhores, apenas diferentes. O educar deve despertar a reciclagem incessante da curiosidade, da criatividade, da busca de respostas, da autonomia. É instigar a capacidade da criticidade. E, para ser um educador é imprescindível a consciência de também ser um aprendente. Para educar é preciso estudar, aprender a aprender. Aprender a pensar certo, e isso “demanda profundidade e não superficialidade na compreensão e na interpretação dos fatos. Supõe a disponibilidade à revisão dos achados” (FREIRE, 1996, 33).

Sob esta reflexão, os ACS trazem a visão de que a palestra, da forma como é dada, silencia a voz do outro e, por isso, morre em si mesma. Eis a visão de uma ACS sobre palestra:

...eu percebo nas palestras que [...] quando a gente tem necessidade de só dá a palestra, a gente percebe que mesmo que a pessoa esteja olhando para você, mas de hora em hora, eu sei que está atendendo quem está ao lado. Eu percebia que estava me olhando, mas estava como se não estivesse. E, entrando por um ouvido e saindo pelo outro. **E no final da palestra, perguntava: – Entendeu o quê? E não sabia nem o que era que tinha ouvido.** [...] Às vezes, até o assunto, a pessoa está interessada. Mas eu acho que **o jeito da gente dá a palestra se tornou tão monótona, cansativa que eles terminavam não ligando seriamente. Eu acho isso chato.** [...] A gente tem que está chamando, tem que ir até à porta, tem que pegar pelo braço, pegar não, convencer, trazer pelo braço. **E a gente percebe que a pessoa só vai por causa do agente, para não fazer feio com a gente.** Que a gente já tem adaptação com eles todo santo dia. (Yolanda)

As palestras são criticadas pelos próprios agentes. A “monotonia” da metodologia educativa utilizada por eles e pelas enfermeiras do Centro de Saúde César de Araújo parece provocar desinteresse dos mesmos em realizar as palestras e da população em participar delas.

E, apesar dos ACS perceberem que outras formas de educar podem ganhar maior ênfase, auxiliando na transformação da situação vigente, as palestras permanecem preponderantes. “... a gente dá palestra na área, mas percebeu que quando mudava para vídeo, trazer outras coisas, a gente ganhou mais, entendeu? A palestra se tornava meio cansativa. [...] Torna-se cansativo, só falar, falar, falar.” (Yolanda)

Deste modo, na compreensão, provavelmente, da maioria dos ACS, a participação das pessoas nas ações coletivas, por meio de palestras, deve ser compensada com algo que lhes seja agradável, atrativo e/ou útil.

Porque a comunidade é assim, toma lá, dá cá. Se você fizer uma palestra, se só vai falar, falar, falar, para mim ninguém vai. [...] O pessoal sempre é interesseiro. [...] **Aí, se a gente não agrada a comunidade, eles também não agradam a gente.** Se a gente não conseguir um lanchinho, não tem um brinde, uma brincadeirazinha, eles também não participam. [...] **Se não tiver nada, só blábláblá, ninguém vai.** (Estér)

A forma de compensação mais referenciada pelas agentes, além de Estér, foi a presença do lanche nas ações coletivas: “... tem um lanchinho, aí todo mundo se interessa de ir.” (Alba); “Tem que ter um lanchinho.” (Leyane). Pedro contrapõe esse pensamento:

Algumas pessoas acham que o lanche é uma coisa importante. Para mim não é. Eu não acho que ninguém vá para uma palestra por causa de um lanche, nem vá deixar de ir porque vai ter ou porque não vai ter lanche. Se disser, por exemplo, for atração musical por causa dos jovens, tudo bem, não é, é claro que o jovem gosta de movimentação. Mas eu não acredito na questão da alimentação. [...] Ninguém vai a uma palestra para comer. (Pedro)

Opiniões divididas, verdade é que os ACS se posicionam na condição assistencialista de agradar em detrimento a sua missão de educar para promover

saúde, por meio da articulação de suas ações de modo que venha a mobilizar a participação social, contribuindo assim ao empoderamento da comunidade.

Decerto, a alimentação é uma forma de sociabilidade. No entanto, o papel principal do ACS na perspectiva da promoção da saúde é, sobretudo,

auxiliar na descolonização vivida pelas pessoas da comunidade em seu corpo, trabalhando com arte, cultura e subjetividade, ou seja, seus sentimentos, emoções, e verdadeiros desejos no intuito de fortalecer os processos de tomada de consciência e conquista da autonomia (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006, p. 152).

Para isso, Wimmer e Figueiredo (2006, p. 153) ao analisar as intervenções realizadas em equipes de saúde do Rio de Janeiro, enumeraram alguns resultados relevantes que legitimam as ações coletivas como estratégias indispensáveis para a melhora da qualidade de vida. Quais sejam: 1) Abordar a transdisciplinaridade dos saberes baseada no confronto, na reconstrução e na articulação das diferentes especialidades dos atores envolvidos, das realidades e organizações dos setores cujas ações tenham impacto nas condições de vida da população; 2) Realizar práticas intersetoriais, que possibilitam uma maior integralidade de atuação de diferentes setores que se complementam e interagem para uma abordagem mais complexa dos problemas da saúde; 3) Proporcionar a autonomia dos sujeitos e mobilização popular, com o empoderamento do direito à vida com qualidade e a partir de uma participação mais ativa no diagnóstico de problemas e na geração de iniciativas – inclusive políticas para enfrentamento e resolução (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006, p. 153).

Embasadas nos princípios da promoção da saúde, o desenvolvimento dessas estratégias no Centro de Saúde César de Araújo, proporcionará a inclusão da promoção das práticas alimentares saudáveis nas ações do agente comunitário de saúde. Este, só terá visão da força de transformação do trabalho coletivo a partir do momento que passar a desenvolver suas habilidades pessoais, de modo a ser capaz de se autplanejar e planejar suas ações, agindo assim articuladamente, ao ponto de realmente conseguir fazer valer seu papel social, o qual ainda parece constar apenas como uma atribuição descrita em uma portaria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

“E quase que nada não sei. Mas desconfio de muita coisa”.  
(GUIMARÃES ROSA, 2001, p. 31)

Guimarães Rosa parece expressar por meio da linguagem popular o que analogicamente Morin (2007, p. 23) fala sobre a verdade da ciência: “O dogma é inatacável pela experiência. A teoria científica é biodegradável”. A ciência, por ser questionável sempre deve está “desconfiando” de suas próprias verdades.

Aqui, busquei questionar a política pública que envolve os Agentes Comunitários de Saúde de um Centro de Saúde de Salvador, Bahia, sob a perspectiva da Política Nacional de Promoção da Saúde, especificamente, no que tange à missão desses profissionais de promover as práticas alimentares saudáveis.

Os ACS do Centro de Saúde César de Araújo demonstraram lutar por sua identidade profissional. Nesta incluem-se valorização e respeito, com também o alcance de seus direitos trabalhistas e sociais. Eles consideram a importância de se manter uma relação ética com a comunidade. Tal relação é dosada, por um lado, pela cautela de lidar com situações que envolvem a violência e o tráfico de drogas e, por outro, pelos laços de amizade que criam com a comunidade e pela compaixão e solidariedade que possuem pelos seus co-cidadãos diante das mazelas de uma sociedade desigual.

A fragilidade das relações com os outros profissionais de saúde, a falta de recursos materiais e financeiras e as limitações da estrutura física do Centro de Saúde foram exemplos das dificuldades do cotidiano laboral enfrentada pelos ACS. Tais entraves reverberam-se no exercício de suas funções, de modo que como personagem adjetivado híbrido e polifônico, sendo ao mesmo tempo profissional de saúde e objeto de atenção, os ACS sentem-se impotentes e desmotivados frente às restrições de atender devidamente aos usuários que acompanham e também excluídos por não serem atendidos pelo próprio sistema de saúde o qual fazem parte.

Os ACS são atores surgidos no bojo da construção de um novo modelo de atenção à saúde. Constituem-se profissionais importantes no sistema de saúde

brasileiro, pois devem, dentre outras coisas, estabelecer vínculos de coresponsabilidade com a população e assumir o compromisso de fomentar o controle social na comunidade, despertando-a para a exigibilidade de seus direitos.

Nesse contexto, a Promoção da Saúde se apresenta como uma estratégia promissora para a resolução de problemas de saúde, por abarcar uma ampla concepção do processo saúde e doença e seus determinantes, além de integrar os saberes populares aos científicos. No entanto, ainda carece de maior ênfase nos serviços de saúde para que suas ações venham realmente a acontecer.

Não só os agentes comunitários de saúde, mas também os demais profissionais de saúde, sejam estes pertencentes ou não à Estratégia Saúde da Família, necessitam conhecer melhor as propostas da Política Nacional de Promoção à Saúde, para poderem atuar na melhoria da qualidade de vida da população.

Todavia, na realidade do Centro de Saúde César de Araújo, as práticas dos ACS aparentaram permanecer centradas na visão do paradigma biomédico, conservando a “velha” forma de se “fazer” saúde.

Os ACS desconheciam o significado de conceitos fundantes do novo paradigma de saúde, como o de Promoção da Saúde. Tal fato os fazem perseverar nas ações de prevenção à doença. A doença, o doente e a cura continuam sendo o foco de suas atividades.

O conceito de família também não foi visto como objeto de atenção na prática, apesar de estar presente no discurso dos ACS. Mesmo ainda não tendo sido implantada a Estratégia Saúde da Família no Centro de Saúde César de Araújo, os ACS deveriam trabalhar com essa perspectiva. No entanto, as casas das áreas adscritas são os lugares onde residem os seus “pacientes” subdivididos em grupos específicos trabalhados individualmente.

Assim, apenas alguns membros da família recebem atenção do serviço de saúde. A família não é trabalhada integralmente. A proposta de “saúde da família” parece esvair-se diante dos problemas de saúde individuais, destinados predominantemente à crianças em fase de amamentação ou menores de cinco anos, gestantes e adultos e idosos com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente com diabetes e hipertensão.

O adolescente, por exemplo, por estar vulnerável ao tráfico de drogas e à violência, visivelmente crescente no bairro, como denotaram os ACS, poderia

receber maior atenção do serviço de saúde do Centro de Saúde César de Araújo, que pudesse ir além das palestras de DSTs e AIDS. Trabalhar a família a partir de um trabalho coletivo desenvolvido com esse grupo talvez pudesse proporcionar uma melhor qualidade de vida para as famílias da comunidade.

O trabalho coletivo é um ponto a ser pensado e considerado pelos profissionais de saúde da unidade, uma vez que o trabalho em grupo aumenta a convivência entre as pessoas, instiga a criatividade, favorece o desenvolvimento da autonomia e fortalece o empoderamento pela luta dos seus direitos de cidadão.

Entretanto, os ACS, frente à formação/qualificação profissional desestruturada, fragmentada e insuficiente, não condizente com a complexidade de suas funções, não desenvolveram competência profissional necessária para articularem suas ações para a coletividade. Coletivamente, somente são realizadas ações pontuais, não planejadas e predominantemente em forma de palestras.

Com isso, a base teórico-operacional dos mesmos resultou das relações estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos, prevalecendo o desenvolvimento de estratégias profissionais que envolvem suas experiências de vida e do seu perfil social, o qual guarda identidade com o grupo/comunidade a que pertencem.

A promoção das práticas alimentares saudáveis, embora esteja presente nos discursos oficiais e seja uma função a ser desenvolvida pelos ACS, não mereceu destaque de forma específica nem na formação nem nas ações destes.

Do mesmo modo que os ACS desconheciam conceitos fundamentais da promoção da saúde, termos como segurança alimentar e nutricional, direito a alimentação adequada também não foram vistos como comuns ao universo lingüístico deles. Até mesmo a alimentação saudável, apesar de já terem incorporado uma noção do que isso venha a ser, pareceu-lhes algo ainda pouco explorado.

A alimentação aparece periféricamente na qualificação e nas ações dos ACS como um tema anexado a outros vinculados a situações fisiológicas clássicas – gestantes, nutrízes e crianças menores de 5 anos; e situações patológicas clássicas – diabetes, hipertensão e obesidade.

Suas vivências enquanto pessoas – como no caso das ACS que foram mãe e amamentaram; e enquanto profissionais – ao fazerem cursos técnicos e participarem de grupos como a Pastoral da Criança; além da realização de leituras e obtenção de

informações midiáticas e populares, contribuiram para o desenvolvimento de estratégias preponderantes nas ações dos ACS.

A relação autoritária, por vezes ainda presente na atuação de profissionais de saúde, também foi denotada na prática dos ACS – a vigília ilustrando o ato de ver o que o usuário vai comer, podendo chegar até a provar a comida deste.

Além disso, foi ressaltada pelos ACS a importância de se falar na linguagem da comunidade, como também o reforço ao assistencialismo frente à impotência de saber lidar com situações de insegurança alimentar que perduram na comunidade, contrapondo-se ao direito humano.

A educação permanente em saúde pode orientar na transformação das práticas de promoção à saúde, de forma a mudar a concepção hegemônica do modelo biomédico para uma concepção construtivista e problematizadora, a qual favoreça à humanização e à participação dos sujeitos nas ações de saúde e de mobilização social. A educação alimentar e nutricional pode integrar-se à educação permanente na missão de se “educar a nutrição”.

O nutricionista, por ser o profissional conhecedor da ciência da nutrição, pode auxiliar o ACS nesse sentido, ao aproximar-se da realidade por este vivenciada. A integração entre os profissionais de saúde é imprescindível para que suas ações obtenham êxito.

Não menos importante também é que se estabeleçam parcerias com outros profissionais. A intersectorialidade mostra-se promissora das ações de promoção da saúde. Além disso, a transdisciplinaridade vislumbra-se como a possibilidade de se trabalhar a alimentação e nutrição na complexidade que lhe é peculiar. Conhecer não somente as propriedades e funções dos alimentos, mas também a história e o simbolismo cultural que o envolve, além dos aspectos socioeconômicos e políticos se faz uma necessidade para a promoção das práticas alimentares saudáveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L. A.; CASSAL, L. C. B. Caminhos para a integralidade na educação profissional técnica de nível médio em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, 7(2), 249-264, 2009.

ALCIDES, E. C. de A. Ainda somos os mesmos e vivemos como os nossos pais... **Adolescência, educação e saúde nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Natal**. Natal, RN, 2004, 84p. Monografia (Graduação em Nutrição). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 2004.

ALMEIDA, V. C. de. **Riscando e rabiscando sobre comida**: o uso do desenho no estudo da percepção alimentar de pré-escolares de uma creche municipal de Natal/RN. Natal, RN, 2008, 46p. Monografia (Graduação em Nutrição). Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2008.

AMORIM, S. T. S. P. de; MOREIRA, H.; CARRARO, T. E. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. **Revista de Nutrição**, Campinas, 14(2): 111-118, 2001.

ANSOLINI, J. A. Propaganda, transição nutricional e segurança alimentar na sociedade brasileira. In: TADDEI, J. A. (coord.). **Jornadas Científicas do NISAN – Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional 2004/2005**. Barueri: Minha Editora, 2008.

ARAÚJO, O. D. de. *et al.* Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 61(4): 488-92, 2008.

ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. de. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, Campinas, 20(4): 431-438, 2007.

AZEVEDO, E. de. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. **Revista de Nutrição**, Campinas, 21(6), 2008.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. **A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1):51-60, 2008.

BARREIRA, S. M. C.; MACHADO, M. de F. A. S. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, 26(1), 11-20, 2004.

BARRETO SÁ, M. L. (org.). Manual do agente comunitário de saúde: alimentação e nutrição. Fortaleza: LCR Gráfica Rápida, 2005.

BAUER, W. M.; GASKELL, G. (edit.). **Pesquisa Qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. Trad.: Pedrinho A. Guareschi. 6ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BENINCÁ, E. **O senso comum pedagógico: práxis e resistência**. Porto Alegre, 2002. 248f. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

BICHIR, R. M. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. **Novos Estudos**. São Paulo: 115-129, 2010.

BIZZO, M. L. G.; LEDER, L. Educação nutricional nos parâmetros curriculares nacionais para o ensino fundamental. **Rev. Nutr.**, Campinas, 18(5): 661-667, 2005.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional: passado, presente, futuro. **Revista Nutrição**, Campinas, 10(1), 5-19, 1997.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(supl. 2), 1999.

BOOG, M. C. F. *et al.* Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes: "Comer... o fruto ou o produto?" **Rev. Nutr.**, Campinas, 16(3): 281-293, 2003.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 13(1): 259-268, 2008.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos Esp**, Escola de Saúde Pública do Ceará, 1(1), 2005.

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

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM. **Aprovação das Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.** 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto nº 3.189. **Diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde.** 1999.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988; atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 2001. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf>>. Acesso em: 25 julho 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507. **Criação da Profissão de Agente Comunitário de Saúde.** 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, DF, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Alimentos Regionais Brasileiros.** Brasília, DF, 2002c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição.** 2. ed. rev. Brasília, DF, 2003.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde:** área profissional saúde. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Decreto no 5.154, 23 jul. 2004c. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da lei no 9.394, 20 dez. 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar Para a População Brasileira:** promovendo a Alimentação Saudável. Brasília, DF, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Manual de orientação sobre o Bolsa Família na Saúde**. Brasília, DF, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional**. 15 set. 2006 [acesso 2007 fev 2]. Brasília, 2006b. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/consea/static/eventos/LOSAN.pdf>>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília, DF, Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2009.

BRIGAGÃO, J. I. M.; GONÇALVES, R. Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. **Paideia**, 19 (44): 387-393, 2009.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(6): 2305-2316, 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 5(1), 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. *In*: CZERESNIA, Dina (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não!. **Saúde e sociedade**, São Paulo, 13(1): 14-24, 2004.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (org). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 306p.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDON JR., L. **A organização do Sistema de Saúde no Brasil**. In: Org. ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JR, L. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Ed. UEL, 2001, p. 27-59.

CASCUDO, L. da C. **Sal, açúcar e pimenta**. In: CASCUDO, Luiz da Câmara. História da alimentação no Brasil. 3. Ed. São Paulo: Global, 2004, p. 470-484.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 9(16), 161-77, 2004-2005.

CHARRO GORGOJO, A. LA SAL ¿MITO O SUPERSTICION? **Revista de Folklore**, Fundación Joaquín Díaz, Espanha, v. 214, n. 18b. 1998. Disponível em: <<http://www.funjdiaz.net/folklore/07ficha.cfm?id=1756>> Acesso em: 29.01.2011.

CHAUÍ, M. *Explicações para a violência impedem que a violência se torne compreensível*. Folha de S. Paulo, São Paulo, 14 mar. 1999. Disponível em: <<http://www.cefetsp.br/edu/eso/comportamento/violenciachau.html>>. Acesso em: 18 de novembro de 2010.

COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):171-183, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional. Textos de referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, jul. 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Lei de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil. indicadores e monitoramento da constituição de 1988 aos dias atuais. Brasília, Nov. 2010. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/publiucoes-arquivos/a-seguranca-alimentar-e-nutricional-e-o-direito-humano-a-alimentacao-adequada-no-brasil>> Acesso em: 03.02.2011.

COSTA, N. do R. A proteção social no Brasil: Universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): 693-706, 2009.

DE LAVOR, A. Um padrão bem pouco saudável. *In: Alimentação: Transição nutricional é desafio para a saúde pública. Radis*, Rio de Janeiro, 56: 18-24, 2007.

DEMO, P. **Educação profissional: Desafio da competência humana para trabalhar.** Disponível em [http://www.projetoe.org.br/tv/prog02/html/ar\\_02\\_01.html](http://www.projetoe.org.br/tv/prog02/html/ar_02_01.html)) Acesso em 06.12.2010.

DUARTE *et al.* Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 11(23): 439-447, 2007.

ESCODA, M. do S. Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2): 219-226, 2002.

FISCHLER, C. L'Homnivore (2001). *In: SANTOS, Lígia Amparo da Silva. O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador, BA.* Salvador: EDUFBA, 2008.

FRANCO, A. C.; BOOG, M. C. F. Relação teoria-prática no ensino de educação nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas, 20(6): 643-655, 2007.

FREIRE, P. Conscientização: Teoria e prática da libertação: Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. Trad. Kátia de Melo e Silva. Revisão técnica Benedito Elizeu Leite Cintra. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979, 53 p.

\_\_\_\_\_, P. **Como trabalhar com o povo.** Associação Brasileira de Saúde Pública. Textos de Saúde Pública. São Paulo, abril de 1983, 23p. Xerografado.

\_\_\_\_\_, P. **Pedagogia do oprimido.** 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. 218 p.

\_\_\_\_\_, P. **Pedagogia da autonomia.** 22. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.

FREITAS, M. do C. S. de. **Educação nutricional: aspectos sócio-culturais** [Salvador], 1996. Trabalho apresentado no XIV congresso Brasileiro de Nutrição, Belo Horizonte, ago. 1996. Xerografado.

\_\_\_\_\_, M. do C. S. de. **Agonia da fome.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_, M. do C. S. de; PENA, P. G. L. Segurança alimentar e nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. **Revista de Nutrição**, Campinas, 20(1): 69-81, 2007.

\_\_\_\_\_, M. do C. S. de. **Educação nutricional e alimentar: algumas considerações sobre o discurso.** In: FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA (Org.). Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura. Salvador: EDUFBA, 2008, 422p.

\_\_\_\_\_, M. do C. S. de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; FONTES, Gardênia Abreu Vieira. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.

GADAMER, H. G. Verdade e método I: **Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.** Trad. Flávio Paulo Meuer; Revisão de trad. Enio Paulo Giachini. 10. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

GAGLIANONE, C. P. Alimentação no segundo ano de vida, pré-escolar e escolar. In: LOPES, F. A. ; BRASIL, A. L. D. **Nutrição e Dietética em Clínica pediátrica.** São Paulo: Atheneu, 2004.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989, 213p.

GUIMARÃES ROSA, J. **Grande sertão: Veredas.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001, 624p.

HILDEBRAND, S. M.; SHIMIZU, H. E. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 61(3): 319-324, 2008.

HOFFMANN, R. Desigualdade da renda e das despesas per capita no Brasil, em 2002-2003 e 2008-2009, e avaliação do grau de progressividade ou regressividade de parcelas da renda familiar. **Economia e Sociedade**, Campinas, 19(3) (40): 647-661, 2010.

INSTITUTO DA CIDADANIA. **Projeto Fome Zero:** uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil. São Paulo; 2001.

IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento.** Texto para discussão, nº 1424. Brasília: Ipea, 20 10.

KAUFMANN, J. C. Casseroles, amour et crises. Ce que cuisinier veut dire (2005) In: SANTOS, Lígia Amparo da Silva. **O corpo, o comer e a comida:** um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador, BA. Salvador: EDUFBA, 2008.

KERSTENETZKY, C. L. Redistribuição e Desenvolvimento? A Economia Política do Programa Bolsa Família. **Dados** – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 52(1): 53-83, 2009.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública**: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. 8. ed. São Paulo: Loyola, 1989. 149 p.

LIMA, E. da S.; OLIVEIRA, C. S.; GOMES, M. do C. R. Educação nutricional: da ignorância alimentar à representação social na pós-graduação do Rio de Janeiro (1980-98). **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, 10(2): 603-635, 2003.

LIMA, J. C.; MOURA, M. do C. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. **Sociedade e Estado**, Brasília, 20(1): 103-133, 2005.

LOPES, J. A. D. O dono da cozinha: Difundido internacionalmente, usado há milênios o sal tempera alimentos e ressalta sabores. **Revista Gula**, 2004. Disponível em: < [http://www.salcisne.com.br/saude\\_pesquisas7.html](http://www.salcisne.com.br/saude_pesquisas7.html) > Acesso em: 29.01.2011.

LUCKESI, C. C. Filosofia da Educação. São Paulo: Cortez, 1992.

MANÇO, A. de M.; COSTA, F. N. do A. Educação Nutricional: Caminhos Possíveis. **Alim. Nutr.**, Araraquara, 15(2): 145-153, 2004.

MARQUES, C. M. S.; PADILHA; E. M. Contexto e perspectivas da formação do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2(2): 345-352, 2004.

MELO, M. B. de *et al.* Qualificação de agentes comunitários de saúde: instrumento de inclusão social. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, 7(3), 463-477, 2009-2010.

MENDONÇA, M. H. M. de. Profissionalização e regulação da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da Reforma Sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2(2), 353-365, 2004.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 9(16): 161-77, 2004-2005.

MILAGRES, R. **Hipertensão arterial e diabetes mellitus**. In: Enciclopédia da saúde. Diabetes mellitus. Volume 1/3. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). Pesquisa Social: **Teoria, Método e Criatividade**. 21. ed. Petropolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MORIN, E. **Complexidade e transdisciplinaridade**: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: Editora da UFRN, 1999. 56 p.

\_\_\_\_\_, E. **O método 2: A vida da vida**. Trad. Marina Lobo. Porto Alegre: Sulina, 2001.

\_\_\_\_\_, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Trad. Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 11 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2006, 118 p.

\_\_\_\_\_, E. **Ciência com consciência**. Trad. Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 10 ed. Rio de Janeiro: Berthand Brasil, 2007, 350 p.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D'A.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, educação e saúde**, 5(2): 261-280, 2007.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. da; RAMOS, Z. do V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o Agente Comunitário de Saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. (Texto para discussão, n. 735).

NUNES, M. de O. *et al.* O agente comunitário de saúde: a construção da identidade híbrida e polifônica. **Caderno Saúde Pública**, 18(6): 1639-1646, 2002.

OBREGÓN; P. L.; DIAMANTE, C.; SAKR, M. Contribuição na formação dos agentes comunitários de saúde. **Varia Scientia**, 9(15): 2009.

OLIVEIRA, S. I. de; OLIVEIRA, K. S. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. **Psicologia USP**, São Paulo, 19(4), 495-504, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Documento preliminar para a "Estratégia Global em Dieta, Atividade Física e Saúde. *In*: Prevenção Integrada de Doenças Não Comunicáveis, Genebra, novembro 2003. Disponível em: <<http://www.fomezero.gov.br>> Acesso em: 23 de junho de 2006.

PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5): 1527-1534, 2003.

PETRAGLIA, I. **Edgar Morin**: A educação e a complexidade do ser e do saber. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

PINHEIRO, A.; RECINE, E.; CARVALHO, M. de F. O que é uma alimentação saudável: considerações sobre o conceito, princípios e características: uma abordagem ampliada. Ministério da Saúde, Brasília, 2005. (texto técnico). Disponível em: <[HTTP://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos.php](http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos.php)> Acesso em: 02.dez.2010.

PINHEIRO, A. R. de O. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 29(70), 125-139, 2005.

PINHEIRO, A.; CARVALHO, M. de F. Estado e Mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, 17(2): 170-183, 2008.

PINTO, V. L. X. As coisas estão no (meu) mundo, só que eu preciso aprender: Autobiografia, reflexividade e formação em educação nutricional. Natal, RN, 2006, 279p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 2006.

PUPIN, V. M.; CARDOSO, C. L. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de "ser agente". **Estudos de psicologia**, Natal, 13(2): 157-163, 2008.

REIS, R.; TONHÁ, M. das G. D. C.; PADOANI, M. P. Trabalhar em rede: um desafio para as escolas técnicas do SUS. **Trabalho, educação e saúde**, 2(1): 315-333, 2004.

RODRIGUES, É. M.; BOOG, M. C. F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5): 923-931, 2006.

RODRIGUES, L. P. F.; RONCADA, M. J. Educação nutricional no Brasil: evolução e descrição de proposta metodológica para escolas. **Comunicação em Ciências da Saúde**. 19(4): 315-322, 2008.

RODRIGUES, N. (coord.). **Josué de Castro**: Por um mundo sem fome. Almanaque Histórico. Brasília: Projeto Memória, Mercado cultural, Fundação Banco do Brasil, Petrobrás, Centro de Estudos e Pesquisas Josué de Castro, 2004.

RUNES, D. Dicionario de Filosofia. 1985. *In*: AYRES, J. R. de C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, 2005.

SAMPAIO, H. A. de C.; SABRY, M. O. D. (org.). Manual do agente comunitário de saúde: alimentação e nutrição na atenção básica – Parte Complementar. Fortaleza, 2007.

SANTOS, C. A. dos. **A violência no contexto dos espaços vividos, pecebidos e concebidos na cidade de Salvador: estudo de caso nos bairros da Pituba e Nordeste de Amaralina.** Salvador, 2009. 127f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Instituto de Geociências, Universidade Federal da Bahia.

SANTOS, I. J. F. D'A. **Ora (direis) ouvir estrelas!** Narrativas de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis sobre a participação em grupos estruturados de Educação Nutricional. Natal, RN, 2007, 58p. Monografia (Graduação em Nutrição). Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Nutrição. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 2007.

SANTOS, L. A. da S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, 18(5): 681-692, 2005.

SANTOS, L. A. da S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/sobre/index.php>> Acesso em: 11 de novembro de 2010.

SILVA, C. A. da. *et al.* Formação técnica do agente comunitário de saúde: desafios e Conquistas da escola técnica de saúde do Tocantins. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, 7(3), 609-621, 2009-2010.

SILVA, J. A. O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade? São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, 6(10): 75-96, 2002.

SOARES, S. S. D. Distribuição de renda no Brasil de 1976 a 2004 com ênfase no período entre 2001 e 2004. Texto para discussão, nº 1166. Brasília: Ipea, 2006.

SOARES, S; SÁTYRO, N. **O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras.** IPEA, Texto para Discussão, 2009, nº 1424. Disponível em <[www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br)> Acesso em 04/02/2011.

SOUZA, L. J. R. de. **Trabalho a céu aberto: situações de Violência no ambiente de trabalho dos agentes comunitários de saúde no Candeal de Brotas em**

**Salvador - BA.** Salvador, 2009. 146f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública). Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Federal da Bahia.

STACHTCHENKO, S.; JENICEK, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs, 1990. *In*: BUSS, Paulo Marchiori. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. *In*: CZERESNIA, Dina (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

TAVARES, J. S. C. **Redes sociais e saúde: explorando o universo de famílias de classe popular e seu entorno comunitário.** Salvador 2009. 181f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 6(10): 75-94, 2002.

TEIXEIRA *et al.* Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 15(1): 98-106, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010. Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000600002&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Nov. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X1998000600002.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 5(8): 121-126, 2001.

\_\_\_\_\_, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, 14(1): 67-83, 2004.

ZARIFIAN, P. 1990. *Organization qualificante et capacité de prise de décision dans l'industrie.* *In*: MARQUES, Cláudia M. Silva; PADILHA; Estela Maura. Contexto e perspectivas da formação do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2(2), 345-352, 2004.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros.** Unesco, 2008.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 635-667.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. de O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 11(1): 145-154, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy for infant and young child feeding. *In*: 54th World Health Assembly; 2001 may 1; Geneva. p1-4. World Health Organization (WHA54/Inf.Doc./4).

## APÊNDICE 1

**Universidade Federal da Bahia**

**Escola de Nutrição**

**Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde**

**Projeto:** Agentes Comunitários de Saúde na Promoção da Alimentação Saudável:  
Discursos e práticas entre o científico e o empírico

**Pesquisadora:** Emília Carla de Almeida Alcides

**Orientadora:** Lígia Amparo da Silva Santos

**Data da entrevista:**

### **Roteiro de entrevista – Agentes Comunitários de Saúde**

#### **1. Dados de identificação**

Nome

Idade

Tempo de profissão como ACS

Escolaridade

Religião

Estado civil

#### **2. Sobre o bairro e sua micro-área**

Tempo que reside no bairro

História e características do bairro

Características da micro-área

#### **3. Ser ACS**

O início da profissão

Tornar-se ACS

As motivações

A seleção, a capacitação e a troca de conhecimento (com usuários, colegas e outros profissionais)

A importância de sua profissão (para você e para a sociedade)

O que fazer laboral

As dificuldades e facilidades da profissão

As superações pessoais e profissionais e as recompensas

Pretensões profissionais futuras

#### **4. Promoção da Saúde e Práticas Alimentares Saudáveis**

Conceito e aceções sobre promoção da saúde

Conceito e aceções sobre alimentação saudável

As práticas alimentares saudáveis como atribuição do ACS

Conhecimento

Dificuldades

Necessidades

**Finalização da entrevista**

Esclarecer o que não ficou claro

Explorar pensamentos inconclusos

Manifestação do entrevistado sobre algo que deseja expor

## APÊNDICE 2

**Universidade Federal da Bahia  
Escola de Nutrição  
Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido-o a participar da pesquisa **Agentes Comunitários de Saúde na Promoção da Alimentação Saudável: Acepções e práticas entre o científico e o popular.**

O objetivo deste estudo é conhecer e compreender os discursos e práticas de Agentes Comunitários de Saúde acerca das práticas alimentares saudáveis, por meio da relação traçada pelos mesmos entre seus saberes científico e popular.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em consentir a realização de uma entrevista e escrever suas histórias profissionais que envolvam as práticas referentes à alimentação. As entrevistas serão gravadas em mídia digital e as histórias serão escritas e entregues ao pesquisador em data a ser combinada entre ambos.

Os benefícios deste estudo contribuem para a ciência conhecer melhor as ações dos Agentes Comunitários de Saúde, podendo assim contribuir para a formulação de programas e ações de qualificação e capacitação destes.

Não há riscos relacionados à sua participação nesta pesquisa. Suas informações serão guardadas em segredo respeitando a sua privacidade. A participação é voluntária. A desistência em qualquer momento da pesquisa não trará qualquer prejuízo ao participante. Você pode sair da pesquisa em qualquer época que desejar, bastando avisar à pesquisadora.

Se houver alguma dúvida ou questionamento, por favor, contate a pesquisadora Emília Carla de Almeida Alcides (71 9211-5147).

### **CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO**

Estou de acordo com o estudo descrito acima, submetendo e autorizando a minha participação. Fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos pelos quais passarei e dos possíveis riscos que possam surgir desta participação. Foi-me garantido que qualquer dúvida que eu tenha em relação à pesquisa será esclarecida em qualquer momento. Além de que posso desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo. E foi garantido o anonimato e o sigilo de minha identidade.

Nome completo do ACS (Letra de forma):

\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

**Compromisso do investigador**

Eu discuti as questões acima com o participante. É de minha opinião que o mesmo entende os riscos, benefícios e obrigações deste projeto.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

## APÊNDICE 3



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE NUTRIÇÃO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEPNUT**  
Rua Araújo Pinho, 32, Canela  
40.110-150 Salvador, Bahia, Brasil  
Tel: (71) 3283-7704. Fax: (71) 3283-7705

### **Formulário de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

**Projeto de Pesquisa:** "Agentes Comunitários de Saúde na Promoção da Alimentação Saudável: Discursos e Práticas entre o científico e o empírico".

**Pesquisador:** Emília Carla de Almeida Alcides

**Área Temática:** Grupo III

**Parecer:** 03/10

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão extraordinária no dia 05 de abril de 2010, resolveram pela aprovação do projeto. O pesquisador deverá seguir as orientações do parecer consubstanciado.

**Situação:** APROVADO

## APÊNDICE 4



**Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos  
Subcoordenação de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal**

Salvador, 01 de março de 2010.

**Ofício Nº. 068 /2010.**

**Sr<sup>(a)</sup>. Coordenador <sup>(a)</sup>**

Estamos autorizando a V. S<sup>a</sup>. a acadêmica Sr<sup>a</sup> Emilia Carla de Almeida Alcides para executar projeto de pesquisa de intitulado "**Agentes Comunitários de saúde na promoção da alimentação saudável: Discursos e práticas entre o científico e o empírico** " no Distrito Sanitário Boca do Rio. Entretanto, a pesquisa só poderá ser operacionalizada após a apresentação à SMS do comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Cordialmente.

  
**Carla Wirz Leite Sá**  
Educação Permanente

  
**Flávia Daniela Miranda de Mattos**  
Subcoord. de Acompanhamento Distrital

**Ilm<sup>o</sup> <sup>(a)</sup> Sr <sup>(a)</sup>.**

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neuza Maria Miranda**

MD. Coordenador <sup>(a)</sup> do Comitê de Ética na Pesquisa da Escola Nutrição da Universidade Federal da Bahia..

## APÊNDICE 5



**Memorando nº 310/2010**

**DE: DISTRITO SANITÁRIO BOCA DO RIO**

**PARA: UBS CÉSAR DE ARAÚJO**

**att: Rosângela Marques S. Santos**

22/07/10

Senhora Gerente:

Em atenção ao Ofício Exp. Nº 233/2010, da CADEP/SMS, apresentamos a acadêmica EMÍLIA CARLA DE ALMEIDA ALCIDES que deverá executar o projeto de pesquisa "Agentes Comunitários de Saúde na Promoção da Alimentação Saudável: Discursos e Práticas entre o Científico e o Empírico" no Distrito Sanitário Boca do Rio..

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Nutrição da UFBA e deverá ser operacionalizada em conformidade com as normas e rotinas do serviço, bem como com a disponibilidade dos profissionais. Após conclusão, a pesquisadora deverá apresentar o produto da pesquisa ao DS -para discussão.

Atenciosamente

  
**CLÁUDIA DE A. SARAIVA SANTOS**  
Subcoordenadora Administrativa

  
**ANA SUSANA MARTINS WEBER**  
Ch. Setor de Adm. e Desenv. de RH

*Ciente  
em 23/07/2010  
Rosângela Santos  
Gerente*

ASMV/asmw