

CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SEGURANÇA ALIMENTAR E INTERVENÇÃO

Community Health Agents' Knowledge about Food Safety and an Intervention

Ramon Alves de Oliveira Paula¹, Tatiane Faria²,
Jaqueline de Lima Germano³, Josidel Conceição Oliver⁴, Sandra Maria Oliveira Morais Veiga⁵

RESUMO

As doenças de origem alimentar constituem um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo atual. Os profissionais envolvidos com a atenção primária em saúde, incluindo aqueles do Programa de Saúde da Família (PSF), podem contribuir significativamente para a promoção de hábitos saudáveis na higiene e preparo dos alimentos, orientando à população para a segurança alimentar. Todavia, o despreparo de muitos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dificulta a prevenção, identificação e notificação de surtos de toxinfecções alimentares. Esta pesquisa teve por objetivo avaliar o conhecimento de ACS sobre segurança alimentar e paralelamente, realizar intervenção educativa. Constatou-se que há deficiências na capacitação destes profissionais para lidar com a prevenção e controle das doenças de origem alimentar. Entretanto, após a intervenção educativa, verificou-se o aumento do conhecimento dos ACS sobre segurança alimentar, higiene e boas práticas de manipulação.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família; Educação em Saúde; Higiene dos Alimentos.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um dos mais graves problemas de saúde pública mundial consiste nas doenças originadas pelo consumo de alimentos e água contaminados. Doenças diarreicas equivalem a cerca de 4,1% das doenças no mundo e é responsável pela morte

ABSTRACT

Foodborne diseases constitute one of the most serious public health problems in the world today. The professionals involved in primary health care, including those from the Family Health Program (FHP), can contribute significantly to the promotion of healthy habits in hygiene and food preparation, guiding the population to food security. However, the unpreparedness of many Community Health Agents (CHAs) hinders the prevention, identification, and reporting of foodborne disease outbreaks. This study aimed to evaluate the knowledge of CHAs about food security and, in parallel, conduct an educational intervention. It was verified that there are deficiencies in the training of these professionals toward dealing with the prevention and control of foodborne diseases. However, after the educational intervention, an increase was observed in the CHAs' knowledge about food safety, hygiene, and good handling practices.

KEYWORDS: Family Health Program; Health Education; Food Hygiene.

de 1,8 milhão de pessoas a cada ano.¹

Essas doenças podem causar leves indisposições para a maioria dos adultos saudáveis, porém uma parcela significativa da população é composta por grupos mais vulneráveis para os quais uma infecção intestinal pode ser fatal.² Os sintomas variam entre mal estar, dores abdominais, vômitos, diarreia ou disenteria, com presença ou não

¹ Graduação em farmácia pela Universidade Federal de Alfenas. Farmacêutico do Laboratório Globo Ltda. E-mail: farmramon@gmail.com.

² Graduação em nutrição pela Universidade Federal de Alfenas. Nutricionista do Monreale Hotel Resort.

³ Especialista em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica pela Universidade Nove de Julho.

⁴ Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Alfenas. Departamento de Microbiologia e Imunologia.

⁵ Doutora em Ciências dos Alimentos pela Universidade Federal de Lavras. Professor associado na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Alfenas..

de febre, sendo estes causados por diferentes grupos de micro-organismos, incluindo bactérias, fungos, protozoários e vírus.³ Casos mais graves podem levar à internação e até ao óbito.⁴

A qualidade higiênico-sanitária tem sido muito discutida, enquanto fator de segurança alimentar e nutricional, devido ao aumento da incidência de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA).⁵ De 1999 a 2008, foram registrados, no Brasil, cerca de 6062 surtos de DTAs.⁶ Porém sabe-se que a maioria dos casos não é notificada, levando ao desconhecimento da dimensão do problema e a necessidade de implantação de estratégias de promoção da saúde.⁷

As práticas inadequadas de manipulação de alimentos desempenham um papel importante na transmissão de DTA no âmbito doméstico.⁸ Hábitos inadequados de higiene pessoal, erros relacionados aos processos de reaquecimento e refrigeração e tempo de exposição prolongado do alimento, antes de servir representam um alto risco de contaminação.⁹

Criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) teve por objetivo reordenar o setor saúde por meio da atenção primária.¹⁰ A abordagem integral da saúde é um dos propósitos deste modelo, sendo que para todos os profissionais envolvidos torna-se muito importante entender, articular e conhecer bem as questões de saúde que estão ligadas aos usuários.

A atenção integral almejada pelo SUS se dá por meio de trocas de experiências e de mudanças nas bases do poder existentes, constituindo, então, uma rede de trabalho interdisciplinar e interligada dos serviços de saúde.^{11, 12} Portanto, é relevante a existência do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo este profissional capaz de fazer a ligação entre o SUS e a comunidade.

Estes profissionais buscam, por meio das visitas domiciliares (VD), atenderem aos indivíduos que, por algum motivo, encontram-se impossibilitados de deslocarem-se até um serviço de saúde; além disso, realizam a busca ativa dos pacientes, promovendo, então, a saúde e a prevenção de doenças.¹³ Por isso, é fundamental que o ACS seja capacitado, estabelecendo, assim, relações que favoreçam a coleta de dados sobre a saúde familiar e individual daqueles com quem se relacionam nas visitas.

Nesse contexto, o ACS também pode atuar na prevenção e na notificação das DTA. Isso se dá por meio de investimentos em programas de educação em saúde, resultando não apenas nas mudanças de indicadores epidemiológicos, mas em mudanças de hábitos e concepções inadequadas. É relevante para isso, a capacitação, melhorando o aprendizado e as relações sociais do cotidiano de trabalho em grupo e no atendimento individual.^{14,15}

A realidade da incidência de surtos desta desordem, na maioria das vezes, poderia ser evitada, cabendo aos profissionais envolvidos com a atenção primária de saúde, em particular, no Programa Saúde da Família (PSF), contribuir para a promoção de saúde por meio de ações preventivas e de orientação à população.

Entretanto, a maioria dos ACS não recebe informações sobre temas como higiene alimentar e prevenção de doenças transmitidas por alimentos, o que dificulta a identificação de surtos na população.

Este estudo teve por objetivo avaliar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre segurança alimentar e paralelamente, realizar intervenção educativa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta investigação foi de caráter qualitativo e ocorreu durante o mês de abril de 2013, sendo entrevistados 59 agentes de 11 Equipes de PSF do município de Alfenas, MG.

A presente pesquisa foi submetida enquanto projeto, ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIFAL-MG e foi conduzida somente após aprovada pelo órgão competente (CAAE 03359112.6.0000.5142).

Por meio da elaboração de questionários, buscou-se levantar o conhecimento dos ACS sobre segurança alimentar, higiene e boas práticas de manipulação.

Inicialmente, realizaram-se os contatos com as equipes de PSF do município, a fim de convidar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para participarem de um curso sobre higiene e boas práticas de manipulação de alimentos, que seria realizado pelo Projeto Extensão Higiene dos Alimentos da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Alfenas.

Foram organizados dois cursos de quatro horas de duração, sendo os mesmos marcados em dias e turnos distintos, para viabilizar a participação do maior número possível de agentes. Abordaram-se os seguintes assuntos: contaminações alimentares, doenças transmitidas por alimentos, higiene e boas práticas de manipulação, segurança alimentar e legislação pertinente, controle de temperaturas, alimentos de maior risco, contaminação cruzada, higiene pessoal, ambiental e de alimentos.

Todos os temas anteriormente citados foram apresentados e discutidos de forma interativa e muito produtiva durante o curso.

Antes de iniciar cada curso, os agentes foram convidados a participarem da pesquisa, recebendo para tanto, as devidas orientações, ou seja, foram informados de que sua participação era de caráter voluntário e de que a pesquisa consistia em responder um questionário, para avaliar o co-

nhecimento dos mesmos quanto ao tema a ser abordado na palestra.

Todos os agentes que aceitaram participar da entrevista assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, responderam ao questionário com perguntas abertas e fechadas para se verificar o conhecimento básico dos ACS sobre o assunto.

A aplicação do questionário ocorreu em dois diferentes momentos: antes do curso, como anteriormente des-

crita e após o término do mesmo, para avaliar o impacto do curso no conhecimento dos ACS em relação ao tema.

Ressalta-se que, em ambas as etapas, foi realizada a leitura de todo o roteiro de perguntas e as eventuais dúvidas quanto ao questionário, esclarecidas pelos entrevistadores.

Na análise das respostas, foram consideradas corretas as opções que se encontravam em conformidade com a legislação vigente, a RDC 216 de 2004.¹⁶

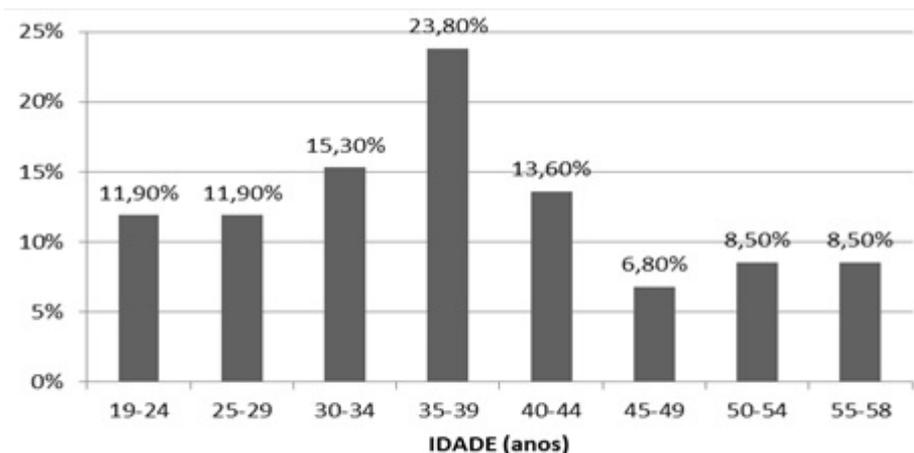
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 59 Agentes Comunitários de Saúde das diferentes unidades de PSFs da cidade de Alfenas-MG. Sendo a maioria (84,7%) dos agentes composta por mulheres, seguindo o padrão dos outros municípios

brasileiros.¹⁷ Na Figura 1, pode-se observar a média de idades dos agentes entrevistados.

A maior parte (89,8%) dos agentes entrevistados realiza exames periódicos de saúde, contudo essa frequência se concentra (49,2%) em exames de admissão e anuais.

Figura 1 – Faixas etárias médias dos Agentes de Saúde Comunitários entrevistados.



Fonte: dados da pesquisa.

Verificou-se que 69,5% dos entrevistados possuem ensino médio completo e 72,9% já receberam algum curso específico de capacitação para Agentes Comunitários de Saúde. De forma geral, o Ministério da Saúde apresenta como requisito a conclusão do ensino fundamental para a função de agente de saúde;¹⁸ contudo, quanto maior o grau de escolaridade melhor preparado estará o agente de adquirir novos conhecimentos e levar orientação às famílias.¹⁹

Dentre os entrevistados, 84,7% possuem conhecimentos de higiene de alimentos, 86,4% multiplicam informações sobre higiene pessoal e dos alimentos às famílias assistidas e apenas 47,5% já haviam participado de treinamento anterior sobre Boas Práticas de Manipulação.

Os dados obtidos por meio da aplicação do questionário inicial revelam que 81,4% dos entrevistados sabem o que é microorganismo, contudo 78% não sabiam o que é contaminação cruzada. É possível observar a importância do vínculo entre as Instituições de Ensino Superior e os órgãos de saúde municipais, no sentido de contribuir para divulgação de informações aos profissionais de saúde, para que estes possam levar orientações adequadas à comunidade.²⁰

Os ACS entrevistados demonstraram de forma geral, conhecimentos e práticas higiênicas de manipulação de alimentos satisfatórias. 88,1% dos entrevistados sabem que não devem ser utilizados brincos, maquiagens, perfumes, anéis, colares e pulseiras na hora de manipular os

alimentos. A maioria (69,5%) utiliza água, sabão, e papel toalha para a higienização das mãos; entretanto, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)²¹ o ideal é a utilização de água, sabão e um antisséptico, método empregado por 23,7% dos ACS. A higiene adequada das mãos é importante para evitar a contaminação direta e indireta de alimentos.²²

Quanto à higienização de vegetais e hortaliças, 88,1% dos agentes utilizam água e hipoclorito de sódio, contudo não houve caracterização das concentrações e tempo de contato destes. Em um estudo em unidades de alimentação de uma Universidade,²³ foi verificado que não era obedecida a concentração do hipoclorito de sódio e nem o tempo de contato para a higienização de vegetais e hortaliças.

Com relação à utilização de esponjas de cozinha, 96,6% dos agentes sabem que não se deve utilizar a mesma esponja para higienização de diferentes superfícies. Sobre a utilização de tábuas e superfícies de corte, 86,4% dos ACS pesquisados não utilizam a mesma superfície ou utensílio para alimentos de diferentes origens: carnes e vegetais. Sobre a higienização das bancadas, 100% dos entrevistados citam que deve ocorrer limpeza das mesmas entre a preparação de alimentos distintos. Em contraste, um estudo com usuários de PSFs²⁴ mostrou que a maioria dos entrevistados (60%) utilizava a mesma superfície de corte para vegetais e carnes e a mesma esponja para diferentes superfícies (55%). Sabe-se que utensílios, facas, tábuas etc., sem a adequada higienização têm grande

importância na contaminação de alimentos por meio da contaminação cruzada.²⁵

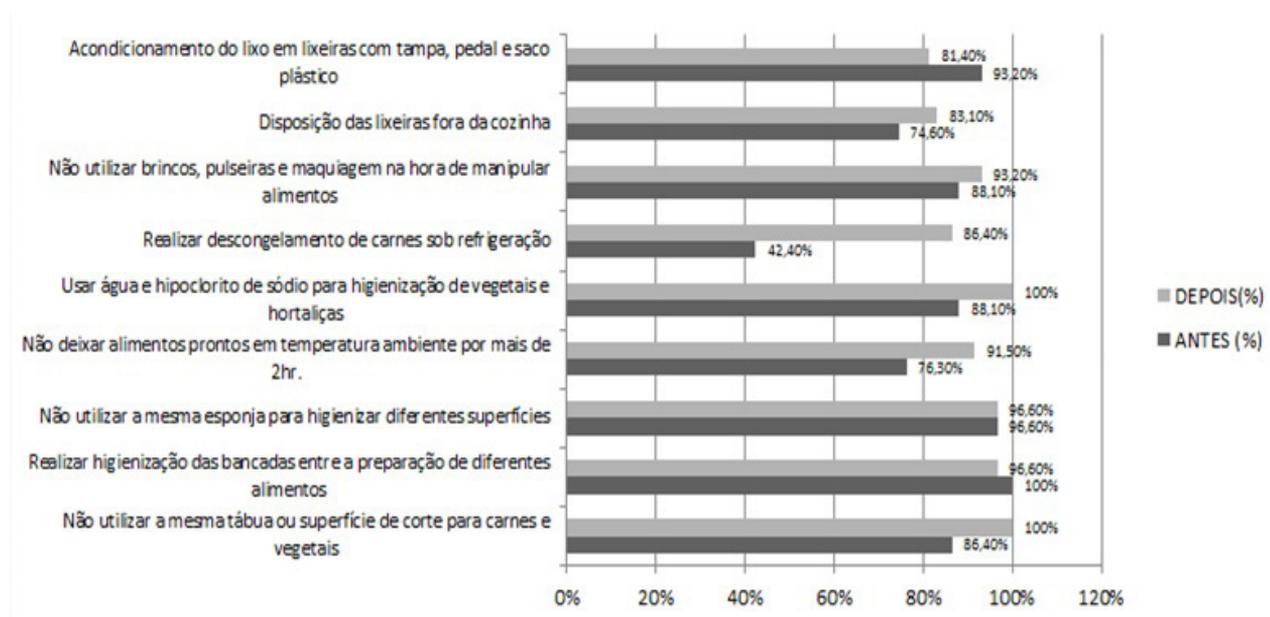
Dentre os agentes entrevistados, constatou-se que 76,3% relataram não deixar alimentos prontos para o consumo em temperatura ambiente por mais de 2 horas; 42,4% expuseram que fazem o descongelamento sob refrigeração, ou seja, de forma adequada. Entretanto, 44,1% ainda descreveram fazer o descongelamento de carnes em temperatura ambiente. A temperatura funciona como fator de multiplicação dos microorganismos,²⁵ dessa forma, alimentos recém-preparados e perecíveis podem elevar sua carga microbiana facilmente quando expostos à temperatura ambiente (“zona de perigo”), tornando-se um potencial veiculador de Doenças Transmitidas por Alimentos.¹⁶

Quanto à disposição das lixeiras, 74,6% dos ACS as colocam em local adequado, ou seja, fora da área de preparo de alimentos e 93,2% utilizam lixeiras com tampa, pedal e saco plástico. A RDC 216 de 2004¹⁶ preconiza que o lixo deve ser armazenado em lixeiras de fácil limpeza, com tampa e pedal, evitando atrair insetos para a área de preparo dos alimentos.

Foram realizadas comparações entre os questionários aplicados pré e pós-curso. Pôde-se verificar um impacto positivo no conhecimento dos agentes após o curso.

Foi observado, por meio das respostas do segundo questionário, que os agentes em questão, assimilaram, de forma eficiente, os conhecimentos apresentados e discutidos (Figura 2).

Figura 2 - Comparações entre os questionários aplicados pré e pós-curso aos Agentes de Saúde Comunitários.



Fonte: dados da pesquisa.

Dois parâmetros podem ser destacados na Figura 2 pela diferença entre os resultados antes e depois do curso: “realizar o descongelamento de carnes sob refrigeração” que apresentou ocorrência inicial de 42,40% e posterior de 86,40% e “não utilizar a mesma tábua ou superfície de corte para carnes e vegetais” que ascendeu de 86,40% para 100%.

Por outro lado, observa-se que em relação ao acondicionamento adequado do lixo e à higienização das bancadas antes do preparo de alimentos, no questionário aplicado após o curso, houve uma pequena diminuição na porcentagem de ACS que realizam a atividade de forma correta. Provavelmente, porque após discussão do assunto, eles entenderam a importância dessas ações, bem como a necessidade de se respeitar todos os itens/etapas que compõem esses procedimentos.

A falta de conhecimento dos ACS e de cursos de capacitação sobre Higiene e Segurança Alimentar compromete a orientação da comunidade da área que, por sua vez, fica mais exposta aos riscos associados à água e alimentos contaminados.²⁴

A informação, a educação e a comunicação são ferramentas imprescindíveis para a promoção da saúde. Informar e formar o cidadão para ser um agente ativo de promoção da saúde fazem parte das atuais diretrizes e estratégias de políticas públicas. Neste sentido, o trabalho apresentou uma abordagem predominantemente educativa.

CONCLUSÃO

Constatou-se que há deficiências na capacitação destes profissionais para lidarem com a prevenção e controle de doenças de origem alimentar. Entretanto, após a intervenção educativa, verificou-se o aumento do conhecimento dos ACS sobre segurança alimentar, higiene e boas práticas de manipulação.

Considerando a relevância do preparo de ACS para atuarem na segurança alimentar e difundirem regras básicas de higiene e manipulação, tornam-se necessárias ações educativas continuadas para se atingir um número cada vez maior de pessoas.

REFERÊNCIAS

1. WHO – World Health Organization. Water Sanitation Health. Doenças relacionadas com a água. [Internet]. [local desconhecido]: 2004 [Citado 2013 set. 20]. Disponível em: <http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/burden/en/index.html>.
2. WHO – World Health Organization. Water Sanitation Health. Diarrhoea. [Internet]. [local desconhecido]. [Citado 2013 set. 20]. Disponível em: <http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/diarrhoea/en/>.
3. Jay JM. Microbiologia de Alimentos. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
4. Vieira CRN, Silva RR, Martino HSD, Chavasco JK. Qualidade microbiológica da merenda escolar servida nas escolas estaduais de Poços de Caldas. Hig Aliment. 2005 jan./fev.; 19(128):90-3.
5. Akutsu RC, Botelho RA, Camargo EB, Sávio KEO, Araujo WC. Adequação das boas práticas de fabricação em serviços de alimentação. Rev de Nutrição, Campinas. 2005 maio/jun.; 18(3):419-27.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Análise Epidemiológica dos Surtos de Doenças Transmitidas Alimentos no Brasil. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar; [Citado 2013 mai. 25]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/surtos_dta_15.pdf> .
7. Badaro ACL, Azeredo RMC, Almeida MEF. Vigilância Sanitária de Alimentos: Uma Revisão. NUTRIR GERAIS – Rev Digital de Nutrição – Ipatinga: Unileste-MG, 2007 ago./dez.; 1 (1).
8. Mitakakis TZ, Wolfe R, Sinclair MI, Fairley CK, Leder K, Hellard ME. Dietary intake and domestic food preparation and handling as risk factors for gastroenteritis: a case-control study. Epidemiology and Infection. 2004 aug.; 132(04):601-06.
9. Medeiros LC, Hillers VN, Kendall PA, Mason A. Food safety education: what should we be teaching to consumers? J Nutr Educ. 2001 mar./apr.; 33(2):108-13.
10. Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e Usuários do Programa de Saúde da Família. Saúde e Sociedade. 2004 mai./ago.; 13(2):70-5.
11. Figueiredo MD, Campos MO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciên Saúde Colet. 2009; 14(1):129-38.
12. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini

- SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006 jul./set.; 15(3):7-18.
13. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de organização das Visitas Domiciliares. *Rev Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade*. 2002; 1(2):19-26.
14. L'Abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro., out./dez. 1994; 10(4):481-490.
15. Cotta RMM, Morales MSV, Liopis AG, Fos SC, Cotta Filho JS. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. *Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre*. 2002; 1:25-32.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 216, 15 de setembro de 2004. Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. *Diário Oficial da república Federativa do Brasil, Brasília*; 2004.
17. Martins CL, Oliveira LSS, Rodrigues MA, Watanabe HAW, Jacomo YA. Agentes Comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. *Rev Saúde Debate*. 1996 jun.; 51:38-43.
18. Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de Julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2002 jul.11.
19. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saúde Colet*. 2005; 10(2):347-55.
20. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(Supl 1):1023-28.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. *Brasília: Anvisa*; 2007.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de segurança do paciente – higienização das mãos em serviços de saúde. *Brasília: Anvisa*; 2008.
23. Cardoso RCV, Souza EVA, Santos PQ. Unidades de alimentação e nutrição nos campi da Universidade Federal da Bahia: um estudo sob a perspectiva do alimento seguro. *Rev de Nutrição*. 2005 set./oct.; 18(5).
24. Leite LHM, Cunha Z, Paiva AS, Oliveira DA. Avaliação dos padrões de higiene e segurança alimentar de usuários do Programa Saúde da Família, Lapa, RJ. *Hig Aliment*. 2009 mar./apr.; 23(170/171):33-38.
25. Franco BDGM, Landgraf M. *Microbiologia dos Alimentos*. São Paulo: Editora Atheneu; 2008.

Submissão: setembro/2013

Aprovação: abril/2014
