

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO USUÁRIO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

Assessment of user knowledge of the Family Health Strategy on nutrition service

Cristhiane Carvalhais Reis Silva¹, Fabiana Angélica de Paula²,
Delba Fonseca Santos³, Renata Aline Andrade⁴

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde corresponde ao primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde. Considerando os preceitos do SUS, não se pode deixar de destacar as transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais ocorridas no Brasil. Dessa forma, se faz necessária a inclusão de ações multidisciplinares, que visem promoção da saúde, que possam evitar os agravos ocasionados pela transição nutricional. O objetivo desta pesquisa foi avaliar o conhecimento do usuário entre as equipes de saúde da família (ESF), do município do Vale do Jequitinhonha-MG sobre o serviço de nutrição e a associação desses resultados com os fatores socioeconômicos da população. Constituiu-se de um estudo quantitativo, descritivo, analítico e transversal, realizado com 615 usuários. As informações foram coletadas por meio do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) versão adulta e o instrumento Critério Brasil. Dos 615 usuários, observou-se que 64,6% (n=397) dos entrevistados referiram a ESF, quando ficavam doentes ou precisavam de conselhos de saúde. Foi observado que, aproximadamente, 58% dos indivíduos informaram que o serviço de nutrição estava disponível. Sobre o programa de suplementação ofertado apenas 33% o identificaram. E em relação ao aconselhamento sobre alimentação saudável ou sobre dormir, 54% disseram existir esse tipo de aconselhamento. Quando perguntados sobre o aconselhamento sobre exercício físico, cerca de 62% dos entrevistados declararam ter recebido esse aconselhamento. Sobre a realização de exames para verificar níveis de colesterol, calcula-se que 68% dos indivíduos afirmaram que tal assunto foi abordado. Os resultados mostraram que, em todas as áreas de abrangência, os serviços abordados neste estudo ainda precisam

ABSTRACT

The Primary Health corresponds to the first level of contact of the population with the health system. Considering the principles of the SUS, one can not fail to highlight the transitions demographic, epidemiological and nutritional occurred in Brazil. Thus, it is necessary to include actions aimed at multidisciplinary health promotion able to avoid the complications caused by nutritional transition. The objective of this research was to evaluate the knowledge of the user between the family health teams (FHT) of Vale of Jequitinhonha-MG on the food service and the association of these results with the socioeconomic population. It consists of a quantitative, descriptive, analytical, cross-sectional with 615 users. Data were collected using the instrument Primary Care Assessment Tool (PCATool) adult version and instrument Criterion Brazil. Of the 615 users, it was observed that 64.6% (n = 397) of respondents reported FHS when they was sick or need health advice. Was observed that approximately 58% of subjects reported that the nutrition service was available. About supplementation program offered only 33% identified and in relation to advice on healthy eating or sleeping about 54% reported living that kind of advice. When asked about advice on exercise approximately 62% of respondents reported receiving this advice, and on conducting tests to check cholesterol levels approximately 68% of individuals stated that this matter was addressed. The results showed that in all areas covered by the services covered in this study still need more investment and promotion in order to improve the knowledge and access of individuals to the services available in the basic health units. It is believed that the inclusion of dieticians in primary health care can encourage people's knowledge

¹ Departamento de Nutrição/Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

² Departamento de Enfermagem/Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

³ Departamento de Farmácia/Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

⁴ Departamento de Farmácia/Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. E-mail: renata.aline.andrade@gmail.com.

AGRADECIMENTO: Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq.

de mais investimento e divulgação, a fim de melhorar o conhecimento e acesso dos indivíduos aos serviços disponíveis nas unidades básicas de saúde. Acredita-se que a inserção do profissional nutricionista nas unidades básicas de saúde possa favorecer o conhecimento da população e realização de ações na busca pela segurança alimentar e nutricional e consequente promoção da saúde dos indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentação; Avaliação em Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) reflete um avanço na atenção básica de saúde, transformando o modelo biomédico de cuidado, em um modelo de saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Sua implementação foi efetuada com base na sociedade, de forma participativa, objetivando, assim, realizar estratégias e ações mais eficazes para os problemas de saúde.¹

Além disso, a ESF buscou modificar a assistência desigual à saúde da população, principalmente aquelas comunidades excluídas ao acesso dos serviços básicos de saúde. Hoje, a equipe de saúde da família possui uma ampliada cobertura populacional e, dependendo de sua capacidade resolutive, pode, por meio de suas ações, deliberar grande parte dos problemas e necessidades de saúde dos usuários. Para que isso ocorra, no entanto, se faz necessário o fortalecimento dos profissionais, além de uma organização de serviço adequado para atender de forma humanitária e estabelecer vínculo com toda a população referenciada.^{2,3}

A equipe básica preconizada pela ESF é composta pela existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Dependendo do município, poderão contar também com o apoio de profissionais da equipe de saúde bucal, saúde mental e reabilitação.⁴

Dessa forma, o propósito da unidade básica é agregar e reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalização e integralidade, desenvolvendo ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família, e de toda a população, sendo esse atendimento realizado na unidade de saúde da comunidade. Cabe ainda,

and implementation of public policies and actions in the pursuit of food security and nutrition and consequent promotion of the health of individuals.

KEYWORDS: Food; Health Evaluation; Family Health Strategy.

a equipe da ESF, desenvolver ações de programação como grupos terapêuticos, visitas domiciliares e assistência direcionada a grupos específicos e/ou de risco.¹

Nesse sentido, com o objetivo de ampliar a cobertura e resolubilidade das ações da atenção básica, surgem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por equipes multiprofissionais, atuando em parceria com os profissionais das ESFs, e, atuando de forma unificada a toda a equipe de saúde. Integrando a equipe do NASF podem-se ter diferentes especialidades médicas (acupunturista, ginecologista, homeopata, pediatra e psiquiatra), assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista.⁵

No NASF, é possível a integração do nutricionista com os demais profissionais das ESFs, desenvolvendo dessa forma, um trabalho multidisciplinar e, ampliando a resolutive da atenção primária.⁶

Dentre as atribuições do nutricionista no NASF encontram-se: o cuidado nutricional no curso da vida; assistência nos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição; auxílio nos planos terapêuticos das doenças crônicas; conhecimento e estímulo à produção e ao consumo dos alimentos saudáveis; articulação intersetorial para viabilizar hortas e pomares comunitários; organização da referência e contrarreferência do atendimento.⁵

Considerando os preceitos do SUS, promoção e proteção da saúde, não se pode deixar de destacar as transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais ocorridas no Brasil, onde se constataram as mudanças de hábitos e estilos de vida, levando ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a ocorrência elevada de obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, câncer, entre outras. O crescimento dessas doenças trouxe consequências para a qualidade de vida da população adulta, além de ocasionar grandes gas-

tos com assistência hospitalar no SUS.⁷

No entanto, nota-se no Brasil que a transição nutricional ocorreu sem solucionar os problemas oriundos das insuficiências alimentares, ocasionando, dessa forma, a permanência de anemias carenciais, aliada ao aumento substancial da obesidade e dos agravos relacionados. Assim, o Brasil convive com dois aspectos nutricionais distintos e interligados.⁸ As causas dessa sobreposição no perfil nutricional podem estar relacionadas à mudança no estilo de vida e hábitos alimentares da população, ocorrida nos últimos anos.⁹

Outro estudo mostra, ainda, uma prevalência de queixas relacionadas a sobrepeso e obesidade entre os usuários das ESFs, reforçando a necessidade de uma equipe multidisciplinar nas unidades básicas de saúde.¹⁰ Dessa forma, a inserção do nutricionista na equipe básica de saúde apoia-se na aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) pelo Ministério da Saúde.¹¹

Destaca-se, assim, a importância da inserção e incorporação de ações voltadas à alimentação e nutrição no campo da saúde pública, capaz de prevenir e evitar os agravos à saúde. Algumas ações já estão inseridas na esfera da Atenção Primária à Saúde (APS), como ações de vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação saudável e programas de prevenção e controle de distúrbios nutricionais.¹²

No entanto, ainda observa-se a precária oferta de serviços que visem à segurança alimentar e nutricional nas unidades básicas, comprometendo o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e, também, impedindo o cumprimento do princípio da integralidade.¹³

O desenvolvimento desses serviços ainda representa um desafio para a saúde pública, cabendo aos gestores e profissionais enfatizar a necessidade de se pensar os modos de gestão e de construção das políticas públicas;¹³ torna-se imprescindível enfatizar a necessidade de divulgação e conhecimento dos serviços disponíveis nas ESFs aos usuários para que, progressivamente toda a comunidade se beneficie e tenha acesso a um serviço de qualidade.^{14,12,13}

Nessa perspectiva, um estudo demonstra que muitos serviços solicitados pela população estão além da estrutura das unidades básicas de saúde, como a solicitação por especialistas ou por aqueles profissionais que não integram as ESFs, como nutricionistas, fisioterapeutas, ginecologistas e outros. Percebe-se a falta de informação dos usuários com os serviços do SUS. Há a necessidade de que seja estabelecida para a população maior facilidade ao atendimento a esses profissionais e que seja priorizado o acesso de casos de risco ou grupos específicos, que devem ser atendidos por determinados serviços ou programas específicos, reforçando, assim, o processo de referência e

contrarreferência, e admitindo aqueles que realmente necessitam desse tipo de atendimento.¹⁵

Dessa forma, a avaliação da efetividade das ações desenvolvidas nas unidades de saúde se faz importante, a fim de monitorar as políticas públicas desenvolvidas. Nesse sentido, foi desenvolvida uma ferramenta denominada PCATool (Primary Care Assessment Tool) com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde. O PCATool é baseado nos atributos da APS, cujo objetivo é medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. O PCATool permite, assim, avaliar a qualidade e identificar aspectos que exigem reafirmação ou reformulação das ações da APS.¹⁶

O PCATool, em sua versão validada para crianças ou para adultos, já foi utilizado em pesquisas nos Estados Unidos,¹⁷ e após validação, vem sendo utilizado no Brasil para mensurar a extensão da APS, permitindo a realização de pesquisas consistentes e avaliando a relação entre os atributos da atenção primária, a utilização dos serviços e os resultados em saúde.¹⁸

Diante do exposto, considerando a ESF como porta entrada dos indivíduos ao serviço de saúde e, considerando, ainda, a importância das ações do nutricionista nas equipes de saúde, o objetivo do trabalho foi avaliar o conhecimento da população cadastrada nas ESFs de um município localizado no Vale do Jequitinhonha, MG, sobre o serviço de nutrição disponível.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de delineamento transversal, descritivo, analítico, quantitativo cuja população foi composta por 660 adultos, cadastrados em sete Equipes de Saúde da Família da zona urbana do município de Diamantina, MG.

Assumiu-se prevalência de 50% do evento estudado, uma vez que esse dado era desconhecido na população do estudo, com margem de erro estimada de 4% e nível de confiança de 95%. Para compensar eventuais perdas o resultado foi acrescido de 10%. Para assegurar a representatividade da amostra, efetivou-se a distribuição de modo proporcional à real distribuição dos adultos pelas equipes de saúde da família, obedecendo aos seguintes passos: inicialmente, com base nas fichas de cadastro familiar foi obtida a relação dos adultos com idade superior a 20 anos, calculou-se a distribuição percentual dos adultos pertencentes a cada equipe. Em seguida, utilizando os dados do cálculo amostral, estabeleceu-se a distribuição dos adultos de forma proporcional à população existente nas unidades de saúde.

Com o objetivo de proporcionar a cada membro da

população de estudo a mesma chance de ser incluído, também foi realizado um sorteio aleatório dos participantes, tomando-se como referência a lista de cadastro de cada equipe. Somente um adulto mais velho, por domicílio, foi entrevistado.

As entrevistas foram realizadas na residência do usuário, no período de janeiro a agosto de 2012.

Utilizou-se para coleta de dados, parte do instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Adultos (Primary Care Assessment Tool- PCATool®) elaborado por Bárbara Starfield, validado no Brasil por Harzheim (2004). As variáveis dependentes foram as sete equipes de saúde da família, categorizadas de um a sete. As variáveis independentes foram divididas em relação ao conhecimento dos serviços de nutrição e foram consideradas cinco perguntas contidas no instrumento PCATool (disponibilidade do serviço de nutrição ou dieta, disponibilidade do programa de suplementação nutricional, aconselhamento sobre alimen-

tação saudável ou sobre dormir, aconselhamento sobre exercício físico e abordagem sobre exames para verificar níveis de colesterol) que avaliam o atributo 'integralidade', ou seja, os serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária.

Foi utilizado o Critério Brasil® versão 2008, para medir a classe econômica do entrevistado e determinar seu poder de compra. Para fins de análises, as categorias foram agrupadas e transformadas em salários mínimos.

A análise dos dados foi realizada, utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS®) versão 19.0 (IBM®, Chicago, IL, USA). Utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 95%, para avaliar a associação entre as equipes de saúde e as variáveis independentes.

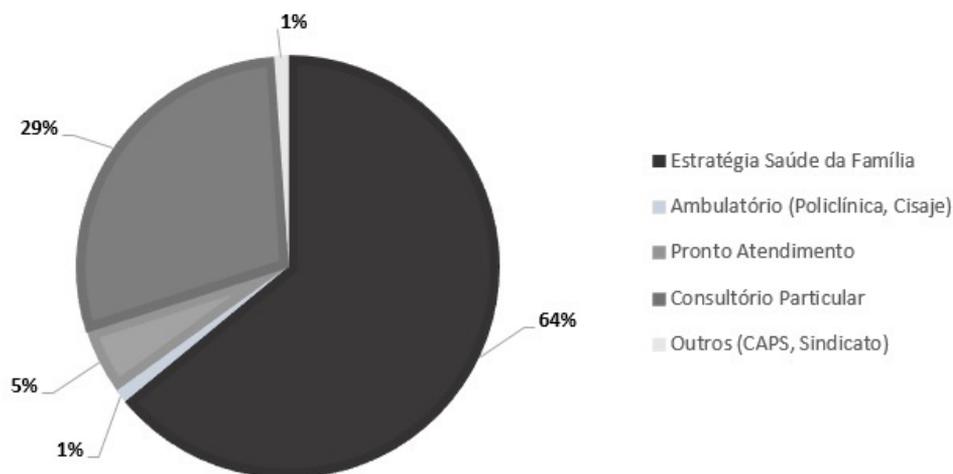
O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri sob o número de protocolo 088/2011.

RESULTADOS

Dos 660 participantes, foram entrevistados 615 indivíduos (93,2%) adscritos às equipes de atenção primária do município, 45 (6,8%) foram considerados perdas por motivos de falecimento, recusa em participar da pesquisa, endereço inexistente e/ou sem condições para responder ao questionário. De 615 usuários, observou-se que 64,6%

(n=397) dos entrevistados referiram a ESF, quando ficam doentes ou precisam de conselhos sobre a sua saúde e 35,4% (n=218) declararam utilizar outros serviços (consultório particular, pronto atendimento, ambulatórios – policlínica, centro de atenção psicossocial – caps, sindicato) como fonte de cuidado que não aquele ao qual estavam geograficamente adscritos (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Serviços utilizados pela população adulta (n=615) de Diamantina/MG, 2012.



Fonte: dados da pesquisa.

Observou-se que a idade média encontrada dos indivíduos entrevistados foi de 50,5 anos (DP ± 16,1), sendo 71% do sexo feminino e 51,9% casados. Em todas as áreas

pesquisadas, observou-se baixa escolaridade e constatou-se, ainda, que a maioria dos indivíduos possuía renda familiar mensal inferior a 2 salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos usuários cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (n=397) por área de abrangência no município, 2012.

Variáveis	Área 01 (n=66) % ou média	Área 02 (n=57) % ou média	Área 03 (n=62) % ou média	Área 04 (n=43) % ou média	Área 05 (n=46) % ou média	Área 06 (n=53) % ou média	Área 07 (n=70) % ou média	Total
Idade	48,7	48,5	49,8	55,9	46,0	47,4	56,9	50,5
DP	(±16,5)	(±14,2)	(±17,0)	(±16,3)	(±14,5)	(±14,3)	(±16,4)	(±16,1)
Sexo								
Masculino	24,2 (n=16)	15,8 (n=9)	30,6 (n=19)	39,5 (n=17)	39,1 (n=18)	18,9 (n=10)	37,1 (n=26)	29,0 (n=115)
Feminino	75,8 (n=50)	84,2 (n=48)	69,4 (n=43)	60,5 (n=26)	60,9 (n=28)	81,1 (n=43)	62,9 (n=44)	71,0 (n=282)
Escolaridade								
Até 7ª série fundamental	71,2 (n=47)	57,9 (n=33)	80,6 (n=50)	53,5 (n=23)	43,5 (n=20)	45,3 (n=24)	67,1 (n=47)	61,5 (n=244)
Fundamental completo	10,6 (n=7)	19,3 (n=11)	3,2 (n=2)	14,0 (n=6)	21,7 (n=10)	20,8 (n=11)	1,4 (n=1)	12,1 (n=48)
Médio completo	13,6 (n=9)	19,3 (n=11)	14,5 (n=9)	30,2 (n=13)	32,6 (n=15)	30,2 (n=16)	28,6 (n=20)	23,4 (n=93)
Superior completo	4,5 (n=3)	3,5 (n=2)	1,6 (n=1)	2,3 (n=1)	2,2 (n=1)	3,8 (n=2)	2,9 (n=2)	3,0 (n=12)
Renda								
< que 2 salários mínimo	89,4 (n=59)	89,5 (n=51)	93,5 (n=58)	72,1 (n=31)	80,4 (n=37)	73,6 (n=39)	97,1 (n=68)	86,4 (n=343)
> que 2 salários mínimos	10,6 (n=7)	10,5 (n=6)	6,5 (n=4)	27,9 (n=12)	19,6 (n=9)	26,4 (n=14)	2,9 (n=2)	13,6 (n=54)
Estado Civil								
Casado	48,5 (n=32)	33,3 (n=19)	62,9 (n=39)	60,5 (n=26)	52,2 (n=24)	51,9 (n=27)	55,7 (n=39)	51,9 (n=206)
Separado	7,6 (n=5)	10,5 (n=6)	3,2 (n=2)	14,0 (n=6)	8,7 (n=4)	9,4 (n=5)	5,7 (n=4)	8,1 (n=32)
Viúvo	13,6 (n=9)	22,8 (n=13)	14,5 (n=9)	14,0 (n=6)	10,9 (n=5)	11,3 (n=6)	25,7 (n=18)	16,6 (n=66)
Solteiro	30,3 (n=20)	33,3 (n=19)	19,4 (n=12)	11,6 (n=5)	28,3 (n=13)	28,3 (n=15)	12,9 (n=9)	23,4 (n=93)

Fonte: dados da pesquisa.

Quando perguntadas sobre a disponibilidade do serviço de nutrição ou dieta foi observado perfil diferente de respostas entre a população residente nas diversas áreas do município. Cerca de 84% dos indivíduos residentes da área 4 declararam que conheceram a disponibilidade do serviço, o que diferiu significativamente das outras áreas, exceto 6 (71,6%). Nas outras áreas, aproximadamente entre 40% e 60% declararam não conhecer a disponibilidade

desse serviço. Cabe ainda mencionar duas áreas em que o percentual de respostas positivas e negativas foi praticamente inverso, diferentes estatisticamente. Enquanto na área 1, calcula-se que 63% da população relatou disponibilidade do serviço, na área 7, esse mesmo percentual de indivíduos declarou que o serviço não está disponível (Tabela 2).

Tabela 2 - Conhecimento nutricional dos usuários cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (n=397) por área de abrangência do município, 2012.

Variáveis	Área 01 (n=66) %	Área 02 (n=57) %	Área 03 (n=62) %	Área 04 (n=43) %	Área 05 (n=46) %	Área 06 (n=53) %	Área 07 (n=70) %
Disponibilidade do serviço de nutrição ou dieta*	62,1 (n=41)	54,4 (n=31)	48,4 (n=30)	83,7 (n=36)	45,7 (n=21)	71,7 (n=38)	38,6 (n=27)
Disponibilidade do programa de suplementação nutricional**	36,4 (n=24)	21,1 (n=12)	21,0 (n=13)	74,4 (n=32)	17,4 (n=8)	32,1 (n=17)	30 (n=21)
Aconselhamento sobre alimentação saudável ou sobre dormir***	62,1 (n=41)	49,1 (n=28)	50 (n=31)	55,8 (n=24)	56,5 (n=26)	62,3 (n=33)	41,4 (n=29)
Aconselhamento sobre exercício físico #	62,1 (n=41)	73,7 (n=42)	54,8 (n=34)	65,1 (n=28)	63,0 (n=29)	58,5 (n=31)	51,4 (n=36)
Abordagem sobre exames para verificar níveis de colesterol ##	75,8 (n=50)	49,1 (n=28)	54,8 (n=34)	86,0 (n=37)	67,4 (n=31)	79,2 (n=42)	58,6 (n=41)

Teste χ^2 de Pearson

* Área 1 difere de área 4 e 7, $p < 0,016$; Área 2 difere de área 4, $p < 0,002$; Área 3 difere de área 4 e 6, $p < 0,011$; Área 4 difere de área 5 e 7, $p < 0,000$; Área 5 difere de área 6, $p < 0,008$.

** Área 1 difere de área 4 e 5, $p < 0,029$; Área 2 difere de área 4, $p < 0,000$; Área 3 difere de área 4, $p < 0,001$; Área 4 difere das áreas 5, 6 e 7 $p < 0,000$.

*** Área 1 difere de área 7, $p < 0,016$; Área 6 difere de área 7, $p < 0,022$.

Área 2 difere de área 3 e 7, $p < 0,033$.

Área 1 difere de área 2, 3 e 7 $p < 0,033$; Área 2 difere de área 4 e 6, $p < 0,001$; Área 3 difere de área 4 e 6, $p < 0,006$; Área 4 difere de área 5 e 7, $p < 0,038$; Área 6 difere de área 7, $p < 0,015$.

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto à disponibilidade do programa de suplementação ofertado pelas ESFs, na área 4, 75% da população declararam ter conhecimento sobre o serviço de suplementação nutricional. Esse percentual diferiu estatisticamente do percentual de indivíduos que declarou ter esse conhecimento nas demais áreas de abrangência. Na outras áreas, mais de 50% dos entrevistados afirmaram não ter conhecimento sobre tal serviço. Em especial, foi observado na área 5 percentual elevado de entrevistados (82,6%) que afirmou não conhecer o serviço (Tabela 2).

Com relação ao recebimento de aconselhamento sobre alimentação saudável ou sobre dormir, diferenças significativas no percentual de respostas positivas e negativas nas áreas avaliadas foram encontradas (área 1 e 6 diferiram da área 7). Padrões semelhantes de respostas foram observados entre as áreas 1 e 6 (aproximadamente 60% declararam ter recebido o aconselhamento). Outro fato foi que

nas áreas 2, 3, 4 e 5 não se observou percentuais expressivos de respostas negativas ou positivas. Em todas elas foram observados percentuais próximos a 50% para ambas as respostas (Tabela 2).

Na avaliação do recebimento de aconselhamento sobre exercício físico, mais de 50% dos entrevistados declararam ter recebido esse aconselhamento em todas as áreas. Foi observado que, na área 2, aproximadamente, 74% dos indivíduos relataram ter sido aconselhados sobre a prática de exercícios físicos apropriados. Esse dado diferiu significativamente dos percentuais de respostas positivas encontradas nas áreas 3 e 7 (54,8% e 51,4%) (Tabela 2).

Verificou-se que quando os pacientes foram questionados se a realização de exames para verificar níveis de colesterol já havia sido discutida na ESF da área de abrangência, em três áreas (área 1, 4 e 6), mais de 70% dos pacientes responderam que tal assunto já havia sido

abordado. Cabe enfatizar que na área 4, apenas 13,9% dos entrevistados responderam negativamente, embora não difira estatisticamente da 1 e 6, é diferente das outras (área 2, 3, 5 e 7). As áreas 3 e 7 apresentaram perfil semelhante de respostas (aproximadamente 58% de respostas positivas), como já observado no perfil de respostas ao avaliar

se aconselhamento sobre exercícios físicos (Tabela 2).

A tabela 3 mostra a influência dos fatores socioeconômicos em relação ao grau de conhecimento da população entrevistada sobre os serviços de saúde disponíveis nas unidades básicas de saúde (Tabela 3).

Tabela 3 - Proporção dos usuários cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (n=397) que declararam conhecimento ou aconselhamento sobre os serviços disponíveis da Atenção Primária à Saúde.

Variáveis	Nutrição ou dieta* %	Suplementação nutricional** %	Alimentação saudável %	Exercício físico %	Colesterol %
Sexo**					
Masculino	30,6 (n=68)	36,8 (n=46)	30,3 (n=64)	31,4 (n=75)	31,8 (n=83)
Feminino	69,4 (n=154)	63,2 (n=79)	69,7 (n=147)	68,6 (n=164)	68,2 (n=178)
Escolaridade					
Até 7ª série fundamental	62,6(n=139)	62,4 (n=78)	59,2 (n=125)	61,5 (n=147)	59,4 (n=155)
Fundamental completo	13,1 (n=29)	12,0 (n=15)	14,2 (n=30)	11,7 (n=28)	13,8 (n=36)
Médio completo	21,2 (n=47)	24,0 (n=30)	22,3 (n=47)	22,2 (n=53)	24,1 (n=63)
Superior completo	3,2 (n=7)	1,6 (n=2)	4,3 (n=9)	4,6 (n=11)	2,7 (n=7)
Renda					
< que 2 salários mínimo	14,0 (n=31)	15,2 (n=19)	14,7 (n=31)	16,3 (n=39)	13,8 (n=36)
> que 2 salários mínimos	86,0 (n=191)	84,8 (n=106)	85,3 (n=180)	83,7 (n=200)	86,2 (n=225)
Estado Civil*					
Casado	54,5 (n=121)	54,4 (n=68)	52,6 (n=111)	50,2 (n=120)	53,6 (n=140)
Separado	10,4 (n=23)	11,2 (n=14)	10,4 (n=22)	9,2 (n=22)	8,4 (n=22)
Viúvo	14,0 (n=31)	12,8 (n=16)	14,2 (n=30)	16,3 (n=39)	16,5 (n=43)
Solteiro	21,2 (n=47)	21,6 (n=27)	22,7 (n=48)	24,3 (n=58)	21,5 (n=56)

Teste χ^2 de Pearson

*p < 0,041

** p < 0,022

Fonte: dados da pesquisa.

Com intuito de compreender melhor os resultados obtidos na Tabela 2, foi verificada a associação das perguntas com os fatores socioeconômicos. Observou-se que há associação entre conhecimento sobre a disponibilidade do serviço de nutrição e dietética e estado civil, sendo maior percentual observado pelos usuários casados (54,5%) (Tabela 3).

Outro aspecto observado foi que houve associação entre maior conhecimento da disponibilidade do programa de suplementação e ser do sexo feminino (63,2%) (Tabela 3).

Nos demais serviços avaliados, o aconselhamento sobre alimentação saudável ou sobre dormir e sobre a realização de exames, para verificar níveis de colesterol, não foram observadas associações desses com nenhum dos fatores socioeconômicos avaliados (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A Atenção Primária se caracteriza por ações coletivas e individuais de saúde, que devem ter como objetivo a pre-

venção e promoção da saúde, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo o atendimento ser realizado de forma integral e continuado.¹³

A presença de um serviço de primeiro contato, que permite ao indivíduo um atendimento ou acompanhamento regularmente, sempre que necessário, possibilita a formação de vínculos e a coordenação de cuidados.¹⁹

Os resultados demonstraram que a ESF foi a porta de entrada da maioria dos indivíduos entrevistados (64,6%), quando se fazia necessário um atendimento de saúde (Gráfico 1).

Em estudo semelhante realizado em quatro cidades do Brasil, percebeu-se que a metade ou mais das famílias informaram que geralmente procuravam a ESF, quando precisavam de um atendimento por profissional de saúde.²⁰

Foi observado que um percentual considerável dos indivíduos (28,8%) declarou utilizar prioritariamente o consultório particular, quando necessitava de algum atendimento à saúde (Gráfico 1). Em estudo, o serviço de saúde mais procurado pela população foi o posto ou centro de saúde (32,6% das mulheres e 30,2% dos homens), seguido do consultório particular (29,3% das mulheres e 28,6% dos homens).²¹

Outros autores, ao analisarem a estrutura de consumo de serviços, observaram que os grupos de maior renda relataram utilizar consultórios e clínicas particulares, ao passo que os de menor renda usam mais postos e centros de saúde.²²

Ressalta-se, dessa forma, que, embora 64,5% dos usuários tenham referido a ESF como provedora do cuidado, outros serviços continuam sendo procurados como fonte primária de atenção, indicando a sobreposição de rede e implantação da ESF como um programa paralelo. Situação semelhante também foi verificada em outro estudo ao examinar fatores facilitadores e limitantes da implantação do PSF em grandes centros.²⁰ Assim, o mesmo pode estar ocorrendo em municípios pequenos, como no estudo em questão.

O perfil da população predominante do sexo feminino (71,0%) encontrado (Tabela 1) foi semelhante em outros estudos, em que as mulheres representaram 87,2% dos entrevistados.²³

Um maior percentual de entrevistas com mulheres (71,0%) demonstrou que foram as adultas mais velhas as responsáveis pelo cuidado da família. Essa maior demanda feminina em participar da pesquisa acompanha o perfil da transição demográfica brasileira, principalmente em áreas urbanas, que se caracteriza por uma maior concentração de mulheres, a partir das faixas etárias de adolescentes e adultos jovens, com especial ênfase nas idades

mais avançadas.²¹

Além do papel feminino como responsável pelo cuidado da família, esse maior percentual de mulheres entrevistadas nas ESFs também retrata os indicadores de mortalidade, indicando que os homens morrem mais precocemente que as mulheres, refletindo, novamente, a preocupação da mulher com a saúde, enquanto em relação ao homem foi construída a cultura de ser mais forte e não necessitar de cuidados.^{23,24}

O perfil sociodemográfico dos indivíduos que utilizavam a ESF apontou vulnerabilidade econômica e social. Esses resultados assemelham a outros trabalhos em que os extratos mais pobres da população utilizavam mais os serviços da ESF como referência para a assistência.^{25,26,27} Esses achados corroboram com outro estudo que relata que a representação social dos usuários do SUS encontra-se ainda marcada por uma visão focalizada e assistencialista da atenção à saúde, destacando que o atendimento do SUS é para segmentos mais pobres e excluídos da sociedade.²⁸ Essa visão pode estar associada ao desconhecimento da sociedade de seu sistema sanitário, e a ideia de que a saúde não é vista como um direito do usuário, retratando, assim, a falta de tradição do povo brasileiro no exercício de sua cidadania.²⁹

Além disso, a baixa escolaridade relaciona-se a piores condições salariais, pois uma boa colocação no mercado de trabalho exige também uma qualificação adequada.³⁰

Observou-se, ainda, que a maioria dos indivíduos afirmou serem casados (51,9%), seguido de uma pequena parcela de indivíduos separados (8,1%) (Tabela 1). Resultado semelhante também foi encontrado em outro estudo em que 67,8% dos entrevistados declararam serem casados, seguidos de 25,0% separados.³¹ Pesquisas mostram que há uma menor prevalência de indivíduos solteiros, quando comparados aos casados, supondo-se, assim, que os indivíduos casados poderiam dispor de um maior suporte familiar e/ou social, e que o relacionamento conjugal estaria associado à saúde e à qualidade de vida, embora o fato de um casamento duradouro não necessariamente significar que o mesmo é satisfatório para os cônjuges.^{32,33}

Algumas ações de alimentação e nutrição já fazem parte das unidades básicas de saúde, dentre elas estão o apoio e a proteção ao aleitamento materno; a vigilância alimentar e nutricional (SISVAN); programas de suplementação medicamentosa de micronutrientes (ferro, ácido fólico e vitamina A); o cuidado nutricional em programas de saúde para grupos populacionais específicos (risco nutricional, hipertensos, diabéticos, entre outros) e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.³⁴

Os dados demonstraram que as respostas sobre o conhecimento do serviço de nutrição e dieta foram comple-

tamente divergentes entre a população residente em áreas diferentes do município, o que sugere maior qualificação na assistência prestada por algumas equipes, ou que o serviço não seja realizado em algumas ESF ou ainda que a população o desconheça (Tabela 2).

Essa diversidade de respostas supõe que em muitos municípios que implantaram a ESF, os profissionais se organizam e desenvolvem suas atividades isoladas dos demais grupos, podendo, muitas vezes, dificultar a qualidade da assistência prestada, duplicando esforços e prejudicando o esclarecimento da população.¹

É necessário que se realize capacitação para os profissionais que atuam na rede de saúde, a fim de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que atuem de forma efetiva sobre as demandas da comunidade.¹ Para tanto, salienta-se a importância de atividades articuladas com todos os setores envolvidos na promoção da saúde, estimulando, também, a participação de forma dinâmica de toda a comunidade.³⁵

No âmbito da nutrição e dieta, em outro estudo, percebeu-se interesse da população na busca desses serviços, no entanto, os indivíduos se veem diante do obstáculo de se conseguir agendamento para consultas, uma vez que tais profissionais, geralmente não se encontram disponíveis no serviço básico de saúde. Dessa forma, os indivíduos acabam por abandonar o tratamento diante das dificuldades e limitações impostas para se procurar na rede privada.³⁰

As áreas, em que foi observado um elevado percentual de respostas positivas sobre a disponibilidade do conhecimento do serviço de nutrição ou dieta (área 4 e 6), estão localizadas em região mais central da cidade (Tabela 2).

Populações com melhor poder aquisitivo tendem a habitar regiões mais centrais, concomitantemente, que possuem uma maior cobertura de infraestrutura, justificando o maior acesso e disponibilidade de informações e serviços a essa comunidade.³⁵ Cabe ressaltar que uma melhor avaliação dos serviços pela comunidade de maior poder aquisitivo poderá ser devido ao fato de necessitarem menos de assistência à saúde ofertado pela ESF, como observado na área 4, em que, aproximadamente 84% dos indivíduos residentes declararam conhecer a disponibilidade do serviço, o que diferiu significativamente das outras áreas, exceto 6 (71,6%) (Tabela 2).

Além das ações de alimentação e nutrição, o Programa de Suplementação Nutricional constitui outro serviço disponível na APS. Esse programa visa à prevenção das carências nutricionais por deficiência de micronutrientes o que pode impedir um crescimento e desenvolvimento adequados.³⁵

Exceto na área de abrangência 4 (Tabela 2), metade

dos entrevistados afirmou não ter conhecimento sobre a disponibilidade desse programa. Esse fato é preocupante uma vez que carências nutricionais podem ocasionar agravos à saúde.

Sabe-se que o Programa de Suplementação Nutricional disponível nas ESFs está estruturado de forma a atender, preferencialmente nutrízes e crianças. Esse fato poderia justificar o baixo conhecimento da comunidade sobre a disponibilidade desse serviço na rede básica de saúde.¹⁵ Aliado a isso, cabe mencionar a possibilidade de dificuldade no entendimento da pergunta, uma vez que somente após exemplificações foi que os indivíduos tomaram conhecimento sobre o que era o serviço.

Considerando o fato de que gestantes, nutrízes e crianças são os grupos mais acessíveis, uma vez que comumente participam das ações e programas de saúde materno-infantil disponíveis nas ESF, cabe à equipe realizar assistência à saúde desses indivíduos, diagnosticando e tratando essas carências. Grande parte desses programas não é bem implementada, monitorizada e avaliada, ocasionando a falta de assistência das unidades de saúde e também o déficit de informação dos indivíduos que necessitam desse tipo de atendimento.³⁶

Para cumprir os princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde, é preciso promover a implantação de ações de alimentação e nutrição nas ESFs, incentivando e apoiando a inclusão do nutricionista na rede básica de saúde.¹

Da mesma forma, tão importante quanto o desenvolvimento de ações que visem à promoção de práticas alimentares saudáveis, fazem-se necessárias orientações sobre a importância de se ter uma boa qualidade do sono, uma vez que dormir bem é imprescindível para a manutenção de uma vida saudável.³⁷

No presente estudo, observou-se que metade dos indivíduos não recebeu aconselhamento sobre alimentação saudável ou sobre dormir (Tabela 2). Esse fato sugere a ausência de profissionais especializados na unidade básica, limitando o acesso à informação para a comunidade.

Nesse sentido, a presença de profissionais capacitados é de suma importância para implementação e desenvolvimento de políticas públicas para promover um estilo de vida saudável. Ações que envolvam a criação de hortas comunitárias e da agricultura urbana e de subsistência, divulgação de guias alimentares e de campanhas educativas, a valorização da cultura e hábito alimentar regional são exemplos de práticas de baixo custo e de alta efetividade.³⁰

Da mesma forma, a prática de atividade física deve ser incentivada e abordada pela equipe da ESF, pois contribui para a prevenção de muitas doenças, entre elas as DCNT, contribuindo, também, para uma melhor qualidade de

vida. Além disso, a atividade física reduz os níveis de ansiedade, estresse, depressão e outros.³⁸

Embora mais de 50,0% dos entrevistados saibam da importância do exercício físico (Tabela 2), em estudo realizado nesse mesmo município, foi verificado que as limitações para a sua prática eram muitas, devido à ausência de locais apropriados para realizar caminhadas e também a carência de espaços recreativos disponíveis na cidade para a prática regular de atividade física, uma vez que a comunidade não possui poder aquisitivo para frequentar clubes e academias privadas.³⁰

Adicionalmente, para minimizar a manifestação de doenças e agravos, é imprescindível também a realização de exames periodicamente. Com exceção das áreas 2, 3 e 7, aproximadamente 30,0% dos indivíduos não foram abordados sobre esse assunto (Tabela 2).

Os resultados encontrados verificaram ainda que há associação entre conhecimento da disponibilidade do serviço de nutrição e dietética e estado civil (Tabela 3). Como proposto em um estudo, o relacionamento conjugal se associa à preocupação com a saúde e melhor qualidade de vida, principalmente com a maturidade, tema que envolve o cuidado com os filhos.³³

Com o nascimento dos filhos, o cuidado com as crianças passa a ser uma tarefa central na vida do casal,³³ e a mulher passa a assumir a responsabilidade de cuidadora do lar e dos filhos.³⁹ Esses achados corroboram com estudo em que foi observada a associação entre maior conhecimento da disponibilidade do programa de suplementação e ser do sexo feminino (Tabela 3).

Cabe ressaltar que, apesar de utilizar um instrumento de avaliação já validado e já testado em outros estudos, pode ter ocorrido uma avaliação positiva do serviço, supervalorizando a qualidade do atendimento recebido. Outra limitação pertinente foi a dificuldade de generalizar os achados para outras equipes de saúde da família do país, devido às especificidades socioculturais e econômicas da região estudada, o Vale do Jequitinhonha.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que em todas as áreas de abrangência os serviços abordados precisam de mais investimento e divulgação, a fim de melhorar o conhecimento e acesso dos indivíduos aos serviços disponíveis nas unidades básicas de saúde.

Percebeu-se que a maioria da população tem como porta de entrada preferencial ao serviço de saúde a ESF, entretanto, verificaram-se, assim, diferenças importantes entre as diversas áreas do município, indicando uma melhor qualificação na assistência prestada por algumas

equipes.

Uma área de abrangência se destacou das demais, obtendo melhor disponibilidade do conhecimento da população em todos os quesitos avaliados. Esse fato reflete que não há homogeneização da assistência prestada, fazendo-se necessária maior comunicação e troca de conhecimento e experiência entre os profissionais e a comunidade das ESFs.

Espera-se que esses resultados possam reforçar a necessidade de ampliar a equipe multiprofissional de saúde inserida nas ESFs. Acredita-se que a inserção do profissional nutricionista nas unidades básicas de saúde possa favorecer o conhecimento da população e a realização de ações na busca pela segurança alimentar e nutricional e consequente promoção da saúde dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, Daros SJ, Bastital S, Martins TCA, et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):797-804.
2. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2012 dez; 17(12):3289-3300.
3. Marqui ABT, Jahn AC, Restas DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 dez; 44(4):956-61.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006. [citado 2013 abr. 01]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. [citado 2013 abr. 02]. Disponível em: <189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003 jan./mar.; 3(1):113-125.
7. Estudo longitudinal de saúde do adulto [Internet]. [citado 2013 abr. 01]. Disponível em: <<http://www.elsa.org.br/objetivos.html>>.

8. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saúde Pública*. 2007 jul; 23(7):1674-1681.
9. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr*. 2002 jun.; 75(6):971-977.
10. Carvalho AMM. A inserção do profissional nutricionista no Sistema Único de Saúde: reflexões a partir da experiência de um município da região metropolitana de Porto Alegre - RS [monografia]. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul; 2005.
11. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev Nutrição*. 2002 set./dez.; 15(3):255-266.
12. Canella DS, Silva ACF, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 fev.; 18(2):297-308.
13. Pimentel VRM, Cardoso GT. Estratégia saúde da família: uma análise das ações de alimentação e nutrição sob a ótica da política nacional de atenção básica e da política nacional da promoção da saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*. abr./jun.; 3(2):55-63.
14. Piancastelli CH, Spirito GCD, Flisch TMP. Saúde do adulto. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; 2013.
15. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 jul.; 15(4):2145-2154.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
17. Stevens G, Shi L. Racial and ethnic disparities in the quality of primary care for children. *J Fam Pract*. 2002 jun.; 51(6):573.
18. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein A. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006 ago.; 22(8):1649-1659.
19. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc e Saúde Coletiva*. 2009 maio/jun.; 14(3):783-794.
20. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007 fev./mar.; 21(2-3):164-176.
21. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc e Saúde Coletiva*. 2002 out./nov.; 7(4):687-707.
22. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc e Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):133-149.
23. Anjos LA, Silva DO, Serrão SA, Silva CVC. Vigilância nutricional em adultos: experiência de uma unidade de saúde atendendo população favelada. *Cad Saúde Pública*. 1992 jan./mar.; 8(1):50-56.
24. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em Unidade Básica Saúde da Família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery*. 2013 jan./mar.; 17(1):120-127.
25. Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev. Saúde Pública*. 2000 fev.; 34(1):44-49.
26. Siqueira BR. Miséria. Rio de Janeiro: KroArts; 2007.
27. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2000 dez.; 34(6):603-609.
28. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franceschini SCC, Cazal MM, Batista RS. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do

Programa Saúde da Família. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1933-1942.

29. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003 fev.; 19(1):27-34.

30. Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Vígato TC, Magalhães R. Desigualdade, pobreza e obesidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 jun.; 15(1):1423-1432.

31. Mendes MA. Mulheres Chefes de Família: a complexidade e ambiguidade da questão. Em: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002; Ouro Preto.

32. Margano L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006 ago.; 22(8):1639-1648.

33. Norgren MBP, Souza RM, Kaslow F, Hammerschmidt H, Sharlin AS. Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Est de Psicologia*. 2004; 9(3):575-584.

34. O Papel do nutricionista na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Sistema Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas; 2008 [citado 2013 abril 01]. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/cartilhas/61.pdf>>.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. [citado 2013 abr. 02]. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf>.

36. Osório MM. Fatores determinantes da anemia em crianças. *J Pediatría*. 2002 jul./ago.; 78(4):269-278.

37. Mathias A, Sanchez RP, Andrade MMM. Incentivar hábitos de sono adequados: um desafio para os educadores. *Unesp/Assis*; 2004.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para os agentes comunitários de saúde: alimentação e nutrição para as famílias do programa bolsa família. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

39. Testoni RJF, Tonelli MJF. Permanências e rupturas: sentidos de gênero em mulheres chefes de família. *Psic e Sociedade*. 2006 jan./abr.; 18(1):40-48.

Submissão: setembro de 2015.

Aprovação: novembro de 2015.
