



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



JOÃO GUILHERME BENTES DE ARAÚJO RODRIGUES

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DE PROMOÇÃO AO
AUTOCUIDADO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

CRATO / CE

2022

JOÃO GUILHERME BENTES DE ARAÚJO RODRIGUES

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DE PROMOÇÃO AO
AUTOCUIDADO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri (URCA), como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Professora Orientadora:
Prof.^a. Dr.^a. Maria Rosilene Cândido Moreira

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde.

CRATO / CE

2022

JOÃO GUILHERME BENTES DE ARAÚJO RODRIGUES

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DE PROMOÇÃO AO
AUTOCUIDADO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri (URCA), como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Banca Examinadora:

Dr^a. Maria Rosilene Cândido Moreira
Universidade Federal do Cariri – UFCA
Orientadora

Dr^a. Rosane Aparecida de Sousa Martins
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM
1^o. membro

Dr. Mailson Fontes de Carvalho
Universidade Federal do Piauí – UFPI
2^o. membro

Dr^a. Maria do Socorro Vieira Lopes
Universidade Regional do Cariri – URCA
3^o. membro

Dr^a. Milena Silva Costa
Universidade Federal do Cariri – UFCA
Membro suplente

Data da aprovação: 23 de setembro de 2022.

Crato - Ceará

RESUMO

RODRIGUES, João Guilherme Bentes de Araújo. **Efeitos de uma intervenção educativa de promoção ao autocuidado para agentes comunitários de saúde**. 2022. 150f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF). Universidade Regional do Cariri, 2022.

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo analisar os efeitos de uma intervenção educativa de promoção ao autocuidado sobre o nível de Literacia para a Saúde e o cuidado de si de Agentes Comunitários de Saúde, com ênfase no comportamento alimentar saudável e realização de prática corporal/atividade física. **Método:** estudo com abordagem mista, do tipo pesquisa-intervenção, com 55 agentes comunitários de saúde (ACS) de um município do sul cearense. A intervenção educativa teve como temática a promoção da alimentação saudável e atividade corporal, sendo realizada durante o mês de abril de 2022, em encontros semanais com duração de quatro horas cada, perfazendo um total de 16 horas, nos quais os participantes exercitaram a simulação de pratos saudáveis e praticaram Lian Gong em 18 terapias. Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico e profissiográfico; European Health Literacy Survey (HLS-EU-Br); Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar – FMCA; Recordatório Alimentar de 24 horas; Avaliação de exames bioquímicos; Questionário Internacional de Atividade Física – versão longa (IPAQ-L), Questionário de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas não Transmissíveis (VIGITEL) - componente atividade física; Avaliação antropométrica. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que ocorreram antes e após a intervenção, nas quais foram investigados os estágios de mudança de comportamento e as percepções dos ACS quanto aos efeitos da intervenção educativa, cujos relatos foram analisados com auxílio do software IRaMuTeQ pela classificação hierárquica descendente e análise de similitude, sendo discutidos à luz do referencial teórico do cuidado de si. **Resultados:** Quanto aos hábitos alimentares, houve aumento no consumo de feijão, frutas e verduras, com redução significativa no consumo de hambúrguer ($p=0,03$), ilustrados pelos pratos montados conforme o recordatório alimentar de 24 horas. A maioria dos ACS (60%) situou-se no estágio de ação e 11% no de manutenção em relação à alimentação saudável. Quanto à atividade física, a maioria (96,4%) foi considerada muito ativa, porém com maior gasto metabólico durante as atividades laborais (6.861 METs) e em grau moderado de intensidade (6.077 METs). Houve melhoria significativa dos níveis de atividade física

(47,3% - 65,5%; $p<0,0001$), com 47% dos ACS no estágio de ação e 22% no de manutenção em relação à esta prática. Houve melhoria nas medidas da circunferência abdominal, peso e IMC, ($p<0,05$), e nos marcadores bioquímicos (colesterol total e frações, triglicerídeos e glicemia de jejum), com diferença significativa na hemoglobina glicada (5,76 – 5,64; $p<0,0001$). Os resultados também ilustraram melhoria significativa dos níveis de Literacia para a Saúde (1,8% - 18,2%; $p<0,0001$) e mudanças positivas no cuidado de si após a intervenção, expressas nos relatos dos participantes. Considerações Finais: A realização das ações educativas direcionadas ao autocuidado foi considerada positiva e transformadora para os ACS, que ressignificaram seus modos de vida e inseriram comportamentos mais saudáveis em seus cotidianos, especialmente quanto à alimentação e à prática corporal, expressando assim práticas do cuidado de si.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Literacia para a saúde. Saúde do trabalhador. Alimentação saudável. Prática corporal.

ABSTRACT

RODRIGUES, João Guilherme Bentes de Araújo. **Effects of an educational intervention to the community health workers**. 2022. 150f. Dissertation (Professional Master's in Family Health) – Northeast Family Health Network (RENASF). Regional University of Cariri, 2022.

Objective: The present study aimed to analyze the effects of an educational intervention to promote self-care on the level of Health Literacy and self-care of Community Health Agents, with an emphasis on healthy eating behavior and performing body/body practices. physical activity. **Method:** a study with a mixed approach, of the research-intervention type, with 55 community health agents (CHA) from a municipality in the south of Ceará. The educational intervention had as its theme the promotion of healthy eating and body activity, being carried out during the month of April 2022, in weekly meetings lasting four hours each, making a total of 16 hours, in which the participants exercised the simulation of healthy dishes and practiced Lian Gong in 18 therapies. For data collection, the following instruments were used: Sociodemographic and professional questionnaire; European Health Literacy Survey (HLS-EU-Br); Food Consumption Markers Form – FMCA; 24-hour food recall; Evaluation of biochemical tests; International Physical Activity Questionnaire – long version (IPAQ-L), Questionnaire for Surveillance of Risk Factors and Protection of Chronic Noncommunicable Diseases (VIGITEL) - physical activity component; Anthropometric assessment. Semi-structured interviews were also carried out, which took place before and after the intervention, in which the stages of behavior change and the perceptions of the CHAs regarding the effects of the educational intervention were investigated, whose reports were analyzed with the help of the IRaMuTeQ software by descending and descending hierarchical classification. similarity analysis, being discussed in the light of the theoretical framework of self-care. **Results:** Regarding eating habits, there was an increase in the consumption of beans, fruits and vegetables, with a significant reduction in the consumption of hamburgers ($p=0.03$), illustrated by the dishes prepared according to the 24-hour food recall. Most CHAs (60%) were in the action stage and 11% in the maintenance stage in relation to healthy eating. As for physical activity, the majority (96.4%) were considered very active, but with higher metabolic expenditure during work activities (6,861 METs) and at a moderate degree of intensity (6,077 METs). There was a significant improvement in physical activity levels (47.3% - 65.5%; $p<0.0001$), with

47% of the CHAs in the action stage and 22% in the maintenance stage in relation to this practice. There was an improvement in the measurements of waist circumference, weight and BMI ($p < 0.05$), and in biochemical markers (total cholesterol and fractions, triglycerides and fasting glucose), with a significant difference in glycated hemoglobin ($5.76 - 5, 64$; $p < 0.0001$). The results also illustrated significant improvement in Health Literacy levels ($1.8\% - 18.2\%$; $p < 0.0001$) and positive changes in self-care after the intervention, expressed in the participants' reports. Final Considerations: The realization of educational actions aimed at self-care was considered positive and transformative for the CHAs, who re-signified their ways of life and inserted healthier behaviors in their daily lives, especially regarding food and body practice, thus expressing self-care practices.

Keywords: Health promotion. Health Literacy. Worker's health. Healthy eating. Body practice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Identidade visual desenvolvida para o projeto de pesquisa-intervenção	19
Figura 2. Lian Gong em 18 Terapias Anterior	27
Figura 3. Página inicial do Capítulo publicado no livro Interprofissionalidade e Colaboratividade na Formação e no Cuidado no campo da Atenção Primária à Saúde	35
Figura 4. Diagrama de fluxo com as etapas de seleção dos artigos, adaptado do PRISMA-ScR	38
Figura 5. Árvore de similitude do <i>corpus</i> “literacia em saúde e interprofissionalidade”	42
Figura 6. Mapa do Município de Assaré, que integra a Região do Cariri Cearense	53
Figura 7. Registros do Curso Promoção da Alimentação Saudável e Prática Corporal	55
Figura 8. Fluxo de execução da intervenção educativa e da aplicação dos questionários realizadas com os ACS	62
Figura 9. Fluxo de execução da intervenção educativa e da aplicação dos questionários realizadas com os ACS	73
Figura 10. LG18T sendo realizada pelos participantes	77
Figura 11. Fluxo de execução da intervenção educativa e coleta de dados da pesquisa ...	90
Figura 12. Refeições simuladas pelos participantes	92
Figura 13. Fluxo de execução das entrevistas e intervenção educativa realizadas com os ACS	104
Figura 14. Dendrograma da CHD do <i>corpus</i> percepção de saúde e o cuidado de si de agentes comunitários de saúde antes da intervenção educativa	106
Figura 15. Árvore de similitude do <i>corpus</i> percepção de saúde e o cuidado de si de agentes comunitários de saúde antes da intervenção educativa	109
Figura 16. Dendrograma da CHD do <i>corpus</i> percepção de saúde e o cuidado de si de agentes comunitários de saúde após a intervenção educativa	110
Figura 17. Árvore de similitude do <i>corpus</i> percepção de saúde e o cuidado de si de agentes comunitários de saúde após a intervenção educativa	112

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1. Definição e exemplos de alimentos conforme a nova classificação utilizada no Guia Alimentar para a População Brasileira	29
Quadro 2. Distribuição dos estudos por título, ano de publicação e tipo de publicação	40
Quadro 3. Níveis de Literacia em Saúde obtidos pela Escala HLS-EU-Br	61
Tabela 1. Características sociodemográficas dos ACS. Assaré, Ceará, 2022	74
Tabela 2. Avaliação do nível de atividade física dos ACS. Assaré, Ceará, 2022	75
Tabela 3. Nível de atividade física dos ACS no contexto laboral, antes e após a intervenção. Assaré, Ceará, 2022	76
Tabela 4. Nível de atividade física dos ACS, antes e após a intervenção. Assaré, Ceará, 2022	78
Tabela 5. Parâmetros antropométricos dos ACS, antes e após a intervenção. Assaré, Ceará, 2022	79
Gráfico 1. Estágios de mudança de comportamento dos ACS quanto à prática de atividade física. Assaré, Ceará, 2022	79
Tabela 6. Avaliação dos hábitos alimentares dos ACS. Assaré, Ceará, 2022	91
Gráfico 2. Classificação dos alimentos consumidos pelos ACS, antes e após a intervenção. Assaré, Ceará, 2022	93
Tabela 7. Perfil lipídico e glicêmico dos ACS, antes e após a intervenção. Assaré, Ceará, 2022	94
Gráfico 3. Estágios de mudança de comportamento dos ACS quanto à prática de alimentação saudável. Assaré, Ceará, 2022	94
Tabela 8. Classificação dos níveis de literacia para a saúde dos ACS, antes e após a intervenção. Assaré, Ceará, 2022	113

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS	21
	2.1 Objetivo geral	21
	2.2 Objetivos específicos	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
	3.1 Agentes Comunitários de Saúde e a Atenção Primária à Saúde	23
	3.2 Lian Gong em 18 Terapias – uma prática corporal do SUS	25
	3.3 Alimentação Saudável - novo guia para a população brasileira	28
4	REFERENCIAL TEÓRICO	31
	4.1 Literacia para a Saúde	32
	4.2 Cuidado do Si	49
5	MÉTODO	51
	5.1 Tipo de estudo	52
	5.2 Cenário do estudo e período de coleta de dados	53
	5.3 Participantes	53
	5.4 Intervenção educativa - Curso Práticas Corporais e Alimentação Saudável	54
	5.5 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados	57
	5.6 Organização e análise dos dados	63
	5.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa	64
6	RESULTADOS	65
	6.1 Manuscrito 1	67
	6.2 Manuscrito 2	85
	6.3 Manuscrito 3	99
7	ALGUMAS REFLEXÕES	120
8	REFERÊNCIAS	123
	APÊNDICES	130
	APÊNDICE A – Material didático/instrucional elaborado para a intervenção	131
	APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico e profissiográfico	132
	APÊNDICE C – Questionário de Estágios de Mudança de Comportamento ..	134

APÊNDICE D – Roteiro de entrevistas	135
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	136
ANEXOS	138
ANEXO A – Comprovante de registro de material didático/instrucional elaborado para a intervenção	139
ANEXO B – Formulário Marcadores de Consumo Alimentar	140
ANEXO C - Questionário Internacional de Atividade Física – versão longa (IPAQ-L)	141
ANEXO D – Questionário de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (VIGITEL) – componente atividade física	142
ANEXO E – Questionário European Health Literacy Survey (HLS-EU-Br) ..	147
ANEXO F – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa	149
ANEXO G – Carta de Anuência para realização da pesquisa	150

Introdução



1 INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador é uma área que expande cada vez mais, à medida que está imbricada à concepção ampliada de saúde como um direito, e devido ao trabalho estar contido como um dos determinantes sociais de saúde (DSS) fortemente presente nos processos de vida das pessoas (ALMEIDA et al., 2021), mas que apresenta dificuldades em ser considerado no bojo das ações das redes de atenção à saúde, especialmente na atenção primária (LACAZ et al., 2013; MORI; NAGHETTINI, 2016).

Historicamente, a chegada de imigrantes no Brasil, associado ao êxodo rural ampliaram a oferta da mão de obra nos grandes centros e, conseqüentemente, o aumento de conflitos trabalhistas. Nesse contexto, surgiram os movimentos operários que lutaram pela conquista de direitos para proteger o trabalhador e que foram inseridos na Constituição de 1934. Dentre outras, se destacaram a jornada de trabalho de 8h, repouso semanal, salário-mínimo e férias (CARVALHO, 2017).

Em 1943, foi promulgada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que reuniu e ampliou as dispersas legislações trabalhistas que foram produzidas ao longo de décadas de lutas e conquistas dos trabalhadores. Com o avanço da CLT, foi ampliando, também, a noção da relação entre o trabalho e saúde e a necessidade de se exercer as funções laborais em ambientes seguros e saudáveis, sendo dedicado o capítulo 5º da CLT ao assunto, alterado pela lei 6.514/1977 (BRASIL, 1977).

Os avanços importantes nos direitos sociais foram introduzidos com a Constituição Federal de 1988 que consolidou a importância da saúde do trabalhador e trouxe a dimensão de saúde como direito básico com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A experiência acumulada pelos movimentos operários, pela Reforma Sanitária, saúde coletiva e da medicina social latino-americana foram fundamentais para o desenvolvimento de estratégias e técnicas voltadas para a promoção de saúde dos trabalhadores.

No SUS, a prática dessas técnicas está amparada através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006 e atualizada em 27 de março de 2017, através da Portaria GM/MS nº 849/2017, que visa estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta

acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2017).

Dentro das práticas previstas pela PNPIC, encontra-se as da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Nela consta a execução das técnicas corporais, como o Lian Gong (LG) (BARROS et al., 2007), que surge como uma prática terapêutica milenar, que visa tratar e prevenir sintomas osteomuscular e articular, contribuindo para harmonizar energia vital, equilibrando corpo e mente, permitindo manter a relação indivíduo - meio ambiente em equilíbrio dinâmico; com isso, mantendo e/ou recuperando a capacidade de transformação e adaptação do organismo, fortalecendo o indivíduo e proporcionando a saúde e bem-estar dos seus praticantes (LIVRAMENTO et al., 2010).

Tais práticas corporais constituem métodos que envolvem movimento ou manipulação corporal, atitude mental e respiração, e podem ser realizadas individualmente ou em grupo, para a promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Diversos fatores têm interferência na determinação da saúde dos indivíduos, dentre os quais o consumo alimentar tem destacada relevância, o consumo alimentar saudável é considerado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) um dos determinantes do estado nutricional e relaciona-se a saúde em todas as fases do curso da vida. Nesse aspecto, o monitoramento das práticas de consumo alimentar colabora com o diagnóstico da situação alimentar e nutricional das pessoas e, ao mesmo tempo, fornece subsídios para o planejamento e organização do cuidado da população adstrita aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, auxilia na análise e formulação de ações direcionadas, com base em cada contexto.

A luta pelo acesso à saúde no Brasil perpassa por toda a história da implantação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A formulação de políticas públicas voltadas para saúde, fruto do comprometimento dos movimentos sociais e do engajamento de vários outros atores, são exemplos de ações que visam garantir o direito fundamental à saúde constituído na carta magna (BRASIL, 1988).

Na Atenção Primária a Saúde (APS), as políticas são voltadas para assegurar, dentre outros aspectos, a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Elas são desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado fundamentadas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2017).

Quanto à prevenção de agravos, classicamente, são reconhecidos cinco níveis – primordial, primário, secundário, terciário e quaternário (OLIVEIRA, *et. al.*, 2021). Recentemente, porém, um novo nível de prevenção foi proposto, a prevenção

quinquenária. Ela visa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, porém com foco no cuidador (SANTOS, 2014).

Concomitantemente, a promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia para melhorar e favorecer o autocontrole da saúde pelas pessoas, com vistas ao bem-estar, mediante cinco áreas de atuação: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, fortalecimento das ações comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (LIZANO; NASCIMENTO, 2019).

Um dos principais protagonistas das ações de prevenção e promoção da saúde na APS, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais que exercem um trabalho importante no acolhimento e na criação de vínculos com os usuários, proporcionando o contato direto com a Unidade Básica de Saúde (UBS). Por fazer parte da comunidade à qual estão vinculados, os ACS estão sujeitos, muitas vezes, aos mesmos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e, portanto, conhecem as fragilidades e potencialidades da população por eles acompanhada.

Nesse sentido, possibilitar a prevenção quinquenária juntos aos ACS pode significar uma importante estratégia de promoção da saúde, pois permitirá um olhar para o cuidado e para a qualidade de vida do profissional e isso poderá impactar positivamente sobre sua atuação no território.

Observando a dinâmica de atuação do ACS, na qual este trabalhador deve deter, dentre outros aspectos, conhecimentos práticos sobre questões de saúde e doenças frequentes na população em geral, assim como agregar um repertório de conteúdos, provenientes muitas vezes da educação popular, que visem o estímulo à adoção de hábitos saudáveis por parte da população por ele acompanhada, percebe-se que os conhecimentos sobre práticas corporais e de alimentação saudável são requeridos e, muitas vezes, negligenciados, deixando lacunas nesse campo.

Ao revisar a literatura, observa-se a extensa produção artigos, dissertações e teses produzidas e publicadas sobre o cuidado realizado pelos profissionais de saúde da APS na comunidade (SANTANA; BURLANDY; MATTOS, 2019; SAFFER; BARONE, 2017; KEBIAN et al., 2012; BORGES; DUARTE, 2017). Entretanto, poucos estão direcionados a estudar as práticas do cuidado de si desses trabalhadores, encontrando-se apenas um relato de experiência envolvendo o cuidado de si dos ACS (SANTOS; MENDONÇA, 2020).

Proporcionar meios que garantam esse objetivo são desafios para fortalecer o SUS. É nesse contexto que a Literacia para a Saúde (LS) ganha destaque, pois ela é definida como sendo a capacidade do indivíduo enquanto ser atuante e em constante desenvolvimento de se conscientizar de suas capacidades de compreensão, gestão e investimento favoráveis à promoção de saúde (SABOGA-NUNES, 2014).

Investir na LS das pessoas requer uma abordagem integral, com linguagem acessível que favoreça a capacidade do indivíduo de lidar com sua condição de vida e saúde e utilizar os serviços sanitários de forma oportuna, melhorando sua saúde e compreendendo como controlar as situações do cotidiano (MARTINS, 2017). Nesse sentido, níveis mais altos de LS favorecem a capacidade de autogestão das necessidades de saúde e doença pelo próprio indivíduo, capacitando-o a tomar decisões conforme os diferentes níveis de necessidade (LOUREIRO, 2015).

Esse conceito dialoga com a Teoria do Cuidado de Si (FOUCALT, 1984), que pode ser compreendida como o ocupar-se de si mesmo, preocupar-se consigo, através de técnicas de si que promovem a transformação a partir do que se considera bom para si, mediante desejos provenientes das experiências vividas no cotidiano e que colocam as pessoas na condição de produtoras do seu próprio viver (CARNUT, 2017).

Nessa perspectiva, quando o indivíduo cultiva essa visão crítica e é responsável por levar informações em saúde para a população, a exemplo dos ACS, abre-se espaço para produzir saúde de acordo com o conceito ampliado de saúde, acarretando transformações de vida tanto dos ACS, quanto das famílias por eles assistidas.

É nessa dinâmica que se evidencia nesse estudo a importância da Educação Permanente em Saúde, cujo conceito propõe o desenvolvimento de estratégias que promovam a aprendizagem significativa, onde cada ente seja capaz de ensinar e aprender dentro de uma relação dialógica e horizontal.

Além disso, a autonomia dos ACS no cuidado de si poderá gerar uma percepção de valorização por parte desses profissionais, melhorar indiretamente a produtividade no trabalho e ajudar na orientação junto à comunidade do conhecimento por eles adquirido (PINHEIRO et al., 2019).

Evidencia-se, assim, a importância de estudos e pesquisas sobre o tema, considerando que a força de trabalho desses agentes precisa de um olhar mais atento para a adoção de práticas de cuidado voltadas para si, visando, consequentemente, melhores ações de saúde direcionadas aos seus familiares e potencializando melhores atuações nos processos de trabalho com as famílias, comunidade, território.

Diante do exposto e do reconhecimento da importância do cuidado enquanto processo ontológico, o presente estudo se baseia nos seguintes questionamentos: Como os agentes comunitários de saúde percebem sua saúde? Que práticas de cuidado de si estes profissionais adotam em relação à alimentação saudável e prática corporal/atividade física?

Considerando o trabalho do ACS como objeto de pesquisa contínua em saúde coletiva, acredita-se que este público esteja adotando comportamentos não saudáveis em relação à alimentação e práticas corporais/atividade física, e isso poderá estar influenciando seus processos de trabalho na abordagem com as famílias, mediante orientações incompletas e/ou incorretas para a população a este vinculada, contribuindo de modo insuficiente para a promoção da saúde da coletividade, bem como a sua própria. Nessa linha de raciocínio, estas constituem as hipóteses dessa proposta de pesquisa.

Conhecimento e conscientização das pessoas sobre práticas corporais e alimentares saudáveis constituem essenciais medidas para prevenir problemas de saúde, além de favorecerem a promoção da saúde global. Nessa ótica, a abordagem sobre tais temas deveria constituir parte de todos os programas de capacitação dos ACS, pois é necessário considerar este trabalhador como um multiplicador permanente de orientações em saúde, e um influenciador confiável por parte das pessoas que residem na mesma comunidade que ele.

Frente a essa constatação, discutir as temáticas que envolvem a Literacia para a Saúde e a adoção de práticas corporais e alimentares dos ACS encontra justificativa por ser uma proposta atual e pouco explorada, haja vista ter como foco principal as práticas do cuidado de si. Parte-se da premissa de que as ações de promoção da saúde corporal e alimentar podem ser alcançadas mediante o desenvolvimento de competências por parte dos ACS, como relevante estratégia para a criação conjunta de hábitos familiares mais saudáveis, que visem a melhoria de qualidade de vida dos envolvidos, numa perspectiva crítica, reflexiva e emancipadora, pautada no cuidado de si como premissa para cuidar do outro.

Dessa forma, analisar a proximidade de temas relacionados à promoção da saúde no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde possibilitará o planejamento e a implementação de ações educativas direcionadas à promoção global de saúde, com melhoria da qualidade de vida para este trabalhador, bem como para a população por ele visitada.

No presente estudo, serão adotados como referenciais teórico-metodológicos para compreender como ocorre o processo da Literacia para a Saúde, as abordagens fundamentadas na Teoria do Cuidado de Si e nas Políticas Nacional de Promoção da Saúde e de Educação Permanente em Saúde. Estes referenciais têm revelado contribuição para a elaboração de estratégias preventivas e promotoras de saúde, favorecendo o bem-estar dos indivíduos.

Destaca-se que esta pesquisa-intervenção teve o intuito de aproximar-se dos contextos de vida dos agentes comunitários de saúde para compreender suas práticas de cuidado com a saúde, captando informações objetivas (por meio de instrumentos de medida e avaliação clínico-laboratorial), mas, também, subjetivas, captadas a partir das suas lentes e dos seus lugares de fala. A partir daí, elaborou-se uma proposta de formação educacional com foco no aumento dos níveis de Literacia para a Saúde, visando a adoção de comportamentos saudáveis para o cuidado de si e a promoção da saúde junto a estes profissionais.

Acresce-se que a realização de uma pesquisa-intervenção, enquanto trabalho complexo e singular, traz facetas, muitas vezes, invisíveis às seções estruturadas do documento científico. Porém, por ficarem recolhidas na memória do pesquisador e comporem a arquitetura do trabalho de campo, não poderiam deixar de serem aqui mencionadas.

Durante a construção deste trabalho, muitas foram as aproximações com os temas centrais, as pessoas envolvidas e o processo ensino-aprendizagem próprio dessa construção textual. A aproximação inicial com a Literacia para a Saúde se deu através da leitura do livro digital O sexto sinal vital da saúde (MALVEIRA, 2019) que conseguiu traduzir uma dificuldade que já era observada durante a prática profissional, mas que não era adequadamente compreendida.

O entendimento dessa nova dimensão de saúde, provocou a necessidade de se aprofundar no tema para tentar melhorar as abordagens de educação e promoção em Saúde na APS. Devido a demanda por atendimentos de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus, mostrou-se oportuno o estudo da Literacia para a Saúde nesse grupo.

Essa iniciativa coincidiu com a abertura do edital do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF) e, se mostrou, uma ótima oportunidade de alcançar o objetivo proposto.

Posteriormente, ao ingressar no Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF), pela linha de pesquisa de Promoção da

Saúde, despertou-se ainda mais o interesse pela temática, uma vez que esta alinha-se perfeitamente aos pressupostos teóricos desta linha. Concomitantemente, durante o processo de apropriação conceitual e literária sobre os estudos e decorrente de sugestão oriunda durante a qualificação do projeto, houve a imersão do pesquisador com textos referentes à Teoria do Cuidado de Si, tornando-se a corrente teórica central do estudo.

Ademais, a tessitura de elaboração e realização desta pesquisa-intervenção foi marcada por um processo simultâneo de maturação pessoal e profissional, pois foi possível apreender realidades de vida dos participantes não possíveis por outros meios, acarretando a resignificação de muitos aspectos trazidos desde a formação médica, perpassando pela revisitação dos conteúdos estudados na especialização de Medicina de Família e Comunidade e transfigurando-se para uma atuação médica mais empática, acolhedora e integral.

Todos esses aspectos também se refletiram na construção da pesquisa-intervenção, ao reconhecer, dentro do contexto da Atenção Primária a Saúde, as múltiplas relações existentes, entre os usuários, profissionais e a gestão e como a atuação sobre um desses atores acaba refletindo nas outras dimensões.

A elaboração conjunta com esses atores foi fundamental para a identificar potencialidades da pesquisa e corrigir fragilidades do projeto. Ao compartilhar os objetivos da pesquisa com a Secretaria de Saúde do Município, foi identificado o papel promissor do projeto sobre os indicadores de saúde, bem como a melhoria no bem-estar dos profissionais. Foi, então, disponibilizada pela Secretaria todas as condições para que a pesquisa fosse desenvolvida.

Esse apoio se refletiu no engajamento dos agentes comunitários de saúde na pesquisa. Por se tratar de uma cidade com grandes áreas rurais, foi necessário um trabalho conjunto entre a gestão e os profissionais para conseguir reunir os participantes no curso de intervenção. E a sensibilidade dos ACS foi determinante para resolver essa logística.

Os relatos de experiência exitosas dos colegas do mestrado também serviram de incentivo para adequação de alguns pontos do projeto, mostrando que o fortalecimento de estratégias de promoção de saúde no SUS se dá, também, através da construção conjunta de vários atores, e não se limita à realidade local.

É importante registrar também que o amadurecimento do projeto estimulou a participação ativa do laboratório de análises clínicas que analisou as amostras biológicas. O laboratório participante é reconhecido na região como uma empresa vanguardista e que apoia iniciativas promissoras, sendo referência em qualidade e acreditação.

Este breve histórico conduziu este percurso investigativo, cujas descobertas contribuíram com as reflexões e discussões dos achados, especialmente, com a saúde dos ACS, colegas trabalhadores que convivem com o pesquisador no território vivo da APS.

Com o início da etapa de planejamento para a realização da intervenção e concomitante coleta de dados, a pesquisa adquiriu identidade própria, passando a ser reconhecida visualmente pela logomarca agregada aos documentos relacionados ao projeto (Figura 1).



Figura 1. Identidade visual desenvolvida para o projeto de pesquisa-intervenção.
Fonte: arquivo da pesquisa (2022).

O presente trabalho está organizado em seções, contemplando introdução, justificativa, objetivos, breve revisão de literatura, referencial teórico, método, resultados e algumas reflexões finais.



2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar os efeitos de uma intervenção educativa de promoção ao autocuidado para Agentes Comunitários de Saúde, com ênfase no comportamento alimentar saudável e realização de prática corporal/atividade física.

2.2 Objetivos Específicos:

- Apreender as percepções de saúde e as práticas do cuidado de si dos ACS;
- Implementar uma intervenção educativa destinada à melhoria do consumo de alimentos saudáveis e a realização da prática corporal integrativa *Lian Gong* em 18 Terapias na vida diária pelos participantes;
- Verificar se houve mudança no comportamento alimentar e na prática corporal/atividade dos ACS após a intervenção;
- Comparar os dados antropométricos e os padrões glicêmicos e lipídicos dos participantes antes e após a realização da intervenção educativa;
- Identificar o estado de prontidão dos ACS para mudança de comportamento com vistas à alimentação saudável e prática corporal/atividade física após a intervenção educativa;
- Verificar se houve mudança nos níveis de Literacia para a Saúde dos ACS após a intervenção educativa.

Revisão da Literatura



3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Agentes Comunitários de Saúde e a Atenção Primária à Saúde

Ao analisar a história do Sistema Único de Saúde (SUS) se compreende que há uma íntima relação com a história dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Formalmente, o ACS só foi reconhecido como uma ocupação de âmbito nacional em 1991 com a criação do Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), porém a origem de sua atuação anterior às políticas públicas que instituíram o SUS (BORNSTEIN et al., 2016).

A primeira experiência para atuação dos ACS como uma política pública implementada de forma abrangente, foi realizada no Ceará em 1987 com o Programa de Agentes de Saúde do Ceará, que tinha o objetivo de diminuir os indicadores de mortalidade infantil e combater os efeitos econômicos da seca do semiárido nordestino.

A experiência institucional iniciada no Ceará serviu de inspiração para a criação do PNACS, que posteriormente foi transformado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1992. Entretanto, apenas em 4 de outubro de 1999, com a publicação do Decreto nº 3.189, que se estabeleceu as diretrizes para o exercício das atividades de ACS, reafirmando o papel dos ACS na prevenção de doenças e promoção de saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas (BORNSTEIN et al., 2016).

Por estar inserido na comunidade, o ACS é um importante elo entre a equipe de saúde e a população. Concomitantemente, por acompanharem proximamente o contexto de vida dos usuários em suas residências, os ACS conhecem a fundo as particularidades dos indivíduos, das famílias e da comunidade adstrita da Unidade Básica de Saúde (UBS), compartilhando dos mesmos determinantes sociais de saúde e isso é um importante fator para compreender situações que dificultam o cuidado e os motivos que impedem uma ação mais eficazes.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um conjunto de ações de saúde que envolvem, dentre outros, a promoção, prevenção e proteção por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada (PNAB, 2017). É a principal porta de entrada da população no Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerada como centro de

comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), servindo como núcleo regulador do fluxo dos usuários no SUS.

É na APS que a maior parte das demandas em saúde é resolvida e o trabalho preventivo dos agravos em saúde é melhor executado, onde estima-se que mais de 85% dos problemas de saúde da população são atendidos (MENDES, 2011). Além disso, a APS caracteriza-se como um conjunto de funções que compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe (CAMARGO et al., 2021).

Assim, para garantir e regulamentar um dos objetivos propostos pela APS foi redefinida, em 2014, a Política Nacional de Promoção de Saúde em que evidencia o conceito ampliado de saúde e traz o embasamento teórico da promoção da saúde que consiste em sendo uma rede com forte participação e controle social capaz de articular suas ações com as demais redes de proteção social além da marcante parceria intra e intersetorial, através da formação da RAS (BRASIL, 2014).

Dentro da APS, uma das principais estratégias para promover cuidado e proporcionar autonomia aos usuários é a Educação em Saúde (ES), entendida como uma prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoe as atitudes indispensáveis para a vida (FALKENBERG, 2014).

Ao longo do século passado, a ES passou por importantes evoluções conceituais que promoveram também atualizações nas práticas metodológicas (LOPES, et. al., 2020).

A ES caminhou junto com as mudanças ocorridas na sociedade, no campo social, econômico e político. A abordagem deixou de ser centrada na bancarização da educação, onde os usuários eram excluídos do processo de aprendizagem, recebendo informações sobre prevenção e tratamento de agravos e de saúde em caráter higienista-sanitário, para um processo em que os indivíduos compreendessem os determinantes de saúde dos quais sofriam influência e passassem a controlá-los através de competência de ação (BERTUCCI, 2018).

É neste contexto em que se revela a importância da Literacia para a Saúde (LS), pois traduz-se na capacidade das pessoas para receber e interpretar informações, com vistas a possibilitar a tomada de decisões que promovam e mantenham sua saúde (PERES et. al., 2021).

Por tratar-se de um eixo conceitual importante para a autonomia dos sujeitos e para o empoderamento quanto às decisões sobre a própria saúde, a LS foi considerada neste estudo como um dos referenciais teóricos utilizados, sendo abordada com mais detalhes na próxima seção.

3.2 *Lian Gong* em 18 Terapias – uma prática integrativa do SUS

As ações voltadas ao cuidado de si encontram sinergia em um conjunto de práticas de saúde denominadas integrativas e complementares (PIC) que visam a promoção global do cuidado humano com foco no autocuidado, pois considera os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, além da abordagem ampliada do processo saúde-doença (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares tem o objetivo de prevenir agravos, promover e recuperar de maneira integral e humanizada a saúde, garantindo a qualidade e eficácia nas ações, bem como incentivar a participação dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde, voltando-se para o cuidado continuado (BARROS et al., 2007), além de proporcionar a possibilidade de serviços fora das Unidades Básicas de Saúde (UBS), podendo ser desenvolvidos no ambiente laboral, doméstico e escolar. Dessa forma, contribui para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às PIC e estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades (BRASIL, 2006).

A busca por novas maneiras de produzir saúde e com base na eficácia comprovada, no baixo custo, na capacitação profissional e na realização das atividades, bem como a possibilidade de promover educação em saúde, inserido o indivíduo como sujeito ativo no processo terapêutico, foram fatores relevantes na execução das Práticas Integrativas e Complementares pelo SUS, sendo as práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa as mais realizadas na APS (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Nesse sentido, a Medicina Tradicional Chinesa apresenta o *Lian Gong* como prática corporal a ser implementada na rotina laboral dos trabalhadores, busca a modificação do comportamento sedentário, mas também para que os mesmos assumam uma postura de participação ativa e responsável na promoção e recuperação da própria saúde, que abrange a física, mental e espiritual (MOREIRA, et. al., 2011).

Rompendo com a passividade dos tratamentos ocidentais de saúde e com o acesso restrito às práticas preventivas e holísticas, o *Lian Gong* enquanto uma prática terapêutica

que pode ser compreendida, aprendida e exercida pelas pessoas com relativa facilidade, sendo descrito mais detalhadamente a seguir.

Lian Gong (pronuncia-se Lian Kun), foi elaborado em 1974, na cidade de Shangai na China, pelo médico ortopedista Dr. Zhuang Yuan Ming. Os exercícios foram sistematizados a partir da combinação dos conhecimentos adquiridos mediante sua prática clínica somados à movimentos adaptados das artes maciais, do *Dao In* (ginástica terapêutica chinesa), do Tui-Na (massagem terapêutica), do Tu Na Gong (técnica de respiração), tendo como base princípios que fundamentam a MTC (BETTARELLO; SAUT, 2008; MOREIRA et al., 2011; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIAN GONG EM 18 TERAPIAS, 2022).

Essa prática foi introduzida no Brasil em 1987, pela professora de Filosofia e Artes Corporais Chinesas, Maria Lúcia Lee, fundadora da Associação Brasileira de *Lian Gong*. No ano de 2006 por meio da Portaria n.º 971, o Ministério da Saúde reconheceu o *Lian Gong* como uma Prática Integrativa e Complementar do SUS, por ser uma ferramenta de prevenção, promoção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2006; MOREIRA et al., 2013).

No ano de 2010, o *Lian Gong* em 18 Terapias recebeu do Governo Chinês o título de Patrimônio Cultural Intangível da Humanidade e em 2015 foi inserido na lista de Treinamento de alto nível para a promoção da Saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIAN GONG EM 18 TERAPIAS, 2022).

O *Lian Gong* visa a movimentação lenta, contínua e sincronizada do corpo, promovendo relaxamento e amplitude nos movimentos musculares e nas articulações, além de prevenir e/ou tratar as contraturas, aderências, inflamações e espasmos musculares que acometem o pescoço, ombros, dorso, região lombar, glúteos e membros, controla as emoções, melhora a concentração e proporciona principalmente a redução das dores musculares (LIVRAMENTO, G.; FRANCO; LIVRAMENTO, A., 2010).

É composto por 54 exercícios, organizados em três séries de 18 exercícios, recebendo a denominação de *Lian Gong* em 18 Terapias (LG18T). A primeira parte (*Lian Gong* Anterior) previne e trata dores no pescoço, ombros, costas, região lombar, glúteos e membros inferiores; a segunda parte (*Lian Gong* Posterior) previne dor nas articulações, nos tendões e as disfunções dos órgãos internos; e a terceira parte (*Lian Gong* Continuação), que significa beneficiamento e cultivo do ar vital, atua na debilidade do sistema respiratório e cardiovascular (GOUVEIA, 2011; MOREIRA, et al., 2013).

A prática do LG18T utiliza a fusão entre o alongamento e a tração das partes corporais, de maneira suave e equilibrada, respeitando os limites de cada indivíduo

(SANTOS; RODRIGUES; CARON, 2011), possibilitando uma redução de 98,2% dos casos de dor nas regiões do pescoço, ombros, membros e coluna (GOUVEIA, 2011). Além disso tem sido apresentada como uma prática versátil, podendo ser praticada por pessoas de todas as idades, incluindo idosos (SOUSA et al., 2017).

O LG18T anterior está dividido em três sequências de seis exercícios, cada série com suas finalidades e padrões específicos descritos a seguir (Figura 2), e foi a prática corporal adotada na intervenção educativa realizada com os ACS neste estudo.

Lian Gong em 18 Terapias

Anterior	1ª Série Exercício para prevenção e tratamento de desequilíbrios e dores na região do pescoço e ombros	 movimento do pescoço movimento da cabeça com a nuca ereta	 Arquear as mãos puxar o arco, olhar à esquerda e direita	 estender as palmas para cima	 expandir o peito expandir o tórax	 despregar as asas despregar as asas e planar	 levantar o braço de ferro erguer o braço de ferro
	2ª Série Exercício para prevenção e tratamento de desequilíbrios e dores nas costas e região lombar	 empurrar o céu e inclinar para o lado apurar o céu e inclinar para o lado	 girar a cintura e projetar as palmas rotacionar a cintura pélvica projetando a palma	 rodar a cintura com as mãos nos rins escorar a lombar e rodar a cintura pélvica	 abrir os braços e flexionar o tronco estender os braços na lateral e flexionar o quadril	 espetar com a palma para o lado espetar com a palma na postura de 'Arco'	 tocar os pés com as mãos pressionar os pés com as mãos
	3ª Série Exercício para prevenção e tratamento de desequilíbrios e dores nos glúteos e pernas	 rodar os joelhos à esquerda e à direita	 flexionar as pernas e girar o tronco rotacionar o tronco na postura de 'descida'	 flexionar e esticar as pernas inclinar, agachar e estender as pernas	 tocar os joelhos e levantar a palma tocar o joelho e erguer a palma	 abraçar o joelho contra o peito abraçar o joelho de frente ao peito	 passos marciais

Figura 2. Lian Gong em 18 Terapias Anterior.

Fonte: Associação Brasileira de Lian Gong em 18 Terapias (2022).

Os exercícios são desenvolvidos na posição em pé e não necessitam de roupas especiais para sua prática, sendo acompanhados de uma música exclusiva para a realização das manobras, devendo ser efetuadas em um ambiente tranquilo, o que facilitará a apreciação da atividade, que tem duração de em média 12 minutos diários (SILVA; PÁSZTOR, 2022).

Moreira et al. (2011) acrescentam que os exercícios proporcionam aos praticantes o conhecimento do seu próprio corpo e percepção de si mesmos, através de um processo educativo corporal e da consciência de posturas, sendo de fácil realização: abrir, fechar, expandir e recolher o corpo, o que induz a uma função pulmonar adequada, fortalecer o

sistema imunológico, recupera a vitalidade fisiológica, melhorando a função do sistema digestivo, ativa a circulação e previne dores musculares.

Além de ter sua finalidade terapêutica, o LG18T também tem sido utilizado como uma prática de promoção da saúde coletiva (SOUSA et al, 2015).

3.3 Alimentação saudável – novo guia para a população brasileira

Ao reconhecer o potencial benéfico da alimentação saudável para a saúde pública e da importância de se reduzir o nível de exposição e dos riscos associados a uma alimentação inadequada, a Organização das Nações Unidas, através da Cúpula dos Sistemas Alimentares estabeleceu linhas de ação que trabalhem, dentre outros, na garantia do acesso a alimentação saudável e o padrão de consumo de alimentos saudáveis e sustentáveis (ONU, 2021).

O estabelecimento do hábito de uma alimentação saudável já se comprovou como uma importante estratégia no combate de doenças crônicas não transmissíveis, que tem no excesso de peso ou obesidade um dos principais fatores de risco. Os países desenvolvidos lidam atualmente com índices elevados de pessoas com excesso de peso. Estima-se que a obesidade mundial quase triplicou entre 1975 e 2016, com mais de 1,9 bilhão de adultos apresentam excesso de peso ou obesidade (OMS, 2018).

Nos países subdesenvolvidos, a subnutrição e as doenças por carências nutricionais causadas pela insegurança alimentar também é motivo de preocupação. O Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil, evidencia um aumento de pessoas com insegurança alimentar, em patamares semelhantes a 2004, com aproximadamente trinta e três milhões de pessoas sem o acesso pleno a alimentação (II VIGISAN, 2022).

No Brasil, uma das principais iniciativas que têm como objetivo a melhoria dos padrões alimentar e nutricional da população, se deu através do Guia alimentar da população brasileira. O guia foi elaborado levando em consideração a realidade sociocultural da população brasileira, as particularidades regionais e a disponibilidade dos alimentos de acordo com a safra (BRASIL, 2014).

Além das estratégias para melhorar o acesso aos alimentos saudáveis, o guia também classifica os alimentos em quatro categorias de acordo com o tipo de processamento empregado na produção - *in natura*, minimamente processados,

processados e ultra processados. Essa classificação ajuda a uniformizar as recomendações alimentares, pois pode se adequar a diferentes contextos socioculturais.

Uma pesquisa nacional de saúde verificou diferenças marcantes no consumo alimentar de brasileiros residentes em áreas rurais e urbanas, reforçando a importância de políticas que considerem as diferenças regionais (COSTA, 2021).

O Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado em 2006 pelo Ministério da Saúde, delineou as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população do país, considerando as faixas etárias e desenvolvimento para cada uma delas.

Entretanto, frente às transformações enfrentadas pela sociedade brasileira que exercem influência sobre as condições de saúde e nutrição, foi necessário repensar o Guia e tecer novas recomendações. Dessa forma, sua segunda edição foi publicada no ano de 2014 e resultou na nova classificação dos alimentos, com vistas a uma alimentação adequada a saudável para a população brasileira (BRASIL, 2014).

O novo Guia Alimentar, atualizado em 2021, acompanha uma série intitulada “Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira”, organizados em fascículos direcionados aos profissionais de saúde da APS, a fim de que estes possam orientar as pessoas da comunidade conforme suas faixas etárias e condições de vida e saúde (BRASIL, 2021).

Até o momento da elaboração desta revisão, apenas o primeiro fascículo da série encontrava-se publicado, sendo voltado para a população adulta, e serviu de modelo para a elaboração do material didático/instrucional utilizado nesta pesquisa-intervenção.

Para melhor compreensão acerca da nova classificação, apresenta-se, a seguir, um quadro contendo a definição e exemplos de alimentos de cada classe (Quadro 1).

Quadro 1. Definição e exemplos de alimentos conforme a nova classificação utilizada no Guia Alimentar para a População Brasileira.

Alimentos in natura ou minimamente processados*
Partes comestíveis de plantas (sementes, frutos, folhas, caules, raízes) ou de animais (músculos, vísceras, ovos, leite)
Feijão e outras leguminosas; legumes e verduras; frutas in natura, secas ou desidratadas; sucos 100% integrais; arroz, milho e outros cereais em grãos, tubérculos e raízes (como mandioca, batata, inhame, etc); farinhas, macarrão ou massas frescas ou secas feitas de farinhas, água e ovos; carnes, vísceras e ovos; leites e iogurtes naturais e sem adição de açúcar; cogumelos frescos ou secos; especiarias em geral e ervas frescas ou secas; nozes e sementes; café, chá e água

Ingredientes culinários processados*

Substâncias extraídas diretamente de alimentos do primeiro grupo ou da natureza e utilizadas para temperar os alimentos e criar preparações culinárias.

Sal, açúcar, óleos vegetais e manteiga

Alimentos processados**

Produtos fabricados com a adição de sal ou açúcar e, eventualmente, óleo, vinagre ou outra substância do segundo grupo a um alimento do primeiro grupo

Pães feitos de farinha, água, fermento e sal; queijos, conservas de hortaliças, de cereais ou de leguminosas, carnes salgadas, peixe conservado em óleo ou água e sal, frutas em calda

Alimentos ultraprocessados**

Formulações industriais tipicamente prontas para consumo feitas de inúmeras substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas) e derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado), muitas de uso exclusivamente industrial, com pouca ou nenhuma quantidade de alimentos in natura ou minimamente processados em sua composição. As sofisticadas técnicas de processamento (extrusão, moldagem, e pré-fritura) e o uso de aditivos cosméticos (flavorizantes, corantes, emulsificantes) que alteraram a cor, o sabor e a textura do produto final, tornam os alimentos ultraprocessados hiperpalatáveis e atraentes)

Refrigerantes e refrescos; iogurtes e bebidas lácteas; “bebidas energéticas”; “salgadinhos de pacote”; biscoitos doce ou salgados; sorvetes; balas e guloseimas em geral; “cereais matinais”; bolos e misturas para bolo; barras de cereal; sopas, macarrão e temperos “instantâneos”; molhos; produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas; hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo nuggets; salsichas e outros embutidos; “pães de forma”; pães para hambúrguer ou hot dog

*Preferir o consumo; **Evitar o consumo.

Fonte: Fascículo 1 Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta (BRASIL, 2021).

Dessa maneira, promover acesso a alimentação saudável e estimular mudanças no padrão de ingesta de bons nutrientes, através de políticas públicas, são ações que, além de mitigar os impactos das DCNT, ajudam em garantir o estabelecimento de um direito humano básico.

Referencial Teórico



4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor compreensão e apropriação de um objeto de investigação, a utilização de referencial teórico encontra assento, pois oferece suporte epistemológico para direcionar e ampliar o olhar do pesquisador sobre determinado assunto. Dessa forma, a Literacia para a Saúde e a Teoria do Cuidado de Si foram escolhidas como os referenciais teóricos centrais deste estudo e estão brevemente abordados nesta seção.

4.1 Literacia para a Saúde (LS)

Ao longo do tempo, o conhecimento sobre LS foi se ampliando e abordando vários aspectos científicos. O termo Literacia para a Saúde teve sua origem embrionária a partir da década de 1970 e foi estabelecida como campo de conhecimento na década de 1980 e 1990. As definições passaram de enfoque individual para uma concepção atual onde também se leva em consideração as demandas do sistema de saúde.

Sorensen et al. (2012) compilaram 17 definições registradas na literatura e ordenaram de forma cronológica, perpassando desde a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1998 até Freedman et al. em 2009 e propuseram um conceito único mostrando que Literacia para a Saúde diz respeito à capacidade das pessoas de serem capazes de otimizar sua qualidade de vida através do julgamento e tomada de decisão relacionada à saúde no cotidiano.

Observa-se que ela está assim relacionada à alfabetização e implica no processo de conhecer, motivar-se e possuir competência para acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde do dia a dia (SORENSEN et al., 2012).

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) incorporou ao conceito de LS à compreensão de determinantes sociais de saúde definindo que LS não é apenas um recurso individual, mas uma competência que, quando bem estabelecida dentro das populações, produz benefícios sociais, econômicos e ambientais de saúde.

Desta maneira, é possível inferir que promover LS junto aos Agentes Comunitário de Saúde pode ser uma importante estratégia de multiplicação de saberes e condutas, pois, por atuarem de maneira individualizada nas visitas domiciliares, os ACS podem realizar orientações personalizadas, num contexto em que o indivíduo se encontra mais receptivo a orientações.

Essa premissa foi constatada no estudo que avaliou participantes que recebiam algum tipo de orientação em saúde, independente da categoria profissional, bem como aqueles que participavam de grupo desenvolvidos na unidade de saúde, detectando aumento na pontuação na escala de LS (LIMA et. al., 2020)

Assim, LS favorece o desenvolvimento de competências individuais que fomentam um melhor prognóstico aos indivíduos que conseguem adotar hábitos saudáveis e comportamentos preventivos contra agravos de saúde (PASKULIN et al., 2012; PIRES; VIGÁRIO; CAVACO, 2015). Entretanto, usuários com baixa LS não possuem a sensibilidade cognitiva para desempenhar tarefas promotoras de saúde bem como não consegue evidenciar práticas preventivas (QUEMELO et al. 2017).

No presente estudo, adotou-se o conceito de LS como sendo a capacidade das pessoas para receber e interpretar informações, com vistas a possibilitar a tomada de decisões que promovam e mantenham sua saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013; SABOGA-NUNES et al, 2019).

Por ser considerada uma capacidade humana, a LS encontra assento tanto no contexto comunitário (LS das pessoas da comunidade), assim como nos espaços laborais (LS dos trabalhadores) e no campo da interprofissionalidade para o cuidado em saúde, que tem como um dos cenários a APS.

Nesse sentido, para aprofundar os conceitos fundantes da LS visando expandir sua compreensão e posterior aplicabilidade nesta pesquisa-intervenção, realizou-se uma revisão de escopo (Figura 3), trazendo a interface entre a Literacia para a Saúde e a Interprofissionalidade, que foi publicada sob o formato de capítulo de livro, e encontra-se apresentada a seguir.

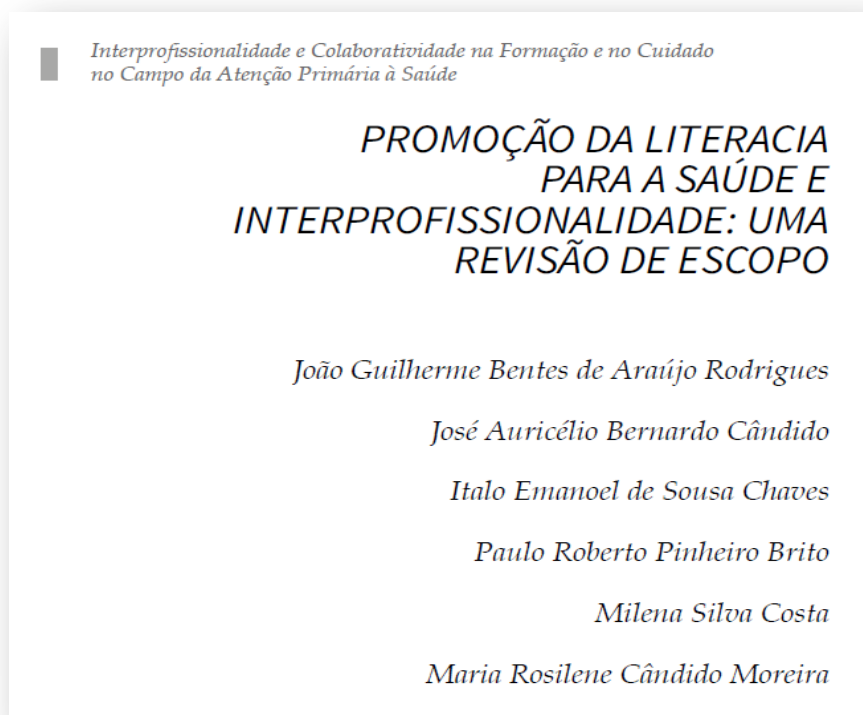


Figura 3. Página inicial do Capítulo publicado no livro Interprofissionalidade e Colaboratividade na Formação e no Cuidado no campo da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=interprofissionalidade_colaboratividade_20102021.

INTRODUÇÃO

O conceito ampliado de Saúde desenvolvido em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, trouxe importantes discussões sobre o tema e lançou luz sobre a necessidade de se olhar o usuário além do modelo biomédico, superando o processo saúde-doença a partir de um ponto de vista puramente biológico e entendendo a influência dos determinantes sociais da saúde nos problemas de saúde e nos fatores de risco na população.

Assim, desafios que atingem as populações como a questão ambiental, saneamento básico precário, a escalada da violência e das drogas, o sedentarismo, o nível educacional baixo, o individualismo, além das novas demandas que surgem de movimentos sociais, fazem instigar, em especial aos profissionais de saúde, a elaboração de estratégias de promoção à saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida.

Com essa perspectiva, a Atenção Primária de Saúde (APS) e os demais níveis dos sistemas de saúde apresentam características de integralidade em que assumem e

compartilham a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos das ações promovidas para os usuários; a atenção à prevenção, ao tratamento e à reabilitação quando indicado; e o trabalho em equipe (CAMARGO *et al.*, 2021).

Em 2014, foi redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde em que evidencia o conceito ampliado de saúde e traz o embasamento teórico da promoção da saúde, que consiste em "um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social" (BRASIL, 2014, p.1).

Dentro desse contexto, a interprofissionalidade se consolida de forma evidente na APS, quando se observa na Estratégia Saúde da Família (ESF) o trabalho em equipe, a qual é composta pelo médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico de saúde bucal, além de fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais de saúde que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Entretanto, ao longo da história da APS, estudos sobre processo de trabalho da ESF revelaram diversos desafios para o exercício da interprofissionalidade, como a fragmentação no cuidado de usuários devido à falta de comunicação e planejamento da equipe, baixa coesão entre as categorias profissionais, desarticulação entre as atividades realizadas nos serviços de saúde, recursos humanos, financeiros e estruturas físicas limitadas para o trabalho efetivo, déficit de integração entre ESF, NASF e outros setores (PEDROSA; TELES, 2001; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018).

Com esse cenário, o trabalho da equipe de ESF tornou-se peculiar e com necessidades de mudanças na forma de atuação profissional e no fluxo organizacional dos serviços de saúde. É neste contexto em que se revelou a importância da literacia em saúde, compreendida como o conjunto de competências cognitivas e sociais e capacidade da pessoa para compreender, agregar e utilizar a informação como forma de promover e manter uma boa saúde (OMS, 2013). Resulta da interação entre as aptidões dos indivíduos e os diversos cenários de saúde, permeados pelos sistemas de educação, os fatores sociais e culturais, que estão presentes nos domicílios, no trabalho e na comunidade (MEDICINE, 2004), configurando-se uma responsabilidade intersetorial e interprofissional.

É possível inferir que trabalhar literacia em saúde no contexto da interprofissionalidade na ESF pode ser uma importante estratégia de multiplicação de saberes e condutas. Além disso, a autonomia dos profissionais no cuidado de sua saúde poderá gerar uma percepção de valorização, melhorar indiretamente a produtividade no trabalho e ajudar na orientação junto à comunidade do conhecimento por eles adquirido.

No tocante as vantagens aos usuários atendidos pela equipe da ESF, a literacia em saúde fomenta um melhor prognóstico a aqueles que conseguem adotar hábitos saudáveis e comportamentos preventivos contra agravos de saúde, a partir das orientações recebidas por tais profissionais (PASKULIN *et al.*, 2012). A Organização Mundial de Saúde diz que quando a literacia em saúde estiver bem estabelecida dentro das populações, ela produzirá benefícios sociais, econômicos, ambientais e de saúde desses indivíduos (OMS, 2016).

Percebe-se que a literacia em saúde é importante para o bom desempenho da relação interprofissional da ESF e para o resultado da atenção à saúde da população adscrita. Dessa forma, os profissionais devem avaliar e promover a literacia em saúde no cuidado individual e coletivo, mas compreendendo que cada pessoa pode apresentar níveis diferentes de desempenho cognitivo para realizar as tarefas promotoras de saúde e práticas preventivas de doenças (QUEMELO *et al.*, 2017).

Assim, é fundamental que os profissionais da equipe da ESF sempre investiguem e desenvolvam os três domínios da literacia em saúde durante sua atuação, que são: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. Cuidados de saúde contemplam a capacidade de compreender, interpretar e avaliar informações médicas ou parâmetros clínicos e tomar decisões. A prevenção da doença reflete a capacidade para obter informação sobre fatores de risco para a saúde, compreender e interpretar essa informação e aplicá-la numa situação real. Por fim, a promoção da saúde refere-se à capacidade para regularmente melhorar os seus conhecimentos, compreender e interpretar a informação para tomar decisões devidamente informadas (SORENSEN *et al.*, 2012).

Considera-se, portanto, que se o indivíduo apresentar bons níveis de Literacia para a Saúde, ele terá mais competência, habilidade e empoderamento para saber se prevenir de doenças e agravos e promover saúde, possibilitando um melhor autocuidado.

Frente a este contexto e considerando que a promoção da Literacia para a Saúde ainda é um desafio no cotidiano do exercício das equipes da Estratégia Saúde da Família, o objetivo deste estudo foi investigar como a literacia em saúde vem sendo pesquisada em sua interface com a interprofissionalidade no contexto brasileiro.

MÉTODO

Estudo do tipo revisão de escopo, com uso da metodologia População, Conceito e Contexto (PCC) para guiar a coleta de dados, realizada entre os dias 25 e 30 de abril de 2021.

Define-se revisão de escopo (*scoping study* ou *scoping review*) um tipo de estudo que busca explorar os principais conceitos do tema em questão, averiguar o estado da arte e apontar as lacunas de pesquisas relacionadas (PETERS *et al*, 2020).

Neste estudo, a População está relacionada ao conjunto de publicações científicas nacionais e internacionais sobre interprofissionalidade e literacia em saúde; o Conceito englobou os termos da busca nas bases de dados e o Contexto foi a atuação dos profissionais de saúde no âmbito da literacia para a saúde individual e/ou coletiva. Nesse sentido, definiu-se como questão de pesquisa: Quais são as características das publicações científicas que versam sobre a atuação dos profissionais na promoção da literacia para a saúde no Brasil?

A busca da produção científica foi realizada em periódicos indexados nas bases de dados MEDLINE/PubMed e Coleção ScientificElectronic Library Online (SciELO) Brasil, pois estas plataformas apresentam publicações atualizadas e constituem veículos de publicação confiáveis. Foram selecionados estudos publicados na língua portuguesa e inglesa, por serem considerados os idiomas mais utilizados para artigos científicos na área da saúde.

Para a busca eletrônica foram utilizados os descritores “Relações Interprofissionais” e “Letramento em Saúde”, nos idiomas português e inglês. Os critérios de inclusão dos artigos foram: textos publicados nos últimos cinco anos; nos idiomas inglês ou português. Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos, pagos e que não correspondessem ao escopo desta revisão.

A seleção dos artigos científicos foi realizada em quatro etapas, descritas a seguir. A 1ª Etapa resumiu-se à construção de uma cadeia de busca formada pela combinação dos descritores, já citados, os quais foram submetidos ao banco de dados relacionado. Na 2ª Etapa, aplicaram-se os filtros (disponibilidade de texto livre e completo; idiomas inglês, português e espanhol; data de publicação nos últimos cinco anos), e os artigos que retornaram, foram inicialmente armazenados em ordem sequencial em um documento de texto no software Word versão 2016 do pacote Office da Microsoft.

Ainda na segunda etapa, dois pesquisadores (IESC e PRPB), de modo independente, efetuaram a revisão cruzada do documento e a remoção das obras duplicadas, mantendo-a apenas uma vez. Ainda nesta etapa, os títulos e os descritores foram lidos com o objetivo de verificar se os artigos correspondiam à questão de pesquisa.

A partir dos artigos selecionados nas etapas anteriores, a 3ª Etapa foi executada por dois pesquisadores (IESC e PRPB) de maneira síncrona, por meio de videoconferência, na qual houve a leitura do resumo, da introdução e da conclusão de cada artigo para identificação da relevância deste para a pesquisa e se preenchia os critérios de inclusão ou exclusão.

Por fim, na 4ª Etapa, outros dois pesquisadores (MSC e MRCM) realizaram a leitura completa dos artigos pré-selecionados, identificando-se com mais precisão a sua relevância para a pesquisa, e classificando o assunto central de cada estudo conforme os domínios da Literacia para a Saúde. Nesta última etapa, foram extraídos os dados relevantes para posterior análise. A extração de dados foi realizada por um único revisor (IESC), que também preencheu o banco de dados, constituído em forma de tabela, no software Excel, versão 2016, do pacote Office da Microsoft.

Dessa forma, a amostra final manteve-se em 10 artigos, cujas etapas de seleção do material estão apresentadas no fluxograma (Figura 4), segundo o Modelo Prisma de *flow diagram* (MOHER *et al*, 2009).

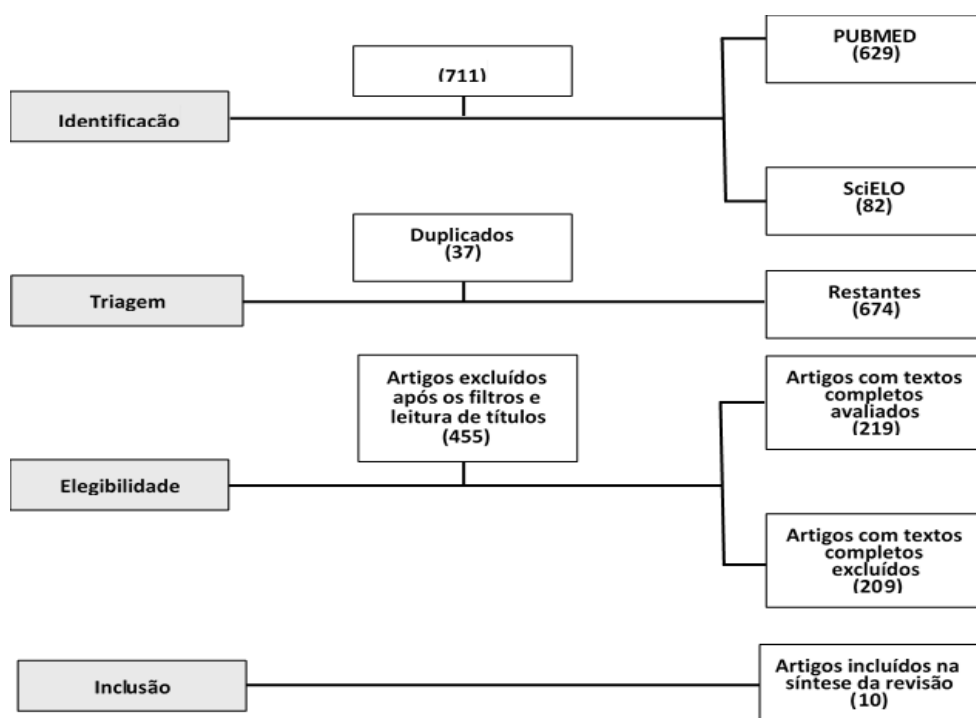


Figura 4. Diagrama de fluxo com as etapas de seleção dos artigos, adaptado do PRISMA.

Para verificar a interface entre os termos de interesse deste estudo, dois outros pesquisadores (JABC e JGBAR) transcreveram os textos contidos nas conclusões dos 10 artigos para arquivo de texto no programa Libre Office writer versão 5.4, no qual houve a remoção de caracteres especiais e uniformização de termos, resultando no *corpus* textual para análise auxiliada pelo software livre IRaMuTeQ, versão 0.7 alpha 2, que implementa alguns tipos de análises baseadas em métodos estatísticos e de mineração de textos, como a Análise de Similitude.

Esta funcionalidade do IRaMuTeQ, delineada sob o formato de árvore de coocorrências, apresenta-se por uma imagem contendo palavras ou expressões interligadas por vértices, que representam os grupos de palavras mais associadas entre si (CAMARGO; JUSTO, 2013) e variam em tamanho e posição, anunciando diferentes graus de interconexão, no caso presente, a literacia em saúde e a interprofissionalidade.

Por tratar-se de pesquisa documental de textos do tipo domínio público, este estudo seguiu o que preconiza a Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, dispensando-se a necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Os 10 estudos selecionados nesta revisão foram publicados e/ou disponibilizados no período de 2016 a 2021, sendo um artigo no ano de 2016, três no ano de 2017, dois no ano de 2019, três no ano de 2020 e um em 2021, até a data da coleta de dados. No que se refere à base de dados, cinco artigos foram indexados na base Scielo e cinco na PubMed.

O tipo de estudo mais utilizado foi a pesquisa quantitativa (seis artigos), seguido da revisão integrativa (três artigos) e revisão narrativa (um artigo). Cinco artigos foram publicados na língua vernácula e os demais artigos, na língua inglesa.

Os instrumentos para avaliar a literacia em saúde nos artigos foram: testes de legibilidade do prospecto, teste de avaliação do letramento (SAHLPA-50), Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Cartão de Jaeger, Teste de Whisper, S-TOFHLA, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes e outros instrumentos elaborados de forma específica para

a pesquisa. As três dimensões da literacia em saúde foram identificadas nos estudos, possibilitando sua categorização (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição dos estudos por título, ano de publicação e tipo de publicação.

ESTUDO	TÍTULO/ANO	OBJETIVO	DIMENSÃO DA LS
1	Prevention literacy: community-based advocacy for access and ownership of the HIV prevention toolkit (2016)	Avaliar a necessidade atual de alfabetização relacionada à prevenção do HIV	Prevenção da doença
2	Comprehension of the education hand out and health literacy of pacemaker users (2017)	Verificar a legibilidade do prospecto facilitador da aprendizagem e o nível de Letramento Funcional em Saúde (LFS) de desejada com marca-passo cardíaco (MP) e se há correlação entre a legibilidade e LFS	Cuidados de saúde
3	Functional health literacy and adherence to the medication in older adults: integrative review (2017)	Caracterizar a produção científica nacional e internacional sobre a relação do Letramento Funcional em Saúde e a adesão à medicação em idosos	Cuidados de saúde
4	Health literacy for people living with HIV/Aids: an integrative review (2017)	Analisar o conhecimento produzido por pesquisas sobre o letramento em saúde de pessoas com HIV/Aids	Cuidados de saúde
5	Literacy in health and self-care in people with type 2 diabetes mellitus (2019)	Avaliar o efeito de intervenção educativa na adesão às atividades de autocuidado e Letramento Funcional em Saúde no domínio numeramento em pessoas com diabetes mellitus tipo 2.	Cuidados de saúde
6	Functional Health Literacy in chronic cardiovascular patients (2019)	Avaliar o LFS em pacientes com doenças cardiovasculares crônicas e possíveis implicações para a compreensão da doença e das orientações médicas e adesão às medidas propostas pelos profissionais de saúde	Cuidados de saúde
7	Evaluating Health Literacy among Adolescent and Young Adult Pregnant	Avaliar a alfabetização em saúde de jovens grávidas adolescentes (idades 13-18	Promoção da saúde

	Women from a Low-Income Area of Northeast Brazil (2020)	anos) e um grupo comparável de jovens grávidas (idades 23-28 anos) de uma área rural no Nordeste do Brasil	
8	Functional health literacy in older adults with hypertension in the Family Health Strategy (2020)	Avaliar o Letramento Funcional em Saúde e os fatores sociodemográficos, de saúde, fontes de informação e meios de comunicação em saúde associados em pessoas idosas com hipertensão arterial atendidas na Estratégia de Saúde da Família	Cuidados de saúde
9	Health literacy and quality of life in hospitalized heart failure patients: a cross-sectional study (2020)	Avaliar o impacto da Literacia em Saúde na QV de pacientes com IC hospitalizados	Cuidados de saúde
10	Patient Education in Orthopedics: the Role of Information Design and User Experience (2021)	Enfocar os conceitos e métodos de Design da Informação para educação do paciente em ortopedia, tendo a osteoartrite como exemplo de aplicação.	Cuidados de saúde

Nos artigos analisados, foram ressaltadas as palavras *literacia_em_saúde* (27 citações), *saúde* (25 citações), *paciente* (10 citações), *resultado* (nove citações), *acesso* (oito citações), *informação* (oito citações), *equipe* (seis citações), *pesquisa* (cinco citações), *prevenção* (cinco citações), *cuidado* (cinco citações), *adesão* (cinco citações), *conhecimento* (quatro citações) e *autocuidado* (quatro citações), conforme é possível observar na árvore de similitude elaborada com o apoio do software IRaMuTeQ (Figura 5).

A estrutura da árvore de similitude possibilitou identificar nitidamente a existência de dois núcleos centrais com seus sistemas periféricos que emergiram das conclusões dos estudos, nos quais o termo “literacia em saúde” apresenta forte conexão com o léxico “saúde”, mas relação indireta com o termo “equipe”, clarificando os achados principais dos artigos analisados.

envolvem orientações e esclarecimentos visando melhoria dos cuidados de saúde pelos pacientes.

Um estudo (10) de revisão que investigou o uso de métodos de design da informação para a educação de pacientes com problemas ortopédicos verificou que o uso dessa estratégia pode favorecer tanto os cirurgiões ortopédicos, fisioterapeutas e demais integrantes da equipe de saúde na promoção da literacia ortopédica junto a este público (GOLDCHMIT *et al*, 2021). Outra revisão (Estudo 4) encontrou que a análise do letramento em saúde, status socioeconômico e nível educacional de pessoas com HIV/Aids foi essencial para a implementação de estratégias educacionais que aumentaram a adesão às orientações de saúde (CUNHA *et al*, 2017).

Uma pesquisa (Estudo 5) de campo revelou que as intervenções educativas apresentaram efeito positivo na adesão ao autocuidado e letramento funcional em saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendidas na ESF (MOURA *et al*, 2019). Quando tais intervenções não são abordadas, pode comprometer o autocuidado dos indivíduos, assim como aconteceu em uma pesquisa (Estudo 6) que avaliou a literacia em saúde de pessoas com doenças cardiovasculares e teve como resultado o déficit de compreensão da doença, de orientações médicas e o não hábito de fazer perguntas aos profissionais no ato das consultas (CHEHUEN NETO *et al.*, 2019).

O letramento inadequado pode ser superado a partir de ações que busquem o desenvolvimento de habilidades dos usuários para o acesso à informação, aos serviços de saúde e à comunicação efetiva com a equipe de saúde (SANTOS *et al.*, 2017). Entretanto, considera-se também, o nível de escolaridade e a idade como fatores que possam influenciar na forma de compreensão das informações para os cuidados em saúde. Essa realidade foi encontrada na pesquisa (Estudo 8) sobre literacia em saúde de idosos com hipertensão arterial atendidas na ESF, que revelou letramento inadequado na maioria dos participantes devido, principalmente, as variáveis sociodemográficas (LIMA *et al.*, 2020).

Aumentar a literacia em saúde envolve acesso, compreensão e avaliação das informações adquiridas, para que ocorra o aprendizado e a efetiva aplicabilidade destes aspectos na produção de uma vida mais saudável (MOREIRA; MARTINS, 2020). Nesse sentido, um artigo (Estudo 1) encontrado contemplou a *dimensão prevenção de doenças*, que revelou que o acesso à informação e aos insumos são as melhores formas de prevenção contra o vírus HIV/Aids (PARKER *et al*, 2016).

Apenas um artigo (Estudo 7) enfocou aspectos de *promoção da saúde* e configurou a dimensão 3 da literacia em saúde. Nele, encontrou que gestantes

adolescentes residentes em zona rural de um município do interior da região Nordeste brasileira tem menor conhecimento e acesso de informações sobre o ciclo gravídico – puerperal ao comparar com outras gestantes adultas moradoras na mesma localidade. Como sugestão para melhorar os impactos dessa realidade, estratégias de promoção à saúde devem ser orientadas pelos profissionais de saúde nas consultas de pré-natal, por meio de uma linguagem simples e universal, para atender as necessidades de educação em saúde de gestantes com baixo nível de letramento em saúde (FRANÇA *et al.*, 2020).

Literacia para a saúde e interprofissionalidade

Entre os estudos analisados nesta revisão, os Estudos 2, 6, 9 e 10, reportaram a literacia em saúde como ferramenta de diagnóstico para subsidiar a atuação educacional de alguns profissionais, com destaque para aqueles da assistência hospitalar e especializada em reabilitação, como cirurgiões, fisioterapeutas e enfermeiros.

Por outro lado, foi identificado nos estudos 3, 5 e 7, que na ESF, o médico e o enfermeiro também atuam com algumas limitações para promover o letramento em saúde, seja por falha de comunicação entre a equipe ou seja nos casos em que há usuários que apresentam dificuldade de adesão e continuidade de tratamento para determinadas doenças ou condições de saúde, devido a fatores como déficit cognitivo, idade avançada ou precoce, baixa escolaridade e interesse em conhecer os cuidados em saúde (LIMA *et al.*, 2020; MOURA *et al.*, 2019; FRANÇA *et al.*, 2020).

Para minimizar essas situações, é importante que esses profissionais promovam educação, comunicação e orientação aos usuários, utilizando-se de ferramentas que possibilitem o compartilhamento do interlocutor e a compreensão do receptor sobre a informação em saúde. Os resultados poderão ser promissores após avaliação do plano de cuidado individual ou coletivo implementado. Espera-se que esses usuários manifestem empoderamento para o autocuidado.

Na análise de similitude do *corpus* textual analisado, os dois núcleos centrais apresentam aspectos de interconexão direta que delineiam como a literacia em saúde é requerida nos diversos mecanismos de ação em saúde, que abrangem tanto a atenção individual quanto a coletiva.

Verifica-se, ainda, de modo graficamente oposto, o léxico “equipe” posicionando-se distante, caracterizando uma atuação profissional que não utiliza a literacia para balizar sua abordagem ao “usuário” quanto aos aspectos da “doença”, “adesão” ao tratamento ou “(auto)cuidado”, reforçando os resultados encontrados nos artigos científicos analisados.

As equipes de ESF precisam ser despertadas para criar intervenções educativas que visem não só abordar a doença, mas que tentem englobar ações a serem realizadas de forma contínua para atender as necessidades de alfabetização em saúde de seus usuários (MOURA *et al.*, 2019). Para tanto, eles precisam atuar de forma interprofissional para se conseguir êxitos no letramento em saúde da comunidade adscrita.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de escopo mapeou produções brasileiras publicadas em periódicos nacionais e internacionais acerca da literacia em saúde e sua interface com a interprofissionalidade. Embora o número de publicações finais analisadas tenha sido escasso, observa-se que algumas delas trazem aspectos da atuação dos profissionais de saúde em conexão com o objeto da literacia em saúde, que é a saúde individual e coletiva em suas dimensões de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Os resultados desta revisão precisam ser considerados à luz das suas limitações. Apesar dos autores terem planejado as estratégias de buscas, mediante consulta e utilização de descritores das ciências da saúde, é possível que artigos científicos publicados por revistas nacionais ou internacionais indexados nas bases de dados exploradas não tenham sido identificados nesta revisão.

Por outro lado, este estudo apresenta pontos positivos que merecem ser destacados. Foi realizada uma pesquisa sistemática baseada em referências reconhecidas internacionalmente, como PRISMA-ScR e Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Utilizou-se software específico para análise de material textual, que identifica a conectividade entre os termos relacionados ao material analisado, considerando o conteúdo semântico envolvido nos textos processados. Ademais, foi feito uso de duas fontes de dados, uma de abrangência nacional e outra internacional, possibilitando ampla cobertura na busca dos trabalhos relacionados aos temas aqui estudados.

Percebe-se que o campo de estudo da literacia em saúde e sua interface com a interprofissionalidade requer mais publicações, refletindo uma grande lacuna para ser preenchida com pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

BISPO JUNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. **Physis**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, e280310, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PnaPS**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMARGO, Priscila Nicoletti Neves *et al.* Estudo qualitativo da percepção de usuários hipertensos e diabéticos sobre saúde na Atenção Primária. **Revista de Ciências Médicas**, [S.L.], v. 30, p. 1, 11 mar. 2021.

CAMARGO, Brígido V.; JUSTO, Ana M.. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CHEHUEN NETO, José Antonio *et al.* Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v.24, n. 3, p. 1121-1132, Mar. 2019.

CUNHA, Gilmara Holanda da *et al.* Health literacy for people living with HIV/Aids: an integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 1, p. 180-188, Feb. 2017.

FRANÇA, Allen Suzane *et al.* Evaluating Health Literacy among Adolescent and Young Adult Pregnant Women from a Low-Income Area of Northeast Brazil. **Int J Environ Res Public Health**. V.17, n.23, p.8806., nov. 2020.

GOLDCHMIT, Sara Miriam *et al.* Patient Education in Orthopedics: the role of information design and user experience. **Current Reviews In Musculoskeletal Medicine**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 9-15, 6 jan. 2021.

LIMA, Juliana Piveta de *et al.* Letramento funcional em saúde de idosos com hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 3, e20190848, 2020.

MEDICINE, Institute Of. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. **Washington (Dc): National Academies Press (Us)**, [S.L.], 29 jun. 2004.

MOHER, David *et al.*; Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the prisma statement. **Plos Medicine**, [S.L.], v. 6, n. 7, p. 1-6, 21 jul. 2009.

MOREIRA, Kéllen Campos Castro; MARTINS, Rosane Aparecida de Sousa. A não vacinação dos filhos e a literacia para a saúde. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, p. 1055-1063, Supl. 3, 2020.

MOURA, Nády dos Santos *et al.* Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.72, n.3, p.700-706, June, 2019.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Health literacy: The solid facts**. 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>. Acesso em: 06 maio 2021.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development**. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>. Acesso em: 06 maio 2021.

PARKER, Richard G. *et al.* Prevention literacy: community-based advocacy for access and ownership of the HIV prevention toolkit. **J Int AIDS Soc**. v.19, n.1, p.21092, Sep 2016.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi *et al.* Health literacy of older people in primary care. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n.spe1, p.129-135, 2012.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.303-11, 2001.

PETERS, Micah *et al.* Chapter 11: ScopingReviews. In: **JB I Manual for Evidence Synthesis**. [s.l.]: JBI, 2020.

QUEMELO, Paulo Roberto Veiga *et al.* Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.2, p.e00179715,2017.

SANTOS, JackellineEvelin Moreira dos *et al.* Legibilidade de prospecto facilitador e letramento em saúde de indivíduos com marcapasso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 3, p. 633-639, June 2017.

SORENSEN, Kristine *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **Bmc Public Health**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 1-13, 2012.

4.2 Cuidado de Si

Alinhando-se ao conceito de LS, o cuidado de si é considerado como algo concreto e que deve ser efetuado de modo prático, requerendo o entendimento de que é necessário ocupar-se de si mesmo, não esquecer de si e dedicar estratégias de cuidado consigo.

Para alcançar esse propósito, o cuidado de si pressupõe a necessidade de delinear um conjunto de atitudes para consigo e para com os outros ao seu redor, direcionar o olhar do exterior para o interior de si e pautar as ações executadas de si para consigo, em um processo intenso de autotransformação (FOUCAULT, 2014). Devido a essa conexão, optou-se pela adoção da perspectiva foucaultiana do cuidado de si como referencial teórico para este estudo, e está apresentada, de modo resumido, a seguir.

O cuidado de si pode ser compreendido como uma forma de vida que vai além de uma simples preparação momentânea de viver. É um pensamento grego que tem o objetivo de fazer o homem olhar para si mesmo para dar conta da sua própria conduta para consigo e com os outros, transformando-se, assim, em um sujeito ético (FOUCAULT, 2006).

Foucault resgata a proposta de cuidar de si ao estudar Sócrates e se deparar com o “Conhece-te a ti mesmo” e perceber que o cuidar de si foi perdendo o protagonismo ao longo da história moderna. O “Conhece-te a ti mesmo” traz o convite de conhecer tudo que rodeia o indivíduo, desde seus impulsos, desejos, afetos até relações pessoais, permitindo ao sujeito atuar de forma ética, entendendo quais forças que atravessam seu corpo e quais moldam seus desejos, querer e afetos (NASCIMENTO, 2017).

Assim, esse autoconhecimento torna possível que o indivíduo exerça poder sobre si, ao não mais se permitir ser governado por seus próprios impulsos e desejos e nem pelo de terceiros. Com isso, o sujeito ao governar seu corpo, poderá desempenhar de forma plena seu papel na sociedade. E esse processo assemelha-se ao de um escultor, ao lapidar de forma artística a sua própria existência, trazendo, assim, a ideia de fazer da vida uma obra de arte.

Nesse sentido, as ferramentas para se criar e dar forma a uma subjetividade é denominada, por Foucault, como técnicas de si, que envolvem práticas de meditação, exercício, abstinência, dentre outras (FOUCAULT, 2006). Trazer essa dimensão filosófica para a APS e, mais especificamente, para a promoção de saúde de ACS é uma oportunidade de avançar com estratégias que já se mostraram exitosas.

É importante destacar que, apoiado neste referencial teórico-filosófico, o cuidado de si abordado neste estudo se referiu aos modos como os ACS percebem sua saúde e efetuam o seu cuidado e o cuidado dos seus, além das pessoas com quem convivem no território durante o processo de trabalho.

Nesse aspecto, suas necessidades são singulares, suas percepções únicas, envolvidas em contextos sociais parecidos e ao mesmo tempo diferentes. Mas, enquanto profissionais de saúde, inseridos em uma estratégia de atenção ancorada nos princípios e diretrizes do SUS, estes sujeitos têm muito a delinear o cuidado que dispensam a si mesmas e, dessa forma, tem-se um olhar inédito do fenômeno estudado.

Traz ainda um percurso diferente dos já trilhados arcabouços teóricos consolidados, ultrapassando as teorias do autocuidado e revelando a autonomia desses profissionais de saúde nas formas de pensar e praticar o cuidado consigo.

Método



5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

O presente trabalho se caracteriza como pesquisa de campo, exploratório-descritiva, do tipo pesquisa-intervenção. Na pesquisa de campo, a coleta de dados ocorre nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem, podendo ser diretamente observados pelo pesquisador (SEVERINO, 2013).

Quanto aos objetivos, caracteriza-se como pesquisa exploratória, que visa proporcionar maior familiaridade com o problema em estudo, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses, a partir da investigação junto a pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (GIL, 2022). Além disso, apresenta-se como pesquisa descritiva, pois se direciona para a observação, registro, análise e correlação entre os fenômenos que envolvem o conhecimento e a aplicabilidade dos temas em saúde nas decisões do cotidiano, buscando conhecer as diversas situações e relações envolvidas com o comportamento humano (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2007).

Quanto à natureza, delinea-se como pesquisa-intervenção com desenho participativo, pois estudos desse tipo visam unir teoria e prática, configurando-se instrumento científico e pedagógico para transformação local, mediante relação de confiança mútua (ANTUNES et al., 2016), na qual pesquisador e pesquisado relacionam-se de modo colaborativo.

A intervenção deste estudo consistiu em uma atividade educativa no formato de curso teórico-prático, conduzido por um dos pesquisadores. Teve como temática Alimentação Saudável e Prática Corporal – estratégias para Promoção da Saúde.

Para auxiliar na definição da abordagem do estudo, partiu-se do entendimento de que os estudos mistos são fundamentais, pois as abordagens quantitativa e qualitativa se completam e interagem mutuamente, tratando da magnitude e da intensidade do fenômeno estudado de modo complementar (MINAYO, 2017). Assim, visando usar as várias lentes para o mesmo fenômeno e encontrar os pontos comuns entre elas, optou-se pelo método misto de investigação, considerando que, em alguns momentos da pesquisa, as elaborações ocorram de maneira distinta, predominando uma ou outra abordagem.

Nesse sentido, o eixo qualitativo envolve a realização e análise de entrevistas, enquanto o eixo quantitativo envolveu a aplicação de questionários e escalas, além da

realização de exames laboratoriais e análise clínica de medidas antropométricas, favorecendo assim a compreensão global acerca dos processos envolvendo o acesso à informação de saúde, sua compreensão, interpretação e tomada de atitudes em relação às melhores formas de cuidado de si para promoção da saúde.

5.2 Cenário do estudo e período de coleta de dados

Definiu-se como cenário de pesquisa o município de Assaré, situado ao sul do estado do Ceará, a uma distância de 520 km da capital Fortaleza, com uma população de 23.417 habitantes, conforme o Censo 2010 (IBGE, 2022) distribuídos em 1.116.320 km² de área territorial (Figura 6). O referido município ofereceu apoio operacional para a realização da pesquisa e considerou as horas de participação no curso como parte da jornada de trabalho dos participantes. A escolha do município se deu por ser o local de trabalho do pesquisador principal.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a julho de 2022.



Figura 6. Mapa do Município de Assaré, que integra a Região do Cariri Cearense.

Fonte: Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crato- SPSMC.

5.3 Participantes do estudo

Compuseram o universo desta investigação os agentes comunitários de saúde que estavam vinculados à Secretaria Municipal de Assaré durante o período de coleta de

dados. Esse quantitativo perfaz um total de 63 profissionais, distribuídos em 10 equipes de saúde, segundo dados levantados junto ao sistema e-gestor do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), referente ao mês de março de 2021.

O grupo de participantes da intervenção consistiu naqueles que corresponderam aos seguintes critérios de inclusão: estar em situação laboral regular (vínculo ativo) no período da coleta de dados e ter a aptidão física para se deslocar até a sede do município para participar das atividades da intervenção educativa. Foram excluídos da pesquisa aqueles que se encontravam em gozo de férias trabalhistas (n=05), licença por qualquer motivo (n=0), desligamento do trabalho (n=01) ou que faltaram a um ou mais encontros do curso (n=02).

5.4 Intervenção educativa - Curso Práticas Corporais e Alimentação Saudável

Inicialmente foi apresentado o estudo à Secretaria Municipal de Saúde de Assaré. Após a aceitação, foi assinado um documento e um termo de compromisso que garantiu um espaço protegido, tanto físico quanto de liberação dos ACS no momento das atividades, permitindo informar na produção mensal a participação no estudo como prática na comunidade.

O primeiro contato com os ACS foi efetuado em reunião agendada pela Secretaria Municipal de Saúde, em abril de 2022, visando apresentar o projeto, objetivos e os passos da pesquisa. Ainda nesse primeiro momento, os questionários pré-intervenção foram aplicados e apresentada a programação do curso Promoção de Práticas Corporais e Alimentação Saudável.

O curso foi realizado durante o mês de abril de 2022, organizado em quatro encontros semanais, com duração de quatro horas cada, perfazendo um total de 16 horas. Em cada encontro, um assunto central relacionado à alimentação saudável foi abordado, assim como a realização do LG18T em conjunto (Figura 7).



Figura 7. Registros do Curso Promoção da Alimentação Saudável e Prática Corporal.

Fonte: arquivo da pesquisa (2022).

O material didático-instrucional utilizado foi previamente elaborado pelos pesquisadores e impresso no formato de livreto (APÊNDICE A), baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014; 2018; 2021), sendo previamente revisado por um nutricionista antes de sua utilização e registro na Agência do ISBN da Câmara Brasileira do Livro (ANEXO A).

Os temas centrais sobre alimentação versaram sobre: por que precisamos pensar e adotar uma alimentação saudável; questões comportamentais que influenciam o cuidado de si; nova classificação dos alimentos; o que colocar no prato; exemplos de refeições saudáveis; 10 passos para uma alimentação saudável; enfrentar as principais dificuldades; carboidratos, proteínas, lipídios e nutrientes; montando pratos com base no recordatório alimentar das últimas 24 horas.

Os conteúdos referentes à prática corporal envolveram: por que precisamos pensar e adotar uma prática corporal/atividade física (PC/AF); questões comportamentais que influenciam o cuidado de si; importância da PC/AF para a saúde e o bem-estar; a prática corporal como uma prática integrativa/complementar em saúde; conhecendo o Lian Gong em 18 Terapias (LG18T); praticando o LG18T.

O LG18T consiste em uma prática da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que foi inicialmente desenvolvida para tratar problemas álgicos e osteomusculares. Trazido ao Brasil na década de 70, passou a ser realizado como prática para promoção da saúde, pois mobiliza tendões, músculos e ossos, assim como promove melhor circulação da energia vital (Qi) e dos fluidos orgânicos, conferindo bem-estar ao praticante.

As práticas corporais chinesas trabalham corpo e mente, respeitando a influência das emoções (raiva, alegria, medo, ansiedade) sobre o corpo, a fim de reequilibrar as funções orgânicas, diminuindo o estresse e a ansiedade. Sob este prisma pode-se acrescentar que, além dos benefícios físicos, o LG influencia o bem-estar mental e emocional, aumentando a capacidade de concentração, percepção dos limites do corpo e disposição para executar as tarefas rotineiras, melhorando a qualidade do sono, autoestima e despertando o interesse de cada indivíduo em ser um sujeito ativo na própria saúde (HANASHIRO; BOTELHO, 2011).

Constitui um conjunto de 18 exercícios, agrupados em três séries: movimentos da cabeça e pescoço (1ª. série); movimentos do tronco e membros superiores (2ª. série); movimentos das pernas e glúteos (3ª. série). O tempo necessário para sua completa realização é, em média, de 12 minutos, e foram efetuados ao final de cada dia do curso, guiados por vídeo instrucional elaborado pela Associação Brasileira de LG18T, que contém a demonstração da técnica e música específica para a sincronia correta dos exercícios com os movimentos respiratórios. Os participantes foram incentivados a praticarem também nos dias em que não houvesse encontro.

Foram realizados oito encontros para realização do LG18T, nos quais o pesquisador conduziu os movimentos, demonstrando e realizando juntamente com os participantes. Quanto à promoção da alimentação saudável, os temas foram abordados de maneira expositivo-dialogada, numa linguagem sensível, em que os principais grupos de macronutrientes (proteínas, lipídios e carboidratos) e o consumo de água constituíram os conteúdos essenciais.

Recursos visuais (figuras coloridas) para simulação de pratos foram utilizados para facilitar o entendimento sobre como montar uma refeição mais saudável, avaliando

a cada encontro a compreensão dos participantes e retirando possíveis dúvidas sobre os conteúdos abordados. Estes momentos foram efetuados por todos os ACS, em um momento dinâmico e participativo.

5.5 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Por tratar-se de pesquisa-intervenção, a coleta de dados ocorreu em diversos momentos antes, durante e após a realização da intervenção, cujas etapas foram organizadas em atenção aos objetivos do estudo e a redução de possíveis vieses de coleta.

Essa recolha de dados ocorreu mediante processo de triangulação de dados, possibilitada pela aplicação de questionários, escalas, coleta de medidas antropométricas, exames laboratoriais, registros fotográficos e realização de entrevistas.

Justifica-se a escolha da triangulação pelo seu potencial de favorecer melhor compreensão e profundidade sobre o fenômeno estudado, possibilitando apreender a realidade sob diversos pontos, garantindo sofisticação e rigor científico ao trabalho (SANTOS et al., 2020).

Considerando este raciocínio, a coleta de dados ocorreu pela aplicação dos instrumentos, conforme detalhado a seguir.

a) Perfil dos participantes

Para a obtenção dos dados relativos ao perfil dos participantes, foi aplicado o Questionário sociodemográfico e profissiográfico elaborado para a pesquisa (APÊNDICE B), e investigou as variáveis independentes: sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, tempo de trabalho como ACS e localização do território de atuação.

b) Avaliação do comportamento alimentar

Em relação à análise do comportamento alimentar, foram utilizados os seguintes instrumentos: Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar (FMCA), Recordatório Alimentar de 24 horas, coleta de sangue para exames laboratoriais visando avaliar perfil lipídico e glicêmico, e avaliação antropométrica.

O FMCA (ANEXO B) é um instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de tornar simples a coleta de dados sobre o consumo alimentar das pessoas e potencializar a análise dessas informações obtidas no momento do atendimento

individual realizado na APS (BRASIL, 2015).

O formulário está elaborado para pessoas de diversas faixas etárias, sendo utilizado nesta pesquisa apenas os itens referentes aos adultos, que avaliam questões atitudinais quanto ao uso de eletrônicos durante a refeição, quais refeições fez durante o dia e o que consumiu no dia anterior, com base na identificação de marcadores saudáveis (consumo de frutas, verduras e feijão) e não saudáveis (consumo de embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos salgados, bem como o consumo de doces, guloseimas e biscoitos recheados).

O recordatório alimentar consiste em quantificar e definir todos os alimentos e bebidas ingeridas nas últimas 24 horas ou no dia anterior a entrevista. Os alimentos citados no recordatório alimentar foram categorizados e agrupados de acordo com a nova classificação de alimentos proposto no Guia Alimentar para a População Brasileira: alimentos *in natura* ou minimamente processados, processados e ultra processados (BRASIL, 2014; 2018; 2021).

Amostras de sangue dos ACS foram coletadas no consultório da UBS do município por dois funcionários (técnicos de laboratório) do laboratório selecionado previamente para realizar esta etapa da pesquisa, pela cotação de preços estabelecidas no âmbito da administração pública. Para a realização da coleta, seguiu-se o protocolo laboratorial de oito a 12 horas de jejum e a ordem de chegada de cada participante. O perfil glicêmico foi constituído pela glicemia de jejum e hemoglobina glicada. Quanto ao perfil lipídico foram solicitados o colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos. A escolha desses exames se deu pela correlação existente entre as alterações nos perfis glicêmicos e lipídico com as DCNT.

As análises bioquímicas dos exames de sangue foram realizadas no Laboratório Vicente Lemos, único da Região do Cariri acreditado com o selo do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC), reconhecido internacionalmente pela International Society for Quality in Health Care (ISQua) (LABORATÓRIO VICENTE LEMOS, 2022).

Para avaliação do perfil lipídico foi utilizado o equipamento COBAS e 502, utilizando a metodologia da eletroquimioluminescência (ECLIA). Colesterol Total e Triglicerídeos foram analisados através do método de reação colorimétrico enzimático, já o HDL pelo método colorimétrico enzimático homogêneo. A glicemia em jejum também foi analisada no equipamento COBAS e 502 pelo método de reação UV e para a hemoglobina glicada utilizou-se o Equipamento Hb9210 – Trinity, com metodologia –

HPLC (Cromatografia Líquida de Alta Performance) – Afinidade ao Boronato.

Foram obtidas também medidas de estatura, peso, circunferência abdominal e calculado o índice de massa corporal (IMC) dos participantes, para avaliação antropométrica.

c) Avaliação do comportamento quanto à prática corporal/atividade física

Para analisar o comportamento quanto à prática corporal/atividade física, foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário Internacional de Atividade Física – versão longa (IPAQ-L), pelo Questionário de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (VIGITEL) – componente atividade física.

O IPAQ-L (ANEXO C) é composto por 27 questões no formato longo, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998 e testado no ano de 2000 em 12 países, entre eles o Brasil, sendo, portanto, validado e traduzido para a língua portuguesa e tem o objetivo de avaliar adequadamente o nível de atividade física.

Sua aplicação consiste em preencher um formulário em diferentes domínios como trabalho, tarefas domésticas, transporte, lazer, prática de exercício físico e esporte. Após seu preenchimento os METs (Equivalente Metabólico = 1 MET: 3,5 ml/kg/min) são calculados para cada dimensão, bem como apresenta um escore total.

Neste estudo foi utilizado o web-IPAQ (PIRES; PIRES JÚNIOR; OLIVEIRA, 2014), uma versão eletrônica do IPAQ-L, que viabilizou a coleta dos dados mediante videochamada com cada participante, na qual os dados eram colhidos e digitados pelo entrevistador. Após o preenchimento do formulário eletrônico, era obtida a imagem contendo os resultados quantitativos (METs) e qualitativos (nível de AF).

O VIGITEL (ANEXO D) é um questionário utilizado para monitorar os fatores de risco das principais doenças crônicas e fornece informações importantes para o planejamento de políticas públicas de promoção e prevenção, além da avaliação de intervenções realizadas. Dentre os indicadores avaliados pelo VIGITEL, foi utilizado nesse estudo o componente que examina a variável atividade física, composto por 20 questões do tipo dicotômicas, que avaliam as práticas de atividade física e seus aspectos específicos, como modalidade, frequência e regularidade.

Este documento avalia as atividades físicas praticadas, conforme quatro domínios, sendo eles: tempo livre/lazer, atividade ocupacional, deslocamento e atividades domésticas. As respostas são do tipo dicotômicas (sim/não) e de múltipla escolha, que

vão permitir a análise de múltiplos indicadores do padrão de atividade física e a abordagem de aspectos referentes ao exercício físico e aos esportes.

É um marcador para o aprimoramento e democratização da prática esportiva, bem como instrumento de compreensão mais amplo das práticas de atividade física populacional de saúde. Também pode configurar importante marcador social envolvendo a atividade corporal no deslocamento e no lazer.

d) Avaliação dos níveis de Literacia para a Saúde

Em relação à avaliação dos níveis de Literacia para a Saúde, foi aplicado o Questionário European Health Literacy Survey (HLS-EU-Br), validado para o contexto brasileiro por Saboga-Nunes (2016).

A aplicação do HSL-EU-Br pré-intervenção ocorreu após explicação das etapas do estudo aos participantes, em um encontro realizado especificamente para este fim, repetindo-se a coleta no último dia de realização do curso. O tempo médio para preenchimento pelos participantes foi de oito minutos.

O HLS-EU-Br (ANEXO E) busca informações em que o indivíduo se autoavalia face a dificuldade sentida na execução de tarefas relevantes na área da saúde.

É composto por 47 itens, dispostos em uma escala do tipo likert que varia entre 1 e 5 pontos, com respostas variando de Muito difícil à Muito fácil, com a quinta alternativa correspondente ao “Não sabe/ Não respondeu”. Os itens são relacionados com quatro níveis de processamento da informação (acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação relevante para a saúde na tomada de decisões), que estão posicionados dentro de três dimensões: Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (SABOGA-NUNES; SØRENSEN, 2013).

Para cada dimensão, os itens correspondentes da Escala são: Cuidados de Saúde (16 itens=D1 a D16), Prevenção da Doença (15 itens=D17 a D31) e Promoção da Saúde (16 itens=D32 a D47). Importante ressaltar que, para que os resultados obtidos dos participantes sejam considerados válidos, estes deverão responder a pelo menos 80% (n=43) das 47 questões com uma das quatro primeiras opções de resposta (de 1 a 4), ocorrendo ainda que, proporcionalmente, as respostas deverão atender a um número mínimo de respostas válidas, conforme o que segue:

- Na 1ª dimensão obtiver 15 respostas das 16 preconizadas;
- Na 2ª dimensão obtiver 14 respostas das 15 preconizadas;
- Na 3ª dimensão obtiver 14 respostas das 16 preconizadas.

Para efetuar os cálculos relacionados à LS, numa primeira fase, são apurados os índices para as três dimensões da Literacia em Saúde: cuidados de saúde (16 itens), prevenção da doença (16 itens) e promoção da saúde (15 itens) e, em seguida, é calculado o índice de saúde geral que compreende o total dos 47 itens. Para o cálculo dos índices, os itens são invertidos, com os seguintes valores numéricos: 1=muito difícil; 2=difícil; 3=fácil; 4=muito fácil. Desse modo, valores mais elevados demonstrarão maior Literacia em Saúde. Para o cálculo dos índices, é aplicada a seguinte fórmula:

- Índice LS = (média - 1) * (50/3)
- Índice = valor específico calculado
- Média = média de todos os itens considerados para cada indivíduo
- 1 = Valor mínimo de média possível (conduz a um valor mínimo de índice de 0)
- 3 = Variação da média
- 50 = Valor máximo escolhido

Desse modo, os quatro índices calculados são uniformizados numa escala métrica variável entre 0 e 50, em que 0 representa o mínimo de Literacia para a Saúde possível e 50 representa o melhor valor possível de Literacia para a Saúde, sendo possível identificar os níveis de LS de cada participante (Quadro 3).

Quadro 3. Níveis de Literacia em Saúde obtidos pela Escala HLS-EU-Br.

Inadequado	Problemático	Suficiente	Excelente
0 a 25 pontos (até 50%)	> 25 a 33 pontos (50% a 66%)	> 33 a 42 pontos (66% a 84%)	> 42 a 50 pontos (acima de 84%)

Fonte: Saboga-Nunes (2016)

e) Avaliação do estágio de prontidão para mudança do comportamento

Os estágios de prontidão para mudança de comportamento dos participantes quanto à adoção de comportamento saudável sobre alimentação e prática corporal/atividade física também foram analisados.

O Questionário de Estágios do Comportamento (PROCHASKA; MARCUS, 1994) foi aplicado para avaliar o estágio de mudança de comportamento após a intervenção (APÊNDICE C) e considerou cinco estágios: Pré-contemplação (não realiza e não tem intenção de iniciar); Contemplação (não realiza, mas está pensando em iniciar); Preparação (realiza algumas vezes, mas não regularmente); Ação (realiza, mas iniciou

nos últimos dois meses); e Manutenção (realiza regularmente e iniciou há mais de dois meses). Assim, o instrumento possibilita identificar não só o comportamento atual, mas também a intenção de mudar hábitos num futuro próximo (SPENCER et al., 2006).

f) Apreensão da percepção dos ACS quanto aos efeitos da intervenção educativa

Antes de iniciar a intervenção (primeiro momento) e decorridos dois meses da intervenção (segundo momento), ocorreu a realização das entrevistas (APÊNDICE D), sendo conduzidas por entrevistadores diferentes para cada momento para evitar possíveis vieses de coleta, e foram guiadas pelas seguintes perguntas: “Como você percebe sua saúde atualmente?”, “O que tem feito para cuidar de si?”, “Como tem realizado atualmente o cuidado de si em relação a alimentação e prática corporal/atividade física?”

As entrevistas pré-intervenção ocorreram no consultório da UBS, sendo realizada pelo pesquisador principal e executor da intervenção. Já as entrevistas pós-intervenção foram conduzidas por dois pesquisadores que receberam treinamento prévio para conduzir a conversa direcionada à coleta de dados, que ocorreu por meio virtual, via plataforma *Google Meet*, por chamadas individuais com cada participante.

O fluxo de execução da pesquisa-intervenção está ilustrado na Figura 8.



Figura 8. Fluxo de execução da intervenção educativa e da aplicação dos questionários realizadas com os ACS.

5.6 Organização e análise dos dados

Os dados quantitativos foram digitados em planilhas no Microsoft Excel e exportadas para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0, para processamento e análise. Devido a amostra apresentar características de não normalidade verificadas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, realizou-se estatística descritiva simples e inferencial, por meio dos testes não paramétricos de McNemar-Bowker, Wilcoxon e Qui-quadrado, e o nível de significância foi considerando quando $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Os relatos dos participantes foram registrados em áudio e, em seguida, transcritos para documento de texto no Libre Office Writer, versão 7.2, para ajustes quanto à uniformização de termos e adição de recursos do tipo *underline* quando necessários, a fim de compor os *corpora* textuais (*corpus* pré-intervenção e *corpus* pós-intervenção) adequados para exportação ao software IRaMuTeQ (Interface de R pour l'Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0.7 alpha 2.

Pela interface com o software R, o IRaMuTeQ realiza várias possibilidades de processamento e análises estatísticas de textos e de questionários (SALVADOR et al, 2018), sendo a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a Análise de Similitude (AS) utilizadas no contexto desta pesquisa.

A CHD realiza a partição do *corpus* e origina classes de segmentos de texto (ST) que apresentam vocabulário semelhante para as expressões da mesma classe, mas diferentes dos ST das outras classes, classificadas por meio do teste de Qui-quadrado, viabilizando apreender o fenômeno e identificar suas singularidades. Destaca-se que ocorre o bom aproveitamento do *corpus* quando o percentual de retenção dos ST é igual ou superior a 75% (CAMARGO; JUSTO, 2021).

Já a AS possibilita identificar as coocorrências e a conexão entre as palavras do *corpus*, dispondo visualmente a estrutura da representação do objeto estudado no formato de árvore, contendo agrupamentos coloridos, denominados “comunidades”, e circundados por halos que estabelecem os limites de conexão entre eles (CAMARGO; JUSTO; 2021). Assim, ambas as análises auxiliaram a interpretação dos resultados à luz do referencial teórico do Cuidado de Si e da Literacia para a Saúde.

5.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Esta pesquisa faz parte de um estudo de maior abrangência sobre Literacia para a saúde, *flow* no trabalho e autoeficácia ocupacional, apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Cariri, com parecer favorável nº 5.168.683 (ANEXO F).

Além desta autorização, como uma forma de atender às exigências ético-legais brasileiras, foram obedecidos todos os demais itens dispostos na Resolução n. 466 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012), assim como as orientações detalhadas na Resolução n. 510 do mesmo Conselho a qual dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes (BRASIL, 2016), especialmente quanto à orientação aos mesmos sobre os objetivos, finalidade e risco do estudo, além da garantia do anonimato dos mesmos e do direito de se retirarem da investigação a qualquer momento, sem que isso acarrete algum prejuízo.

É imperativo ressaltar que o preenchimento dos questionários e a coleta de sangue para exames laboratoriais só ocorreram após prévia autorização expressa da Secretaria Municipal de Saúde de Assaré por meio de carta de anuência (ANEXO G), e da autorização de cada participante formalizada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E). Os resultados dos exames sanguíneos também foram abertos pelo próprio ACS, ocasião que ocorreu junto com a consulta médica realizada pelo pesquisador principal, adotando-se, conforme cada caso, as providências clínicas, terapêuticas, de orientação e encaminhamentos necessários.

O referido projeto de pesquisa também recebeu apoio financeiro para sua execução por meio do edital 05/2021 – apoio a projetos de pesquisa da Pró-reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação da Universidade Federal do Cariri (PRPI-UFCA).

Resultados



7 RESULTADOS

A organização e análise dos dados desta pesquisa-intervenção possibilitaram a elaboração de três manuscritos, orientados conforme os objetivos propostos e estão apresentados nesta seção.

O primeiro manuscrito, cujo título é **Efeitos de uma Intervenção Educativa de Promoção ao Autocuidado sobre as Práticas Corporais de Agentes Comunitários de Saúde**, teve como objetivo analisar a adesão de agentes comunitários de saúde à prática corporal/atividade física após participação em um curso de promoção ao autocuidado. Este trabalho responde ao proposto nos objetivos específicos 2, 3 e 5.

O segundo manuscrito, intitulado **Efeitos de uma Intervenção Educativa de Promoção ao Autocuidado sobre Comportamento Alimentar de Agentes Comunitários de Saúde**, foi elaborado com o objetivo de analisar o comportamento alimentar de Agentes Comunitários de Saúde antes e após suas participações em um curso de promoção ao autocuidado e contemplou os objetivos específicos 2, 3, 4 e 5.

O terceiro manuscrito, cujo título é **Percepções de Agentes Comunitários de Saúde sobre os Efeitos de um Curso de Promoção ao Cuidado de Si quanto a Adesão a Comportamentos Saudáveis**, teve como objetivo apreender as percepções de saúde e as práticas do cuidado de si de Agentes Comunitários de Saúde antes e após a participação em um programa de intervenção educativa sobre promoção da atividade física e alimentação saudável. Assim, este manuscrito atende aos objetivos específicos 1, 2, 3, 6 e 7.

6.1 MANUSCRITO 1

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DE PROMOÇÃO AO AUTOCUIDADO SOBRE AS PRÁTICAS CORPORAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

João Guilherme Bentes de Araújo Rodrigues

Maria Rosilene Cândido Moreira

RESUMO

Objetivo: o presente estudo teve como objetivo avaliar a adesão de agentes comunitários de saúde à prática corporal/atividade física após participação em um curso de promoção ao autocuidado. **Método:** estudo com abordagem quantitativa, do tipo pesquisa-intervenção, com 55 agentes comunitários de saúde (ACS) de um município do sul cearense. A intervenção educativa teve como temática a promoção da alimentação saudável e atividade corporal, sendo realizada durante o mês de abril de 2022, em encontros semanais com duração de quatro horas cada, perfazendo um total de 16 horas, nos quais os participantes exercitaram a simulação de pratos saudáveis e praticaram Lian Gong em 18 terapias (LG18T). Para a coleta de dados, foram utilizados, antes e após a intervenção, o questionário internacional de atividade física – versão longa (IPAQ-L), o questionário de vigilância de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis (VIGITEL) – componente atividade física, realizada avaliação de dados antropométricos (peso, IMC, circunferência abdominal) e verificação do estágio de mudança de comportamento em relação à prática corporal/atividade física à luz do Modelo Transteórico, que auxilia na compreensão da mudança comportamental relacionada à saúde. **Resultados:** a maioria dos ACS (96,4%) foi considerada muito ativa, porém com maior gasto metabólico durante as atividades laborais (6.861 METs) e em grau moderado de intensidade (6.077 METs). Houve melhoria significativa dos níveis de atividade física (47,3% - 65,5%; $p < 0,0001$), com 47% dos ACS no estágio de ação e 22% no de manutenção em relação à prática. Houve melhoria nas medidas da circunferência abdominal, peso e IMC, ($p < 0,05$). Todos os ACS realizaram o LG18T de modo satisfatório. **Conclusão:** A realização da intervenção educativa de promoção ao autocuidado favoreceu a implementação de comportamentos mais saudáveis em relação à atividade corporal/atividade física, promovendo melhoria na saúde desses trabalhadores.

Palavras-chave: Atividade física; Autocuidado; Promoção da Saúde; Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

O Brasil passou por um processo de melhoria da expectativa de vida da população, justificada, em parte, pelos investimentos em saneamento básico, mudanças socioeconômicas, melhora ao acesso a equipamentos de saúde e pela urbanização das cidades, que contribuiu para o processo de transição demográfica e epidemiológica da população brasileira, caracterizado pelo envelhecimento da sociedade e aumento das condições crônicas de saúde (PEIXOTO, 2020).

O perfil epidemiológico atual das causas de mortalidade no Brasil mostra um predomínio de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de causas externas, apesar da persistência das doenças transmissíveis na composição das principais causas do perfil de saúde do país, denominado como tripla carga de agravos à saúde (MENDES, 2010).

A ampliação da mortalidade por DCNT, reforçou a importância de se pesquisar e divulgar o papel das práticas corporais e da atividade física na prevenção desses agravos e na promoção da saúde. Atualmente, as principais diretrizes das sociedades médicas apontam para a mudança do estilo de vida, com destaque à prática de atividade física, como a principal medida não farmacológica no tratamento e na prevenção das doenças endócrinas e cardiovasculares (BARROSO et. al., 2020).

Por Prática Corporal (PC) compreende-se a expressão individual do movimento corporal, proveniente do conhecimento e da experiência com alguma atividade física, tais como a dança, esporte, luta, ginástica, em que a culturalidade está presente (BRASIL, 2015). São manifestações concretas de educação do corpo, de descobertas e prazeres, que se relacionam aos valores, ideais de corpos, saúde, beleza e felicidade dos seus praticantes (MELO; ANTUNES; SCHNEIDER, 2005), constituindo instrumentos terapêuticos e promotores de saúde (FRANCO et al., 2021).

Já Atividade Física (AF) é definida como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia, incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer (OMS, 2020). Neste estudo, considerou-se a terminologia conjunta PC e AF, considerando as políticas de saúde vigentes no contexto brasileiro, em especial, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014).

A PC é estimulada como uma prática integrativa do SUS, podendo ser realizada como forma de promoção, prevenção ou tratamento de condições de saúde

(BRASIL,2019). Já a AF, em adultos, é recomendada como prática semanal de pelo menos 150 minutos de intensidade moderada ou 75 minutos de intensidade vigorosa, podendo, como benefício adicional, aumentar gradualmente e, idealmente, de forma supervisionada, para 300 minutos por semana nas atividades físicas de moderada intensidade e 150 minutos nas de vigorosa intensidade, ou uma combinação equivalente de ambos. Os exercícios aeróbicos podem ser praticados por 30 minutos em 5 a 7 dias por semana (BARROSO et. al. 2020).

A OMS, em sua diretriz para AF e comportamento sedentário, reforça os benefícios proporcionados por sua prática. Tal atividade tem um papel fundamental na diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares, bem como na redução da incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e de alguns tipos de cânceres (bexiga, mama, cólon, endométrio, adenocarcinoma, esofágico, estômago e rim), além de melhorar a saúde mental, cognitiva e o sono dos praticantes (OMS, 2020).

Apesar da importância do tema na prevenção e tratamento não farmacológico das DCNT, o número de pessoas que estão sedentárias alcançou um nível preocupante. Segundo pesquisa realizada pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), no ano de 2021 identificou-se que 48,2% dos adultos no Brasil não alcançaram um nível suficiente de prática de AF, sendo indivíduos do sexo feminino o grupo mais representativo (55,7%), contra 39,3% do sexo masculino (BRASIL, 2021).

Em se tratando da saúde dos trabalhadores da saúde, esta tem sido relacionada a estímulos emocionais no trabalho, ambiente laboral, desgaste físico, insatisfação com as condições de trabalho, alta carga de exigências, dentre outros aspectos, configurando em aumento das atividades do serviço e interferindo negativamente sobre os cuidados com a saúde, favorecendo, assim, a inatividade física e o comportamento sedentário nesse público (SILVA et al, 2018; GONÇALVES et al, 2020).

Estudo realizado com profissionais da atenção primária à saúde (SOUSA et al., 2017) revelou prevalência de 55,6% de profissionais sedentários e 52,8% insuficientemente ativos no trabalho, refletindo um comportamento que é modificável pela adoção de práticas corporais saudáveis. Outro estudo (DOMINGUES et al, 2019) revelou prevalência de 29,4% de DCNT em profissionais de saúde, com 42,9% destes em níveis glicêmicos alterados e 27,7% com níveis tensionais elevados, ilustrando a relação entre a rotina de trabalho na saúde, as DCNT e o autocuidado desses trabalhadores.

O VIGITEL é uma estratégia do Ministério da Saúde que tem o propósito de estruturar o Sistema de Vigilância das DCNT nas três esferas do Sistema Único de Saúde. Tem o objetivo de acompanhar os principais determinantes de DCNT, monitorando a frequência e a distribuição dos principais fatores de risco e de proteção das DCNT e é realizado em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Como forma de avaliar o nível de AF e averiguar se há correspondência com as recomendações das principais diretrizes para o enfrentamento das DCNT, o Questionário Internacional da Atividade Física (IPAQ) tem sido um importante instrumento investigatório, validado internacionalmente, que permite estimar o tempo semanal gasto na realização da atividade física em diferentes contextos do cotidiano, tais como trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, de intensidades moderada a vigorosa, calculada de acordo com o equivalente metabólico (MET).

O MET é um marcador utilizado por educadores físicos, nutricionistas e médicos para expressar a elevação do metabolismo quando a pessoa está em repouso. Esse método estima o gasto energético de AF pelo número de vezes em que foi aumentado (múltiplo) o consumo de oxigênio em comparação ao consumo em repouso. Dessa forma, o valor de 1 MET representa a taxa média do consumo de oxigênio em repouso ($1 \text{ MET} = 3,5 \text{ ml/kg/min}$). Assim, nas atividades moderadas estima-se um gasto entre 3,0 a 5,9 METs, enquanto nas atividades vigorosas, um gasto superior a 6 METs (PIRES et. al., 2014; AINSWORTH et al., 2011).

Estimular a prática corporal/atividade física é uma importante estratégia para promoção de saúde, não só para a população em geral, mas também para profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). Estudo realizado com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Rio Grande do Norte (PINHEIRO et al., 2019) constatou que tais profissionais apontavam as técnicas de relaxamento e práticas de exercícios físicos como recursos valiosos para melhorar o condicionamento físico.

Os ACS têm um papel fundamental na interligação dos serviços de saúde à população. Entender o perfil desses profissionais quanto aos comportamentos associados às prática corporais e atividade física pode auxiliar na formulação de estratégias que visem o bem-estar desses trabalhadores e, posteriormente, contribuir com seus processos de trabalho nas orientações às famílias quanto à promoção da saúde individual e coletiva.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar a adesão de agentes comunitários de saúde à prática corporal/atividade física após participação em um curso de promoção ao autocuidado.

MÉTODO

Trata-se de estudo com abordagem quali-quantitativa, do tipo pesquisa-intervenção, pois estudos mistos se completam e interagem mutuamente, tratando da magnitude e intensidade do fenômeno estudado de modo complementar (MINAYO, 2017). Nesse sentido, a pesquisa-intervenção corrobora a abordagem do estudo, pois visa unir teoria e prática, configurando-se instrumento científico e pedagógico para transformação local, mediante relação de confiança mútua (ANTUNES et al., 2016), na qual pesquisador e pesquisado relacionam-se de modo colaborativo.

Neste estudo, a intervenção consistiu em uma atividade educativa no formato de curso teórico-prático, conduzido por um dos pesquisadores, visando ampliar conhecimentos e favorecer mudanças de comportamento para o cuidado de si. Teve como temática Alimentação Saudável e Prática Corporal – estratégias para Promoção da Saúde.

Definiu-se como cenário de pesquisa o município de Assaré, situado ao sul do estado do Ceará, a uma distância de 520 km da capital Fortaleza, com uma população de 23.417 habitantes, conforme o Censo 2010 (IBGE, 2022) distribuídos em 1.116.320 km² de área territorial. O referido município ofereceu apoio para a realização da pesquisa e considerou as horas de participação no curso como parte da jornada de trabalho dos participantes.

Foram convidados a participar da pesquisa-intervenção os 63 agentes comunitários de saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, que estavam em atividade laboral no período da coleta de dados, sendo este o critério de inclusão dos participantes. Por critérios de exclusão, foram retirados da pesquisa aqueles que se encontravam em gozo de férias trabalhistas (n=05), licença por qualquer motivo (n=0), desligamento do trabalho (n=01) ou que faltaram a um ou mais encontros do curso (n=02), totalizando 55 participantes do estudo.

O curso foi realizado durante o mês de abril de 2022, organizado em quatro encontros semanais com duração de quatro horas cada, perfazendo um total de 16 horas.

Os conteúdos referentes à prática corporal/atividade física envolveram: por que precisamos pensar e adotar práticas corporais/atividade física; importância da prática corporal e da atividade física para a saúde e o bem-estar; a prática corporal como uma prática integrativa/complementar em saúde; conhecendo o Lian Gong em 18 Terapias (LG18T); praticando o LG18T.

O LG18T consiste em uma prática da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que

foi inicialmente desenvolvida para tratar problemas álgicos e osteomusculares. Trazido ao Brasil na década de 70, passou a ser realizado como prática para promoção da saúde, pois mobiliza tendões, músculos e ossos, assim como promove melhor circulação da energia vital (Qi) e dos fluidos orgânicos, conferindo bem-estar ao praticante.

Constitui um conjunto de 18 exercícios, agrupados em três séries: movimentos da cabeça e pescoço (1ª. série); movimentos do tronco e membros superiores (2ª. série); movimentos das pernas e glúteos (3ª. série). O tempo necessário para sua completa realização é, em média, de 12 minutos, e foram efetuados ao final de cada dia do curso, guiados por vídeo instrucional elaborado pela Associação Brasileira de LG18T, que contém a demonstração da técnica e música específica para a sincronia correta dos exercícios com os movimentos respiratórios. Os participantes foram incentivados a praticarem também nos dias em que não houvesse encontro.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a julho de 2022 mediante aplicação do questionário internacional de atividade física – versão longa (IPAQ-L), pelo Questionário de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (VIGITEL) – componente atividade física, o Questionário de Estágios de Mudança de Comportamento e a avaliação antropométrica. A prática do LG18T foi verificada durante o curso e registrada por fotografia.

O IPAQ-L é composto por 27 questões no formato longo, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998 e testado no ano de 2000 em 12 países, entre eles o Brasil, sendo, portanto, validado e traduzido para a língua portuguesa e tem o objetivo de avaliar adequadamente o nível de atividade física.

Sua aplicação consiste em preencher um formulário em diferentes domínios como trabalho, tarefas domésticas, transporte, lazer, prática de exercício físico e esporte. Após seu preenchimento os MET's (Equivalente Metabólico = 1 MET: 3,5 ml/kg/min) são calculados para cada dimensão, bem como apresenta um escore total.

Neste estudo foi utilizado o web-IPAQ (PIRES; PIRES JÚNIOR; OLIVEIRA, 2014), uma versão eletrônica do IPAQ-L, que viabilizou a coleta dos dados mediante videochamada com cada participante, na qual os dados eram colhidos e digitados pelo entrevistador. Após o preenchimento do formulário eletrônico, era obtida a imagem contendo os resultados quantitativos (METs) e qualitativos (nível de AF).

O VIGITEL é um questionário utilizado para monitorar os fatores de risco das principais doenças crônicas e fornece informações importantes para o planejamento de políticas públicas de promoção e prevenção, além da avaliação de intervenções

realizadas. Dentre os indicadores avaliados pelo VIGITEL, foi utilizado nesse estudo o questionário que examina a variável atividade física, composto por 20 questões do tipo dicotômicas, que avaliam as práticas de atividade física e seus aspectos específicos, como modalidade, frequência e regularidade.

O Questionário de Estágios do Comportamento (PROCHASKA; MARCUS, 1994) foi aplicado para avaliar o estágio de mudança de comportamento em relação à PC/AF após a intervenção e considerou cinco estágios: Pré-contemplanção (não realiza e não tem intenção de iniciar); Contemplanção (não realiza, mas está pensando em iniciar); Preparação (realiza algumas vezes, mas não regularmente); Ação (realiza, mas iniciou nos últimos dois meses); e Manutenção (realiza regularmente e iniciou há mais de dois meses). Assim, o instrumento possibilita identificar não só o comportamento atual, mas também a intenção de mudar hábitos num futuro próximo (SPENCER et al., 2006).

Foram obtidas também medidas de peso, circunferência abdominal e calculado o índice de massa corporal (IMC) dos participantes, para avaliação antropométrica.

O fluxo de execução da pesquisa-intervenção está ilustrado na Figura 9.

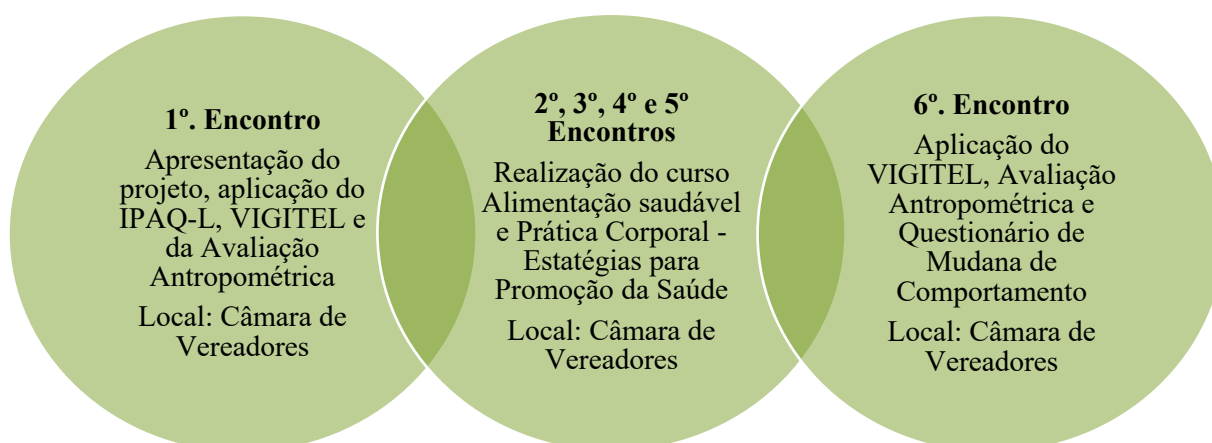


Figura 9. Fluxo de execução da intervenção educativa e da aplicação dos questionários realizadas com os ACS.

Os dados obtidos foram digitados em planilhas no Microsoft Excel e exportadas para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0, para processamento e análise. Realizou-se estatística descritiva simples e inferencial por meio do teste de McNemar, e o nível de significância foi considerado quando $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Esta pesquisa faz parte de um estudo de maior abrangência sobre Literacia para a saúde, flow no trabalho e autoeficácia ocupacional, apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Cariri, com parecer favorável nº 5.168.683.

RESULTADOS

Perfil dos participantes

Dos 63 ACS, 55 (87,3%) participaram da intervenção. A amostra compôs-se, majoritariamente, de pessoas do sexo feminino (94,5%), raça/cor parda (63,6%), com ensino médio (71,1%), percebendo de um a três salários-mínimos (49,1%), católicos (78,2%), casados (63,6%), com filhos (83,6%) e atuando na zona rural (67,3%). Possuíam idade média de 43,02 anos e tempo médio atuando como ACS 16,09 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos ACS. Assaré, Ceará, 2022.

Item	n	%
Idade (anos) – média	43,02 ± 9,9	
Tempo de trabalho (anos) – média	16,09 ± 9,8	
Sexo		
<i>Masculino</i>	03	5,5
<i>Feminino</i>	52	94,5
Raça/cor		
<i>Branca</i>	18	32,7
<i>Preta</i>	02	3,6
<i>Parda</i>	35	63,6
Escolaridade		
<i>Fundamental</i>	08	14,5
<i>Médio</i>	38	71,1
<i>Superior</i>	09	16,3
Renda (salário mínimo)		
<i>Menos de um</i>	20	36,4
<i>De um a três</i>	27	49,1
<i>Quatro ou mais</i>	02	3,6
<i>Não respondeu</i>	06	10,9
Religião		
<i>Católico</i>	43	78,2
<i>Evangélico</i>	11	20,0
<i>Não possui religião</i>	01	1,8
Estado civil		
<i>Solteiro</i>	13	23,6
<i>Casado</i>	35	63,6
<i>Viúvo</i>	03	5,5
<i>Separado</i>	04	7,3
Filhos		
<i>Sim</i>	46	83,6
<i>Não</i>	09	16,4
Área de atuação (zona)		
<i>Rural</i>	37	67,3
<i>Urbana</i>	18	32,7
Total	55	100,0

Nível de atividade física dos participantes antes da intervenção

Sobre o comportamento dos ACS relacionado à prática corporal/atividade física antes da intervenção, os dados obtidos pelo IPAQ-L evidenciaram um escore alto para frequência de AF entre os participantes (96,4%), com equivalente metabólico (MET) gasto na realização das práticas, com maior frequência no contexto do trabalho (Média = 6861,60 METs), em contraste com o momento de lazer, que registrou em média de 807,73 METs. Quanto ao nível de AF, o grupo obteve um nível moderado (média = 6.077,73 METs) (Tabela 2).

Tabela 2. Avaliação do nível de atividade física dos ACS. Assaré, Ceará, 2022.

Variáveis	n	%
Escore para atividade física		
<i>Alto</i>	53	96,5
<i>Moderado</i>	02	3,6
<i>Baixo</i>	00	0,0
Equivalente metabólico (MET) por atividade – média		
<i>Trabalho</i>	6.861,60	
<i>Transporte</i>	2.108,24	
<i>Doméstica</i>	2.070,55	
<i>Lazer</i>	807,73	
Nível de atividade física (MET) por intensidade – média		
<i>Caminhada</i>	5.521,20	
<i>Moderada</i>	6.077,73	
<i>Vigorosa</i>	273,45	
Total	55	100,0

Ao avaliar o comportamento prévio para AF dos ACS concernente às atividades realizadas no dia a dia do trabalho, os resultados revelaram que a maioria dos ACS se deslocava muito a pé (81,8%), carregava peso ou fazia outra atividade pesada (96,4%), com frequência de cinco dias por semana (94,5%) e por oito horas diárias (81,8%). Para ir ou voltar ao trabalho, 50,9% faziam parte do trajeto a pé ou de bicicleta (Tabela 3).

Tabela 3. Nível de atividade física dos ACS no contexto laboral, antes e após a intervenção. Assaré, Ceará, 2022.

Variáveis	Resultados	
	n	%
Trabalhou nos últimos três meses?		
<i>Sim</i>	54	98,2
<i>Não</i>	01	1,8
Anda bastante a pé no trabalho?		
<i>Sim</i>	45	81,8
<i>Não</i>	10	18,2
Carrega peso ou outra atividade pesada no trabalho?		
<i>Sim</i>	53	96,4
<i>Não</i>	02	3,6
Quantos dias da semana faz essas atividades?		
<i>Dois a quatro dias</i>	01	1,8
<i>Cinco dias</i>	52	94,6
<i>Não se aplica</i>	02	3,6
Quanto tempo dura a atividade?		
<i>Uma hora</i>	01	1,8
<i>Duas a quatro horas</i>	05	9,2
<i>Cinco a sete horas</i>	02	3,6
<i>Oito horas</i>	45	81,8
<i>Não se aplica</i>	02	3,6
Faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?		
<i>Sim, todo o trajeto</i>	09	16,4
<i>Sim, parte do trajeto</i>	28	50,9
<i>Não</i>	18	32,7
Quanto tempo gasta no trajeto?		
<i>Menos de 10 minutos</i>	09	16,4
<i>De 10 a 29 minutos</i>	16	29,1
<i>De 30 a 59 minutos</i>	06	10,9
<i>60 minutos ou mais</i>	08	14,5
<i>Não realiza</i>	16	29,1
Total	55	100,0

Prática de LG18T

Os ACS realizaram a prática do LG18T ao final de cada encontro, após aproximação com os temas abordados no curso. Todos os participantes conseguiram realizar de modo satisfatório os 54 exercícios propostos, sincronizando movimento corporal com respiração (Figura 10).



Figura 10. LG18T sendo realizada pelos participantes.
Fonte: arquivo da pesquisa (2022).

Avaliação dos níveis de atividade física antes e após a intervenção

Em relação à atividade física nos momentos extra-trabalho, todos os parâmetros analisados obtiveram mudanças significativas após a intervenção. Antes da intervenção, os participantes referiram não terem praticado nenhum tipo de exercício ou esporte no período de três meses (52,7%), reduzindo para 34,5% após a intervenção, sendo a caminhada (excluindo o deslocamento para o trabalho) o principal exercício físico citado antes (23,6%) e depois (47,3%), desempenhado com frequência de cinco dias por semana (20,0% antes e 23,6% depois), com duração de 30 a 59 minutos (21,8% antes e 25,5%) (Tabela 4).

Tabela 4. Nível de atividade física dos ACS, antes e após a intervenção. Assaré, Ceará, 2022.

Variáveis	Pré-intervenção		Pós-intervenção		p*
	N	%	n	%	
Praticou exercício físico ou esporte nos últimos três meses?					
<i>Sim</i>	26	47,3	36	65,5	0,001
<i>Não</i>	29	52,7	19	34,5	
Pratica exercício pelo menos uma vez por semana?					
<i>Sim</i>	26	47,3	36	65,5	0,001
<i>Não</i>	29	52,7	19	34,5	
Quantos dias por semana pratica o exercício?					
<i>De um a dois</i>	05	9,1	09	16,4	0,030
<i>Três a quatro</i>	08	14,5	12	21,8	
<i>Cinco</i>	11	20,0	13	23,6	
<i>Todos os dias (incluindo sábado e domingo)</i>	02	3,6	02	3,6	
<i>Não pratica</i>	29	52,7	19	34,5	
Quanto tempo dura o exercício?					
<i>Menos de 10 minutos</i>	01	1,8	03	5,5	0,042
<i>Entre 10 e 29 minutos</i>	04	7,3	06	10,9	
<i>Entre 30 e 59 minutos</i>	12	21,8	14	25,5	
<i>60 minutos ou mais</i>	09	16,4	13	23,6	
<i>Não pratica</i>	29	52,7	19	34,5	
Qual o principal exercício ou esporte praticado?					
<i>Caminhada</i>	13	23,6	26	47,3	0,007
<i>Caminhada com esteira</i>	01	1,8	02	3,6	
<i>Corrida (cooper)</i>	01	1,8	01	1,8	
<i>Musculação</i>	07	12,7	05	9,1	
<i>Atividade aeróbica</i>	03	5,5	01	1,8	
<i>Bicicleta (inclui a ergométrica)</i>	01	1,8	01	1,8	
<i>Não pratica</i>	29	52,7	19	34,5	
Total	55	100,0	55	100,0	

*Teste de McNemar-Bowker.

Os padrões antropométricos antes e após a intervenção também foram medidos e apresentaram redução significativa em todos eles após a intervenção (Tabela 5).

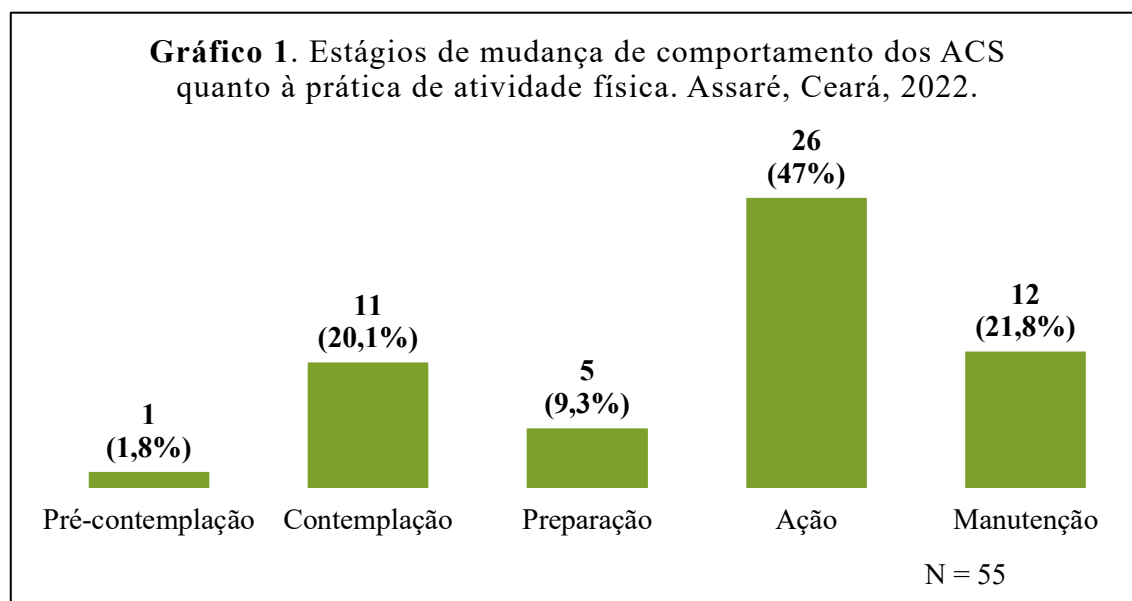
Tabela 5. Parâmetros antropométricos dos ACS, antes e após a intervenção. Assaré, Ceará, 2022.

Variáveis	Pré-intervenção		Pós-intervenção		p*
	Média (±DP)	Mín.-Máx.	Média (±DP)	Mín.-Máx.	
Peso (Kg)	66,169 (±9,92)	43,00-92,00	65,110 (±9,17)	42,50-92,00	0,001
Circunferência abdominal (cm)	82,98 (±7,01)	69-99	82,25 (±7,08)	69-98	0,0001
IMC (Kg/m ²)	26,90 (±4,02)	19,11-40,89	26,47 (±3,81)	18,89-40,89	0,002
Total	55	100,0	55	100,0	

*Teste de Wilcoxon.

Avaliação do estágio de mudança de comportamento para atividade física

Os estágios de mudança do comportamento dos ACS em relação à PC/AF foram verificados dois meses após a intervenção realizada, com vistas à obter efetivamente o status de prontidão dos participantes. O gráfico 1 ilustra que 47% dos ACS encontram-se em estágio de ação, cujo início deu-se nos últimos dois meses (após a realização da intervenção educativa), seguido do estágio de manutenção (21,8%), totalizando 68,8% de pessoas praticantes de alguma atividade física regular, corroborando, portanto, com o resultado pós-intervenção obtidos nos outros achados deste estudo.



Fonte: dados da pesquisa, 2022.

DISCUSSÃO

O perfil dos ACS deste estudo ratifica os achados apontados em outras pesquisas com este público (FONSECA, 2019; CASTRO, 2017; CABRAL, 2019). A razão do predomínio dos ACS serem do sexo feminino, provavelmente atribui-se ao contexto histórico da implantação, em 1987, do Programa de Agentes de Saúde do Ceará, quando se teve a intenção de empregar mulheres de regiões com alta vulnerabilidade social, a fim de melhorar as condições socioeconômicas desse grupo (MOROSINI, 2007).

Levantamento realizado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), em maio 2021, sobre a inserção ocupacional na área de saúde, confirma o predomínio de profissionais do gênero feminino na área da saúde, onde 74,4% dos profissionais das atividades de atenção à saúde humana são mulheres. Quanto ao nível escolar, 44,1% possuem nível médio completo e 74,4% têm entre 30 e 59 anos, números semelhantes ao observado nesta pesquisa.

Os resultados sobre o nível de AF encontrados no momento pré-intervenção contrastam com o achado em estudo semelhante (MARTINS, et. al, 2022), o qual avaliou, dentre outros, os hábitos de vida de ACS, verificando-se que estes trabalhadores detinham comportamento sedentário, já que a média do tempo de tela era elevada e 61% deles relataram realizar menos de 10 minutos/semana de AF. Porém, outro estudo (MAGALHÃES, 2018) evidenciou que entre os ACS, três quartos apresentavam nível moderado de AF.

Os dados ambíguos encontrados nas pesquisas podem ser compreendidos pela natureza dos processos de trabalho desses profissionais, pois, no presente estudo, a AF dos ACS obteve escore alto, porém com maior gasto metabólico efetuado no contexto do trabalho, o que pode estar relacionado ao local de atuação da maioria dos participantes (ambiente rural = 67,3%), com grandes áreas a serem percorridas para realização das visitas domiciliares inerentes ao cargo.

Os ACS, devido à natureza do seu processo de trabalho, desempenham um alto nível de atividade física, porém, nos momentos de lazer não planejam de forma intencional e estruturada atividades para manter ou melhorar aspectos da saúde e do condicionamento físico, o que pode se dar através do exercício ou da realização de uma prática corporal que exprima prazer e bem-estar.

O alto nível de atividade física no trabalho pode levar os ACS a compreender a atividade laboral como uma prática regular de exercício físico, principalmente pelo fato

de andarem bastante a pé; no entanto, a definição de exercício físico é uma sequência planejada de movimentos repetidos sistematicamente, que possui frequência, duração e intensidade delineadas, com o objetivo de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física relacionada à saúde (CASPERSEN et. al., 1985), indo de encontro ao realizado pelos participantes deste estudo, sinalizando a necessidade de estratégias que favoreçam o acesso, compreensão, interpretação e mudança de comportamento deste público, como as realizadas nesta pesquisa-intervenção.

Compreender o conceito e a necessidade de se realizar exercício físico como uma prática que traz benefícios à saúde sensibilizou os ACS a mudarem os hábitos de vida. Os ACS realizaram a prática do LG18T de modo satisfatório, executando os exercícios de maneira sincronizada com os movimentos respiratórios, proporcionando assim maior benefício para a saúde e o bem-estar. Além disso, as mudanças verificadas pelos parâmetros antropométricos auxiliaram também a compreender o quanto foi importante aproximar esta temática dos ACS, tornando-a algo pertencente ao cotidiano de vida desses profissionais.

A mudança de comportamento dos ACS indicou que houve adesão à intervenção proposta. Essa mudança do estilo de vida, é indicada pelas principais diretrizes das sociedades médicas, como a principal medida não farmacológica no tratamento e na prevenção das doenças endócrinas e cardiovasculares. (BARROSO et. al., 2020).

Entender os fatores que contribuem para a adesão ao tratamento por parte dos pacientes é fundamental para a formulação de estratégias terapêuticas. O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento traz importantes avanços no conhecimento dos processos de mudança intencional que auxilia o profissional de saúde na abordagem e na formulação de pontos de melhorias no tratamento (LUDWIG, 2021) e, no presente estudo, possibilitou identificar o estágio de prontidão dos ACS para a realização de comportamentos mais saudáveis, especialmente em relação às PC/AF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização das ações educativas direcionadas ao autocuidado foi considerada positiva e transformadora para os participantes, que ressignificaram seus modos de vida e inseriram comportamentos mais saudáveis em seus cotidianos, especialmente quanto à atividade física, repercutindo, objetivamente, em melhorias nos padrões antropométricos.

Entretanto, novos estudos se fazem necessários para avaliar o impacto a longo prazo da intervenção educativa, já que a mudança de comportamento ocorre de forma dinâmica e não linear, caracterizada por progressos e recaídas.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M.T.O. et. al. Pesquisa intervencionista e mestrados profissionais: perspectivas de sua prática nos cursos da área de gestão. **Indagatio Didactica**. 2016 Disponível em: <https://proa.ua.pt/index.php/id/article/view/2569>

AINSWORTH, B.E. et al. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. **Med Sci Sports Exerc**. 2011;43(8):1575-1581. Disponível em: <https://www.codinma.es/wp-content/uploads/2018/11/Second-compendium-METS-2011.pdf>.

BARROSO, et. al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil, 2021: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno temático – Práticas corporais, atividade física e lazer**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_praticas_corporais_atividade-fisica_lazer.pdf.

CABRAL, et. al. Perfil Sociodemográfico e formação profissional de agentes comunitários de saúde, **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARP** [online]. 2019, v. 9, n. 2 (18), pp. 193-209. Disponível em: <https://doi.org/10.33362/ries.v8i2.1537>

CASPERSEN, et. al. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health related research. **Public Health Rep**. 1985;100(2):126-31.

CASTRO, et. al. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 25, n. 3, pp. 294-301. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030190>.

DOMINGUES, J.G. et al. Doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico no Sul do Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200011>.

FONSECA, et. al. O perfil do agente comunitário de saúde e sua feminização. **Revista Enfermagem Brasil** [online]. 2019, v. 18, n. 3(2019): Enfermagem Brasil v18n3. Disponível em: < <https://doi.org/10.33233/eb.v18i3.2723> >

FRANCO, M.A. et al. Práticas corporais na promoção de saúde e qualidade de vida: atuação entre Educação Física e Medicina na Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte. **Revista Physis**, v. 31, n. 03, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310320>.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Estimativa de População – Assaré – Censo 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/assare/panorama>. 2022.

LUDWIG, et al. Intervention Protocol Based on Transtheoretical Model of Behavior Change for Metabolic Syndrome. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online]. 2021, v. 37, e37401. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102.3772e37401>>.

MAGALHÃES, et al. Hábitos relacionados à saúde entre agentes comunitários de saúde de Montes Claros, Minas Gerais: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2018, v. 30, n. 3, e2020976. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300002>>.

MARTINS, et al. Multimorbidade e cuidado com a saúde de agentes comunitários de saúde em Vitória, Espírito Santo, 2019: um estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2022, v. 31, n. 1, e2021543. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100006>>.

MELO, C. K.; SCHNEIDER, M. D. ANTUNES, P. C. O corpo respiração na busca do equilíbrio da vida: elementos para uma (re)significação das práticas corporais. In: SILVA, A. M.; DAMIANI, I. R. (Orgs.) **Práticas corporais**. Florianópolis: Nauemblu Ciência & Arte, 2006.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 15, n. 5, pp. 2297-2305. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v.5, n. 7, p. 01 – 12, abril, 2017.

MOROSINI, et. al. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho em educação à saúde** [online]. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462007000200005>>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos**. Brasil: OMS, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>

PEIXOTO, S. V. A tripla carga de agravos e os desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 8, pp. 2912. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.14672020>>.

PINHEIRO, et. al. Quality of life and work improvements according to community health agents. **Rev Bras Med Trab.**2019;17(2):180-187

PIRES, A.A.P.; PIRES JÚNIOR, R.; OLIVEIRA, R.F. Concordância entre os formatos impresso e eletrônico do IPAQ-L. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** [online]. 2014, v. 20, n. 6, pp. 474-479. Doi: <https://doi.org/10.1590/1517-86922014200602134>.

GONÇALVES, L et al. Aspectos a serem considerados na promoção de atividade física por profissionais de saúde. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde** [Internet]. 2022; 27:1-4. Disponível em: <https://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/14747>.

SILVA, A.M.R. et al. Fatores associados à prática de atividade física entre trabalhadores brasileiros. **Saúde Debate**, v.42, n.119, p.952-964, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Zv9FBhR6Yz4zGymKWHkPWgw/?format=pdf&lang=pt>.

SOUSA, P.T.M. et al. Sedentary behavior among professionals in the family health strategy. **Revista Enfermagem da UFPI**, 2017 Jul-Sep;6(3):24-9. Disponível em: <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5764/pdf>.

SPENCER, L. et al. Applying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. **Health Promot Pract.** 2006;7(4):428-43.

6.2 MANUSCRITO 2

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DE PROMOÇÃO AO AUTOCUIDADO SOBRE COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

João Guilherme Bentes de Araújo Rodrigues

Maria Rosilene Cândido Moreira

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo avaliar o comportamento alimentar de agentes comunitários de saúde antes e após suas participações em um curso de promoção ao autocuidado. **Método:** estudo com abordagem quantitativa, do tipo pesquisa-intervenção, com 55 agentes comunitários de saúde (ACS) de um município do sul cearense. A intervenção educativa teve como temática a promoção da alimentação saudável e atividade corporal, sendo realizada durante o mês de abril de 2022, em encontros semanais com duração de quatro horas cada, perfazendo um total de 16 horas, nos quais os participantes exercitaram a simulação de pratos saudáveis e praticaram Lian Gong em 18 terapias. A coleta de dados foi realizada no momento antes e após a realização da intervenção, por meio do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar (FMCA), Recordatório Alimentar de 24 horas e coleta de sangue para avaliar perfil lipídico e glicêmico. Após a intervenção, o estágio de mudança de comportamento para hábitos alimentares foi também verificado, sendo analisado à luz do Modelo Transteórico, que auxilia na compreensão da mudança comportamental relacionada à saúde. **Resultados:** Os resultados ilustraram que após o curso de intervenção houve melhoria nos hábitos alimentares caracterizada pela qualidade dos alimentos consumidos e pela redução nos marcadores bioquímicos (colesterol total e frações, triglicerídeos e glicemia de jejum), com diferença significativa na hemoglobina glicada (5,76 – 5,64; $p < 0,0001$). Houve aumento no consumo de feijão, frutas e verduras, com redução significativa no consumo de alimentos processados e ultraprocessados ($p = 0,01$ e $p = 0,001$, respectivamente), ilustrados pelos pratos montados conforme o recordatório alimentar de 24 horas. A maioria dos ACS (60%) situou-se no estágio de ação e 11% no de manutenção em relação à alimentação saudável. Os resultados também ilustraram melhoria significativa dos níveis de Literacia para a Saúde (1,8% - 18,2%; $p < 0,0001$) e mudanças positivas no cuidado de si após a intervenção, expressas nos relatos dos participantes. **Conclusão:** A ação educativa sobre promoção da alimentação saudável foi capaz de sensibilizar os ACS a iniciarem um processo de cuidado de si, contribuindo para a adoção de comportamentos mais saudáveis, que repercutiram positivamente sobre os padrões dietéticos, níveis glicêmicos e lipídicos dos participantes.

Palavras-chave: Alimentação saudável; Autocuidado; Promoção da Saúde; Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

A alimentação é um processo que engloba fatores sociais, culturais, econômicos, biológicos e ambientais na sua forma de preparo, de apresentação e de consumo, estando intimamente relacionado com a saúde da população, constituindo um direito social básico que foi introduzido, no artigo 6º, na Constituição Federal brasileira de 1988 (BRASIL, 1988).

As principais diretrizes das sociedades médicas brasileira e mundial, associam a segurança alimentar saudável como um dos principais fatores de prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de promoção de saúde (BARROSO, et. al., 2020). A Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou a obesidade como um dos principais problemas de saúde pública no mundo (OMS, 2010) e que está diretamente relacionada a uma alimentação não adequada.

De acordo com os dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2021, 57,25% dos entrevistados estavam na faixa de sobrepeso e obesidade (VIGITEL, 2021). Tais fatores constituem risco independente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, impactando na incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemias e maior resistência insulínica (COSTA, et. al., 2020).

O enfrentamento desse quadro epidemiológico através de políticas públicas é fundamental para diminuir agravos ocasionados pelas DCNT no Sistema Único de Saúde (SUS). Estimular ações que garantam os objetivos propostos na Política Nacional de Promoção de Saúde, especialmente no que concerne à promoção de alimentação saudável, tem grande potencial de alcançar tal finalidade.

Estudo realizado por Murayama, et. al. (2020) entre idosos com baixa variabilidade alimentar mostrou que após dois meses de intervenção educativa, os hábitos alimentares dos participantes tiveram uma melhora significativa e duradoura no grupo que recebeu a intervenção comparado ao grupo controle, refletindo a importância da realização de estratégias efetivas sobre determinantes de saúde visando a adoção de comportamentos saudáveis.

Por ser a porta de entrada no SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel fundamental de promover ações que desenvolvam uma atenção integral na população ao agir sobre determinantes de saúde. A integralidade no atendimento, condutas que vão desde a educação em saúde ao tratamento de agravos, constitui um dos

fundamentos da APS, tendo o trabalho multiprofissional e em equipe um meio para alcançar esse objetivo.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentro do desenho estrutural multiprofissional da APS, têm como atribuição definida em lei o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de visitas domiciliares, de forma individual ou coletiva, de acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2006).

A capilaridade de atuação dos ACS dentro das áreas adscritas da Unidade Básica de Saúde (UBS), coloca esse profissional em posição privilegiada para trabalhar como agente multiplicador de informações em saúde de forma singular, servindo como elo entre a UBS e o usuário, além de ser capaz de realizar ações de saúde e tomar atitudes voltadas para o cuidado de si.

Porém, em estudo realizado por Martins, et. al. (2022), que avaliou condições de saúde, cuidados com a saúde e hábitos de vida entre ACS, foram observados elevados percentuais de doenças crônicas, multimorbidade e sedentarismo, onde 73,9% dos ACS estavam situados na faixa de sobrepeso e obesidade.

Estimular a adoção de comportamentos saudáveis por meio da alimentação configura uma importante estratégia para promoção de saúde, não só para a população em geral, mas também para os ACS pois, devido serem trabalhadores atuantes nos territórios, estes profissionais podem, além de implementarem práticas do cuidado de si podem potencializar a realização de boas práticas de saúde junto às famílias às quais estão vinculados.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar o comportamento alimentar de agentes comunitários de saúde antes e após suas participações em um curso de promoção ao autocuidado.

MÉTODO

Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, do tipo pesquisa-intervenção. Nesse sentido, a pesquisa-intervenção corrobora a abordagem do estudo, pois visa unir teoria e prática, configurando-se instrumento científico e pedagógico para transformação local, mediante relação de confiança mútua (ANTUNES et al., 2016), na qual pesquisador e pesquisado relacionam-se de modo colaborativo.

Neste estudo, a intervenção consistiu em uma atividade educativa no formato de

curso teórico-prático, conduzido por um dos pesquisadores, visando ampliar conhecimentos e favorecer mudanças de comportamento para o cuidado de si. Teve como temática a promoção da alimentação saudável e prática corporal/atividade física.

Definiu-se como cenário de pesquisa o município de Assaré, situado ao sul do estado do Ceará, a uma distância de 520 km da capital Fortaleza, com uma população de 23.417 habitantes, conforme o Censo 2010 (IBGE, 2022), distribuídos em 1.116.320 km² de área territorial. O referido município ofereceu apoio para a realização da pesquisa e considerou as horas de participação no curso como parte da jornada de trabalho dos participantes.

Foram convidados a participar da pesquisa-intervenção os 63 agentes comunitários de saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, que estavam em atividade laboral no período da coleta de dados, sendo este o critério de inclusão dos participantes. Como critérios de exclusão, foram retirados da pesquisa aqueles que se encontravam em gozo de férias trabalhistas (n=05), licença por qualquer motivo (n=0), desligamento do trabalho (n=01) ou que faltaram a um ou mais encontros do curso (n=02).

O curso foi realizado nas dependências da Câmara de Vereadores do município, durante o mês de abril de 2022, organizado em quatro encontros semanais com duração de quatro horas cada, perfazendo um total de 16 horas.

O material didático-instrucional do curso foi elaborado sob o formato de livreto, baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014; 2018; 2021), sendo previamente revisado por um nutricionista antes de sua utilização. Os temas centrais versaram sobre: por que precisamos pensar e adotar uma alimentação saudável; questões comportamentais; nova classificação dos alimentos; o que colocar no prato; exemplos de refeições saudáveis; 10 passos para uma alimentação saudável; enfrentar as principais dificuldades; carboidratos, proteínas, lipídios e nutrientes; montando pratos com base no recordatório alimentar das últimas 24 horas.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e julho de 2022, nos momentos antes e após a intervenção, mediante aplicação do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar (FMCA), realização do Recordatório Alimentar de 24 horas e coleta de sangue para exames laboratoriais visando avaliar perfil lipídico e glicêmico. Dois meses após a intervenção, foi aplicado o Questionário de Estágios de Mudança de Comportamento.

O FMCA é um instrumento elaborado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e foi elaborado com o objetivo de tornar simples a coleta de

dados sobre o consumo alimentar das pessoas e potencializar a análise dessas informações obtidas no momento do atendimento individual realizado na APS (BRASIL, 2015).

O formulário está elaborado para pessoas de diversas faixas etárias, sendo utilizados nesta pesquisa apenas os itens referentes aos adultos, que avaliam questões atitudinais quanto ao uso de eletrônicos durante a refeição, quais refeições fez durante o dia e o que consumiu no dia anterior, com base na identificação de marcadores saudáveis (consumo de frutas, verduras e feijão) e não saudáveis (consumo de embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos salgados, bem como o consumo de doces, guloseimas e biscoitos recheados).

O recordatório alimentar consiste em quantificar e definir todos os alimentos e bebidas ingeridas nas últimas 24 horas ou no dia anterior a entrevista. Os alimentos citados no recordatório alimentar foram categorizados e agrupados de acordo com a nova classificação de alimentos proposto no Guia Alimentar para a População Brasileira: alimentos *in natura* ou minimamente processados, processados e ultra processados (BRASIL, 2014; 2018; 2021).

Amostras de sangue dos ACS foram coletadas no consultório da UBS do município, sendo realizada por dois funcionários (técnicos de laboratório) do laboratório selecionado previamente para realizar esta etapa da pesquisa, pela cotação de preços estabelecidas no âmbito da administração pública. Para a realização da coleta, seguiu-se o protocolo laboratorial de oito a 12 horas de jejum e a ordem de chegada de cada participante.

As análises bioquímicas dos exames de sangue foram realizadas no Laboratório Vicente Lemos, único laboratório da Região do Cariri acreditado com o selo do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC), reconhecido internacionalmente pela International Society for Quality in Health Care (ISQua) (LABORATÓRIO VICENTE LEMOS, 2022).

Para avaliação do perfil lipídico foi utilizado o equipamento COBAS e 502, utilizando a metodologia da eletroquimioluminescência (ECLIA). Colesterol Total e Triglicerídeos foram analisados através do método de reação colorimétrico enzimático, já o HDL pelo método colorimétrico enzimático homogêneo. A glicemia em jejum também foi analisada no equipamento COBAS e 502 pelo método de reação UV e para a hemoglobina glicada utilizou-se o Equipamento Hb9210 – Trinity, com metodologia – HPLC (Cromatografia Líquida de Alta Performance) – Afinidade ao Boronato.

O Questionário de Estágios do Comportamento (PROCHASKA; MARCUS, 1994) foi aplicado para avaliar o estágio de mudança quanto ao comportamento alimentar após a intervenção e considerou cinco estágios: Pré-contemplanção (não realiza e não tem intenção de iniciar); Contemplanção (não realiza, mas está pensando em iniciar); Preparação (realiza algumas vezes, mas não regularmente); Ação (realiza, mas iniciou nos últimos dois meses); e Manutenção (realiza regularmente e iniciou há mais de dois meses). Assim, o instrumento possibilita identificar não só o comportamento atual, mas também a intenção de mudar hábitos num futuro próximo (SPENCER et al., 2006). Sua aplicação ocorreu mediante videochamada com cada participante, na qual os dados foram colhidos e digitados pelo entrevistador em planilha elaborada para a pesquisa.

O fluxo de execução da pesquisa-intervenção está ilustrado na Figura 11.

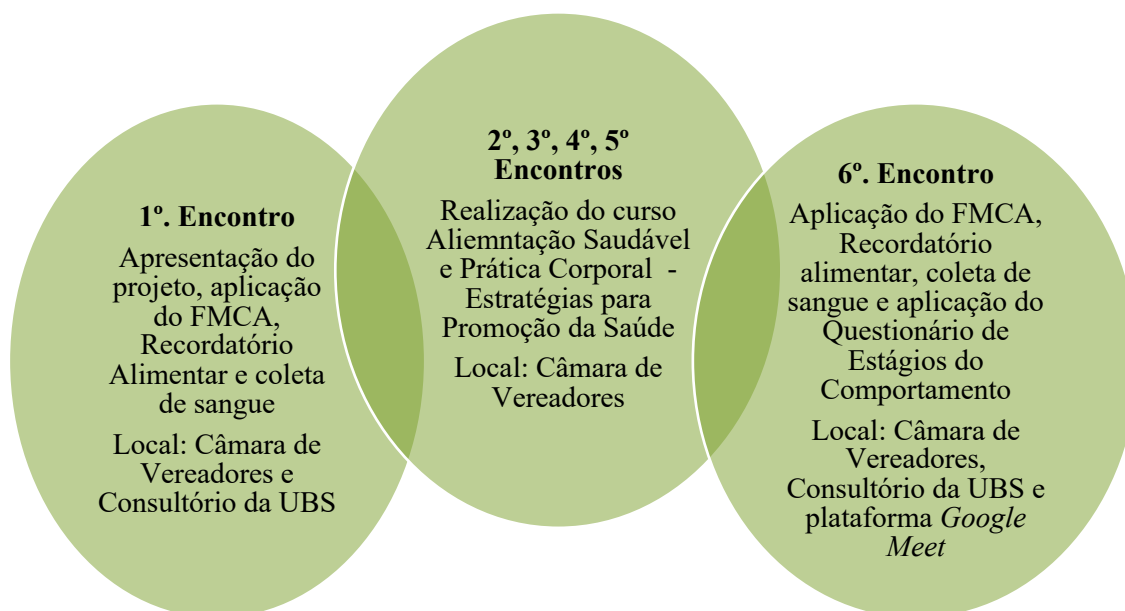


Figura 11. Fluxo de execução da intervenção educativa e coleta de dados da pesquisa.

Os dados obtidos foram digitados em planilhas no Microsoft Excel e exportadas para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0, para processamento e análise. Realizou-se estatística descritiva simples e inferencial por meio do teste de McNemar, e o nível de significância foi considerado quando $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Esta pesquisa faz parte de um estudo de maior abrangência sobre Literacia para a saúde, *flow* no trabalho e autoeficácia ocupacional, apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Cariri, com parecer favorável nº 5.168.683.

RESULTADOS

Perfil dos participantes

Participaram do estudo 55 ACS, correspondendo 87,3% do total de profissionais elegíveis, sendo a maioria do sexo feminino (n=52; 94,5%), autodeclarada parda (n=35; 63,6%), com ensino médio completo (n=32; 58,2%), percebendo de um a dois salários-mínimos (n=25; 45,5%), de religião católica (n=43; 78,2%), casada (n=35; 63,6%), com filhos (n=46; 83,6%) e atuando na zona rural (n=37; 67,3%). A média de idade dos participantes foi de $43,02 \pm 9,9$ anos e de tempo atuando como ACS foi de $16,09 \pm 9,8$ anos.

Avaliação dos hábitos alimentares - FMCA

Sobre o padrão e atitudes relacionados com a alimentação dos ACS, os dados obtidos no FMCA (Tabela 6) evidenciaram que, após a intervenção, houve redução no número de participantes que possuíam o costume de realizar refeições assistindo à TV ou manuseando computador/celular, passando de 27,3% para 18,2%, porém sem significância estatística.

Tabela 6. Avaliação dos hábitos alimentares dos ACS. Assaré, Ceará, 2022.

Variáveis	Pré-intervenção				Pós-intervenção				p*
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimenta-se usando eletrônico?	15	27,3	40	72,7	10	18,2	44	80	0,22
Quais refeições realiza?									
Café da manhã	55	100,0	00	0,0	54	98,2	01	1,8	1,00
Lanche da manhã	18	32,7	37	67,3	17	30,9	38	69,1	1,00
Almoço	54	98,2	01	1,8	54	98,2	01	1,8	1,00
Lanche da tarde	36	65,5	19	34,5	27	49,1	28	50,9	0,06
Jantar	46	83,6	09	16,4	49	89,1	06	10,9	0,50
Ceia	07	12,7	48	87,3	10	18,2	45	81,8	0,50
Que alimentos consumiu ontem?									
Feijão	50	90,9	05	9,1	47	85,5	08	14,5	0,37
Frutas frescas	32	58,2	23	41,8	40	72,7	15	27,3	0,13
Verduras / legumes	30	54,5	25	45,5	38	69,1	17	30,9	0,09
Hambúrguer	14	25,5	41	74,5	05	9,1	50	90,9	0,03
Bebidas Adoçadas	23	41,8	32	58,2	10	18,2	45	81,8	0,01
Macarrão Instantâneo	13	23,6	42	76,4	04	7,3	51	92,7	0,03
Biscoito Recheado	07	12,7	48	87,3	07	12,7	48	87,3	1,00
Total	55		100,0		55		100,0		

*Teste de McNemar.

Os dados da Tabela 1 ainda possibilitam verificar que, após a intervenção, em relação às refeições realizadas ao longo do dia, houve diminuição na frequência do café da manhã, lanche da manhã e lanche da tarde, com aumento para o jantar e a ceia, embora estas diferenças não tenham sido significantes. Sobre os tipos de alimentos consumidos no dia anterior, após a intervenção, observou-se aumento no consumo de frutas (58,2% para 72,7%) e verduras (54,5% para 69,1%) e redução significativa ($p<0,05$) no consumo de hambúrguer (25,5% para 9,1%), bebidas adoçadas (41,8% para 18,2%) e macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados (23,6% para 7,3%).

Montagem de refeições simuladas com base no Recordatório Alimentar

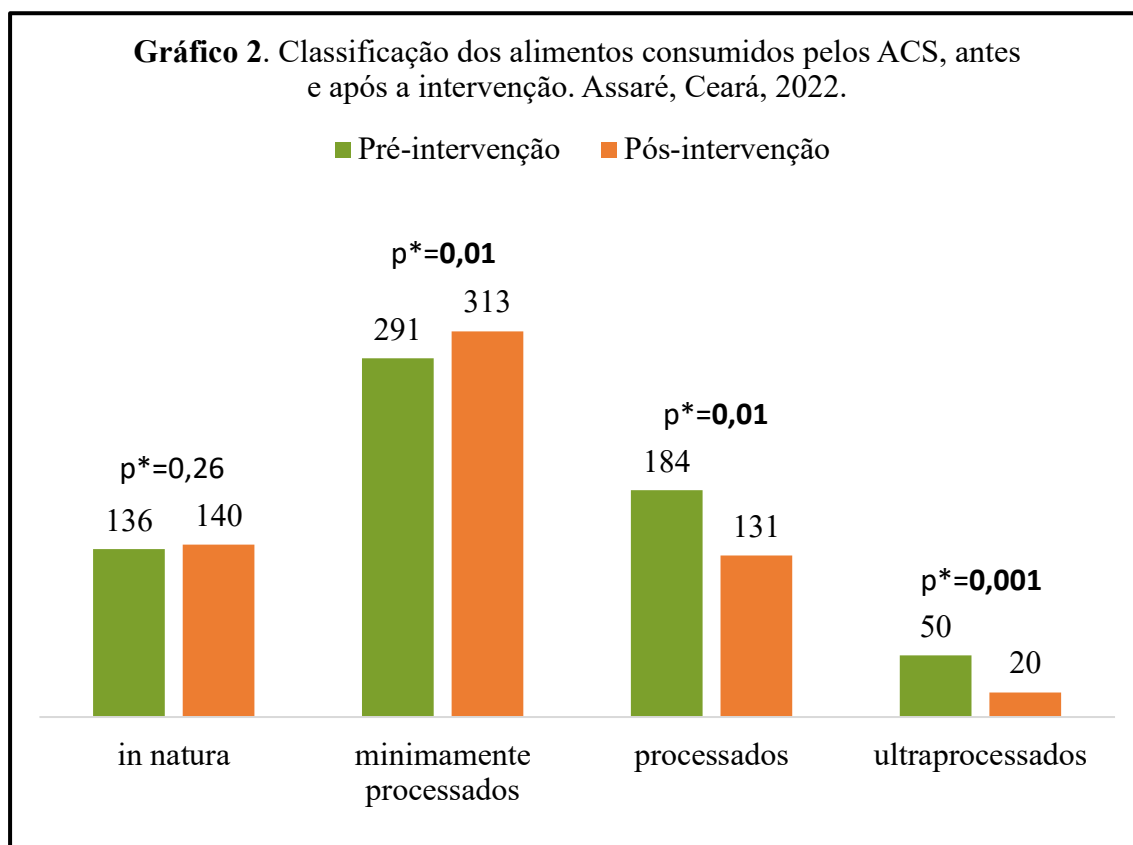
Os ACS realizaram a montagem de refeições simuladas em pratos com figuras representativas de diversos gêneros alimentícios, no início e ao final da intervenção, após aproximação com os temas abordados no curso.

Todos os participantes elaboraram os pratos considerando o que costumam ter em suas despensas e conforme a quantidade de refeições que costumavam realizar diariamente. Os resultados obtidos expressam a mudança na composição dessas refeições, que ampliaram a presença de alimentos saudáveis e reduziram a representação dos alimentos não saudáveis nos pratos elaborados de modo simulado (Figura 12).



Figura 12. Refeições simuladas pelos participantes.
Fonte: acervo da pesquisa (2022).

A análise quantitativa do consumo de alimentos que os participantes realizaram nas últimas 24 horas ou no dia anterior à aplicação do questionário também evidenciou que, antes do curso de intervenção, a escolha era predominante entre alimentos processados e ultra processados. Após o curso, houve redução desses tipos de alimentos, concomitante ao aumento na preferência pelos in natura e minimamente processados, com diferenças significativas quando comparados os grupos (Gráfico 2).



* Teste de Qui-quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Avaliação dos exames laboratoriais – perfil lipídico e glicêmico

Quanto a análise dos resultados dos exames laboratoriais, verifica-se uma melhora em todos os parâmetros do perfil lipídico e redução significativa na hemoglobina glicada, após a intervenção educativa (Tabela 7).

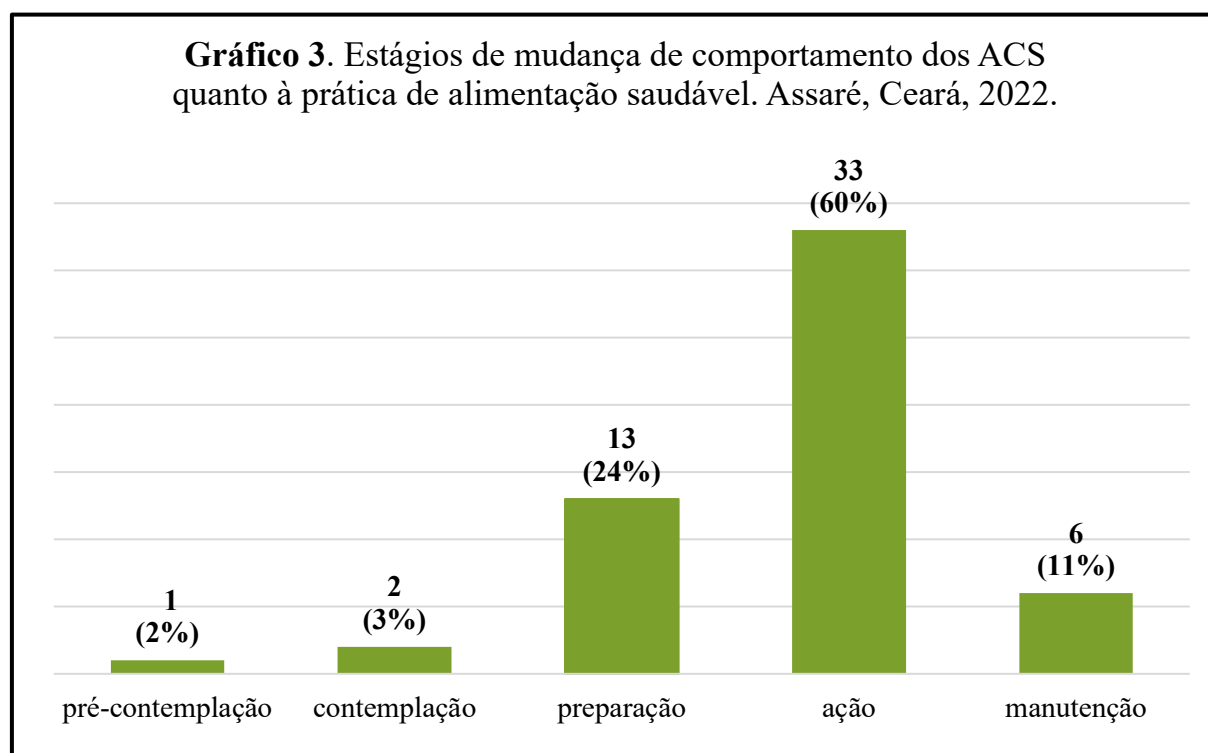
Tabela 7. Perfil lipídico e glicêmico dos ACS, antes e após a intervenção. Assaré, Ceará, 2022.

Variáveis	Pré-intervenção		Pós-intervenção		p*
	Média (±DP)	Mín.-Máx.	Média (±DP)	Mín.-Máx.	
Glicemia em jejum	82,4 (±8,0)	70,4 - 111,8	84,6 (±8,1)	70,7 – 118,0	0,08
HbA1c	5,8 (±0,4)	4,9 - 7,8	5,6 (±0,4)	4,8 – 7,6	0,0001
Colesterol total	191,2 (±39,3)	121,7 - 297,1	188,0 (±41,2)	119,0 – 321,6	0,30
HDL	47,9 (±8,8)	34,9 - 77,8	48,5 (±9,3)	34,0 – 78,3	0,55
LDL	117,8 (±33,1)	55,3 - 187,4	114,9 (±38,5)	31,0 – 253,4	0,38
VLDL	27,1 (±15,6)	10,9 – 97,7	24,7 (±9,2)	10,1 – 47,5	0,56
Triglicerídeos	127,8 (±61,3)	54,7 – 303,3	123,7 (±46,3)	50,5 – 237,7	0,34

*Teste de Wilcoxon.

Avaliação do estágio de mudança de comportamento para alimentação saudável

Os estágios de mudança do comportamento dos ACS em relação ao consumo alimentar saudável foram verificados dois meses após a intervenção realizada, com vistas à verificar o status de prontidão dos participantes (Gráfico 3).



Fonte: própria pesquisa (2022).

O gráfico 2 ilustra que 60% dos ACS encontram-se em estágio de ação quanto à prática de alimentação saudável, cujo início deu-se nos últimos dois meses (após a realização da intervenção educativa), seguido do estágio de preparação (24%).

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que o curso de intervenção teve impacto positivo nos hábitos alimentares, com a melhora no padrão comportamental, marcado por refeições sem o uso de eletrônicos e pelo aumento no consumo de alimentos saudáveis, caracterizados por alimentação baseada em ingredientes *in natura* ou minimamente processados, associado à diminuição no consumo de alimentos ultra processados, destacando-se a redução no consumo de hambúrguer e bebidas adoçadas.

A melhora dos hábitos alimentares encontrada neste estudo reforça a importância da abordagem contínua sobre adoção de comportamentos saudáveis com os ACS, devido a importância desses profissionais atuarem junto a comunidade, ressaltando-se, ainda, o histórico de fragilidades socioeconômicas e das particularidades dos determinantes sociais de saúde que esse grupo possui, especialmente, quanto à natureza do seu processo de trabalho e ao comportamento sedentário nos momentos de lazer.

Estudo de Magalhães, et. al. (2021) mostrou que 60,8% dos ACS estavam com excesso de peso e 83% referiram baixo consumo de frutas, verduras e legumes (58,1%). Tal perfil se relaciona com o encontrado por Martins, et. al. (2019) que observou elevados percentuais de doenças crônicas, multimorbidade e sedentarismo em ACS do município de Vitória, Espírito Santo.

Entretanto, estudo de Kawakatsu et. al. (2022), verificou melhora dos indicadores de desempenho dos ACS associada à satisfação no trabalho, quando os ACS foram submetidos a uma combinação de intervenções educativas.

Observou-se, ainda, que a ação educativa do presente estudo, resultou também em melhorias nos indicadores dos níveis glicêmicos e no perfil lipídico, com mudança significativa na redução da hemoglobina glicada. Esses resultados indicam que as mudanças de comportamento estimuladas por ações de promoção de saúde podem gerar benefícios que vão além da adoção de hábitos alimentares diferentes, pois impactam também na redução de fatores de risco para desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Resultado semelhante foi alcançado no estudo de Almeida (2018) com pacientes com Diabetes Mellitus 2 (DM2) que mostrou redução nos índices glicêmicos em 41% dos participantes submetidos a intervenção educativa, além de confirmar que a comunicação reduzida entre o profissional e paciente ocasionou baixa adesão ao tratamento.

A mudança de comportamento dos ACS, manifestada pela adesão de hábitos alimentares saudáveis após a intervenção educativa em saúde, evidencia que os participantes foram sensibilizados e reconheceram-se como ativos no processo de transformação voltada ao cuidado de si.

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento traz importantes contribuições para o conhecimento dos processos de mudança intencional que auxiliam na elaboração e realização de estratégias para a melhoria das condições de saúde (LUDWIG, 2021) e, no presente estudo, possibilitou identificar o estágio de prontidão dos ACS para a adoção de comportamentos mais saudáveis, especialmente em relação à alimentação.

Essa capacidade do indivíduo de tomar decisões, de agir e sair da posição de sujeição, conforme a teoria do cuidado de si proposta por Foucault (1982), é característica inerente de um sujeito ético, resultante da tensão entre forças externas, caracterizadas, dentre outras, por práticas partilhadas socialmente, e de forças internas, próprias do sujeito agindo sobre si.

Dessa forma, para que ocorra a apreensão de valores nas práticas cotidianas de um indivíduo, é necessário que o sujeito permita que o que está sendo proposto faça parte de sua subjetividade. Foucault, então, resgata, nos seus estudos acerca das civilizações greco-romana sobre o cuidado de si, as técnicas de si, que são os modos nos quais o sujeito se utiliza para agir sobre si. Dentre essas técnicas, encontra-se a mentoria que dialoga com a proposta de educação em saúde executada nesta pesquisa-intervenção.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a ação educativa realizada foi capaz de sensibilizar os ACS a iniciarem um processo de cuidado de si.

Os resultados evidenciaram melhoria dos padrões dietéticos e dos níveis glicêmicos e lipídicos dos participantes. Além disso, as recomendações propostas no curso, ao abordar questões comportamentais, contribuíram, também, para sensibilizar os

participantes quanto às suas atitudes durante as refeições, contribuindo para diminuir o uso de eletrônicos enquanto as realizam.

A preparação de uma boa alimentação e a adoção de comportamentos saudáveis são processos ativos que exigem do indivíduo um compromisso diário que ocorre mediante apreensão da importância do autocuidado.

Importante destacar que, por ser uma ação que envolve os ACS, o estudo contribui para o alcance dos objetivos propostos pela Política Nacional de Promoção da Saúde. Necessita-se, porém, que novos estudos sejam conduzidos para avaliar o impacto da ação educativa a longo prazo e as possíveis repercussões nos processos de trabalho desses ACS junto à comunidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JS, ALMEIDA JM. **A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma unidade de saúde da família.** Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2018;20(1):13-7. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i1a4

ANTUNES, M.T.O. et. al. Pesquisa intervencionista e mestrados profissionais: perspectivas de sua prática nos cursos da área de gestão. Indagatio Didactica. 2016 Disponível em: <https://proa.ua.pt/index.php/id/article/view/2569>

BARROSO, et. al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.** Arq. Bras. Cardiol., v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil, 2021: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Lei nº 11.350/2006, de 5 de outubro de 2006. **Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 out. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm. Acesso em: 3 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

COSTA, M. V. G. da; et al. **Risco cardiovascular aumentado e o papel da síndrome metabólica em idosos hipertensos.** Escola Anna Nery, v. 25, 2020.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa de População – Assaré – Censo 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/assare/panorama>. 2022.

KAWAKATSU Y, et. al., **Effectiveness of four interventions in improving community health workers' performance in western Kenya: a quasi-experimental difference-in-differences study using a longitudinal data**. Prim Health Care Res Dev. 2022 Mar 25;23:e20. doi: 10.1017/S1463423622000135. PMID: 35331360; PMCID: PMC8991856.

MAGALHÃES, N P *et al.* **Hábitos relacionados à saúde entre agentes comunitários de saúde de Montes Claros, Minas Gerais: estudo transversal, 2018**. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2021, v. 30, n. 3 [Acessado 29 Agosto 2022] , e2020976. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300002>>. Epub 04 Ago 2021. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300002>.

MARTINS, et al. **Multimorbidade e cuidado com a saúde de agentes comunitários de saúde em Vitória, Espírito Santo, 2019: um estudo transversal**. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2022, v. 31, n. 1, e2021543. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100006>>.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v.5, n. 7, p. 01 – 12, abril, 2017.

MURAYAMA, H, *et. al.*, **Efficacy of a Community Health Worker-Based Intervention in Improving Dietary Habits Among Community-Dwelling Older People: A Controlled, Crossover Trial in Japan**. Health Educ Behav. 2020 Feb;47(1):47-56. doi: 10.1177/1090198119891975. PMID: 31933395.

6.3 MANUSCRITO 3

PERCEPÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE OS EFEITOS DE UM CURSO DE PROMOÇÃO AO CUIDADO DE SI QUANTO A ADESAO A COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

João Guilherme Bentes de Araújo Rodrigues

Maria Rosilene Cândido Moreira

RESUMO

Objetivo: o presente estudo teve como objetivo apreender as percepções de agentes comunitários de saúde sobre os efeitos de um programa de intervenção educativa voltado ao cuidado de si, com ênfase na Literacia para a Saúde e adoção de comportamentos saudáveis. **Método:** estudo com abordagem mista, do tipo pesquisa-intervenção, com 55 agentes comunitários de saúde (ACS) de um município do sul cearense. A intervenção educativa teve como temática a promoção da alimentação saudável e atividade corporal, sendo realizada durante o mês de abril de 2022, em encontros semanais com duração de quatro horas cada, perfazendo um total de 16 horas, nos quais os participantes exercitaram a simulação de pratos saudáveis e praticaram Lian Gong em 18 terapias. Para a coleta de dados, foi utilizado o questionário europeu European Health Literacy Survey (HLS-EU-Br) e realizadas entrevistas semiestruturadas, que ocorreram antes e após a intervenção, cujos relatos foram analisados com auxílio do software IRaMuTeQ pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise de Similitude e discutidos à luz do referencial teórico do Cuidado de Si. **Resultados:** Os resultados ilustraram melhoria significativa dos níveis de Literacia para a Saúde e de mudanças positivas no cuidado de si após a intervenção. Foi possível identificar nos relatos e na CHD os pilares do Cuidado de Si, especialmente os que se referem a ocupar-se de si e realizar ações de si para consigo, como a adoção de alimentação saudável e prática corporal/atividade física estimulada pelo LG18T. **Considerações Finais:** A realização das ações educativas direcionadas ao cuidado de si foi considerada positiva e transformadora para os ACS, que ressignificaram seus modos de vida e inseriram comportamentos mais saudáveis em seus cotidianos, enquanto produtores e transformadores do seu próprio viver.

Palavras-chave: Atividade física; Alimentação saudável; Autocuidado; Promoção da Saúde; Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos, a forma de se realizar o cuidado à saúde passou por um processo evolutivo resultante do desenvolvimento do conhecimento sobre as dimensões que envolvem o adoecimento. Passou-se de uma abordagem curativista, focada no diagnóstico precoce e na resolutividade das doenças do indivíduo, para uma dimensão ampliada, levando em consideração as múltiplas relações que levam a um agravo à saúde e as práticas preventivas necessárias para mitigar o seu estabelecimento que, não necessariamente, são voltadas apenas para o paciente (MOLSTER, 2018).

A compreensão atual do conhecimento sobre medicina preventiva só foi formulada na primeira metade do século XX e consolidada na segunda metade, quando o trabalho de Leavell e Clark classificou as ações preventivas em primárias, secundárias e terciárias (LEAVEL; CLARK, 1976). Essa classificação estava amparada no conceito da história natural das doenças, onde a prevenção primária promove saúde antes do estabelecimento da lesão ou enfermidade, a prevenção secundária na detecção precoce de doenças em indivíduos assintomáticos e a prevenção terciária nas ações que retardam a progressão da doença (TESSER, 2017).

Em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) introduziu a terminologia “fator de risco” nas dimensões das ações preventivas, tratando da importância de medidas que vão além na prevenção do estabelecimento de doenças, mas, também, na redução de fatores de risco, adotando uma nova classificação de ação preventiva, a prevenção primordial, que são estratégias para evitar a exposição a fatores de risco para as doenças ou condições de saúde. Mais recentemente, passou, também, a fazer parte do rol das ações preventivas o nível de prevenção quaternária, que tem o objetivo de diminuir iatrogenias e evitar intervenções desnecessárias, com foco no cuidado clínico individual (STARFIELD, 2007; TESSER, 2012).

Entretanto, por considerar que as abordagens da saúde devem pautar-se para além do foco preventivo das condições de saúde, torna-se relevante inserir a promoção da saúde nesse contexto, e como as pessoas podem fazer para se apropriarem das estratégias voltadas para alcançar esse propósito e assim melhorarem e manterem sua saúde.

Nesse contexto, evidencia-se a importância do cuidado de si, compreendido como aquilo que promove a transformação a partir do que se considera bom para si, mediante desejos provenientes das experiências vividas no cotidiano e que colocam as pessoas na condição de produtoras do seu próprio viver (CARNUT, 2017).

O cuidado de si, de modo mais detalhado, pode ser entendido sob os pilares do “ocupar-se consigo” e “preocupar-se consigo”, mediante os quais viabiliza-se melhor a compreensão de que o cuidado de si constitui o conjunto de atitudes relacionais consigo, com o outro e com o mundo, possibilitando a transferência do olhar do exterior para si mesmo e a realização de ações que resultem na autotransformação (FOUCAULT, 2006; PEREIRA, 2018), impactando sobre a saúde, a vida e o bem-viver.

Alguns fatores podem contribuir para fortalecer o exercício do cuidado de si. Dentre esses, encontra-se a Literacia para Saúde (LS), que é definida como a capacidade do indivíduo em acessar, processar, interpretar e aplicar informações de saúde nas suas práticas cotidianas (PERES *et. al.*, 2021). Promover um nível adequado de LS assegura o estabelecimento de habilidades e competências que estimulam a autonomia de indivíduos nos aspectos relacionados à saúde, reforçando, assim, a importância das ações de autocuidado como estratégia para aumentar os níveis de LS das pessoas e, consequentemente, promover o cuidado de si.

Trabalhar esses aspectos com profissionais da Atenção Primária pode colaborar para o alcance dos objetivos propostos na Política Nacional de Promoção da Saúde. Devido a capilaridade da função dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dentro da comunidade, a oferta de ações educativas de promoção à saúde junto aos ACS tem o potencial de causar impacto positivo no bem-estar e na qualidade de vida de forma particular e coletiva, uma vez que estes profissionais atuam como agentes multiplicadores de boas práticas de saúde durante as visitas domiciliares realizadas no cotidiano laboral.

Frente a esta conjuntura e considerando a importância do cuidado de si para a promoção da saúde, surgiu o seguinte questionamento: a participação em um programa de promoção da saúde voltado para alimentação saudável e prática corporal pode contribuir para o cuidado de si dos ACS? Decorrente destas questões, objetivou-se apreender as percepções dos ACS sobre os efeitos de um programa de intervenção educativa voltado ao cuidado de si, com ênfase na Literacia para a Saúde e adoção de comportamentos saudáveis.

MÉTODO

Trata-se de estudo com abordagem mista, do tipo pesquisa-intervenção, pois estudos mistos se completam e interagem mutuamente, tratando da magnitude e

intensidade do fenômeno estudado de modo complementar (MINAYO, 2017). Nesse sentido, a pesquisa-intervenção corrobora a abordagem do estudo, pois visa unir teoria e prática, configurando-se instrumento científico e pedagógico para transformação local, mediante relação de confiança mútua (ANTUNES et al., 2016), na qual pesquisador e pesquisado relacionam-se de modo colaborativo.

Neste estudo, a intervenção consistiu em uma atividade educativa no formato de curso teórico-prático, conduzido por um dos pesquisadores, visando ampliar conhecimentos e favorecer mudanças de comportamento para o cuidado de si. Teve como temática a promoção da alimentação saudável e atividade corporal.

Definiu-se como cenário de pesquisa o município de Assaré, situado ao sul do estado do Ceará, a uma distância de 520 km da capital Fortaleza, com uma população de 23.417 habitantes (IBGE, 2019) distribuídos em 1.116.320 km² de área territorial. O referido município ofereceu apoio para a realização da pesquisa e considerou as horas de participação no curso como parte da jornada de trabalho dos participantes.

Foram convidados a participar da pesquisa-intervenção os 63 agentes comunitários de saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, que estavam em atividade laboral no período da coleta de dados, sendo este o critério de inclusão adotado na pesquisa. Como critérios de exclusão, foram retirados da pesquisa aqueles que se encontravam em gozo de férias trabalhistas (n=05), licença por qualquer motivo (n=0), desligamento do trabalho (n=01) ou que faltaram a um ou mais encontros do curso (n=02).

O curso foi realizado nas dependências da Câmara de Vereadores do município, durante o mês de abril de 2022, organizado em quatro encontros semanais com duração de quatro horas cada, perfazendo um total de 16 horas.

Os temas centrais sobre alimentação saudável versaram sobre: por que precisamos pensar e adotar uma alimentação saudável; questões comportamentais que influenciam o cuidado de si; nova classificação dos alimentos; o que colocar no prato; exemplos de refeições saudáveis; 10 passos para uma alimentação saudável; enfrentar as principais dificuldades; carboidratos, proteínas, lipídios e nutrientes; montando pratos com base no recordatório alimentar das últimas 24 horas.

Os conteúdos referentes à prática corporal envolveram: por que precisamos pensar e adotar uma prática corporal/atividade física (PC/AF); questões comportamentais que influenciam o cuidado de si; importância da PC/AF para a saúde e o bem-estar; a prática corporal como uma prática integrativa/complementar em saúde; conhecendo o Lian Gong em 18 Terapias (LG18T); praticando o LG18T.

O LG18T consiste em uma prática da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que foi inicialmente desenvolvida na década de 1970 para tratar problemas álgicos e osteomusculares, sendo posteriormente trazido ao Brasil, e passou a ser realizado como prática para promoção da saúde (RANDOW et al., 2017), pois mobiliza tendões, músculos e ossos, assim como promove melhor circulação da energia vital (Qi) e dos fluidos orgânicos, conferindo bem-estar ao praticante. É uma atividade física leve, com movimentos suaves e firmes, podendo ser praticada por pessoas de qualquer faixa etária (SOUSA et al, 2015).

Constitui um conjunto de 18 exercícios, agrupados em três séries: movimentos da cabeça e pescoço (1ª. série); movimentos do tronco e membros superiores (2ª. série); movimentos das pernas e glúteos (3ª. série). O tempo necessário para sua completa realização é, em média, de 12 minutos, e foram efetuados ao final de cada dia do curso, guiados por vídeo instrucional elaborado pela Associação Brasileira de LG18T, que contém a demonstração da técnica e música específica para a sincronia correta dos exercícios com os movimentos respiratórios. Os participantes foram incentivados a praticarem também nos dias em que não houvesse encontro.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e julho de 2022 mediante aplicação da European Health Literacy Survey (HLS-EU-Br), validada para o contexto brasileiro por Saboga- Nunes (2016) e da realização de entrevistas semiestruturadas, que ocorreram nos momentos antes e após a realização da intervenção, sendo conduzidas por entrevistadores diferentes para cada momento, e guiadas pelas seguintes perguntas: “Como você percebe sua saúde atualmente?”, “O que tem feito para cuidar de si?”, “Como tem realizado atualmente o cuidado de si em relação a alimentação e prática corporal/atividade física?”

A aplicação do HSL-EU-Br pré-intervenção ocorreu após explicação das etapas da pesquisa-intervenção aos participantes, em um encontro realizado especificamente para este fim, repetindo-se a coleta no último dia de realização do curso. O HLS-EU-Br busca informações em que o indivíduo se autoavalia face a dificuldade sentida na execução de tarefas relevantes na área da saúde.

É composto por 47 itens, dispostos em uma escala do tipo likert que varia entre 1 e 5 pontos, com respostas variando de Muito difícil à Muito fácil, com a quinta alternativa correspondente ao “Não sabe/ Não respondeu”. Os itens são relacionados com quatro níveis de processamento da informação (acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação relevante para a saúde na tomada de decisões), que estão

posicionados dentro de três dimensões: Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (SABOGA-NUNES; SØRENSEN, 2013). O tempo médio para preenchimento pelos participantes foi de oito minutos.

As entrevistas pré-intervenção ocorreram no consultório médico da UBS de trabalho de um dos pesquisadores, de forma individual e com duração média de 15 minutos. Utilizou-se gravador de voz digital no celular do próprio pesquisador após obtenção do consentimento do participante. As entrevistas pós-intervenção ocorreram em ambiente virtual, via plataforma *google meet*, por meio da qual a videochamada foi efetuada por um segundo pesquisador, a fim de evitar possíveis influências sobre as respostas dos participantes. Estas entrevistas tiveram duração média de 10 minutos.

O fluxo de execução das entrevistas e intervenção educativa está ilustrado na Figura 13.

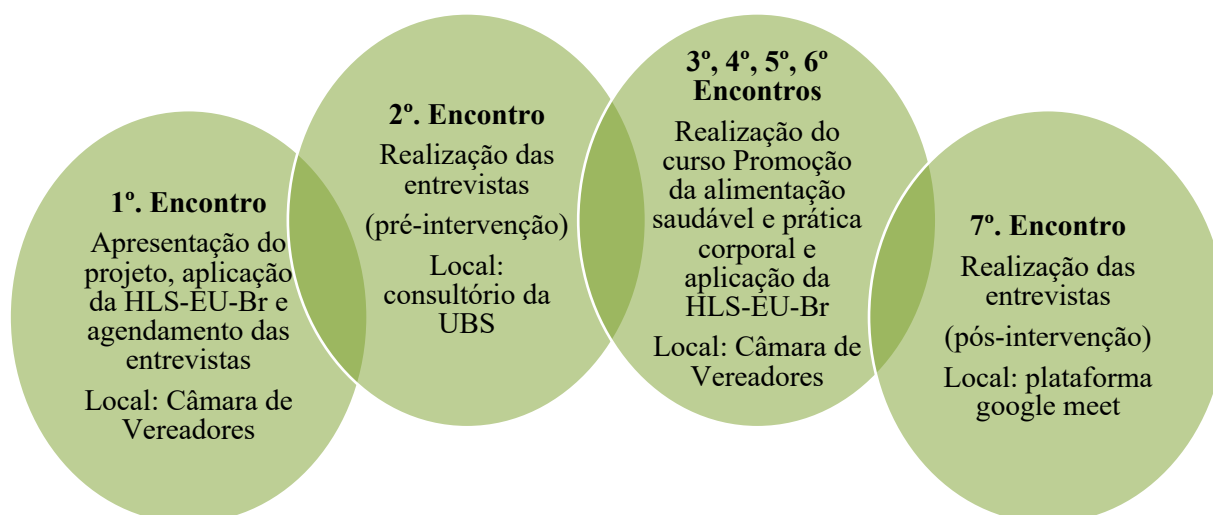


Figura 13. Fluxo de execução das entrevistas e intervenção educativa realizadas com os ACS.

Os dados do HLS-EU-Br foram digitados em planilhas no Microsoft Excel e exportadas para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0, para processamento e análise. Realizou-se estatística descritiva simples e inferencial, por meio do teste de McNemar-Bowker e o nível de significância foi considerando quando $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados em tabela.

Os relatos dos participantes foram registrados em áudio e, em seguida, transcritos para documento de texto no Libre Office Writer, versão 7.2, para ajustes quanto à uniformização de termos e adição de recursos do tipo *underline* quando necessários, a fim de compor os *corpora* textuais (*corpus* pré-intervenção e *corpus* pós-intervenção)

adequados para exportação ao software IRaMuTeQ (Interface de R pour l'Analyse Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0.7 alpha 2.

Pela interface com o software R, o IRaMuTeQ realiza várias possibilidades de processamento e análises estatísticas de textos e de questionários (SALVADOR et al, 2018), sendo a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a Análise de Similitude (AS) as selecionadas no contexto desta pesquisa.

A CHD realiza a partição do *corpus* e origina classes de segmentos de texto (ST) que apresentam vocabulário semelhante para as expressões da mesma classe, mas diferentes dos ST das outras classes, classificadas por meio do teste de Qui-quadrado, viabilizando apreender o fenômeno e identificar suas singularidades. Destaca-se que ocorre o bom aproveitamento do corpus quando o percentual de retenção dos ST é igual ou superior a 75% (CAMARGO; JUSTO, 2021).

Já a AS possibilita identificar as coocorrências e a conexão entre as palavras do *corpus*, dispondo visualmente a estrutura da representação do objeto estudado no formato de árvore, contendo agrupamentos coloridos, denominados “comunidades”, e circundados por halos que estabelecem os limites de conexão entre eles (CAMARGO; JUSTO; 2021). Assim, ambas as análises auxiliaram a interpretação dos resultados à luz do referencial teórico do Cuidado de Si.

Esta pesquisa faz parte de um estudo de maior abrangência sobre Literacia para a saúde, flow no trabalho e autoeficácia ocupacional, apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Cariri, com parecer favorável nº 5.168.683.

RESULTADOS

Participaram do estudo 55 agentes comunitários de saúde, correspondendo 87,3% do total de profissionais elegíveis, sendo a maioria do sexo feminino (n=52; 94,5%), autodeclarada parda (n=35; 63,6%), com ensino médio completo (n=32; 58,2%), percebendo de um a dois salários-mínimos (n=25; 45,5%), de religião católica (n=43; 78,2%), casada (n=35; 63,6%), com filhos (n=46; 83,6%) e atuando na zona rural (n=37; 67,3%). A média de idade dos participantes foi de 43,02±9,9 anos e de tempo atuando como ACS foi de 16,09±9,8 anos.

Percepção de saúde e o cuidado de si antes da intervenção

O primeiro *corpus* (entrevistas pré-intervenção) foi dividido em 492 ST e a CHD reteve 455 destes (92,48% do total), originando cinco classes. Inicialmente, dividiu-se o *corpus* em dois *subcorpus* (de um lado, a classes 5, e de outro, as demais); em seguida, a classe 1 foi separada das demais classes; no terceiro momento, a classe 4 foi separada das classes 2 e 3; e na quarta partição, houve a separação das classes 2 e 3, finalizando o processo e originando o dendrograma (Figura 14).

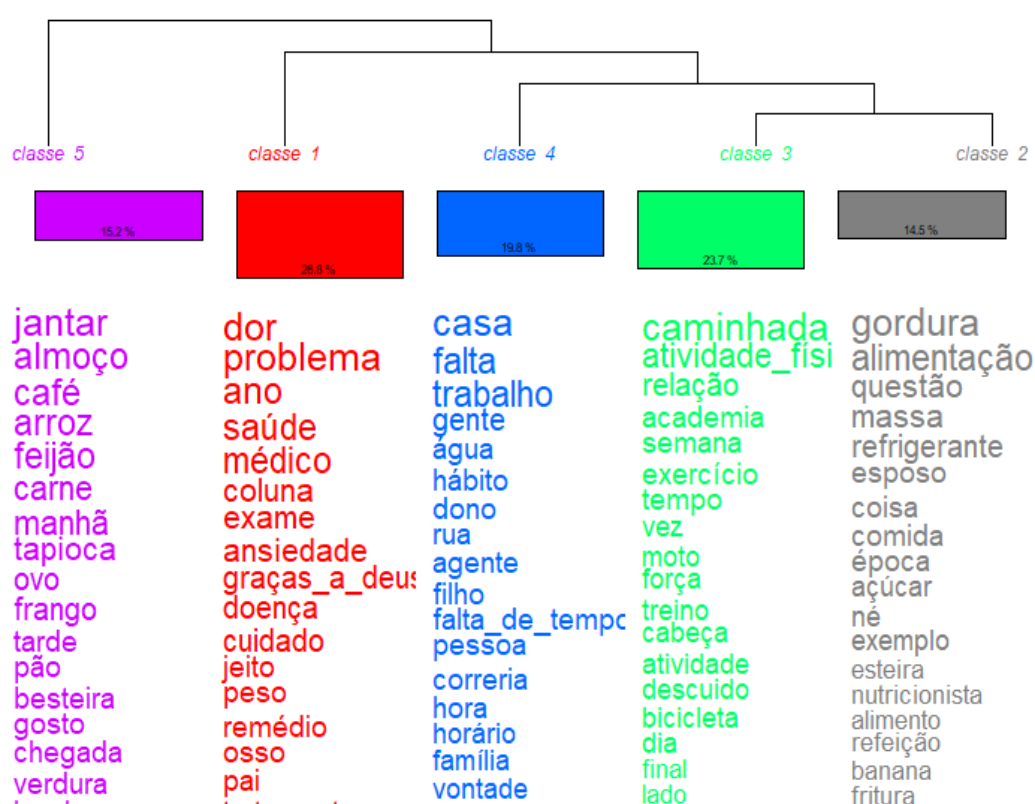


Figura 14. Dendrograma da CHD do *corpus* percepção de saúde e o cuidado de si de agentes comunitários de saúde antes da intervenção educativa.

A classe 5, com 15,2% de representatividade do *corpus*, evidenciou os tipos de alimentos mais consumidos pelos ACS, de acordo com os horários das principais refeições, revelando o consumo predominante de carboidratos e de cafeína, e a falta de uma rotina alimentar com horários definidos.

“Pela manhã, eu sempre não como nada, mas eu tomo muito café, café puro, café preto; aí o almoço, eu ponho quando eu tenho, coloco as verduras, mas quando não tem eu coloco duas colheres de feijão, e gosto mais de uma mistura de cuscuz com um pouco de arroz” (ACS29).

“No café da manhã e almoço, e aquele lanche que tem entre o almoço e o jantar, não tenho esse cuidado todo, e aí eu fico me sentindo culpada” (ACS02).

A classe 1, a de maior representação do *corpus* (26,81%), destacou as percepções de saúde dos participantes, que ora afirmavam estar plena, ora reconheciam a existência de condições de saúde que impactavam negativamente sobre seu bem-estar:

“Minha saúde está mais ou menos, porque agora apareceu um problema nos meus pés, doutor, que eu até fiz uma consulta com o médico do nosso PSF; eu sinto muita dor nos meus pés” (ACS50).

“Eu tenho uma saúde de ferro; a saúde que eu vi que não está tendo em mim é com esse problema que deu agora, de glicemia alta... mas eu nunca fui de ter aquele cuidado com a minha saúde não” (ACS02).

“Realmente, a minha saúde até aqui, esses dois anos, foram excelentes graças a Deus, mas aí eu tenho vários outros de problemas de saúde...” (ACS01).

A classe 4, com 19,78% de representação, agrupou as relações entre o trabalho e a percepção de saúde, assim como alguns motivos que dificultam a aquisição de comportamentos mais saudáveis:

“...aí, no decorrer do meu trabalho, a gente tem o hábito de estar passando nas casas, e você sabe onde tem o café melhor, aí eu vou tomando o café e bebo pouca água” (ACS17).

“A verdade é que é tudo muito corrido pra gente que tem trabalho, tem filhos, tem casa, tem tudo pra gente dar de conta, aí é tudo muito corrido” (ACS20).

“Acho que o que falta para melhorar minha saúde é ter mais tempo, por conta da correria do trabalho e do dia a dia” (ACS12).

A classe 3, que teve 23,74% de representação, evidenciou aspectos relacionados à prática de atividade física regular, destacando situações pessoais e relativas ao trabalho que dificultam iniciar ou manter a atividade escolhida:

“Sobre a atividade física, o que eu posso fazer, às vezes, é uma caminhada, mas é muito difícil também, porque você sabe, o trabalho da gente toma muito tempo da gente” (ACS20).

“Em relação à atividade física, tenho deixado muito a desejar, eu estou fazendo pouco mesmo, faço a caminhada, mas não é todo dia” (ACS36).

“Eu não faço atividade física, porque eu acho que, como eu trabalho muito a pé, eu ando sempre quase 15 minutos todo dia para chegar no trabalho, então eu nem faço a caminhada” (ACS43).

A classe 2, com 14,51% de representação, destacou a abordagem sobre o comportamento alimentar dos participantes, apontando haver conhecimento sobre alguns tipos de alimentos cujo consumo deve ser evitado para promover saúde:

“Eu faço a minha alimentação, eu faço o possível para evitar comer açúcar, gorduras, essas coisas assim; já não utilizo mais tanto quanto utilizava” (ACS24).

“Em relação à alimentação, é evitando refrigerantes, gorduras, gorduras saturadas, essas coisas” (ACS40).

“Meu problema maior é com doce, aí é uma coisa que ainda dá uma dificuldade por causa do açúcar, que causa muita inflamação no corpo da gente” (ACS46).

As percepções de saúde e as práticas do cuidado de si relatadas pelos ACS foram representadas de modo global na árvore de similitude (Figura 15), na qual se estruturaram três comunidades periféricas a uma comunidade central (cor azul), que trouxe os termos “caminhada”, “exercício”, “tempo” e “falta de tempo” como o núcleo central que estabeleceu relação com aspectos importantes para o cuidado de si e os obstáculos à sua realização.

A primeira comunidade periférica (cor amarela) se referiu à “alimentação” dos ACS, com destaque para o consumo de alimentos não saudáveis (“refrigerantes”, “massas”, “açúcar” e “gordura”) e ausência de alimentos saudáveis (“saladas”, “frutas”,

“verduras”). Na segunda comunidade (cor verde), destacou-se o cotidiano de vida dos ACS por meio da expressão “dia”, que se relacionou aos termos “atividade física”, consumo de “frutas”, seguimento de “dietas” e realização das refeições (“café da manhã”, “almoço” e “jantar”). A terceira comunidade (cor rosa) representou o cotidiano laboral dos ACS pela expressão “trabalho”, cuja conexão estabeleceu-se com os termos “correria”, “casa”, “família” e “filhos”.

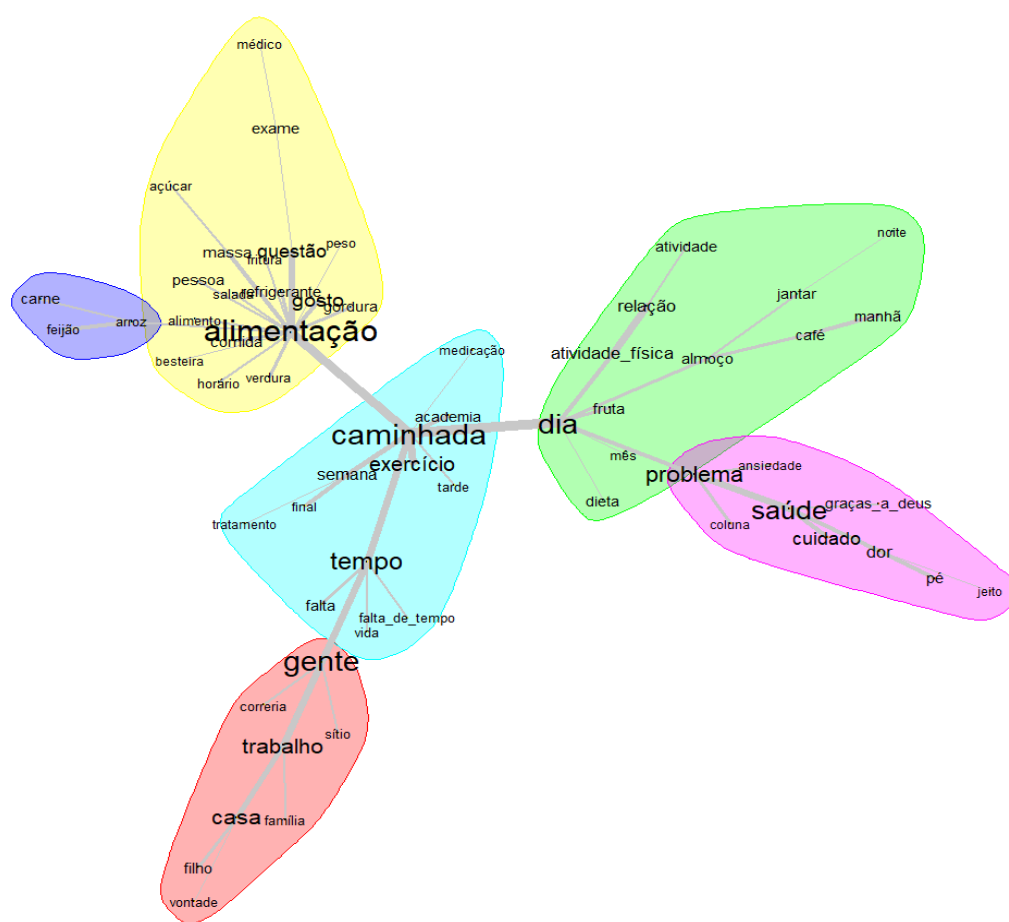


Figura 15. Árvore de similitude do *corpus* percepção de saúde e o cuidado de si de agentes comunitários de saúde antes da intervenção educativa.

Percepção de saúde e o cuidado de si após a intervenção

O segundo *corpus* (entrevistas pós-intervenção) foi dividido em 121 ST e a CHD reteve 93 destes (76,86% do total), originando cinco classes. Inicialmente, o *corpus* foi dividido em dois *subcorpus* (de um lado, a classes 5, e de outro, as demais); em seguida,

as classes 1 e 2 foram separadas das classes 3 e 4; no terceiro momento, a classe 1 foi separada das classes 2; e na quarta partição, houve a separação entre as classes 3 e 4, concluindo o processo e gerando o dendrograma (Figura 16).



Figura 16. Dendrograma da CHD do *corpus* percepção de saúde e o cuidado de si de agentes comunitários de saúde após a intervenção educativa.

A classe 5, com 12,9% de representatividade do corpus, evidenciou algumas condições de saúde que ocasionaram dor e interferiram na saúde física dos ACS, mas mantiveram suas percepções positivas de saúde:

“Eu tenho artrose e na semana passada andei muito e as juntas começaram a doer muito, mas minha saúde está bem”(ACS11).

“Meu estado de saúde hoje é ótimo, estou bem, só um incômodo na coluna, nos ossos, de vez em quando” (ACS07).

As classes 1 e 2, que representaram 23,7% do *corpus* cada uma. A classe 1 representou as percepções dos ACS sobre a vivência obtida com o curso e as repercussões

sobre o cuidado de si mesmos quanto à atividade física, enquanto a classe 2 destacou as mudanças sobre hábitos alimentares estimuladas pelos conteúdos abordados no curso:

“Valeu muito a pena, foi muito bom aquele curso lá do doutor, principalmente nessa questão de mudança de comportamento, é muito importante. Acabei mudando minha alimentação; na verdade, eu mudei minha alimentação e estou procurando mais exercício físico, como fazer a caminhada” (ACS19).

“O curso provocou mudança, teve mudança sim; o esporte, eu já praticava, mas através do curso, eu adicionei a caminhada e mudei a minha alimentação” (ACS27).

“...mudou a questão de alimentação também, algumas coisas que a gente achava que era certo comer e estavam totalmente erradas, depois do curso que a gente fez tudo mudou” (ACS01).

“Sim, o curso valeu a pena pra mim, foi bom, por causa de muitas coisas que eu gostava de comer e diminui; fiquei consumindo mais alimentação saudável, da forma como ele indicou” (ACS28).

A classe 4, que teve 19,35% de representação, evidenciou aspectos relacionados à melhoria do padrão de saúde após o curso:

“Minha saúde está bem melhor, comparando com o que era, está bem melhor; é, a gente fazendo do jeito que é pra fazer, a gente fica mais leve, mais saudável” (ACS48).

“Minha saúde está bem porque a gente fica com mais experiência depois do curso” (ACS43).

A classe 3, com 20,43% de representação, agrupou as percepções dos ACS quanto à inexistência de queixas ou de problemas de saúde, anteriormente percebidos:

“Eu estou bem, graças a Deus; não estou sentindo nada, não estou sentindo mesmo, o curso foi um incentivo a mais; eu já fazia exercício físico, faço caminhada, e o curso foi um incentivo pra nunca desistir” (ACS05).

“Hoje eu estou me sentindo outra pessoa, maravilhosa, graças a Deus; não tenho doença, graças a Deus. Depois do curso melhorou muito, tudo, bastante, muito, muito mesmo; mudou o meu estilo de vida” (ACS36).

As percepções de saúde e as práticas do cuidado de si relatadas pelos ACS após a intervenção educativa foram representadas na árvore de similitude (Figura 17), na qual se estruturaram quatro comunidades periféricas à comunidade central (cor verde), que trouxe as conexões entre os termos “curso”, “mudança”, “melhoria” e “gente” (ACS) como o núcleo central.

A primeira comunidade periférica (cor rosa) se referiu à “alimentação” dos ACS, com destaque para o não consumo de alimentos não saudáveis (“massas” e “gordura”) e implementação do consumo de “água”. Na segunda comunidade (cor amarela), destacou-se a percepção positiva de “saúde”, relacionada ao termo “rotina”. A terceira comunidade (cor azul) trouxe o aspecto clínico à percepção de saúde dos ACS, pelos termos “resultados” e “exames” e a quarta comunidade (cor roxa) representou os relatos dos ACS quanto a adoção/manutenção de “hábitos” “saudáveis” após a intervenção educativa.

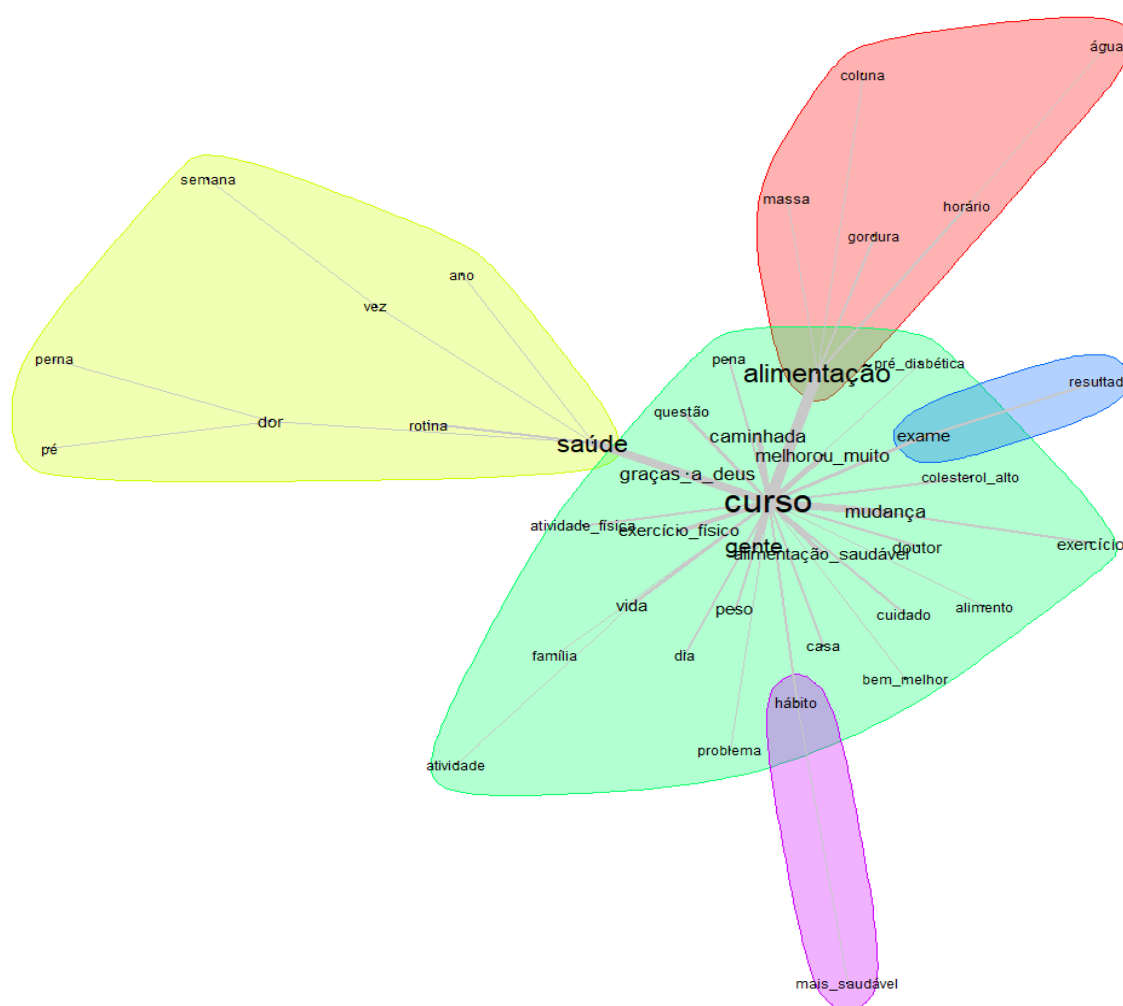


Figura 17. Árvore de similitude do *corpus* percepção de saúde e o cuidado de si de agentes comunitários de saúde após a intervenção educativa.

Níveis de Literacia para a Saúde

Referente aos níveis de LS, os dados da pesquisa demonstraram que, antes da intervenção educativa, a maioria dos ACS encontrava-se com nível problemático (76,4%), seguido de inadequado (21,8%). Apenas um ACS obteve o nível suficiente na avaliação. Após a intervenção, houve redução dos níveis problemático (72,7%) e inadequado (9,1%), com aumento do nível suficiente (18,2%). Nenhum ACS apresentou nível excelente (Tabela 8).

Tabela 8. Classificação dos níveis de literacia para a saúde dos ACS, antes e após a intervenção. Assaré, Ceará, 2022.

Classificação do nível de LS	Pré-intervenção		Pós-intervenção		<i>p</i> *
	n	%	n	%	
Inadequado	12	21,8	05	9,1	0,0001
Problemático	42	76,4	40	72,7	
Suficiente	01	1,8	10	18,2	
	Total: 55 (100%)		Total: 55 (100%)		

*Teste de McNemar-Bower.

DISCUSSÃO

Os relatos dos ACS evidenciaram mudanças na percepção de saúde e nas práticas de cuidado de si após a intervenção educativa. Antes do curso, as falas expressavam aspectos importantes que impactavam negativamente o cuidado de si, bem como os obstáculos que enfrentavam para a sua realização.

Ficaram evidentes os alimentos mais consumidos pelos ACS, que eram marcados pela presença de carboidratos e cafeína em suas composições, bem como observou-se a falta de horários bem definidos para realizar as refeições do dia.

Tal situação foi justificada pelos ACS pela rotina intensa do trabalho e pelas dificuldades em conhecer e adotar comportamentos saudáveis. Essas razões impactavam na percepção de saúde dos participantes, já que os ACS acreditavam estar em condições

plenas, porém, reconhecendo, ao mesmo tempo, condições que afetavam negativamente o bem-estar.

No estudo de Pinheiro *et. al.* (2019), essa dicotomia entre aparentar e realmente estar bem fica evidente quando os ACS reconhecem a necessidade de estar bem com a sua própria saúde para servir de exemplo à população, porém reconhecem a necessidade de uma abordagem preventiva de saúde mental e física para diminuir os efeitos gerados pela carga elevada de problemas absorvidos no dia a dia.

Nas falas dos ACS, o fator tempo foi citado como obstáculo central para se realizar o cuidado de si compreendido por elas como ações relacionadas aos termos “caminhada” e “exercício”. A tripla jornada de trabalho foi apontada pelos ACS como a principal razão para a falta de tempo, demonstrada através das conexões com os termos “trabalho”, “casa”, “família” e “filhos”, uma vez que os participantes eram em sua maioria composto por mulheres casadas e com filhos. Resultados semelhantes também foram encontrados em outros estudos (MOTA-SANTOS, *et. al.*, 2021; PIRROLAS e CORREIA, 2020), que evidenciaram a tripla jornada de trabalho como fator prevalente sobre as mulheres no mercado de trabalho.

Esse obstáculo seria, portanto, um dos determinantes do consumo de alimentos não saudáveis, caracterizadas pelos termos “refrigerante”, “massas”, “açúcar” e “gordura”, além de ser um fator que prejudica aspectos do cotidiano da vida dos ACS, como dificuldade de se seguir dietas, realizar atividade física e ter uma rotina alimentar com alimentos saudáveis.

Quando analisados os relatos dos ACS após a intervenção educativa, constatou-se que apesar da persistência de aspectos crônicos álgicos nas condições de saúde, como as osteoartroses, a percepção de saúde deles foi positiva, pois as vivências obtidas com curso foram determinantes para repercutir na mudança de comportamento, tanto na perspectiva ao cuidado consigo, quanto na realização de práticas corporais/atividade física, assim como em relação aos os hábitos alimentares saudáveis.

O termo “curso” foi apontado nas falas dos ACS como fator central de estímulo à melhoria das percepções de saúde e do cuidado de si, ao apresentar associação no eixo central com os termos “mudança” e “melhoria”. Essa evolução foi representada especialmente no impacto sobre a alimentação, com destaque aos termos “massas” e “gordura”, indicando a substituição desses itens por alimentos saudáveis, além do avanço na implementação da ingestão hídrica, indicado pelo termo “água”.

A correlação entre a melhora da percepção de saúde e bem-estar com comportamento saudáveis também foi observado no estudo de Franco, *et. al.*, 2018.

A intervenção foi importante também para estimular a mudança de aspectos relacionados com as ações cotidianas. Os termos “saúde” e “rotina” indicam a transformação que houve em relação a adoção de hábitos saudáveis que estavam sendo negligenciados e até, antes do curso, justificados pela ausência de tempo. As falas também indicaram que a melhoria dos parâmetros clínicos serviu de estímulo para adoção/manutenção de hábitos saudáveis, conforme evidenciado pelos termos “resultados”, “exames”, “hábitos” e “saudáveis”.

Mudanças positivas também foram verificadas nos níveis de LS dos ACS, em que houve redução nos níveis inadequado e problemático, com aumento no nível suficiente, e indicando que a mudança nesses níveis se deu de forma progressiva, contribuindo para a promoção da saúde dos participantes.

É importante ressaltar que os resultados neste estudo mostraram que nenhum ACS apresentou nível excelente de LS, mesmo após a intervenção educativa. Tal dado pode estar relacionado com o nível educacional dos participantes que, em sua maioria possui apenas o ensino médio completo. Em estudo realizado por Aguayo-Verdugo *et. al.*, (2019), o nível de escolaridade teve relação significativa na associação entre os níveis de LS, onde poucos anos de estudo foram associados a um nível inadequado de LS. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Chehuen-Neto *et. al.* (2017) que mostrou LS adequado relacionado a maior escolaridade.

Evidencia-se, dessa forma, a importância das ações educativas como estratégia de promoção de saúde ao fomentar o processo de compreensão e aplicação das informações de saúde no cotidiano das pessoas, o que é corroborado por Lima *et al.* (2020) ao mostrar em seu estudo que pessoas que recebiam algum tipo de orientação em saúde, independente da categoria profissional, bem como aqueles que participavam de grupo desenvolvidos na unidade de saúde, obtiveram maiores pontuações na escala de LS.

Os aspectos relatados pelos ACS antes da intervenção refletiram obstáculos consistentes à realização de “ações de si para consigo”, demonstrando a ausência de atitudes voltadas ao cuidado de si e a necessidade desses profissionais “ocuparem-se e preocuparem-se consigo”, como forma de melhorarem a saúde e o bem-estar.

Comportamentos voltados para alimentação saudável e atividade física são consideradas práticas de cuidado de si em diversos estudos (ELIAS *et al.*, 2014; SOBRINHO *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2015; XAVIER *et al.*, 2017) e foram

verificados também nos relatos dos ACS após a intervenção educativa, que realizaram práticas do cuidado de si conforme seus modos de conceber, de fazer e de ser de cada profissional.

Considerando os três aspectos centrais da Teoria do Cuidado de Si (FOUCAULT, 1984), constatou-se que a intervenção educativa proporcionou aos ACS reflexões e ressignificações sobre seus modos de pensar e agir, seus processos de trabalho e de vida pessoal, e os impulsionaram a “voltar-se para o interior de si” (percepção da necessidade de mudança), definir “ações de si para consigo” (gestão do tempo, priorização dos cuidados pessoais) e implementar “atitudes consigo (mudança de comportamento alimentar e prática corporal/atividade física), com o outro (família e filhos) e com o mundo (trabalho),

Ainda nesse sentido, destaca-se que o LG18T utilizado nesta pesquisa, assim como outras PICS realizadas no âmbito da APS e SUS que se apresentam como uma estratégia promotora do cuidado de si (PEREIRA, 2020), viabilizou diferentes modos de ser, fazer e sentir dos seus praticantes, corroborando para a melhoria da saúde, da vida e do bem-viver desses profissionais.

Além disso, o cuidado de si dos ACS, enquanto atitude de auto-solidariedade, poderá contribuir para que estes profissionais sejam impulsionados a terem melhores relações com os outros e com o mundo, impactando positivamente no cuidado das famílias sob as quais versam seus processos de trabalho, bem como nas demais relações interpessoais estabelecidas no âmbito da APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como propósito apreender as percepções dos ACS sobre os efeitos de um programa de intervenção educativa voltado ao cuidado de si, com ênfase na Literacia para a Saúde e adoção de comportamentos saudáveis. A realização das ações educativas direcionadas ao autocuidado foi considerada positiva e transformadora para os ACS, que ressignificaram seus modos de vida e inseriram comportamentos mais saudáveis em seus cotidianos, especialmente quanto à alimentação e à atividade física.

Diversas manifestações do cuidado de si emergiram pelos relatos dos profissionais, através dos cuidados com a alimentação, na prática de atividades corporais, na reflexão sobre si e seus atos, no relacionar-se com familiares e sobre como ocorrem

seus próprios processos laborais, que refletem na tessitura da complexa relação entre conhecer-se e realizar o cuidado para promoção da própria saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUAYO-VERDUGO, Natalia; VALENZUELA-SUAZO, Sandra; LUENGO-MACHUCA, Luis. **Autocuidado, alfabetização em saúde e controle glicêmico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. Sick Cienc., Concepción, v. 25, 21, 2019. Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100217&lng=en&nrm=iso>. acessado em 25 de agosto de 2022. Epub 29 de dezembro de 2019. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100217>.
- ANTUNES, M.T.O. et. al. Pesquisa intervencionista e mestrados profissionais: perspectivas de sua prática nos cursos da área de gestão. Indagatio Didactica. 2016 Disponível em: <https://proa.ua.pt/index.php/id/article/view/2569>
- CAMARGO, B.V; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software IRaMuTeQ**. [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2021. [cited 2022 Jun 29]. Available from: http://iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf.
- CARNUT, L. **Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil**. Saúde em Debate [online]. 2017, v. 41, n. 115 [Acessado 4 Setembro 2022] , pp. 1177-1186. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.
- CENTENARO, A. P. F. C. et al. **Autocuidado de catadores de material reciclável: ações de Enfermagem à luz da Pesquisa Convergente-Assistencial**. Escola Anna Nery [online]. 2022, v. 26 [Acessado 18 Agosto 2022], e20210111. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0111>>. Epub 19 Nov 2021. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0111>.
- CHEHUEN-NETO, J.A, PINTO, F.A.R, BIGNOTO, T.C, COSTA, L.A, VIEIRA, C.I.R, ESTEVANIN, G.M, et al. **Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas**. Cienc. saude colet. [Internet]. 2017 [acesso em 10 ago 2018]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/letramento-funcional-em-saude-nos-portadores-de-doencas-cardiovasculares-cronicas/16286?id=16286>
- ELIAS, E. A. et al. **Significados do cuidado-de-si-mesmas de mulheres profissionais de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(3) Jul-Set 2014.
- FERREIRA, E. S. et al. **A relevância do cuidado de si para profissionais de enfermagem**. Cienc Cuid Saude Jan/Mar; 14(1):978-985. 2015

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito: curso dado no College de France (1981-1982)**. Tradução de Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 680 p.

FRANCO, J.R, SILVA JUNIOR, M. B da, BORGES, J.W.P, SILVA, E.S, **Análise do comportamento de promoção da saúde e do bem-estar pessoal em universitários**. Rev. APS [online]. 2019. jan./mar.; 22 (1): 7-22. [Acessado 24 de Agosto 2022], Disponível em: < <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16710>>

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Estimativa de População – Assaré – Censo 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/assare/panorama>. 2022.

LEAVELL H, CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawHill do Brasil; 1976.

LIMA, JP, ABREU, DPG, BANDEIRA, EO, BRUM, AN, GARLET, BB, MARTINS, NFF. **Functional health literacy in older adults with hypertension in the family health strategy**. Rev Bras Enferm. 2020; 73(Suppl 3):e20190848. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0848>

MINAYO, M.C.S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v.5, n. 7, p. 01 – 12, abril, 2017.

MOLSTER, CM, BOWMAN, FL, BILKEY, GA, CHO, AS, BURNS, BL, NOWAK, KJ, DAWKINS, HJS. **The Evolution of Public Health Genomics: Exploring Its Past, Present, and Future**. Front Public Health. 2018 Sep 4;6:247. Disponível em <doi: 10.3389/fpubh.2018.00247>.

MOTA-SANTOS, C.; AZEVEDO, A. P. de.; LIMA-SOUZA, Érica. **A Mulher em Tripla Jornada: Discussão Sobre a Divisão das Tarefas em Relação ao Companheiro**. Revista Gestão & Conexões, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 103–121, 2021. [Acessado em: 24 ago. 2022]. Disponível em: <doi: 10.47456/regec.2317-5087.2021.10.2.34558.103-121>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The World Health Report 2000. Health systems: improving performance**. Genebra, Suíça: OMS, 2000

OREM, D. E. Nursing: Concepts of practice. 4. ed. Saint. Louis, Mosby, 1991.

PEREIRA, E.C. **O cuidado de si de profissionais da atenção básica que atuam com as práticas integrativas e complementares em uma região do município de São Paulo**. São Paulo, 2020. 103 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, 2020.

PERES, F. RODRIGUES, K. M., e SILVA, T. L. **Literacia em Saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021. Coleção Temas em saúde. ISBN: 978-65-5708-106-8. <https://doi.org/10.7476/9786557081068>

PINHEIRO LS, MEDEIROS TCS, VALENÇA CN, DANTAS DKF, SANTOS MAP. **Quality of life and work improvements according to community health agents.** Rev Bras Med Trab.2019;17(2):180-187

PIRROLAS, O. A. C., CORREIA, P. M. A. R. **Profissão, família e educação – conciliação da tripla jornada: uma questão de políticas e práticas organizacionais ou uma questão de sexo?** Revista da FAE, 2020, 23(1), 7-22.

RANDOW, R., MENDES, N. C., SILVA, L. T. H., ABREU, M. N. S., CAMPOS, K. F. C., & GUERRA, V. de A. (2017). **Lian Gong em 18 terapias como estratégia de promoção da saúde.** Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde, 30(4). <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6365>

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Uso do software iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, 2018. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8645>.

SABOGA-NUNES. et. al., Níveis de alfabetização/Literacia para saúde em duas populações de diferentes níveis de escolaridade. In: Boff, E. T.; Araujo, M. C., Carvalho, G.S.. Interações entre conhecimentos, valores e práticas na educação em saúde. Editora Unijui, 2016

SOBRINHO, H. S. et al. **O cuidar de si para promoção da saúde: os cuidados da enfermagem.** Cienc Cuid Saude Jan/Mar; 14(1):941-94. 2015.

SABOGA-NUNES, L.; SØRENSEN, K. The European Health Literacy Survey (HLS-EU) and its Portuguese Cultural Adaptation and Validation (HLS-PT); *Aten Primaria*. 2013; 45:46.

STARFIELD B, HYDE J, GÉRVAS J, HEATH I. **The concept of prevention: a good idea gone astray?** J Epidemiol Community Health 2008;62(7):580-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech.2007.071027>

TESSER, C. D. **Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde.** Mundo Saúde. 2012;36(3):416-26.

TESSER, C. D. **Why is quaternary prevention important in prevention?** Revista de Saúde Pública [online]. 2017, v. 51 [Acessado 19 Agosto 2022] , 116. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000041>>. Epub 04 Dez 2017.

VAZ DE ALMEIDA, C.; VEIGA, A. **Literacia em saúde e capacitação do idoso na prevenção da diabetes mellitus tipo2 em contexto comunitário.** JIM - Jornal de Investigação Médica, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 006–021, 2020. [Acessado em: 23 ago. 2022.] Disponível em: <DOI: 10.29073/jim.v1i2.294>.

XAVIER, A. P. et al. **Ressignificando o cuidado de si na enfermagem: percepções de uma equipe.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(3):1179-88, mar., 2017.

Algumas reflexões



7 ALGUMAS REFLEXÕES

A presente dissertação de mestrado-assumiu como objetivo principal analisar os efeitos de uma intervenção educativa de promoção ao autocuidado sobre o nível de Literacia para a Saúde e o cuidado de si de Agentes Comunitários de Saúde, com ênfase no comportamento alimentar saudável e realização de prática corporal/atividade física.

Nesse sentido, a realização das ações educativas efetuadas foi considerada positiva e transformadora para os participantes. Os achados do estudo indicaram que os ACS ressignificaram questões que impactavam em atitudes sobre o cuidado de si e inseriram comportamentos mais saudáveis em seus cotidianos, evidenciada, também, pela melhoria dos níveis de Literacia para Saúde.

A sensibilização nos ACS promovida pela intervenção educativa foi capaz de iniciar um processo de cuidado de si, repercutindo, objetivamente, nos padrões antropométricos e dietéticos, com reflexo na melhoria dos níveis glicêmicos e lipídicos dos participantes.

Diversas manifestações do cuidado de si emergiram pelos relatos dos ACS, através dos cuidados com a alimentação, na prática de atividades corporais, na reflexão sobre si e seus atos, no relacionar-se com familiares e sobre como ocorrem seus próprios processos laborais, que refletem na tessitura da complexa relação entre conhecer-se e realizar o cuidado para promoção da própria saúde.

Entretanto, a continuidade do seu estudo se faz necessário para avaliar o impacto que a intervenção educativa é capaz de provocar a longo prazo sobre suas próprias vidas, dos seus familiares e sobre a abordagem sobre promoção da saúde para as famílias vinculadas ao trabalho desses profissionais.

A pesquisa também proporcionou uma transformação nos hábitos do pesquisador que passou aplicar os princípios do estudo no cotidiano familiar. Aos poucos todos da casa foram incorporando alimentos saudáveis na dieta e escolhendo, de forma consciente, os tipos de alimentos no supermercado. Formando um ciclo que se retroalimentava positivamente. A melhora na percepção do bem-estar gerou estímulo para permanecer no novo hábito.

A imersão do pesquisador nas temáticas, nos cenários, na convivência com os ACS e no recolhimento para escrita final deste documento despertou algumas reflexões que ora produzem inquietações, como as dúvidas sobre como os ACS manterão os comportamentos saudáveis adquiridos, ora geram expectativas quanto às possibilidades

futuras de estudos para aprofundamento e clarificação acerca das práticas do cuidado de si de outros profissionais da APS, dos colegas médicos dos outros serviços de saúde e as pessoas do próprio território de atuação do pesquisador, na busca incessante pela compreensão do homem e sua relação consigo e com o outro, mediante os diversos contextos de vida, trabalho e saúde.

Referências



8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Leonardo Alexandrino de et al. O trabalho como determinante da saúde e espaço de desenvolvimento de competências. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 1446-1455, jun. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572021000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 set. 2022. <http://dx.doi.org/10.5935/rpot/2021.2.21507>.

ANTUNES, M.T.O. et. al. Pesquisa intervencionista e mestrados profissionais: perspectivas de sua prática nos cursos da área de gestão. **Indagatio Didactica**. 2016 Disponível em: <https://proa.ua.pt/index.php/id/article/view/2569>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIAN GONG EM 18 TERAPIAS. O que é Lian Gong em 18 Terapias? Disponível em: <https://www.associacaobrasileiralg18terapias.org/sobre-lian-gong>. 2022.

_____. Lian Gong em 18 Terapias: exercícios para a saúde. **Vídeo instrucional com a demonstração da técnica**. Disponível em: <https://www.associacaobrasileiralg18terapias.org/videos>.

BARROS, N.F. et. al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.12, Rio de Janeiro, 2007.

BETTARELLO, P. A.; SAUT, T. B. **Análise dos resultados dos questionários sobre qualidade de vida – SF 36, após aplicação do Lian Gong em 18 Terapias e da Ginástica Laboral, em funcionários do setor de editoração do Centro Universitário Claretiano de Batatais-SP**. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário Claretiano de Batatais, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://biblioteca.claretiano.edu.br/ph18/pdf/20003349.pdf#sthash.lv4AcOjk.dpuf>>.

BORGES, SAC; DUARTE, MJO. Surfando no controle: os lugares que os agentes comunitários ocupam na produção de saúde mental. **Saúde em Debate**. 2017; 41(114): 920-931. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pLRbWDSNDxzB5FzjdQFJnvS/?format=pdf&lang=pt>

BORNSTEIN, V.J. et. al. História e contexto de atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Curso de aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 1 - Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf.

_____. Ministério da Saúde. **Práticas integrativas e complementares**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics-1>. Acessado em 09 de março de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2ª. Ed., Brasília, 96p. 2015a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acessado em 11 de março de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Portaria MS/GM nº 849, de 27 de março de 2017. Brasília, 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**, aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510, de 07 de abril de 2016**, dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

_____. **Decreto-lei nº 6.514**, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, 1977.

CARVALHO, Sandro Sacchet de. Uma visão geral sobre a reforma trabalhista. **Boletim Mercado de Trabalho - Conjuntura e Análise**, Brasília-DF, n. 63, p. 81-92, 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/171024_bmt_63_07_politica_em_foco_visao_geral.pdf.

CERVO, A.L., et. al. **Metodologia Científica**. 6ª Ed., Editora Pearson, 2007

COSTA, D.V., et. al., Diferenças no consumo alimentar nas áreas urbanas e rurais do Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online] 2021, v. 26, suppl 2, pp. 3805-3813. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.26752019>.

FERREIRA, H.S.; OLIVEIRA, B.N.; SAMPAIO, J.J.C. Análise da percepção dos professores de educação física acerca da interface entre a saúde e a educação escolar: conceitos e metodologias. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 35, n.3, p.673-685, 2013

FISBERG, R. M. et. al., **Questionário de frequência alimentar adulto**. Grupo de Pesquisa de Avaliação do Consumo Alimentar – GAC, 2020. Disponível em: http://gac-usp.com.br/wp-content/uploads/2020/01/QFA_Adulto.pdf.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Editora Paz e Terra; 23ª edição, Coleção Saberes, 1994.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Editora Paz e Terra; 36ª edição, Coleção Saberes, 1996.

GOUVEIA, R.M.L.A. **Efeitos de um programa de ginástica laboral baseado na metodologia de Lian Gong em 18 terapias – Um estudo em trabalhadores administrativos de uma unidade de cuidados de saúde**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Desporto. 2011.

KEBIAN, LVA et al. As práticas de saúde de enfermeiros na visita domiciliar e a promoção da saúde. **Rev. APS**. 2012 jan-mar; 15(1):92-100. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14772>.

LACAZ, F. A. C. et al. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2013; 17(44),75-87. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100007>.

LIVRAMENTO, G.; FRANCO, T.; LIVRAMENTO, A. A ginástica terapêutica e preventiva chinesa Lian Gong/Qi Gong como um dos instrumentos na prevenção e reabilitação da LER/DOT. **Rev. Bras. Saúde ocupacional**. v.35, n.121, p. 74-86, 2010.

LIZANO, V.C.G.; NASCIMENTO, M.A.A. Práticas de promoção da saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no mundo: o descompasso teoria e prática. **APS em Revista**, 2015; 1-11. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/3/21>.

LOUREIRO, I. A Literacia em Saúde, as políticas e a participação do cidadão. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.33, n.1, 2015.

MARAGNO, C.A.D. et. al. Teste de letramento em saúde em português para adultos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2019.

MARTINS, C.S. **Literacia em Saúde numa comunidade da região Centro**. Mestrado em Enfermagem Comunitária (Dissertação). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda, 2017.

MENDES, E.V., **As redes de atenção à saúde**. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOREIRA, M. R. C. et. al. Lian Gong em 18 Terapias: uma proposta para prevenir os transtornos traumáticos cumulativos. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 33-36, fev, 2013. Disponível em:

<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/499/189>.

_____. **Reflexões sobre a prática do Lian Gong em Saúde Coletiva**. Trabalho apresentado no III Encontro Universitário da Universidade Federal do Ceará, Campus Cariri. Juazeiro do Norte, 25 a 27 de outubro de 2011.

MORI, É. C.; NAGHETTINI, A. V. Formação de médicos e enfermeiros da estratégia Saúde da Família no aspecto da saúde do trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2016; 50(spe),25-31. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300004>.

MOTA, M.P.G. **Literacia para Saúde relacionada com estilos de vida saudáveis**. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **World Health Statistics 2018**. Genebra, 2018.

_____. **Health Literacy. The Solid Facts**. 2013. Disponível em: <http://www.thehealthwell.info/node/534072>. Acessado em 10 de março de 2022.

_____. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais**. Tradução do Serviço Social da Indústria (SESI). Brasília, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **Cúpula de Sistemas Alimentares das Nações Unidas**. Linha de Ação 1: Garantia de acesso a alimentos seguros e nutritivos para todos. Nova Iorque, 2021, Disponível em: https://www.gov.br/mre/pt-br/cupula-2021-sistemas-alimentares-dialogos/documentos/at1_synthesis_of_propositions_traduzido_portugues.pdf.

PASKULIN, L.M.G.; et. al. Health literacy of older people in primary care. **Acta Paul Enferm.**, 2012.

FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 19, n. 03 [Acessado 26 Outubro 2022] , pp. 847-852. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>.

PERES, P.C.N. *et. al.* Literacia em saúde no Brasil: estudo cienciométrico. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico Conhecer – Goiânia, v.14 n.25; p.1589, 2017.

PINHEIRO, L.S., *et. al.* Melhorias para a qualidade de vida e trabalho na visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Bras. Med. Trabalho**, 2019.

QUEMELO, P.R.V. *et. al.* Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017.

SABOGA-NUNES, L.A. *et al.* Literacia para a saúde: origens e implicação do conceito. In: **O papel da literacia para a saúde e educação para a saúde na promoção da saúde**. Curitiba: CRV, 2019.

SABOGA-NUNES, L.A.. *et. al.*, Níveis de alfabetização/Literacia para saúde em duas populações de diferentes níveis de escolaridade. In: Boff, E. T.; Araujo, M. C., Carvalho, G.S.. **Interações entre conhecimentos, valores e práticas na educação em saúde**. Editora Unijui, 2016.

SAFFER DA, BARONE LR. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde mental. **Physis**. 2017; 27(3):813-833 <https://www.scielo.br/j/physis/a/xNpk9Rp75CZq7mKMzXmg5JG/?format=pdf&lang=pt>.

SANTANA, V.C.; BURLANDY, L; MATTOS, R.A. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). **Saúde Debate**, 2019; v. 43, n. 120, p. 159-169. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yPDsVDLZrvMQjVGGn4VJsMB/?format=pdf&lang=pt>.

SANTOS AK, MENDONÇA ET. Agentes Comunitários de Saúde e o cuidado de quem cuida: trabalho e subjetividade(s). **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2020;15(42):2118. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2118](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2118).

SANTOS, M.I.P.O.; PORTELLA, M.R. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.69, n.1, p. 156-164, 2016.

SANTOS, T. I., *et. al.*, Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**. 2015.

SANTOS, K.S. *et al.* O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(2):655-664, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kvr3D7Q3vsYjrFGLNprpttS/?format=pdf&lang=pt>.

SANTOS, L. M. S.; RODRIGUES, D. M. O.; CARON, C. V. A utilização da técnica corporal chinesa Lian Gong no estágio supervisionado I e II do curso de Naturologia aplicada da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. **Cadernos Acadêmicos**, Tubarão, v. 3, n. 2, p. 50-72. Santa Catarina, 2011. Disponível em: http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Cadernos_Academicos/article/viewFile/591/666

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23ª Ed., Cortez Editora, 2013.

SILVA, R. L.; PÁSZTOR, M. S. **Sociedade Paulista de Lian Gong e Filosofia Oriental**. Disponível em: <http://www.liangong.com.br/>. 2022.

SOUSA, K.F. et al. A prática do Lian Gong na promoção de saúde. **S A N A R E**, ISSN:2317-7748, V.14 - Suplemento 1 - COPISP – 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Rosilene/Downloads/704-Texto%20do%20Artigo-1345-1549-10-20150630.pdf>.

SOUSA, A. S. A. et al. Perfil das publicações sobre a prática do Lian Gong na área da saúde. **Revista Brasileira De Educação E Saúde**, 2017; 7(1), 31 - 35. Recuperado de <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/4019>.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C; NASCIMENTO, M.C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde Debate**, v. 42, No. Especial, 1, p. 174-188. 2018. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SY9PZWpk4h9tmQkymtvV87S/?format=pdf&lang=pt>.

VIGISAN. II Inquérito Nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil [livro eletrônico]: **II VIGISAN: Relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN** – São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022.

Apêndices



APÊNDICE A – Material didático/instrucional elaborado para a intervenção educativa



Dados internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Cariri
Sistema de Bibliotecas

C977 Alimentação saudável e prática corporal: estratégias para promoção da saúde. / Elaboração técnica de João Guilherme Bentes de Araújo Rodrigues, Maria Rosilene Cândido Moreira, Tibério de Oliveira Silva. – Juazeiro do Norte: UFCA, 2022.

53 p. ; il. color.

ISBN: 978-65-00-39326-2 (papel)

Universidade Federal do Cariri, Juazeiro do Norte, 2022.

1. Alimentação saudável. 2. Processamento de alimentos. 3. Prática corporal. 4. Qualidade de vida. I. Rodrigues, João Guilherme Bentes de Araújo. II. Moreira, Maria Rosilene Cândido. III. Tibério de Oliveira Silva.

CDD 613.2

Bibliotecária: Glacínésia Leal Mendonça –CRB 3/925

APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico e profissiográfico

Olá, estamos felizes que tenha concordado em participar da presente pesquisa. Este questionário é dividido em várias partes e gostaríamos de iniciar fazendo algumas perguntas pessoais.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
1. Qual sua Idade?: anos. 2. Gênero: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro. Qual? _____
3. Qual a Cidade onde mora? ☐ Assaré ☐ Crato ☐ Juazeiro do Norte ☐ Barbalha
4. Em qual bairro você mora: _____
5. E qual território fica o seu bairro?: ☐ Sede ☐ Distrito
6. Há quanto tempo (anos) você reside neste bairro? _____
7. Qual o seu Estado Civil? ☐ Solteira(o) ☐ Casada(o)/união estável ☐ Viúvo (a) ☐ Separado (a) /divorciado (a)
8. Você tem filhos? ☐ Não ☐ Sim
9. Qual a sua Religião: ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Espírita ☐ Não possui religião Outra: _____
10. Em relação a identificação de raça/cor, a qual você se considera? ☐ Branco ☐ Negro ☐ Pardo ☐ Outra. Qual _____

11. Qual sua escolaridade?

- ☐ Analfabeto
☐ Ensino Fundamental Incompleto(
☐ Ensino Fundamental Completo ()
☐ Ensino Médio Incompleto
☐ Ensino Médio Completo
☐ Ensino Superior Incompleto
☐ Ensino Superior Completo

12. Qual a sua renda familiar (soma da renda de todas as pessoas da casa), em salários mínimos (SM)?

- ☐ <1 SM
☐ 1 a 2 SM
☐ 2 a 3 SM
☐ 4 ou mais SM
☐ Não quero responder

DADOS PROFISSIONAIS**13. UBS onde Trabalha:** _____**14: CNES:** _____**15. Localização da UBS:**

- ☐ Sede
☐ Distrito

16. Seu trabalho/UBS é na zona Rural ou Urbana do Município?

- ☐ Rural
☐ Urbana

17. Há quanto tempo (anos) você trabalha como ACS na Estratégia Saúde da Família? _____**18. Há quanto tempo (anos) você trabalha como ACS na atual unidade de saúde?** _____**19. Você possui outros empregos/trabalhos?**

- ☐ Não
☐ Sim

Se sim, quais? _____

20. Você reside no mesmo bairro/comunidade em que trabalha?

- ☐ Não
☐ Sim

21. Se não, qual motivo?

- ☐ sempre morou em outro bairro
☐ devido a violência no bairro
☐ mudou após a contratação como ACS porque melhorou as condições de vida
☐ Foi morar no bairro do(a) companheiro (a) após o casamento
☐ Outro. Qual? _____

APÊNDICE C – Questionário Estágios de Mudança de Comportamento

Olá,

Gostaria de perguntar a você sobre como está sua rotina em relação à alimentação saudável e à prática corporal/atividade física após a realização do curso de promoção ao autocuidado. Sendo assim, gostaria que analisasse os cinco itens a seguir, e indicasse aquele que melhor representa seu momento atual:

1. () Não realizo (alimentação saudável/atividade física) e **não tenho intenção** de começar
2. () Não realizo (alimentação saudável/atividade física) mas **estou pensando** em começar
3. () Eu realizo (alimentação saudável/atividade física) **algumas vezes**, mas não regularmente
4. () Eu realizo (alimentação saudável/atividade física) regularmente, mas **iniciei nos últimos 2 meses**
5. () Eu realizo (alimentação saudável/atividade física) regularmente **há mais de 2 meses**

APÊNDICE D – Roteiro da Entrevista
(pré e pós-intervenção)

Prezado/a agente,

1. Como você percebe sua saúde atualmente?
2. O que tem feito para cuidar de si?
3. Como tem realizado atualmente o cuidado de si em relação a alimentação e prática corporal/atividade física?

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Comportamentos saudáveis sobre alimentação e prática corporal: uma pesquisa-intervenção com agentes comunitários de saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado/a agente comunitário/a de saúde,

Sou pesquisadora da Universidade Federal do Cariri e estou realizando, em conjunto com o aluno de mestrado João Guilherme Bentes de Araújo Rodrigues, a pesquisa “Estudos sobre literacia em saúde, flow no trabalho e autoeficácia ocupacional”, sob coordenação da professora Dra. Maria Rosilene Cândido Moreira, cujo objetivo geral é “investigar aspectos relacionados à literacia em saúde, práticas corporais, alimentação saudável, flow no trabalho e autoeficácia ocupacional”.

Sua participação ocorrerá em duas etapas, sendo o primeiro encontro para responder a um questionário sociodemográfico e profissiográfico, visando o perfil dos participantes, uma avaliação médica (consulta) e uma coleta de material sorológico (em laboratório de análises clínicas) para verificação dos níveis de glicemia e colesterol, e um segundo encontro, após a realização de capacitação sobre alimentação saudável e da realização de seções de atividade corporal, para nova coleta de sangue e repetição dos exames iniciais. As amostras de sangue serão coletadas no próprio laboratório, em momento agendado e previamente informado a você. Para este momento, o Sr.(a) será convidado(a) a se dirigir ao local para coleta, no seu horário de trabalho, conforme sua conveniência e disponibilidade de tempo.

Como a pesquisa envolverá a coleta de amostra de sangue para teste sorológico, existe um mínimo desconforto que envolve a punção venosa, podendo esta ocorrer mais de uma vez, devido às circunstâncias próprias do momento da coleta, tais como rede venosa de difícil acesso, movimento involuntário do membro que está sendo puncionado, etc. Entretanto, este desconforto será necessário para que o Sr.(a) tenha o seu teste sorológico realizado e seus marcadores de saúde verificados. Portanto, compreende-se que esta investigação acarretará riscos mínimos, quais sejam: a possibilidade de ter um resultado

laboratorial alterado e algum desconforto devido a punção venosa. Nesse sentido, os benefícios desta pesquisa serão o conhecimento acerca dos seus níveis de glicemia e colesterol e, caso o Sr.(a) esteja com alteração nesses parâmetros, receberá as orientações e prescrições médicas oportunas, tendo assim o devido acompanhamento e assistência relacionados aos procedimentos da pesquisa.

O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados dos questionários e dos exames sanguíneos permanecerão confidenciais, podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Sua participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Entretanto, os pesquisadores se responsabilizarão por possíveis danos que possam vir a ser ocasionados, além da assistência mediata e imediata, em caso de necessidade decorrente da pesquisa.

Destaca-se que, por existir o risco de contaminação/transmissão da Covid-19, serão atendidos os protocolos vigentes no estado do Ceará durante qualquer etapa desta pesquisa, incentivando-se o uso de máscara, a lavagem das mãos e o distanciamento mínimo de um metro entre as pessoas, visando conferir segurança sanitária para todos.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora Maria Rosilene Cândido Moreira, fone (88) 9-8829-3629 ou pela entidade responsável, Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina do Cariri (CEP/FAMEDCARIRI/UFCA), com sede à Rua Divino Salvador, 284, Bairro do Rosário, Barbalha – Ceará, fone (88) 3312-5006.

Profa. Dra. Maria Rosilene C. Moreira
Pesquisadora Responsável

Declaro que li e concordo em participar da referida pesquisa, estando ciente do seu teor quanto ao seu objetivo, riscos, benefícios e sigilo.

Nome e assinatura do(a) participante

Anexos



ANEXO A – Registro do livreto na Agência de Registros do ISBN da Câmara Brasileira do Livro

11/09/2022 14:16

E-mail de Universidade Federal do Cariri - Portal de Serviços da CBL - ISBN registrado com sucesso!



Maria Rosilene Cândido Moreira <rosilene.moreira@ufca.edu.br>

Portal de Serviços da CBL - ISBN registrado com sucesso!

Não Responda - Câmara Brasileira do Livro <nao-responda@cbl.org.br>
 Para: MARIA ROSILENE MOREIRA <rosilene.moreira@ufca.edu.br>

3 de fevereiro de 2022 12:47



Prezado(a),

Um novo ISBN foi registrado com sucesso: 978-65-00-39326-2.

Título: Alimentação saudável e prática corporal: estratégias para promoção da saúde**Subtítulo:****Formato:** Papel**Veiculação:** FísicoPara visualizar detalhes da solicitação, acesse o [Portal de Serviços da CBL](https://portal.servicos.cbl.org.br)

Obrigado por utilizar o Portal de Serviços da CBL!

(Email enviado pelo Portal de Serviços da CBL. Não responder)



WWW.CBL.ORG.BR

ANEXO B – Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar

Anexo C

42

MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR		DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES*	INE	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

CNS DO CIDADÃO:* _____	
Nome do Cidadão:* _____	
Data de nascimento:* ____/____/____	Sexo:* ☐ Feminino ☐ Masculino
Local de Atendimento: _____	

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Mingau	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Água/chá	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Leite de vaca	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Fórmula infantil	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Suco de fruta	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Fruta	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ou mais ☐ Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ou mais ☐ Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	☐ Em pedaços ☐ Amassada ☐ Passada na peneira ☐ Liquidificada ☐ Só o caldo ☐ Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Outro leite que não o leite do peito	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Mingau com leite	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Iogurte	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Fígado	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Feijão	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
	<i>Ontem, você consumiu:</i>	
	Feijão	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

* Campo obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abriço 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

ANEXO C – Questionário Internacional de Atividade Física – versão longa (IPAQ-L) – via Web IPAQ



Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Longa

Bem vindo a versão web do International Physical Activity Questionnaire - Long Form (IPAQ-L). Este questionário de atividade física é de acesso livre e não há necessidade de permissão para usá-lo. Sua utilização pode promover uma medida adequada da atividade física, especialmente em grandes estudos populacionais ou no contexto de vigilância da atividade física para que esta medida foi concebida.

- Se você deseja realizar estudo populacional, clique em área do pesquisador e crie seu grupo de pesquisa.
- Se você deseja conhecer seu nível de prática habitual de atividade física, clique em Ipaq versão longa, preencha o formulário e obtenha seu resultado.

Ipaq Versão Longa

Área do Pesquisador

Acesso por meio do link: <http://www.webipaq.com.br/>

**ANEXO D - Questionário de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças
Crônicas Não Transmissíveis (VIGITEL) – componente atividade física**

1. Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

- ☐ 1. Sim
- ☐ 2. Não (pule para 6) (não vale fisioterapia)

**2. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr.(a) praticou?
ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO**

- ☐ 1 - Caminhada (não vale deslocamento para trabalho)
- ☐ 2 - Caminhada em esteira
- ☐ 3 - Corrida (cooper)
- ☐ 4 - Corrida em esteira
- ☐ 5 - Musculação
- ☐ 6 - Ginástica aeróbica (spinning, step, jump)
- ☐ 7 - Hidroginástica
- ☐ 8 - Ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)
- ☐ 9 - Natação
- ☐ 10 - Artes marciais e luta (jiu-jítsu, caratê, judô, boxe, muay thai, capoeira)
- ☐ 11 - Bicicleta (inclui ergométrica)
- ☐ 12 - Futebol/futsal
- ☐ 13 - Basquetebol
- ☐ 14 - Voleibol/futevôlei
- ☐ 15 - Tênis
- ☐ 16 - Dança (balé, dança de salão, dança do ventre)
- ☐ 17 - Outros

3. O(a) Sr.(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

- ☐ 1 - sim
- ☐ 2 - não (pule para pergunta 6)

4. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

- ☐ 1 – (1 a 2 dias por semana)
- ☐ 2 – (3 a 4 dias por semana)
- ☐ 3 – (5 a 6 dias por semana)
- ☐ 4 - Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5. No dia que o(a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

- ☐ 1 - Menos de 10 minutos
- ☐ 2 - Entre 10 e 19 minutos
- ☐ 3 - Entre 20 e 29 minutos
- ☐ 4 - Entre 30 e 39 minutos
- ☐ 5 - Entre 40 e 49 minutos
- ☐ 6 - Entre 50 e 59 minutos
- ☐ 7 - 60 minutos ou mais

6. Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) trabalhou?

- ☐ Sim
- ☐ Não (pule para pergunta 13)

7. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) anda bastante a pé?

- ☐ 1 - Sim
- ☐ 2 - Não
- ☐ 777 - Não sabe

8. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?

- ☐ 1 - Sim
- ☐ 2 - Não (pule para 11)
- ☐ 777 - Não sabe (pule para 11)

9. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr.(a) faz essas atividades no seu trabalho?

Número de dias _____

- ☐ 555 - Menos de 1 vez por semana
- ☐ 888 - Não quis responder

10. Quando realiza essas atividades, quanto tempo costuma durar? HH:MM

11. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

- ☐ 1 - Sim, todo o trajeto
- ☐ 2 - Sim, parte do trajeto
- ☐ 3 - Não (pule para pergunta 13)

12. Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

- ☐ 1 - Menos de 10 minutos
- ☐ 2 - Entre 10 e 19 minutos
- ☐ 3 - Entre 20 e 29 minutos
- ☐ 4 - Entre 30 e 39 minutos
- ☐ 5 - Entre 40 e 49 minutos
- ☐ 6 - Entre 50 e 59 minutos
- ☐ 7 - 60 minutos ou mais

13. Atualmente, o(a) Sr.(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?

- ☐ 1 - Sim
- ☐ 2 - Não (pule para pergunta 16)
- ☐ 3 - Não quis informar (pule para pergunta 16)

14. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

- ☐ 1 - Sim, todo o trajeto
- ☐ 2 - Sim, parte do trajeto
- ☐ 3 - Não (pule para pergunta 16)

15. Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? _____

- ☐ 1 - Menos de 10 minutos
- ☐ 2 - Entre 10 e 19 minutos

- ☐ 3 - Entre 20 e 29 minutos
- ☐ 4 - Entre 30 e 39 minutos
- ☐ 5 - Entre 40 e 49 minutos
- ☐ 6 - Entre 50 e 59 minutos
- ☐ 7 - 60 minutos ou mais

16. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?

- ☐ 1 - Eu, sozinho (pule para pergunta 18)
- ☐ 2 - Eu, com outra pessoa
- ☐ 3 - Outra pessoa (pule para pergunta 20a)

17. A parte mais pesada da faxina fica com:

- ☐ 1 - O(a) Sr.(a) ou
- ☐ 2 - Outra pessoa (pule para pergunta 20a)
- ☐ 3 - Ambos

18. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr.(a) realiza faxina da sua casa?

Número de dias _____

- ☐ 555 - Menos de 1 vez por semana
- ☐ 888 - Não quis responder

19. E quanto tempo costuma durar a faxina? HH:MM _____

20a. Em média, quantas horas por dia o(a) Sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão?

- ☐ 1 - Menos de 1 hora
- ☐ 2 - Entre 1 e 2 horas
- ☐ 3 - Entre 2 e 3 horas
- ☐ 4 - Entre 3 e 4 horas
- ☐ 5 - Entre 4 e 5 horas
- ☐ 6 - Entre 5 e 6 horas
- ☐ 7 - Mais de 6 horas

- ☐ 8 - Não assiste à televisão

20b. No seu TEMPO LIVRE, o Sr.(a) costuma usar computador, tablet ou celular para participar de redes sociais do tipo Facebook, para ver filmes ou para se distrair com jogos?

- ☐ 1 – Sim
- ☐ 2 - Não (finalize perguntas)
- ☐ 777 - Não sabe (finalize perguntas)

20c. Em média, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), este uso do computador, tablet ou celular ocupa por dia?

- ☐ 1 - Menos de 1 hora
- ☐ 2 - Entre 1 e 2 horas
- ☐ 3 - Entre 2 e 3 horas
- ☐ 4 - Entre 3 e 4 horas
- ☐ 5 - Entre 4 e 5 horas
- ☐ 6 - Entre 5 e 6 horas
- ☐ 7 - Mais de 6 horas

ANEXO E – Questionário European Health Literacy Survey (HLS-EU-Br)

MARQUE UM “X” NA OPÇÃO QUE MAIS SE ADEQUA PARA A SEGUINTE PERGUNTA:	Não sei responder				5
	Muito difícil			4	
	Difícil			3	
	Fácil			2	
	Muito fácil	1			
1. "... encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?"					
2. "... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação? "					
3. "... descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica? "					
4. "... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (por ex. junto de um médico, farmacêutico, psicólogo) "					
5. "... compreender o que seu médico lhe diz? "					
6. "... compreender a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?"					
7. "... compreender o que fazer numa emergência médica?"					
8. "... compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento receitado"					
9. "... avaliar como é que a informação oriunda do seu médico se aplica ao seu caso? "					
10. "... avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento? "					
11. "... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?"					
12. "... avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança? " (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)					
13. "... usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença? "					
14. "... seguir instruções sobre medicação? "					
15. "... chamar uma ambulância em caso de emergência? "					
16. "... seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?"					
17. "... encontrar informações para gerir comportamentos que afetam a sua saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia? "					
18. "... encontrar informações para gerir problemas de saúde mental, tais como estresse ou depressão? "					
19. "... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer? " (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão arterial)					
20. "... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, pressão arterial alta ou colesterol alto? "					
21. "... compreender advertências relativas à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia? "					
22. "... entender porque precisa de vacinas? "					
23. "... entender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão arterial) "					
24. "... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia? "					
25. "... avaliar quando precisa de ir a um médico para um checkup ou exame geral de saúde? "					
26. "... avaliar quais são as vacinas de que pode precisar? "					

27."... avaliar que exames de saúde precisa fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão arterial) "					
28."... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde na mídia são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação) "					
29."... decidir se deve fazer a vacina contra a gripe? "					
30."... decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?"					
31."... decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. Jornais, folhetos, internet ou outros meios de comunicação) "					
32."... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição? "					
33."... saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc) "					
34."... encontrar informações que indiquem como é que o seu bairro poderia ser mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes, de lazer) "					
35."... saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. legislação, programas de rastreio de saúde, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviços de saúde, etc) "					
36."... saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no trabalho? "					
37."... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos? "					
38."... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos? "					
39."... compreender a informação oriunda dos meios de comunicação sobre a forma de se tornar mais saudável? " (por ex. Internet, jornais, revistas) "					
40."... compreender a informação que visa manter a sua mente saudável? "					
41."... avaliar como o local onde vive, afeta a sua saúde e bem-estar? " (por ex. a sua comunidade, seu bairro)					
42."... avaliar como suas condições de habitação ajudam a permanecer saudável? "					
43."... avaliar que comportamento diário está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc) "					
44."... tomar decisões para melhorar a sua saúde? "					
45."... ser sócio de um clube, praticar esportes ou aula de ginástica se desejar?					
46."... influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc) "					
47."... tomar parte das atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?"					

ANEXO F - Comprovante de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Portal do Governo Brasileiro

 Informe o E-mail

 Informe a Senha

LOGIN

[Esqueceu a senha?](#)

[Cadastre-se](#)

v3.2.52

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE:

Número do Parecer:

[Pesquisar](#)

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

Número do CAAE:

Número do Parecer:

Quem Assinou o Parecer:

Pesquisador Responsável:

Data Início do Cronograma:

Data Fim do Cronograma:

Contato Público:

ANEXO G – Carta de Anuência para realização da pesquisa**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde de Assaré conhece o protocolo de pesquisa intitulada "LITERACIA EM SAÚDE SOBRE PRÁTICAS CORPORAIS E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO", com o objetivo geral de analisar os níveis de literacia em saúde sobre práticas corporais e alimentação saudável de agentes comunitários de saúde, antes e após a realização de ações educativas junto a este público, a ser realizado pelo pesquisador João Guilherme Bentes de Araújo Rodrigues, dispõe de infraestrutura necessária para realização da pesquisa e autoriza a coleta de dados na instituição, prevista para ocorrer no período de outubro/2021 a janeiro/2022, devendo ser iniciada somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Assaré, 10 de agosto de 2021.


Regina Alice Ferreira Furtado
Período: 2/08/2021
CPF: 023.304.923-44
SECRETARIA DE SAÚDE

REGINA ALICE FERREIRA FURTADO**Secretária de Saúde****Secretaria Municipal de Saúde de Assaré**