

## “Já foi a época da prescrição”: produção do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Primária

*“The time of prescription has gone”: production of food and nutrition care at Primary Health Care Services*

Magliane Béria, Tonantzin Ribeiro Gonçalves

Autoria

Metadados

### RESUMO

O estudo pretendeu compreender como profissionais nutricionistas experienciavam a produção do cuidado em alimentação e nutrição (AN) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Foi realizado um estudo qualitativo exploratório com base em entrevistas semiestruturadas com seis nutricionistas atuantes na APS e a coordenadora do Programa de Nutrição e da saúde da criança de um município de médio-porte do sul do Brasil, contextualizadas com observações nos serviços. A análise de conteúdo temática revelou que o cuidado em AN na APS era vivido num contexto de transição do modelo biomédico (baseado na prescrição) para a construção de práticas fundamentadas no cuidado emancipador. Adotavam conceitos presentes na definição das políticas públicas e desenvolviam iniciativas de cuidado ampliado, embora, em alguns momentos, tendessem para perspectivas moralistas e individualizantes. A produção do cuidado emancipador era dificultada pelas condições inadequadas e sobrecarga de trabalho, pela baixa receptividade de outros profissionais e a percepção de baixo pertencimento à equipe, o que engessava processos de trabalho e dificultava o cuidado centrado no paciente e contextualizado no território. Discute-se a urgência de fortalecer e qualificar o cuidado em AN na APS na perspectiva dos determinantes sociais e da promoção da autonomia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Nutricionistas. Atenção Primária à Saúde. Prática Profissional. Política Nutricional.

### ABSTRACT

The study aimed to understand how nutrition professionals experienced the production of food and nutrition (FN) care within the scope of Primary Health Care (PHC). An exploratory qualitative study was conducted based on semi-structured interviews with six nutritionists working in PHC and the Nutrition and Child Health Program coordinator of a medium-sized municipality in southern Brazil, contextualized with observations in the services. Thematic content analysis revealed that FN care in PHC was experienced in transitioning from the biomedical model (based on prescription) to the construction of practices based on 'emancipatory' care. Concepts presented in the definition of public policies have been adopted and expanded care initiatives have been developed; although, at times, they tended towards moralistic and individualizing perspectives. The production of emancipatory care was hampered by inadequate conditions and work overload, by the low receptivity of other professionals, and by the perception of distance in the team, which hindered work processes and patient-centered care contextualized in the territory. The urgent need to strengthen and qualify FN care in PHC from the perspective of social determinants and the promotion of autonomy is discussed.

**Keywords:** Nutritionists. Primary Health Care. Professional Practice. Nutritional Policy.

## INTRODUÇÃO

O cenário epidemiológico brasileiro relacionado à alimentação levou o Ministério da Saúde (MS) a publicar a nova versão da Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde<sup>1</sup>. O documento orienta as práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado em alimentação e nutrição (AN) partindo da ideia de cuidado emancipador<sup>2</sup>, entendendo que a ciência da nutrição deve atrelar-se à vida cotidiana, conhecimentos e experiências dos usuários e comunidades atendidas propondo-se a co-construir a autonomia dos sujeitos<sup>1</sup>. Assim, os sujeitos deixam o papel de pacientes para tornarem-se “experientes”<sup>3</sup> no processo de cuidado. Estudos têm mostrado que os usuários da APS possuem dificuldades para seguir o aconselhamento nutricional<sup>4-5</sup>, além de experienciar situações de insegurança alimentar<sup>6-7</sup>, ressaltando a urgência do debate sobre o cuidado em AN.

No âmbito da APS, a inserção do nutricionista intensificou-se a partir de 2008 com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB)<sup>8</sup>. Apesar do aumento significativo da presença deste profissional no Sistema Único de Saúde (SUS), o número de nutricionistas ainda é insatisfatório ao considerarmos o tamanho da população e o cenário epidemiológico associado à AN<sup>9</sup>. Assim, a atenção nutricional deve ser compartilhada entre os profissionais da APS, de modo que as equipes de referência contem com suporte matricial para conduzir o cuidado em AN e a integralidade das ações nesse campo<sup>10</sup>. Contudo, a produção do cuidado em AN, que envolve a micropolítica das relações entre equipes e usuários da APS<sup>11</sup>, encontra dificuldades relacionadas à formação tecnicista dos profissionais e à baixa organização e qualificação da atenção na perspectiva da integralidade e da equidade. Somam-se a isso os desafios programáticos da política de APS pertinentes ao subfinanciamento do SUS<sup>12</sup> e ao modelo biomédico da atenção<sup>13</sup>. Poucos estudos têm abordado o tema no contexto da APS e a partir do ponto de vista dos nutricionistas, sendo poucas as experiências de inserção direta desses nas equipes. Nesse sentido, o artigo objetivou compreender como esses profissionais experienciam a produção de cuidado em AN no âmbito da APS de um município do Sul do Brasil.

## METODOLOGIA E CONTEXTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa desenvolvida em 2022 em um município de médio porte localizado na serra gaúcha, que conta com a presença significativa de nutricionistas na APS. A rede de APS do município dispõe de onze Unidades Básicas de Saúde (UBS), quinze Unidades da Estratégia Saúde da Família (USF), um NASF-AB (com seis nutricionistas, sete psicólogas, uma assistente social e uma fisioterapeuta), espaço de saúde do idoso (que estava sendo usado para vacinação contra a COVID-19) e uma unidade

móvel (temporariamente fechada). A atenção secundária incluía duas Unidades de Pronto Atendimento, um serviço de assistência domiciliar, um Centro de Referência Materno Infantil, um Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Aconselhamento, três serviços de atendimento psicossocial, um Centro Municipal de Fisioterapia e um Centro de Especialidades Odontológicas. Havia ainda um serviço terciário de saúde, a comunidade terapêutica rural para tratamento de usuários de drogas.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com todas as nutricionistas atuantes na APS e integrantes do NASF-AB, além da nutricionista que coordenava o Programa de Nutrição e da Saúde da Criança e era responsável pelos programas Auxílio Brasil, Saúde na Escola, Acompanha Bebê, Criança Feliz, Primeira Infância Melhor e de suplementação de ferro, além do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Todas as entrevistadas possuíam pós-graduação em áreas como epidemiologia, saúde pública, comportamento alimentar, obesidade e emagrecimento, nutrição clínica ou funcional, humanização e cuidados paliativos, alimentação e nutrição na APS. O Quadro 1 descreve outras características das participantes.

As profissionais foram entrevistadas nos seus locais de trabalho e as questões norteadoras abordaram aspectos como: trajetória profissional, formação acadêmica, perspectiva sobre o cuidado em AN, estratégias de sucesso e insucesso, demandas e necessidades quanto às práticas alimentares dos usuários, experiências e desafios do trabalho. Após a transcrição literal das entrevistas, solicitou-se que as participantes as revisassem. Foram realizadas observações de campo nas Unidades de Saúde (US) a fim de contextualizar os relatos, as quais foram registradas num diário de campo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (parecer n.º 5.453.144; CAAE n.º 58223922.0.0000.5344). As participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Quadro 1 – Principais características das participantes do estudo**

Nome (fictício)	Cargo	Raça Cor	Idade (anos)	Ano da Graduação	Tempo de trabalho na APS do município	Carga horária semanal (horas)	Nº de US atendidas
Gisele	Coordenadora do Programa de Nutrição e da Saúde da Criança e do Adolescente	Branca	40	2005	9 anos	40	-
Inês	Nutricionista	Branca	42	2001	1 ano e meio	8	1
Janaína	Nutricionista	Branca	57	1992	5 anos	20	3
Juliana	Nutricionista	Branca	34	2009	8 anos	20	3
Lilian	Nutricionista	Branca	34	2010	5 anos e meio	20	3
Márcia	Nutricionista	Parda	30	2015	4 anos e meio	28	3
Patrícia	Nutricionista	Branca	29	2014	9 meses	30	6

Fonte: Elaborado pelas autoras

Os dados produzidos foram analisados através de análise temática<sup>14</sup>. Primeiro, o material foi lido para produzir uma síntese de cada entrevista. Depois, os relatos foram organizados conforme a semelhança de temas abordados. Posteriormente, foram realizadas repetidas leituras do material para a construção da categoria central do estudo. Em seguida, essa categoria e seus subtemas serão apresentados e ilustrados com vinhetas discutindo-se a luz da noção do cuidado emancipador<sup>2</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A categoria analítica intitulou-se: “Já foi a época da prescrição”: produção do cuidado em alimentação e nutrição na APS. A partir dela, dialoga-se com o contexto de transformações nas concepções e práticas do profissional nutricionista e como isso se traduz no âmbito da APS. O entendimento sobre o cuidado em AN vem se modificando ao longo dos anos, em que a inclusão do usuário, suas vivências e autonomia passaram a ser centrais no processo<sup>1</sup>. Porém, os profissionais de saúde têm trabalhado em meio a desafios programáticos vividos pela APS brasileira, cenários políticos, sociais e estruturais que impactam tanto no desenvolvimento das ações de AN, quanto nas práticas alimentares das populações assistidas. Nesse cenário, nutricionistas têm se obrigado a buscar abordagens que se distanciam do modelo tradicional de intervenção: a prescrição dietética.

“Hoje está difícil ser nutricionista (rs), eu acho que é entender o comportamento [...] já foi a época da prescrição [...] tu vais aplicar a ciência, mas dentro do comportamento”. (Gisele)

A categoria abordou duas temáticas centrais: 1) Percursos e percalços na produção do cuidado em AN; 2) Cuidado em rede: intersectorialidade, interdisciplinaridade e matriciamento em AN. Buscou-se descrever e discutir os relatos sobre como se produzia o cuidado em AN no âmbito da APS, enfocando os encontros com os usuários, a relação com os territórios e como percebiam e trabalhavam com as práticas alimentares da população. Tais olhares e práticas eram animadas por trajetórias profissionais e formativas singulares das nutricionistas e interagem com a restrição de recursos e desigualdades sociais nos territórios, impondo desafios para a produção do cuidado emancipador<sup>2</sup>.

### Percursos e percalços na produção do cuidado em NA

Partimos da noção de que o cuidado emancipador se propõe a unir a clínica e o conhecimento científico às histórias, experiências e produção de autonomia dos usuários, dependendo, portanto, da relação profissional de saúde-experiente que deve resultar em práticas emancipatórias<sup>2</sup>. Com base nos relatos, foi possível perceber que as entrevistadas reproduziam

uma ideia de cuidado próxima àquela preconizada pelo MS<sup>1</sup> destacando aspectos como escuta, acolhimento, vínculo, humanização, prevenção, interdisciplinaridade, intersetorialidade, responsabilização e autonomia, foco na qualidade de vida e bem-estar, situando suas práticas no contexto e realidade dos usuários (Tabela 1; vinheta 1.1).

**Tabela 1 – Síntese dos resultados do subtema “Percurso e percalços na produção do cuidado em AN”**

Principais achados	Vinhetas ilustrativas
1.1 Conceito de cuidado em saúde consoante ao preconizado pelo MS	Eu acho que o cuidado em saúde é [...] qualidade de vida, é bem-estar, é prevenção dentro de algo que faça sentido para as pessoas, porque às vezes acontece isso, a equipe está cuidando da saúde daquele usuário, mas aquele usuário não enxergou sentido e ele não está cuidando da saúde. [...] Às vezes, a gente fica focado nos indicadores, fica frustrado, porque as pessoas não participam, não fazem os tratamentos, mas os tratamentos fazem sentido para nós e não para as pessoas, então eu acho que o cuidado à saúde ele tem que estar vinculado a isso, ao desejo do usuário e ao bem-estar, ao resultado, ao que a pessoa vê. (Inês)
1.2 Construção do conceito de cuidado em saúde a partir das experiências laborais, formativas e de ensino após a graduação	Na residência a ideia era sempre: “ah, o paciente diabético [...] baixar a glicose até os 7% da hemoglobina glicada.” [...] Essas intervenções que são muito focadas em um padrão, elas fazem as pessoas tipo se perderem e não cuidarem da saúde, então a gente tem um papel um pouco menor, de não chegar no parâmetro, mas de oferecer qualidade de vida. (Patrícia)
1.3 Profissionais como agentes de mudança	A gente está sempre tentando fazer alguma coisa mais criativa para tentar abranger o pessoal dos grupos [...] mas, às vezes, é difícil a gente conseguir mudar realmente os hábitos deles. (Janaína)
1.4 Influência do contexto social dos usuários no cuidado em AN	Bairros muito vulneráveis eu acho que eles não têm muita esperança sabe? Eu acho que por isso eles não se permitem tanto o cuidado. Então, às vezes, tu tens que chegar meio que pelas beiradinhas. Aí tu vais se aproximando aos pouquinhos e aí depois tu... é mais ou menos assim. (Márcia)  A alimentação, às vezes, é só uma pontinha do iceberg. Nossa, eu canso, às vezes, de atender tu começa a conversar com a pessoa tu diz: “Meu Deus, o único prazer que essa pessoa tem na vida é comer”. Então assim, como, sabe? Porque tem que ter esse jogo de cintura. (Lilian)
1.5 Percepção dos usuários sobre o profissional nutricionista atrelado à conduta bióloga	As pessoas ainda enxergam a gente como a gente se mostrou por muito tempo e acho que ainda muita gente se mostra, que é assim aquela orientação mais só técnica, sem levar em conta a questão, as outras questões do consumo alimentar que não só o lado biológico. (Inês)
1.6 Desafios relacionados aos processos de trabalho que influenciam no cuidado em AN	O espaço físico é uma dificuldade muito grande, porque muitos locais a gente não tem uma sala grande, uma sala de grupo [...] tem muito consultório, mas é tudo ocupado pelos médicos, então a gente tem que se virar [...]. Em relação ao grupo assim, é entender [...] que o grupo é da unidade [...] todo mundo é responsável também por captar os pacientes (Juliana).  A linha do cuidado [da obesidade] não necessariamente precisaria ser o nutricionista, mas se capacita a unidade ou outros profissionais [...] isso a gente ainda não tem organizado, porque cada profissional acha que já faz muito dentro da sua área de conhecimento (risos). [...] o primeiro vai me dizer: “bom, eu não dou conta do que é meu exclusivo” (Gisele)

Fonte: Elaborada pelas autoras

Tais concepções frequentemente não vinham do ensino da graduação, já que este foi considerado pelas nutricionistas como técnico, prescritivo, voltado para o biológico, cálculo de dietas, nutrientes e calorias e pouco abarcava outros determinantes para uma alimentação adequada e saudável (AAS). Por outro lado, embora a coordenadora achasse que sua graduação a preparou para atuar na APS, sua formação focava no indivíduo e não nas atividades comunitárias e em grupo. Para as demais, essa concepção ampliada do cuidado foi sendo construída a partir da própria experiência de trabalho, de outras vivências formativas e de ensino após a graduação (Tabela 1; vinheta 1.2).

O modo como enxergavam seu papel no cuidado em saúde modificou-se ao longo do tempo, partindo de concepções e práticas mais heteronômicas até a produção de um olhar preocupado com a autonomia dos usuários. Os relatos indicaram ainda o reconhecimento dos limites da sua atuação profissional. Contudo, em certos momentos, algumas entrevistadas relataram colocar-se como agentes da mudança (Tabela 1; vinheta1.3). Problematizamos que o profissional pode se ver sozinho frente aos desafios do cuidado em AN junto ao usuário e no território, especialmente se a equipe trabalha como um agrupamento e segrega as funções<sup>15</sup>. Assim, pode ser difícil para as profissionais deslocarem-se de uma visão fatalista e de resignação diante dos desafios cotidianos, o que tende a ser impactado através de práticas de gestão democrática, de apoio e qualificação para a análise das situações, tomada de decisão situada<sup>16</sup>.

A compreensão das concepções das profissionais sobre as práticas alimentares das populações assistidas importa porque é a partir desse reconhecimento que se pode pensar um cuidado centrado na pessoa e no território<sup>10</sup>. Apenas uma profissional considerou que muitos usuários assistidos tinham boa alimentação e consumo de legumes e verduras adequado, o que, para ela, era possível pois estes usuários trabalharam com plantio e porque o consumo desses alimentos era comum a eles desde a infância. Ademais, possuíam hortas e tinham condições financeiras para adquiri-los. Porém, as demais destacaram o alto consumo de alimentos industrializados/ultraprocessados, carne, alimentos “rápidos” e “práticos”, carboidratos (pão, bolacha, biscoito, bolo, massa) e “comidas pesadas” (queijo, salame), baixa ingestão hídrica e de alimentos *in natura*, frutas e vegetais, além da falta de rotina alimentar como padrões predominantes nas populações assistidas. Percebiam haver uma cultura de mesa farta, em que a comida precisava estar presente o tempo todo e de que não podiam recusar quando alguém oferecia algo. Uma delas destacou diferenças geracionais, em que os idosos mantinham uma alimentação baseada em alimentos *in natura* (arroz, feijão, ovos), aqueles que tinham horta consumiam legumes e verduras e, além disso, consumiam suco em pó. Já os mais jovens baseavam sua alimentação em ultraprocessados, os quais eram muito ofertados às crianças. Outra citou aspectos da rotina laboral que influíam na alimentação como o fato de alguns não

gostarem da comida no trabalho, acabarem consumindo lanches e comendo em maior quantidade em casa.

Tais discursos sobre as práticas alimentares dos usuários ensejam que, em parte, as profissionais se afastavam da concepção de cuidado que trouxeram inicialmente e tendiam para uma perspectiva moralista, entendendo que, ao se afastarem de uma “alimentação saudável”, os usuários não “cuidavam” da alimentação. Assim, existia uma linha tênue entre sensibilizar-se pelas muitas dificuldades que independiam dos usuários e suas comunidades e, ao mesmo tempo, responsabilizá-los individualmente. Por vezes, parece dominar a ideia de que os usuários são livres para fazer suas escolhas alimentares e devem balizar-se nos discursos científicos sobre a AAS, embora se reconheça que esse processo não é apenas individual e racional<sup>17</sup>.

Essa concepção pode prevalecer porque as profissionais têm suas escolhas restritas por condições de trabalho inadequadas, com baixa articulação entre as políticas públicas e trabalho em rede, baixa carga horária e atuação em vários locais, escassez de equipamentos de apoio para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), entre outros fatores. Assim, o usuário à sua frente torna-se o foco da intervenção e tende a ser tomado como principal responsável por seguir ou não as orientações recebidas. Nessa direção, pensamos o quanto ainda é um desafio para as equipes de APS e as redes de saúde materializarem práticas cotidianas que contemplem os determinantes complexos da AAS.

As profissionais reconheciam que os usuários tinham várias dificuldades para gerenciar o cuidado em AN como a falta de organização da rotina, de planejamento, tempo, questões emocionais como ansiedade, tristeza, estresse e desesperança, além do baixo apoio social especialmente em famílias com crianças. Também citaram alguns conhecimentos, crenças e valores como obstáculos, por exemplo, a valorização cultural de certos alimentos e preparações, a ideia de que a alimentação saudável é restritiva e que um bom estado nutricional sempre envolve perda peso, além do excesso de informações ou informações confusas das mídias sociais e de outros profissionais de saúde. Foram destacadas ainda como entraves a baixa capacidade cognitiva, a irresponsabilidade de alguns usuários e a necessidade de convencê-los a se cuidar. Desafios estruturais como o acesso facilitado aos alimentos ultraprocessados e restrito aos alimentos in natura, a baixa escolaridade e renda, o alto preço dos alimentos, questões relativas ao contexto social também foram citadas pelas entrevistadas como algo que balizava práticas empáticas (Tabela 1; vinheta 1.4).

A forma como a população entendia o trabalho da nutricionista era percebida como uma barreira fazendo com que, por vezes, os usuários nem comparecessem ao atendimento. Para elas, alguns usuários entendiam seu trabalho como a “proibidora de comer coisas boas”, “vai tirar tudo que eu como”, “vou ir à nutricionista e não vou poder comer mais nada”, “vai me dar só coisa cara para mim comprar”. Sobre isso, uma delas fez uma crítica a própria profissão

reconhecendo que tais concepções foram construídas pelas práticas dos nutricionistas ao longo do tempo (Tabela 1; vinheta 1.5). Entretanto, relataram receber retornos positivos dos usuários como: “Meu Deus se eu soubesse que ia ser assim tinha vindo antes”; “Ah, mas tu não vais tirar nada? Tu não vais me dar uma dieta? Tu não vais me dar um negócio no papel por escrito?”; “Pensei que ia ser muito ruim”; “Gostei de ti, vou voltar”. Isso lhes mostrava que a concepção sobre a atuação do nutricionista podia ser modificada.

A organização da AN do município foi avaliada pelas entrevistadas como boa, ótima e exemplar. Essa percepção se dava especialmente a partir de comparações com outros municípios, devido ao número de nutricionistas na APS e ao fato de praticamente todas as US contarem com atendimento nutricional, ou seja, os usuários não precisavam se deslocar para acessar o serviço e, quando necessário, as profissionais faziam visita domiciliar. Porém, duas destacaram a necessidade de implantar um equipamento de média complexidade que abarcasse demandas de nutrição, além do atendimento fora do horário comercial. A coordenadora pontuou o fato de todas as nutricionistas serem concursadas e a expectativa de atingir a disponibilidade de nutricionistas pelo menos dois turnos da semana nas US.

Apesar da análise positiva acerca da Atenção Nutricional, as profissionais relataram enfrentar uma série de dificuldades tanto em termos de processos de trabalho como de infraestrutura e recursos humanos e físicos, o que impactava o cuidado das comunidades. Citaram espaços físicos inadequados para realizar grupos, falta de salas para atendimentos e para comportar o trabalho das equipes, a lentidão do sistema e quedas na internet, falta de materiais/insumos para as oficinas e de veículos para as visitas domiciliares. Em algumas situações as profissionais relataram usar o seu carro particular e até mesmo adquirir materiais para realizar as ações. Quanto aos recursos humanos, a ausência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas UBS foi mencionada como dificultador do acesso a alguns usuários, bem como trocas constantes dos funcionários da recepção e a baixa disponibilidade de carga horária para o trabalho no NASF-AB. A coordenadora destacou a importância das USF para o conhecimento da população atendida e suas vulnerabilidades, observando melhoria no cuidado integral à saúde nesses territórios. Percebia que as US sem território definido tendiam a ofertar um cuidado no nível individual, coadunando com as evidências sobre o melhor desempenho do modelo ESF<sup>18-19</sup>.

Dificuldades relativas aos processos de trabalho citadas incluíam o fato de não poder fazer trocas nas agendas e de fornecer atestados, atrasos dos resultados dos exames, o absenteísmo dos usuários por pouco engajamento, além da baixa inserção dos ACS em alguns territórios. Uma entrevistada salientou o fato de ter que encarar o trabalho como uma “linha de produção”: colocar informações no sistema, evoluir, fazer fichas e outras tarefas burocráticas, o que exigia um tempo excessivo. Outras entrevistadas relataram que na antiga gestão havia cobranças de “produtividade”, como ter de justificar faltas dos usuários. Por fim, pontuou-se a falta do

entendimento de que os grupos não eram uma responsabilidade exclusiva da nutricionista, mas de toda equipe (Tabela 1; vinheta 1.6).

Para a coordenadora, o fato de a linha de cuidado da obesidade não ter sido implantada era uma dificuldade. Segundo ela, a obesidade e o excesso de peso estavam “banalizados”, ou seja, não chamavam mais a atenção da equipe de saúde e, por isso, esses usuários deixavam de ser encaminhados para o nutricionista. Por outro lado, refletiu que estes usuários poderiam ser orientados por outros profissionais da equipe de saúde, o que auxiliaria a transversalizar o cuidado em AN, porém reconhecia que isso ainda era um desafio (Tabela 1; vinheta 1.6). Foi possível perceber que, para que o cuidado emancipador<sup>2</sup> se efetive na prática, as ações, além de envolverem os usuários no seu próprio cuidado, precisam englobar a interdisciplinaridade e a articulação intersetorial com a coparticipação de equipamentos sociais do território<sup>1</sup>, como se discutirá a seguir.

### **Cuidado em rede: intersetorialidade, interdisciplinaridade e matriciamento em alimentação e nutrição**

Esta subcategoria discute como ocorre o trabalho em rede no município evidenciando como tal funcionamento influi no cuidado em AN na APS. Sobre os usuários beneficiários do programa de transferência de renda, as nutricionistas explicaram que, quem fazia o acompanhamento das condicionalidades, incluindo o estado nutricional<sup>20</sup>, eram as equipes de saúde, que em caso de alterações no estado nutricional, encaminhava-os à nutricionista. Uma delas referiu receber poucos encaminhamentos desses usuários, enquanto outra considerava que o padrão alimentar deles era “complicado”. O baixo contato das nutricionistas com esses usuários provavelmente deve-se ao fato da má alimentação nem sempre traduzir-se em mudanças no estado nutricional, mas na fome oculta, ou seja, a deficiência de um ou mais micronutrientes<sup>22</sup> devido ao acesso restrito a alimentos *in natura* e minimamente processados. A fome oculta tem sido considerada um problema de saúde pública<sup>21</sup> e relaciona-se ao consumo elevado de alimentos processados e ultraprocessados que têm quantidade inferior de micronutrientes em comparação aos alimentos *in natura* e minimamente processados<sup>22</sup>. A coordenadora reconhecia essa situação, além da falta de articulação deste programa com as ações de AN no município (Tabela 2; vinheta 2.1).

**Tabela 2 – Síntese dos resultados do subtema “Cuidado em rede: intersectorialidade, interdisciplinaridade e matriciamento em AN”**

(Continua)

Principais achados	Vinhetas ilustrativas
<p>2.1 Centralização das ações do programa de transferência de renda na coordenação e percepção de má nutrição desses usuários</p>	<p>O Bolsa Família ainda fica muito centralizado aqui na coordenação. [...] A gente precisa articular melhor o [Centro de Referência de Assistência Social] com as suas unidades de saúde. [...] Parece que agora saiu um decreto, uma nova portaria enfim, falando em doação direta de alimentos para gestantes e crianças com déficit nutricional, mas o problema não é o déficit nutricional. Eles estão malnutridos. [...] A gente teria que focar na doação de alimentos que eles não comprem: hortifrutí, proteínas (Gisele).</p>
<p>2.2 Escassez de equipamentos de SAN nos territórios</p>	<p>Eu vou atender um paciente que a dificuldade dele, a maior, é financeira. Eu posso encaminhar para o CRAS [Centro de Referência de Assistência Social] para conseguir uma cesta básica, se tiver. Tendo, ok, já ajuda um pouco, mas na cesta básica vem o quê? Teve um período ali que eles estavam mandando legumes, verduras lá do Programa de Aquisição de Alimentos, só que foi no período ali da pandemia, não sei se agora segue. Então, tipo, a gente não tem muito o que fazer com aquele paciente que não tem recursos, não tem um banco de alimentos direito, não tem uma distribuição de renda adequada, não tem um restaurante popular que daqui a pouco a pessoa pode ir lá almoçar (Patrícia).</p>
<p>2.3 Desafios para a implantação das hortas comunitárias</p>	<p>Se eu tirar todo o turno para ficar lá cuidando da horta (risos), uma vez por semana, já era! Então bom, quem que vai ajudar, como é que a gente vai organizar para as pessoas acessarem isso, para elas ajudarem. Eu acho que esse vai ser o maior desafio, [...] como a gente vai efetivar isso (Patrícia).</p>
<p>2.4 Desafios do diálogo sobre o cuidado em AN na equipe de saúde</p>	<p>Tem um [usuário] também que estava com problema nos pés que veio comigo, disse: “Bah depois que eu vim aqui [...] conversar contigo, minha glicose está bem mais controlada”. Porque muitos, às vezes, nunca passaram por uma nutri, então não tem ideia de que tem que realmente cuidar a alimentação. Vai muito [...] do profissional médico, principalmente, porque, com certeza, eles vão mais no médico do que na nutri, de dizer: “vai na nutri, conversa com ela para te ajudar, tu controlar a glicose” (Janaína).</p> <p>o que deve e o que não deve comer ou fazer. [...] A adesão ou falta de adesão do paciente que é encaminhado, a baixa adesão, talvez se deva, porque o profissional que encaminhou só entregou um papel e disse: “ah vai para a nutricionista” [...] talvez se os colegas conseguissem: “ela vai te ajudar, vai dar uma orientação, tu vais conseguir te situar melhor, se organizar”. Não, eles acham que vão na nutricionista que vai entregar um papel para eles com a dieta (Gisele).</p>

(Continuação)

Principais achados	Vinhetas ilustrativas
2.5 Necessidade de ampliação dos horários de atendimento	<p>Aconteceu semana passada: “oi, fulana de tal recebi aqui o encaminhamento da médica para consulta de nutrição”, “aí não teria como ser mais para frente”, aí eu disse: “Por quê?”, “Porque eu recém comecei na empresa, eu já saí para ir médico, agora se eu sair de novo, tipo não sei se eles vão me segurar aqui” [...] tu vais fazer o quê? E aí ele disse: “tu não trabalhas no sábado? Tu não trabalhas depois das cinco?”, eu falei: “eu trabalharia bem tranquilamente, mas não” (risos). E aí eu acho que isso é bem difícil [...], porque a gente acaba atendendo pessoas que, às vezes, tão desempregadas ou que enfim tem essa possibilidade. [...] mas aquelas que não tem essa possibilidade não vão acessar, elas só vão acessar quando elas tiverem muito mal e aí a gente não faz promoção, a gente faz recuperação (Patrícia).</p>
2.6 Usuário alheio ao seu cuidado	<p>Às vezes acontece, foi encaminhado pelo médico e não sabe muito bem o porquê está ali sentado na tua frente. Às vezes... É, mas eu acho que é isso também, falta um pouco do usuário se responsabilizar pela sua saúde e por tentar entender um pouco mais “o que que eu tenho que fazer?”, “o porquê que eu estou aqui?”, até para a mudança ser depois real (Juliana).</p>
2.7 Momento oportuno de acionar o profissional nutricionista no cuidado em AN	<p>Então, eu senti, porque na verdade podia de repente, se tivesse intervindo antes [...] com a orientação da alimentação, meio que fica em cima dela ali. Talvez não tivesse acontecido isso, mas infelizmente ela veio a óbito (Janaína).</p>
2.8 Cuidado centralizado nos profissionais médicos e enfermeiros	<p>A gente vê que os indicadores de saúde ainda estão focados no médico, no enfermeiro [...] o acompanhamento do diabético, hipertenso, por exemplo, a nutricionista pode atender ele lá na unidade básica que não vai contar como acompanhado, é só se for médico ou [enfermeiro] (Gisele).</p> <p>A gente só atende no momento que [os usuários] estão trabalhando então quem trabalha [não acessa] ou acessa quando está de férias ou tipo assim: “ah não dá mais pra escapar” (risos), “ou eu faço isso ou eu vou ‘bater as botas’, aí eu vou”, mas não tem [...] essa possibilidade de [...] as empresas serem obrigadas a aceitar [o comprovante de comparecimento], porque é um tratamento de saúde. Não, do médico tudo bem, mas nutricionista, imagina?! Não precisa, não é necessário, então muito focado nessa coisa do médico, do exame, do remédio (Patrícia).</p>
2.9 Percepções da equipe quanto ao cuidado em AN e falta de pertença das nutricionistas à equipe de saúde	<p>Tem alguns médicos que são bem, digamos de te encaminhar, de ir conversar contigo: “olha Janaína, eu estou com um caso assim, eu encaminhei para ti”, mas outros não, então depende muito do médico, da unidade. De abrir digamos espaço para tu realmente trabalhar, claro que tu também tens que fazer o teu papel de mostrar o teu conhecimento, da importância do estar ali. Mas a gente sente, às vezes, que, um pouco excluídas, sabe, não é em todas, depende da unidade (Janaína)</p>

Principais achados	Vinhetas ilustrativas
<p>2.10 Baixa carga horária como dificultador do cuidado em AN</p>	<p>Tu não estás ali todos os dias para ver real como é que é, para daqui a pouco ter um tempo de ir lá conversar com o líder comunitário [...] não sei quais os pontos mais críticos, tu vais às vezes, tu passas, a pessoa te diz, mas tu não foi conhecer todos os serviços que têm ali, todas as redes de apoio que tu tens, todas as escolas, tu não tens o contato daqui um pouco com todos os diretores [...]. Tu conheces o mais geral da comunidade [...] o conhecimento da comunidade que a gente atende ele é mais das pessoas que vão vindo, que não são todos, vai ver daqui a pouco, dos que vem são bem diferentes dos que não vem e aí a gente não tem, pelo menos eu não tenho muito essa noção (Patrícia).</p>
<p>2.11 Produção de ações de AN junto à equipe para ofertar cuidado longitudinal e transversal</p>	<p>Muitas [usuárias] tem aquela dificuldade depois da amamentação, rachadura no seio, daí sempre eu digo: “qualquer coisa tu nos procures [...] não é todo dia que eu estou na unidade, mas sempre tem as técnicas, a enfermeira que podem te orientar” (Janaína).</p> <p>Isso de captar paciente, essa técnica ali que faz as vacinas que consegue ver esses bebês e já, e ela dá muita importância, eu fico muito feliz, porque ela vê, eu sei o quanto é importante, eu friso o quanto é importante eles virem no grupo, nessa consulta de introdução alimentar, então ela me ajuda muito [...], porque está fazendo ali as vacinas sempre, é diferente eu pegar ali uma lista e ligar convidando eu acho que isso é muito importante da equipe (Juliana).</p>
<p>2.12 Matriciamento como estratégia para coordenar e articular ações de cuidado em AN, oportunidade de capacitar profissionais de outras áreas</p>	<p>Colegas na Atenção Básica que tem outras formações na saúde que, às vezes, se desencontra muita coisa de orientação. [...] Teria que melhorar talvez até em questão de matriciamento com os outros colegas, de levar uma informação para as coisas se encontrarem mais para o paciente que tem aquela coisa, o paciente ouviu de tal médico isso e o médico, aquela coisa soberana, tu vais falar de uma forma diferente. As informações ficam bem desencontradas e confusas para o paciente (Juliana).</p> <p>Fiz algumas capacitações, até online ali no período da pandemia, relacionada à questão da alimentação infantil. [...] Tu acabas “matriciando” mesmo profissionais de outras áreas que não só da saúde (Patrícia)</p> <p>Eu já levei um pouco a questão quando elas [ACS] chegaram que é o meu papel aqui, o que eu faço, que olhar elas podem ter para depois conversar comigo e me trazer alguma questão de um paciente que elas vão fazer a visita. Isso tem funcionado bem, tanto é que hoje eu fui fazer visitas de alguns pacientes que elas me trouxeram que não conseguem vir até a unidade. Elas que acharam essa necessidade para me trazer eu acho isso fantástico (Juliana).</p> <p>O aprendizado maior foi mesmo aqui no município com outras colegas, tu consegues trocar e outras profissões também da área da saúde, eu vejo que a APS acho que pode ser muito rica por causa dessa troca multiprofissional. (Gisele)</p>

(Conclusão)

Principais achados	Vinhetas ilustrativas
2.13 Valorização do trabalho intersetorial no cuidado em AN	Eu tenho que entender da rede que [...] não é a saúde que vai resolver, assim como não é a educação que vai resolver, não é assistência, mas que todo mundo vai ter que oferecer um pouquinho [...] para que alguma coisa melhore. Então essa questão de intersetorialidade, de trabalhar com os outros, com as outras políticas [...] ali na assistência eles tem muito isso de articulação com rede [...]. Eu não posso só olhar para peso, altura, circunferência disso e daquilo, porque não vai ser suficiente e que eu não vou poder trabalhar sozinha se é uma situação de vulnerabilidade social [...] tem tudo isso por trás da alimentação (Patrícia)
2.14 Estratégias de aconselhamento nutricional	A gente tem obrigação de orientar para comer mais legumes, frutas essas coisas, mas a gente sabe que o preço está lá em cima. [...] Orienta, fala da importância como fonte de vitaminas, sais minerais, mas sempre eu digo [...] procurar ir nos dias de feira, [...] tentar orientar essa parte, [...] da alimentação alternativa [...], aproveitar uma casca, vamos supor, de batata, [...] que eles possam fazer. Muitas vezes, eles não têm nem ideia, que tu podes estar fazendo, estar cozinhando, aproveitando (Janaína).
2.15 Necessidade de ações ampliadas de AN para atingir AAS	É muita pretensão nossa, achar que a Secretaria de Saúde [...] por melhor que atue lá na APS [...] consiga sozinha baixar os índices de excesso de peso, eu acho que é um desafio assim que envolve inúmeros setores, de segurança, de infraestrutura, [...] de economia enfim, da taxaço dos alimentos ultraprocessados, ricos em açúcar, em sódio, em gorduras [...] não é tendo nutricionista na unidade de saúde que vai fazer baixar o índice, a gente precisa [...] de algo ali muito maior, seria governo federal [...]. A gente tem ido para as escolas [...] quem recebe Auxílio Brasil, quase todos! Quase todos os adolescentes com excesso de peso! Então não tem que valer a pena, não tem que ser mais barato comprar ultraprocessados e além de mais barato é mais prático, a criança aceita melhor, como é que a gente vai lutar contra isso? Eu acho que o grande desafio é esse (Gisele).

Fonte: Elaborado pelas autoras

Quanto às dificuldades financeiras para acesso aos alimentos, os Centros de Referência de Assistência Social e Centros de Referência Especializados de Assistência Social eram mais acionados pelas nutricionistas e equipes de saúde, já que o município não possuía muitos equipamentos de SAN. Com isso, as nutricionistas viam-se desamparadas para desenvolver um cuidado efetivo em AN (Tabela 2; vinheta 2.2).

Algumas entrevistadas relataram ter participado do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional que, a exemplo do Conselho Nacional, visava promover o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) através do controle social e da participação da sociedade, na formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas de SAN<sup>23</sup>. Algumas das propostas aprovadas na última Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional do município, em 2019, buscavam atenuar dificuldades sinalizadas pelas nutricionistas como a retomada das discussões

para a criação de um Banco de Alimentos, o estímulo ao consumo de alimentos *in natura* provenientes da agricultura local e a realização de estudo de viabilidade para implantação de um restaurante popular ou cozinha comunitária. Porém, após a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional pelo Governo Federal, em 2019, assim como vários outros conselhos e comissões que promoviam participação da sociedade civil, ato visto como um retrocesso que desarticulou iniciativas e ações em andamento por todo o país<sup>24</sup>, houve um efeito cascata resultando na extinção deste Conselho no município em 2022. Entende-se que a perda desse espaço de discussão acerca da SAN tende a afastar ainda mais a garantia do DHAA da população do debate das políticas públicas<sup>24</sup>.

Apesar disso, uma das propostas da Conferência municipal, que visava o incentivo à criação de hortas comunitárias, estava prestes a tornar-se realidade em alguns bairros. A Coordenadora esperava que a implantação das hortas empoderasse as nutricionistas para garantir o DHAA. Em contraponto, as profissionais reconheciam alguns empecilhos para o sucesso do projeto como a falta de espaços físicos, a sobrecarga das equipes de trabalho e a necessidade de ter alguém responsável pela horta (Tabela 2; vinheta 2.3).

Nesse cenário, o atendimento nutricional normalmente era realizado através do encaminhamento da equipe de saúde, geralmente pelo profissional médico ou enfermeiro. As entrevistadas apontaram que a maneira como os profissionais enxergavam seu papel e a forma como realizavam o encaminhamento influenciava a expectativa dos usuários quanto ao atendimento e até mesmo a chegada deles ou não a este. A partir dos relatos, pode-se apreender que o trabalho em equipe é um desafio e o diálogo entre os profissionais sobre como ofertar um cuidado efetivo em AN acaba não ocorrendo, especialmente devido à sobrecarga de trabalho e a baixa receptividade de alguns colegas, obstaculizando o cuidado integral aos usuários e comunidades (Tabela 2; vinheta 2.4).

A coordenadora explicou que o atual fluxo de encaminhamento para atendimento nutricional no SUS era um “mal necessário”, o que também era percebido pelas demais entrevistadas como limitando, perversamente, o acesso de pessoas que trabalhavam em horário comercial (Tabela 2; vinheta 2.5). Em contraponto, os casos mais vulneráveis, com atendimento facilitado, por vezes, não desejavam ser atendidos.

Apesar do fluxo que engessava e afunilava o acesso, ocorriam demandas espontâneas que as nutricionistas encaixavam quando possível. Uma profissional colocou que nesses casos atingiam mais sucesso, vínculo e motivação, o que nos faz pensar que, para que o cuidado ocorra, o encontro entre usuário e profissional precisa articular afeto e desejo em uma relação significativa para ambos<sup>25</sup>. Outra nutricionista percebia que estes usuários chegavam para o atendimento sem saber relatar seu histórico e condições de saúde, o que influenciava nas

orientações, mas esse desconhecimento, por vezes, também ocorria em casos de encaminhamento feito pelas equipes de saúde (Tabela 2; vinheta 2.6).

Assim, a equipe precisa reconhecer as práticas alimentares da comunidade assistida, seus determinantes e repercussões na saúde dos usuários<sup>26</sup>. A melhora dos hábitos alimentares ou do estado de saúde geral dos usuários pode ser alcançada a partir de práticas continuadas e significativas para quem as recebe<sup>26</sup>, ou seja, incluindo-os como corresponsáveis. Portanto, os encaminhamentos requerem atenção e sintonia da equipe para que o nutricionista seja acionado oportunamente, principalmente em casos complexos. Uma das profissionais relatou o caso de uma usuária com pé diabético há cerca de seis anos, para quem sua visita domiciliar fora requisitada. Logo depois de sua visita, a infecção do pé da usuária piorou e ela foi internada, vindo a falecer aos 41 anos. Ao relatar esse episódio a profissional lamentou não ter tido a oportunidade de acompanhar a usuária de forma preventiva (Tabela 2; vinheta 2.7).

Contrariando o preconizado na política de APS brasileira, percebe-se que o cuidado em saúde centraliza-se no trabalho dos médicos e enfermeiros. Evidências demonstram que o cuidado multiprofissional, incluindo o nutricionista, é mais efetivo, em especial entre usuários que vivem com hipertensão<sup>27</sup> e diabetes mellitus<sup>28</sup>. Todavia, esses usuários só são considerados “acompanhados”, segundo indicadores do Programa Previne Brasil, implantado pelo Governo Federal em 2019<sup>29</sup>, caso passem por atendimento com médico ou enfermeiro<sup>30</sup>. Ademais, com a Portaria nº 2.979<sup>29</sup>, que implantou o novo modelo de financiamento da APS, retirou-se o custeio dos NASF-AB, o que tende a prejudicar o cuidado integral e a inserção de novas equipes multiprofissionais no âmbito da APS. Outro ponto trazido pelas profissionais foi o fato de só poderem fornecer comprovante de comparecimento ao atendimento aos usuários e este não justificar a falta ao trabalho, como o atestado médico (Tabela 2; vinheta 2.8).

Assim, é importante o debate sobre a implantação de políticas públicas que assegurem aos cidadãos o direito de poderem cuidar da sua saúde de forma preventiva sem prejuízos na sua renda. Um modelo de organização normatizada que atua tendo como base em ações programáticas e horários pré-determinados para o atendimento, neste caso o nutricional, impacta a forma como as nutricionistas produzem o cuidado, além de dificultar a formação de relações construtivas junto aos usuários<sup>31</sup>.

O tema da interdisciplinaridade surgiu de várias formas nas entrevistas. Destacou-se a importância das trocas com profissionais de outras áreas na graduação, do trabalho compartilhado e do matriciamento como potencializador do trabalho na APS, além do papel de algumas nutricionistas no estímulo do trabalho em equipe. Pontuou-se ainda o modo como os demais profissionais avaliavam a influência do cuidado em AN na saúde dos usuários e em como elas se sentiam ou não parte das equipes (Tabela 2; vinheta 2.9).

A baixa carga horária das profissionais em cada US contribuía para o sentimento de não pertencimento à equipe e era vista como entrave ao cuidado e ao trabalho com as comunidades (Tabela 2; vinheta 2.10). Ademais, as nutricionistas relataram precisar de atenção especial ao orientar os usuários para que, mesmo quando não estivessem na US, estes fossem amparados pelos colegas, pois necessitavam do auxílio destes para conduzir ações de AN de modo longitudinal e transversal (v.2.11). Ao mesmo tempo, mitos relacionados à alimentação estavam presentes nas equipes de saúde e, por vezes, as orientações dos demais profissionais se desencontravam das trazidas pelas nutricionistas, sendo que o dito pelo profissional médico tendia a preponderar para o usuário. Na visão das entrevistadas, tais divergências poderiam ser trabalhadas através do matriciamento das equipes, processo que ainda as incluía pobremente (Tabela 2; vinheta 2.12).

O matriciamento ocorria no município durante discussões de casos, especialmente os mais complexos, quando algumas US organizavam reuniões. Contudo, no geral, as nutricionistas não conseguiam estar presentes devido a carga horária, assim, em algumas situações, realizavam-se discussões pontuais entre os profissionais. Por vezes, os integrantes da equipe de saúde não estavam abertos para participar do processo, enquanto as entrevistadas buscavam realizar o matriciamento com profissionais até de fora da área da saúde (Tabela 2; vinheta 2.12). Ainda, buscavam trabalhar junto ao matriciamento que os profissionais, ao realizarem a referência e contra referência, discutissem os encaminhamentos, a necessidade de incluir outro profissional no cuidado, ou se o próprio profissional que estava encaminhando poderia orientar o usuário. No geral, apesar da dificuldade matricial, quando este ocorria era visto como efetivo e importante (Tabela 2; vinheta 2.12). Assim, as profissionais reconheciam seu papel de orientar e atuar fora do consultório, fazendo o possível para mobilizar equipes e a rede de saúde em torno de uma noção de cuidado em AN transcendente à prescrição dietética e que incluísse os determinantes sociais e a dimensão do desejo e do afeto. Procuravam levar para a equipe as demandas de saúde que iam além do cuidado em AN, ampliando sua atuação.

A valorização do trabalho intersetorial no cuidado em AN foi enfatizada por Patrícia que trabalhou na Secretaria de Esportes e Desenvolvimento Social (Tabela 2; vinheta 2.13). Porém, o trabalho intersetorial e o acompanhamento longitudinal nem sempre era efetivado. Uma entrevistada relatou dificuldades para discutir casos com outros serviços devido à sobrecarga de trabalho. Outra referiu que os pacientes da cirurgia bariátrica eram acompanhados no serviço especializado por um tempo e depois não voltavam para a US de referência, necessitando de busca ativa.

Quanto às estratégias de aconselhamento e ofertas para os usuários, as entrevistadas descreveram várias e diferentes formas, desde as mais tradicionais como desenvolver metas combinadas com o usuário, orientar conforme os Guias Alimentares, entregar informativos, usar

recursos como vídeos, figuras, apresentações e construir planos alimentares, até a oferta de auriculoterapia, arte terapia e escrita terapêutica. Também citaram o trabalho voltado à regulação emocional e questões de fome e saciedade, “assustar” os usuários para melhorar a adesão, encaminhar para apoio comunitário na aquisição de alimentos, entre outras (Tabela 2; vinheta 2.14).

Percebe-se que as estratégias descritas se voltavam ao indivíduo e não contemplavam dificuldades identificadas por elas mesmas para o cuidado em AN. Embora a alimentação seja importante foco dos serviços de saúde, seus determinantes estruturais, ligados à organização social e a macroeconomia, distanciam-se das ações técnicas dos nutricionistas<sup>32</sup>. Diante do cenário programático desafiador em que os alimentos *in natura* e minimamente processados seguirão tendo um preço maior em relação aos ultraprocessados<sup>33</sup>, voltar as orientações só para o sujeito e colocá-lo como único responsável pelo sucesso da intervenção<sup>32</sup> é aspecto crítico do cuidado em AN. Ao refletir sobre o novo indicador estadual de saúde quanto ao excesso de peso entre adultos, a coordenadora reconheceu essa questão (Tabela 2; vinheta 2.15).

No geral, depreende-se que as práticas de cuidado em AN eram realizadas quase que exclusivamente pelas nutricionistas e davam-se especialmente nos atendimentos individuais e atividades em grupo, as quais, segundo os relatos, os usuários pouco aderiam. Percebeu-se que a produção do cuidado em AN no âmbito da APS encontrava desafios formativos e sociais, mas também políticos e estruturais. Argumentamos que o cuidado emancipador<sup>2</sup> depende que as ações em saúde, além de envolverem os usuários no próprio cuidado, pautem-se pela interdisciplinaridade e intersectorialidade com a coparticipação dos equipamentos do território<sup>1</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo refletiu sobre o cuidado em AN em um arranjo particular de inserção de nutricionistas no âmbito da APS, que não é prática comum nos municípios brasileiros. Nossos achados lançam luz sobre a possibilidade de atuação do nutricionista na APS como um recurso importante num contexto em que os índices de insegurança alimentar cresceram assustadoramente e na vigência da alta carga de doenças crônicas não-transmissíveis. A partir das entrevistas percebeu-se a necessidade de melhor compreender a perspectiva dos próprios usuários sobre o cuidado em AN na APS.

Os achados sugerem que a produção do cuidado em AN pode ser promovida através de mudanças em várias esferas incluindo a formação e atuação do nutricionista, os processos de trabalho e infraestrutura dos serviços de saúde, até a elaboração de políticas públicas que de fato atendam a realidade de vida e de saúde dos brasileiros. Destaca-se a necessidade urgente da taxação de alimentos ultraprocessados, o estímulo à agricultura familiar junto a mudanças na legislação para restringir o uso de agrotóxicos, a construção de políticas para mitigar a atual

situação de insegurança alimentar no país e que protejam a renda dos trabalhadores. É necessária a retomada de ações e estratégias de fortalecimento do SUS e da APS como o incentivo federal para a implantação de novos NASF-AB e a valorização do trabalhador do SUS. Tais redirecionamentos dependem da urgência em modificar o modelo de financiamento do SUS para alterar o crônico quadro de subfinanciamento.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Matriz para organização dos cuidados em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde [recurso eletrônico]. 2022 [acesso em 2023 fev.14]; 91 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz\\_organizacao\\_cuidados\\_alimentacao\\_aps.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_alimentacao_aps.pdf)
2. Barros N. Cuidado emancipador. *Saúde Soc* [internet]. 2021 [acesso em 2022 fev.28]; 30(1):1–10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bZWLzwgpCHB3DWnThLqXdFt/?lang=pt>
3. Andrade APM, Maluf SW. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Saude Deb* [internet]. 2017 Jan [acesso em 2023 jan.23]; 41(112):273–284. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jbgMrqrv4jHQKqdqH8LKF5c/?lang=pt>
4. Barbosa MAG, Cesse EÂP, Melo SPSC, Leal VS, Souza NP, Arruda SGB. Hábitos alimentares e aconselhamento sobre alimentação saudável na atenção primária à saúde. *Rev Elet Acerv Saude* [internet]. 2021 Fev [acesso em 2023 jan.23]; 13(2): 1-12. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6216>
5. Figueira, TR, Davis, NA, Morais, MN, Lopes ACS. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. *Trab Educ Saúde* [internet]. 2015 Jan [acesso em 2023 jan.24]; 13(1):181–200. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/xspxmjZNRymK5VYyDVJgDfG/?lang=pt>
6. Santos EES, Oliveira MM, Bernardino ÍDM, Pedraza DF. Insegurança alimentar e nutricional de famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família em dois municípios paraibanos, Brasil. *Cienc Saude Coletiva* [internet]. 2020 May [acesso em 2022 jan.22]; 25(5):1607–1617. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Vp7vYP448THzQmZbfynrmfD/?lang=pt>
7. Araújo ML, Mendonça RDD, Pereira SCL, Lopes ACS. Dimensões da escala brasileira de insegurança alimentar na atenção primária à saúde. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde* [internet]. 2021 Jul.28 [acesso em 2023 jan.24]; 16(e56822): 1-14. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/56822>
8. Brasil. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde [internet]. 2008 Jan.24 [acesso em 2021 dez.02]; 10 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)
9. Azevedo LB, Jesus TR, Reis EC. Tendência temporal da inserção de nutricionistas no Sistema Único de Saúde segundo regiões do Brasil no período de 2009 a 2018. *Mundo Saúde* [internet]. 2021 Mar. 5 [acesso em 2021 nov.26]; 45(s/n): 24–33. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1020>

10. Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde [internet] 2013 [acesso em: 2021 out.15]; 84 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf)
11. Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec. 2013; 366 p.
12. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Cienc Saude Coletiva [internet] 2019 Dez [acesso em 2023 jan.23]; 24(12):4405–4415. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGXtgLfFMj/?lang=pt>
13. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Cienc Saude Coletiva [internet]. 2015 Jun [acesso em 2023 jan.15]; 20(6):1869–1878. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?lang=pt>
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1977: 225 p.
15. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública [internet]. 2001 [acesso em 2023 jan.28]; 35(1):103–109. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>
16. Figueiredo MD, Campos GWS. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. Interface - Comun Saúde, Educ [internet]. 2014 [acesso em 2023 jan.28]; 18(supl.1):931–944. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5jR4yDtHVmVDGB3QFKw79Hd/?format=pdf&lang=pt>
17. Santos LAS. O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador – Bahia. Salvador: EDUFBA [internet]. 2008 [acesso em 2022 mai.15]; 330 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/38m/pdf/santos-9788523211707.pdf>
18. Sanine PR, Venancio SI, Da Silva FLG da, Aratani N, Moita MLG, Tanaka OY. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no município de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica [internet]. 2019 [acesso em 2023 jan.28]; 35(10): 1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SVF7DzHMnbYKd36j8kBmZ7k/>
19. Samelli AG, Tomazelli GA, Almeida MHM, Oliver FC, Rondon-Melo S, Molini-Avejonas DR. Avaliação do cuidado ao bebê de risco: comparação de modelos de atenção primária à saúde. Rev Saude Publica [internet]. 2019 Nov [acesso em 2023 jan.28]; 53(98): 1-12. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/artigo/avaliacao-do-cuidado-ao-bebe-de-risco-comparacao-de-modelos-de-atencao-primaria-a-saude/>
20. Brasil. Lei nº 14.284 de 29 de dezembro de 2021. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil; define metas para taxas de pobreza; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e dispositivos das Leis nos 10.696, de 2 de julho de 2003, 12.512, de 14 de outubro de 2011 e 12.722, de 3 de outubro de 2012; e dá outras providências. Diário Oficial da União [internet]. 2021 Dez. 30 [acesso em 2023 jan. 18]; 29 dez. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.284-de-29-de-dezembro-de-2021-370918498>
21. Ramalho A. A fome oculta e seu impacto na saúde populacional. In: Ramalho, A, Comissão. Fome Oculta: diagnóstico, tratamento e prevenção. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 3-10.
22. Louzada MLC, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, et al. Impacto de alimentos ultraprocessados sobre o teor de micronutrientes da dieta no Brasil. Rev Saude

- Publica [internet]. 2015 [acesso em 2023 jan.22]; 49(s/n): 1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ffxtXJygXWTrgxwyHgvqFKz/?lang=pt>
23. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional: textos de referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Menezes F, Burlandy L, Maluf RS, Equipe Técnica de Redação. Brasília: Gráfica e Editora Positiva [internet]. 2004 Jul [acesso em 2023 jan.22]. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Seguranca\\_Alimentar\\_II/textos\\_referencia\\_2\\_conferencia\\_seguranca\\_alimentar.pdf](https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Seguranca_Alimentar_II/textos_referencia_2_conferencia_seguranca_alimentar.pdf)
24. Castro IRR. A extinção do conselho nacional de segurança alimentar e nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. Cad Saude Publica [internet]. 2019 [acesso em 2023 jan.24]; 35(2):1–4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CH3GmJVXnMRTRH89bL6LZVz/?lang=pt>
25. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface - Comun Saúde, Educ [internet]. 2004 Fev [acesso em 2023 jan.25]; 8(14):73–92. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jNFBpg8J6MzRcBGt5F6B5tn/abstract/?lang=pt>
26. Brasil. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome [internet]. 2012 [acesso em 2023 jan.25]; 68 p. Disponível em: [https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco\\_EAN.pdf](https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf)
27. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADDM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arq Bras Cardiol [internet]. 2021 [acesso em 2021 set.25]; 116(3):516–658. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
28. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Clannad Editora Científica [internet]. 2019 [acesso em 2021 set.25]; 491 p. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>
29. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Ministério da Saúde [internet]. 2019 Nov 13 [acesso em 2022 mar.20]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
30. Brasil. Manual Instrutivo do Financiamento da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 2021 [acesso em 2023 jan.25]; 57 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_financiamento\\_aps.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf)
31. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. Gestão em redes. Rio de Janeiro: CEPESC [internet]. 2006 [acesso em 2023 jan. 26]; p. 459-473. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Gest%C3%A3o-em-Redes-pr%C3%A1ticas-de-avalia%C3%A7%C3%A3o-forma%C3%A7%C3%A3o-e-participa%C3%A7%C3%A3o-na-sa%C3%BAde.pdf>
32. Garcia RWD. Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ [internet]. 2005 [acesso em 2023 jan.28]; p. 211-225. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/v6rkd/pdf/canesqui-9788575413876.pdf>

33. Maia EG, Passos CM, Levy RB, Martins APB, Mais LA, Claro RM. What to expect from the price of healthy and unhealthy foods over time? The case from Brazil. *Public Health Nutr* [internet]. 2020 Jan 15 [acesso em 2021 out.2021]; 23(4): 579–588. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/what-to-expect-from-the-price-of-healthy-and-unhealthy-foods-over-time-the-case-from-brazil/98FE380C358CCD2B25E99FFC7A4A8B9F>

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Magliane Béria	Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)	<a href="https://orcid.org/0009-0006-1810-2824">https://orcid.org/0009-0006-1810-2824</a>	<a href="http://lattes.cnpq.br/7665669587738678">http://lattes.cnpq.br/7665669587738678</a>
Tonantzin Ribeiro Gonçalves	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)	<a href="https://orcid.org/0000-0003-0249-3358">https://orcid.org/0000-0003-0249-3358</a>	<a href="http://lattes.cnpq.br/6650257755307637">http://lattes.cnpq.br/6650257755307637</a>
<b>Autor correspondente</b>	Magliane Béria  maglianeberia@gmail.com		

Metadados		
Submissão: 16 de outubro de 2023	Aprovação: 31 de outubro de 2024	Publicação: 4 de fevereiro de 2025
Como citar	Béria M, Gonçalves TR. “Já foi a época da prescrição”: produção do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Primária. <i>Rev.APS</i> [Internet]. 2024; 27 (único): e272442494. DOI: <a href="https://doi.org/10.34019/1809-8363.2024.v27.42494">https://doi.org/10.34019/1809-8363.2024.v27.42494</a>	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	As autoras mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença <i>Creative Commons Attribution</i> (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Sem financiamento.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho; revisão crítica do conteúdo: MB, TRG. As autoras aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.	

Início