

ANA CRISTINA DO AMARAL CAMOSSA

**“O FAZER TEÓRICO-PRÁTICO DO NUTRICIONISTA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES”**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTOS E NUTRIÇÃO DA FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JULIO DE MESQUITA FILHO” – UNESP – CAMPUS DE ARARAQUARA, COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ALIMENTOS E NUTRIÇÃO, SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. DR. RODOLPHO TELAROLLI JUNIOR E CO-ORIENTAÇÃO DA PROFª DRª MARIA LÚCIA TEIXEIRA MACHADO.

Araraquara

Julho de 2010

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodolpho Telarolli Junior

Prof^a. Dr^a. Fátima Neves do Amaral Costa

Prof^a. Dr^a. Maria Jacira Silva Simões

Dedico este trabalho à minha filha Júlia, que, com apenas sete aninhos, soube (e várias vezes não soube) entender os muitos momentos de minha ausência. Minha vida...

AGRADECIMENTOS

A Deus, que, tenho certeza, esteve sempre ao meu lado,

A minha Mãe, Márcia do Amaral Camossa, pelo amor incondicional e pela torcida silenciosa,

Especialmente ao meu Pai, José Camossa, o “avô preferido”, por sempre acreditar em mim e por ter estado por perto em todos os momentos, me apoiando e oferecendo sua necessária ajuda,

Aos meus irmãos, Paulo Henrique e Denise, mesmo que de longe,

Ao Mario, por ficar ao meu lado e me ajudar com as questões práticas de informática,

A minha grande amiga Tânia, a quem me recebeu como uma irmã quando cheguei a São Carlos,

À Gisele Castro, a quem eu chamo de “anjo”, por ter dado novo sentido a minha vida,

Aos meus primos Duda e Michael, por terem sido, nos últimos anos, a minha família em São Carlos,

À Profª Drª Fátima Neves do Amaral Costa, pelo incentivo e por ter me iniciado nessa jornada. Ela foi, na verdade, a principal responsável por tudo isso,

À Profª Drª Maria Lúcia Teixeira Machado, a quem já posso chamar de amiga, pela generosidade em me co-orientar e pelas valiosas contribuições,

Ao Prof. Rodolpho Telarolli Junior, pela compreensão e acolhida,

À Profª Drª Maria Jacira Silva Simões, pelas valiosas contribuições ao trabalho e pela disposição em participar da banca examinadora,

Aos professores do mestrado, especialmente à Profª Drª Aureluce Demonte, pela competência e exemplo,

À amiga Sílvia, pela amizade e disposição em ouvir minhas angústias do dia a dia,

Aos colegas do mestrado, em especial à Tania, Paulinha, Ana, Dani, Grace, Vavá, Priscila, pelos momentos de risos e momentos difíceis que passamos juntas. Vocês serão inesquecíveis!

Aos profissionais das Unidades de Saúde da Família do Jardim São Carlos e Romeu Tortorelli, que se dispuseram a emitir suas opiniões durante as entrevistas, proporcionando as valiosas informações que são discutidas neste trabalho,

Enfim, meu sincero agradecimento a todos, que direta ou indiretamente, tornaram este trabalho possível.

*“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em toda coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes,
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”*

(ODE, Fernando Pessoa)

RESUMO

A nutrição exerce um papel fundamental na promoção da saúde dos indivíduos e na redução dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, realizando ações de caráter coletivo e preventivo. No entanto, estudos demonstram um número reduzido de nutricionistas atuando em Saúde Coletiva. Recentemente, a Estratégia Saúde da Família foi apresentada como proposta de reorientação do modelo assistencial em saúde, substituindo o modelo médico hegemônico. Embora preconize o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, o que se observa, na prática, é a predominância de equipes mínimas, com a participação do nutricionista em menos de 5% das equipes. Neste contexto, o objetivo do trabalho foi conhecer as representações sociais construídas pelos profissionais das equipes de saúde da família sobre o fazer teórico-prático do nutricionista. A pesquisa foi realizada em duas Unidades de Saúde da Família de um município do interior do estado de São Paulo e os sujeitos do estudo foram 27 profissionais das equipes de saúde da família, eleitos por critério intencional. Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, apropriando-se do referencial teórico das Representações Sociais. A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2008 a março de 2009, por meio de entrevistas semi-estruturadas. Para a interpretação dos dados, seguiram-se os passos operacionais propostos por Minayo (2007). Da análise dos dados, emergiram 5 grandes temas: o nutricionista na ESF, a abordagem de questões alimentares pelos profissionais da equipe de saúde da família, a educação nutricional, problematizando a ausência do profissional nutricionista nas equipes de saúde da família e o trabalho em equipe. As principais representações obtidas com relação ao nutricionista foram aquelas relacionadas ao seu papel de prescrever dietas. No entanto, os resultados também revelaram um movimento de mudança na concepção do papel do profissional, evidenciado por um conhecimento mais amplo sobre as funções e atribuições do nutricionista. A maioria dos profissionais de saúde se sentiu despreparada para lidar com as questões alimentares e não houve dúvidas sobre a importância da educação nutricional na promoção de práticas alimentares saudáveis, apesar dos sujeitos terem demonstrado uma visão superficial e pouco aprofundada teoricamente sobre o tema. A ausência do nutricionista na equipe de saúde da família foi atribuída a fatores como: falta de reconhecimento governamental, falta de recursos financeiros, baixo reconhecimento social e desvalorização profissional, tempo de existência da profissão, desconhecimento do núcleo de competência do nutricionista, manutenção do modelo médico-hegemônico e fraca organização da categoria. Em relação ao trabalho em equipe, os depoimentos evidenciaram uma concepção de que este é difícil de ser definido e difícil de ser vivenciado, ao mesmo tempo em que é necessário e enriquecedor.

Palavras-chave: Nutricionista. Representações Sociais. Estratégia Saúde da Família. Educação Nutricional. Trabalho em equipe. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Nutrition plays a fundamental role in promoting the health of individuals and reducing risk factors for the development of diseases, performing collective and preventive actions. However, studies show a small number of dietitians working in Public Health. Recently, the Family Health Strategy was presented as a proposal to reorient the health care model, replacing the hegemonic medical model. While advocating an interdisciplinary and multidisciplinary work, which is observed in practice is the dominance of teams minimum, with the participation of nutritionists in less than 5% of the teams. In this context, the objective was to understand the social representations built by the professionals of family health on the work of nutritionist. The survey was conducted in two units of Family Health of a municipality in the State of São Paulo and the study subjects were 27 professionals of teams of family health, elected by intentional criteria. This was a descriptive exploratory study with a qualitative approach, appropriating the theoretical framework of Social Representations. Data collection was conducted from December 2008 to March 2009, through semi-structured interviews. In interpreting the data, we followed the operational steps proposed by Minayo (2007). Five major themes emerged from data analysis: dietitian in the ESF, the approach to food issues by the team of family health, nutrition education, questioning the absence of professional nutritionists in family health teams and teamwork. The main representations with respect to nutritionist were those related to their role in prescribing diets. However, results also revealed a movement for change in the conception of professional role, as evidenced by a wider knowledge about the functions and duties of the dietitian. Most health professionals feel unprepared to deal with food issues and there was no doubt about the importance of nutrition education in promoting healthy eating practices, despite the subjects have demonstrated a superficial view on the subject. The absence of a nutritionist on staff family health was attributed to factors such as lack of government recognition, lack of financial resources, low social recognition and professional devaluation, length of existence of the profession, lack of knowledge within the competence of the nutritionist, maintenance of the hegemonic medical model and poor organization of the category. In relation to teamwork, the testimony showed that this is difficult to define and difficult to be experienced at the same time it is necessary and enriching.

Key-words: Nutritionist. Social Representations. Family Health Strategy. Nutrition Education. Teamwork. Qualitative Research.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ARES – Administração Regional de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEME – Centro Municipal de Especialidades
CFN – Conselho Federal de Nutricionistas
CGPAN – Coordenadoria Geral da Política de Alimentação e Nutrição
DGCA – Departamento de Gestão e Cuidado Ambulatorial
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
EAN – Educação Alimentar e Nutricional
EN – Educação Nutricional
ENDEF – Estudo Nacional de Despesa Familiar
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FADISC – Faculdades Integradas de São Carlos
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAD – Programa de Atendimento Domiciliar
PAS – Promoção da Alimentação Saudável
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNH – Política Nacional de Humanização
PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
RMSFC – Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
RS – Representação Social

SAIBE – Serviço de Acompanhamento ao Bebê de Risco

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SESI – Serviço Social da Indústria

SMS-SC – Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos

SUS – Sistema Único de Saúde

TRS – Teoria das Representações Sociais

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNICEP – Centro Universitário Central Paulista

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

VD – Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE ACORDO COM SEXO, IDADE E TEMPO DE SERVIÇO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS/SP - 2009.71

QUADRO 2: AÇÕES DO PROFISSIONAL NUTRICIONISTA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, CITADAS PELOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS/SP - 2009.75

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1. O NUTRICIONISTA NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	16
1.2. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL: CONSIDERAÇÕES INICIAIS	23
1.3. OBJETIVOS	27
1.3.1. OBJETIVO GERAL	27
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
1.4. JUSTIFICATIVA	28

CAPÍTULO 2 – REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1. POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E SEUS FUNDAMENTOS: SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA	30
2.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	33
2.3. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL – REVISÃO CONCEITUAL	36
2.4. CONCEITOS IMPORTANTES PARA A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESF	42
2.4.1. EQUIPES DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL COMO ARRANJOS ORGANIZACIONAIS PARA A ATENÇÃO BÁSICA	42
2.4.2. CAMPO E NÚCLEO DE COMPETÊNCIA	44
2.4.3. CLÍNICA AMPLIADA COMO NOVA PROPOSTA PARA AS PRÁTICAS EM SAÚDE	45
2.5. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	46
2.6. TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A QUESTÃO DAS DISCIPLINAS	48

CAPÍTULO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. REFERENCIAL METODOLÓGICO	54
3.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO	57
3.2.1. SISTEMA DE SAÚDE	57

3.3. SUJEITOS DO ESTUDO	61
3.4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	62
3.4.1. COLETADOS DADOS	62
3.4.2. ANÁLISE DOS DADOS	65
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	68

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. PERFIL DOS ENTREVISTADOS	70
4.2. CATEGORIAS EMPÍRICAS	74
4.2.1. O NUTRICIONISTA NA ESF	74
4.2.1.1. MATRICIAMENTO COMO MODELO DE ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ESF	90
4.2.2. ABORDAGEM DE QUESTÕES RELATIVAS À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	94
4.2.2.1. A ABORDAGEM	94
4.2.2.2. DIFICULDADES PARA A ABORDAGEM	104
4.2.2.3. FACILIDADES PARA A ABORDAGEM	115
4.2.3. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL	118
4.2.3.1. AS CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL	118
4.2.3.2. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL X ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL	122
4.2.3.3. AÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA	124
4.2.3.4. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL – ATRIBUIÇÃO PRIVATIVA DO NUTRICIONISTA?	130
4.2.4. PROBLEMATIZANDO A AUSÊNCIA DO NUTRICIONISTA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	134
4.2.5. TRABALHO EM EQUIPE	154
4.2.5.1. ASPECTOS POSITIVOS	154
4.2.5.2. ASPECTOS QUE DIFICULTARAM O TRABALHO EM EQUIPE	160

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES	196
APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	197
APÊNDICE II – DADOS CADASTRAIS DO ENTREVISTADO	198
APÊNDICE III – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DAS USF	199
APÊNDICE IV – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA DIRETORA DO DGCA/SMS-SC	200
 ANEXOS	 201
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS PARA A EXECUÇÃO DA PESQUISA	 202
ANEXO B – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA UNESP – CAMPUS DE ARARAQUARA	 203

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1. O NUTRICIONISTA NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No cenário mundial, a Nutrição, seja como ciência ou como profissão, é um campo relativamente recente, do início do século XX. No entanto, as primeiras pesquisas, os primeiros cursos de formação de profissionais e as primeiras medidas de intervenção em nutrição datam do período entre as duas Guerras Mundiais.

No Brasil, a Nutrição surgiu no decorrer dos anos 1930-1940, aliada ao projeto de modernização da economia brasileira, constituída basicamente por duas correntes bem definidas e distintas do saber. A primeira, a perspectiva biológica, preocupada com os aspectos fisiológicos, de consumo e de utilização biológica dos nutrientes, deu origem à Nutrição Clínica – Dietoterapia e à Nutrição Básica e Experimental. A segunda corrente, a perspectiva social, preocupada com aspectos relacionados à produção, à distribuição e ao consumo de alimentos pela população brasileira, deu origem à Alimentação Institucional – Alimentação Coletiva e à Nutrição em Saúde Pública. Tais especializações constituem as principais áreas de atuação da Nutrição e constituem também os eixos organizadores do currículo de formação dos nutricionistas (BOSI, 1996; VASCONCELOS, 2002; ALVES *et al.*, 2003).

Segundo Vasconcelos (2002, p.133), a Nutrição em Saúde Pública, também reconhecida por Nutrição em Medicina Preventiva, Nutrição Social, Nutrição Comunitária, Nutrição Aplicada ou Nutrição em Saúde Coletiva, foi *“um produto do processo histórico de especialização e divisão do trabalho/saber no interior da complexa e multidisciplinar ciência da nutrição”*.

Atualmente, é claro que a nutrição exerce um papel fundamental na promoção da saúde dos indivíduos e na redução dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças. A Nutrição em Saúde Pública, enquanto área de atuação, consolidou-se na década de 1960 e ficou caracterizada particularmente por:

“realização de ações de caráter coletivo e preventivo, visando contribuir para que a produção, a distribuição e o consumo de alimentos sejam adequados e

acessíveis a todos os indivíduos da comunidade, desenvolvendo-se principalmente em instituições públicas, vinculadas aos setores saúde, educação, assistência social e desenvolvimento comunitário” (ALVES et al., 2003, p.297).

Estudos anteriores demonstraram que a saúde coletiva absorvia um número bastante inferior de nutricionistas em relação às áreas de clínica e alimentação institucional (BOSI, 1996). O pequeno número de profissionais atuando na área foi constatado por Boog *et al.* (1988), Rotemberg & Prado (1991) e Rodrigues (2004), que encontraram em seus estudos as seguintes proporções, respectivamente: 6,3%, 10,9% e 11%. Além do pequeno número de profissionais, Prado & Abreu (1991) demonstraram que a maioria dos nutricionistas que exercia a profissão na saúde pública, trabalhava em merenda escolar, e não em serviços de saúde. Em pesquisa realizada em 1997, com egressos do curso de nutrição da Universidade de São Paulo, Gambardella *et al.* (2000) também observaram um exíguo contingente (7,0%) atuando na área. Em 2003, outro estudo revelou que 12,6% dos nutricionistas egressos da Universidade Federal de Santa Catarina trabalhavam em saúde pública, em comparação às demais áreas de atuação (ALVES *et al.*, 2003).

Lima *et al.* (2000), analisando as práticas de educação em saúde e nutrição no município de João Pessoa/PB, reiteraram que a inserção do nutricionista nos serviços de saúde ainda era modesta, o que se verificou pela falta deste profissional em mais da metade dos serviços investigados. Do total de 65 unidades de saúde estudadas, 90,8% (59) eram serviços públicos de saúde (municipal, estadual ou federal), e apenas 32,3% (21) das unidades apresentaram nutricionistas em seus quadros.

Pádua & Boog (2006) realizaram um trabalho na rede básica de saúde dos municípios pertencentes à região metropolitana de Campinas/SP, com o objetivo de descrever e avaliar ações desenvolvidas por nutricionistas. Concluíram que menos da metade dos municípios contava com nutricionista na rede básica: o número de profissionais era insuficiente, o nutricionista tendia a acumular funções em diferentes setores e havia predomínio das atividades assistenciais em detrimento de atividades de promoção à saúde. Neste mesmo trabalho, quando indagados sobre a essência

do trabalho do nutricionista em saúde coletiva, os sujeitos da pesquisa – nutricionistas – manifestaram surpresa com a pergunta e se calaram, não sabendo respondê-la. Dessa forma, poder-se-ia questionar qual seria o significado do próprio nutricionista não saber responder sobre o seu papel na saúde coletiva.

No que se refere às ações de reabilitação em saúde, a Portaria nº 818 do Ministério da Saúde, de 5 de junho de 2001, criou mecanismos para a organização e implantação das redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física no Brasil, exigindo um profissional nutricionista nas equipes dos serviços de referência em medicina física e reabilitação (BRASIL, 2001). No entanto, poucos estudos trazem referências sobre a participação efetiva do profissional nestas equipes (OLIVEIRA & RADICCHI, 2005).

Uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Nutricionistas durante o ano de 2005 teve como objetivo identificar as áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, tendo como base a inscrição nos Conselhos Regionais de Nutricionistas. No estado de São Paulo, pertencente ao CRN-3ª região, a prevalência de nutricionistas trabalhando na área de saúde coletiva foi de 7,5%, ainda menor que a média nacional de 8,8%. A pesquisa revelou que esses profissionais atuavam desenvolvendo ações voltadas à Promoção de Saúde (45,8%) e Assistência à Saúde (18,2%), ambas vinculadas à atenção básica; à Vigilância Sanitária (19%); e, ainda, participando na execução de Políticas e Programas Institucionais relacionados à Alimentação e Nutrição (17,2%) (CFN, 2006).

Segundo Oliveira & Radicchi (2005), os gestores dos serviços públicos de saúde não têm clareza da importância da participação do profissional nutricionista nas equipes e não compreendem o seu papel na saúde coletiva. Ainda, a demanda de alguns profissionais em relação à atividade do nutricionista resume-se à redução de peso dos pacientes que são encaminhados.

Segundo os estudos citados, a participação do nutricionista em serviços de saúde coletiva tem sido, historicamente, inexpressiva. No cenário deste estudo, a inserção do nutricionista no serviço público de saúde data do início do ano de 2002,

com a contratação por concurso público de um profissional para a Secretaria Municipal de Saúde.

Como prenúncio da alteração deste contexto, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo há alguns anos o Programa de Saúde da Família – PSF, como estratégia importante para a reorganização da atenção básica¹.

O PSF foi concebido como proposta de renovação do modelo de assistência à saúde desenvolvido a partir da atenção básica, substituindo o modelo médico hegemônico e hospitalocêntrico tradicional, com o objetivo de levar a saúde para mais perto das famílias. Neste novo processo de trabalho, as equipes de saúde da família necessitam conhecer as famílias do território de sua abrangência, identificando os problemas de saúde e as situações de risco na comunidade, ao passo que devem elaborar planos de ação para enfrentar os desafios do processo saúde-doença, enquanto desenvolvem ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, no âmbito da atenção primária em saúde (BRASIL, 2007).

Pode ser caracterizado como uma estratégia² que visa à reestruturação do sistema de saúde no Brasil, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. O caráter multiprofissional é essencial para o cumprimento do princípio da integralidade do SUS, onde a atenção

¹ (GIL, 2006).

Para Gil (2006), alguns autores utilizam os termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde como sinônimos. No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a reorganização do modelo assistencial. No entanto, com o desenvolvimento do SUS e de seus mecanismos financeiros e operacionais, este referencial parece perder gradativamente sua potência sendo, cada vez mais, substituído pela concepção da Atenção Básica à Saúde (GIL, 2006). Dessa forma, e também por ser o termo comumente utilizado nos documentos oficiais do município pesquisado, optou-se pela utilização do termo atenção básica no decorrer do presente trabalho.

² (GIL, 2006).

Atualmente, a denominação que vem sendo utilizada com maior frequência é a de Estratégia Saúde da Família (ESF). Apesar de concebido inicialmente como Programa de Saúde da Família, pode-se considerar que o PSF avançou de *programa* para *estratégia*, por se tratar efetivamente de uma estratégia para reorganização da atenção básica, negando as versões de que seria um arranjo contemporâneo da medicina simplificada ou apenas mais um programa baseado na medicina familiar. Para Gil (2006), trata-se mais de uma estratégia do que propriamente uma proposta de programa por ter como objetivo produzir mudanças no interior do sistema de saúde e transformações das pessoas e de suas práticas.

primária deve abranger todos os aspectos do ser humano, na direção do fortalecimento das ações de promoção e proteção da saúde (ASSIS *et al*, 2002; CAVALIERI, 2008).

A ESF experimentou um crescimento significativo desde o seu lançamento em 1994, constituindo-se, atualmente, na principal estratégia de configuração da atenção básica à saúde dos municípios brasileiros. Dentro dos seus princípios, a ESF não é centrada no trabalho médico e sim, no trabalho de uma equipe multiprofissional (ASSIS *et al*, 2002; GIL, 2005).

O Ministério da Saúde reconhece a equipe multiprofissional como um dos princípios da ESF ao afirmar que:

“a equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde ... outros profissionais poderão ser incorporados nas unidades de saúde da família ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais” (BRASIL, 2001).

Embora o Ministério da Saúde preconize o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na prática, o que se observa é uma ampla predominância de equipes que contam apenas com médicos, enfermeiros e dentistas (equipe mínima). Uma avaliação realizada pelo próprio Ministério junto às Secretarias Municipais de Saúde de todo o país (BRASIL, 1999) revelou a predominância da equipe mínima e a relatividade da multiprofissionalidade na prática: em 1999, havia médicos em 98,2% dos municípios, enfermeiros em 97%, auxiliares ou técnicos de enfermagem em 93,2%, agentes comunitários de saúde em 97,4%, odontólogos em 28,8%, assistentes sociais em 9,3% e psicólogos em 5,3%. No caso específico da nutrição, dados do mesmo período revelaram que, em menos de 5% das equipes de saúde da família havia profissionais desta área (BRASIL, 1999).

O município de São Carlos vem experienciando a inserção de diferentes profissionais, dentre eles o nutricionista, em algumas Unidades de Saúde da Família (USF), por meio do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e

Comunidade (RMSFC), oferecido pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município.

Neste ponto, destaca-se a necessidade de que as ações de alimentação e nutrição façam parte da ESF. A inclusão de profissionais da área de nutrição nas unidades de saúde da família faz-se necessária, principalmente, quando consideramos a transição nutricional pela qual passa o país. Sabe-se que, hoje, o Brasil enfrenta simultaneamente, problemas de ordem de carência nutricional e de distúrbios de alimentação como a obesidade, ocasionando graves consequências para a saúde da população, em geral. Dessa forma, pressupõe-se que as ações de alimentação e nutrição são indispensáveis em toda a estratégia que tenha por finalidade promover a saúde da população, como é o caso da ESF (ASSIS *et al.*, 2002).

Dentro desse enfoque, em janeiro do ano de 2008, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº. 154, oficializou o campo de trabalho na área de atenção básica à saúde para os nutricionistas do país quando criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

O perfil epidemiológico do município e do território é a base para que os gestores municipais definam o perfil dos profissionais que farão parte dos núcleos. A Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) recomenda a inclusão do nutricionista nos NASF. Nestes, o nutricionista teria como atribuições:

“coordenação das ações de diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional; promoção da alimentação saudável para todas as fases do curso da vida; estímulo à produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente; capacitação da ESF e participação de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; elaboração das rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento; e promoção da articulação intersetorial para viabilizar as ações voltadas para a Segurança Alimentar e Nutricional” (CFN, 2008a, p.28).

Dados recentes da CGPAN evidenciaram a instalação do NASF em quase todos os municípios com mais de 200 mil habitantes, sendo que o profissional nutricionista estava presente em 536 (70,8%) dos 757 NASF implantados até julho de 2009 (BRASIL, 2010).

É importante ressaltar que o NASF tem o potencial de proporcionar uma inserção sistemática e qualificada de ações de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde. Representa uma conquista no que se refere à legitimação e institucionalização dessas ações, constituindo-se numa possibilidade concreta de inserção do nutricionista (BRASIL, 2010). O trabalho na ESF ainda é muito novo para o profissional, pouco discutido e pensado. Dessa forma, um dos maiores desafios para a inserção dos nutricionistas na ESF passa a ser a adequação da sua atuação aos objetivos desse modelo de atenção à saúde.

No município estudado, o ***Projeto de Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*** estabelece duas equipes de NASF. A proposta é a adesão ao NASF 1, modalidade que pressupõe, de acordo com a portaria, a constituição de equipes compostas por, no mínimo, cinco profissões de nível superior. O Nutricionista está programado para ambas as equipes, além de Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo e Assistente Social, visto que o município já conta com Fisioterapeuta, Farmacêutico e Psiquiatra, no apoio matricial às equipes de saúde da família (SÃO CARLOS, 2008).

O projeto vislumbra a Alimentação e Nutrição como uma das áreas estratégicas do NASF, constituindo-se no:

“desenvolvimento de ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis” (SÃO CARLOS, 2008, p.10).

No entanto, até maio de 2010, o município de São Carlos/SP ainda não havia implantado nenhuma equipe de NASF.

1.2. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A educação nutricional constitui importante estratégia de ação em saúde coletiva, é disciplina obrigatória nos cursos de Nutrição e deve fazer parte das ações do nutricionista em todos os campos de atuação. Entretanto, por razões históricas, ao longo das décadas de 1970 e 1980, pouco se desenvolveu (BOOG, 1997; 2004).

No Brasil, o interesse pela educação nutricional surgiu na década de 1940, quando a orientação nutricional da população trabalhadora era considerada um dos pilares dos programas governamentais de proteção ao trabalhador, que se preocupavam com a alimentação dos mesmos e com a reprodução da força de trabalho (BOOG, 1996; 1997).

Entre as décadas de 1950 e 1960, a educação nutricional voltava-se para as campanhas direcionadas à introdução de soja na alimentação, devido a interesses político-econômicos. Na época do pós-guerra, o governo brasileiro firmou um convênio de ajuda alimentar internacional com o MEC/USAID (*United States Agency for International Development*), que tinha o objetivo de aliviar os excedentes agrícolas americanos, mantendo, assim, o preço de seus cereais no mercado internacional. Neste momento, a educação nutricional foi acionada com o objetivo de induzir a população a consumir os alimentos enviados ao país, o que legitimaria o recebimento desta ajuda externa (BOOG, 1996; 1997).

Na década de 1960, a educação nutricional ocupava-se, apenas, da divulgação de folhetos destinados ao público. Também nesta época, o Serviço Social da Indústria (SESI), através dos seus Centros de Aprendizados Domésticos, iniciou os cursos de educação alimentar para a população, os quais existem até os dias atuais (BOOG, 1996; 1997).

Com a instauração do regime militar, a partir de 1964, a educação nutricional passa a privilegiar medidas de suplementação alimentar e atividades de combate às carências nutricionais específicas. Além disso, a indústria de alimentos priorizava a pesquisa de tecnologias para produção de “novos alimentos” que o Estado compraria

para distribuição nos programas de suplementação alimentar. Neste contexto, segundo Boog (1997), a educação nutricional começa a perder a força.

Novas mudanças no cenário surgiram a partir da década de 1970: o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) mostrou que o principal obstáculo à alimentação adequada era a baixa renda da população, sendo necessário, portanto, transformações no modelo econômico para solução dos problemas alimentares. Desta forma, o “*binômio alimentação / educação*” até então utilizado, foi substituído pelo “*binômio alimentação / renda*”, fazendo com que os programas de educação nutricional fossem relegados a segundo plano e vistos como uma “estratégia para ensinar o pobre a comer” (BOOG, 1996; 1997). Isto fez com que a educação nutricional permanecesse ausente dos programas de saúde pública até a década de 1990.

Uma nova abordagem, conhecida como educação nutricional crítica, começou a ser desenvolvida em meados de 1980, na Universidade Federal de Santa Catarina, defendendo a tese de que a educação nutricional tradicional desvia a atenção daqueles que passam fome dos reais mecanismos que a causam, favorecendo, assim, a manutenção dos processos sociais de exploração. Assim, caberia à educação nutricional crítica proporcionar a difusão de conhecimentos nos grupos sociais para a transformação concreta da realidade, sempre a partir da problemática real, sentida e vivida pelo indivíduo ou coletividade em questão (VALENTE, 1989).

No início da década de 1990, os resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada pelo Ministério da Saúde, mostraram expressivo aumento na prevalência de obesidade e incremento importante no consumo de alimentos mais calóricos e menos nutritivos, além de decréscimo no consumo de frutas, cereais e leguminosas. Por outro lado, ficou evidente a constatação científica de que a alimentação de má qualidade é fator de risco para doenças crônicas. Assim, a educação nutricional ressurgiu neste contexto (BOOG, 2004).

A educação nutricional sempre esteve, e continua presente na prática profissional dos nutricionistas, além de constituir atividade privativa deste

profissional, segundo a Lei Federal nº 8.243/91. Segundo Monteiro *et al.* (2000), a educação nutricional é apontada como estratégia de ação a ser adotada prioritariamente em saúde pública, para conter o avanço da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Os autores recomendam, ainda, que se reserve *“lugar de destaque a ações de educação em alimentação e nutrição que alcancem de modo eficaz todos os estratos econômicos da população”* (MONTEIRO *et al.*, 2000, p.254).

Atualmente, a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis faz parte das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), do Ministério da Saúde, e apresenta interface importante com a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que tem como meta a reconstrução de um mundo livre de fome (BRASIL, 2000; BOOG, 2004). Porém, há um paradoxo: ao mesmo tempo em que a educação nutricional é valorizada, ela se dilui no conjunto de propostas, na medida em que não estão estabelecidas claramente as bases teórico-conceituais e operacionais que a fundamentam. O seu espaço não se apresenta claramente definido. A educação nutricional está em todos os lugares, mas não está em nenhum lugar definido (SANTOS, 2005b).

É inegável a importância de ações de educação nutricional em todos os programas de saúde, pois a mesma está inserida na educação em saúde, que tem por finalidade a formação de atitudes e práticas conducentes à saúde. Vários trabalhos mostram a receptividade, o interesse e a necessidade social de ações educativas na área de alimentação e nutrição. Entretanto, Boog (1999) evidencia que inexistente o espaço institucional da educação nutricional, entendido por cargos e funções nos serviços públicos de saúde. A constatação da pouca inserção do profissional nutricionista na rede de atenção básica à saúde até o momento, como já colocado anteriormente, e, conseqüentemente, de ações de educação nutricional, levou a alguns questionamentos que serão discutidos no presente trabalho.

Neste contexto, surgiram as seguintes indagações: Como os profissionais que já atuam no serviço de saúde percebem a chegada do nutricionista na equipe e que concepções apresentam sobre o papel do profissional? Como se caracteriza a participação do profissional nutricionista na ESF, que se apresenta como alternativa

ao modelo tradicional de assistência à saúde? Como esses mesmos profissionais concebem a educação nutricional? Na falta do nutricionista, como eles abordam as questões relativas à alimentação e nutrição na sua prática, e quais as dificuldades encontradas?

Considerando o exposto, a questão de pesquisa investigada foi: **Quais são as representações sociais de profissionais da equipe mínima da ESF sobre o fazer teórico-prático do nutricionista e sobre a educação nutricional em equipes de saúde da família do município de São Carlos/SP?**

Sendo assim, o presente trabalho encontra-se estruturado de modo a familiarizar o leitor com os referenciais teóricos utilizados durante o percurso da investigação e com os aspectos relacionados à temática das representações sociais e aos estudos desenvolvidos sob a metodologia qualitativa.

A seguir serão apresentados os referenciais teóricos, os objetivos e a justificativa do presente trabalho, além dos materiais e métodos utilizados para a obtenção dos dados. Na sequência serão reveladas as categorias presentes nas falas, podendo sinalizar algumas representações, bem como as análises pertinentes, encerrando com as considerações finais.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GERAL

- **Conhecer as representações sociais construídas pelos profissionais das equipes de saúde de duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de São Carlos/SP sobre o fazer teórico-prático do Nutricionista.**

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as representações dos sujeitos sobre a Educação Nutricional.
- Comparar as representações presentes nas falas dos sujeitos com os fundamentos teóricos sobre Educação Nutricional.
- Identificar como ocorreu a inserção do Nutricionista nas equipes por meio da residência multiprofissional em saúde da família.
- Comparar as representações presentes nas falas dos sujeitos com os fundamentos teóricos sobre o trabalho em equipe.

1.4. JUSTIFICATIVA

Ao se determinar as representações sociais, pretende-se captar as percepções e as imagens que os profissionais de saúde, sujeitos da pesquisa, têm sobre o nutricionista e, dessa forma, antever comportamentos, condutas e práticas, que poderão interferir na composição e formação das equipes multidisciplinares de saúde, ou, ainda, no processo de trabalho em saúde, nas unidades estudadas.

A obtenção de dados a esse respeito poderá contribuir para um melhor conhecimento da imagem profissional que se construiu do nutricionista, no serviço público de saúde. Poderá, a partir disso, contribuir para uma discussão que busca esclarecer o papel do nutricionista como profissional de saúde, reconhecido como tal, capacitado a integrar equipes multi/interdisciplinares e atuar em serviços básicos de saúde.

Supondo que o conhecimento específico do Nutricionista como educador nutricional, e o reconhecimento da importância da participação do mesmo nas equipes de saúde, sejam aspectos que possam contribuir na geração de trabalhos interdisciplinares, justifica-se o presente trabalho.

A relevância dessa investigação reside, ainda, no fato de a mesma proporcionar, potencialmente, discussão para um maior embasamento do fazer teórico-prático do nutricionista que atua em unidades de saúde da família e na atenção básica à saúde.

CAPÍTULO 2 – REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1. POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E SEUS FUNDAMENTOS: SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999 pelo Ministério da Saúde e integrante da Política Nacional de Saúde, está inserida no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e compõe o conjunto das políticas de governo voltadas à concretização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (BRASIL, 2003).

A adoção dessa Política pelo setor saúde configura um marco importante, na medida em que a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde.

Para o alcance do propósito da PNAN, estão estabelecidas sete diretrizes orientadoras (BRASIL, 2003, p.7):

- 1. Estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;*
- 2. Garantia da segurança e qualidade dos alimentos;*
- 3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional;*
- 4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;*
- 5. Prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais;*
- 6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação;*
- 7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição.*

No contexto deste trabalho, destacam-se principalmente três diretrizes da PNAN: o “*monitoramento da situação alimentar e nutricional*”, com a atenção básica configurando-se como importante espaço para as ações de vigilância; a “*promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis*”, inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis, componente importante da promoção da saúde, na qual as ações de educação nutricional desempenham uma função estratégica; e a “*prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais*”, a qual está diretamente relacionada à abordagem dos problemas alimentares e nutricionais e ao núcleo de competência específico do nutricionista.

Um dos fundamentos da PNAN é a SAN, cujo conceito está definido a seguir:

“Segurança alimentar e nutricional consiste em garantir a todos condições de acesso a alimentos básicos, seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo assim para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana” (VALENTE, 2002, p.48).

Pinheiro (2004) reforça que o conceito de SAN considera a obesidade e a desnutrição como duas faces da insegurança alimentar no país: aquela associada à negação do DHAA e aquela resultante da alimentação inadequada ou não saudável, agregando valor à dimensão qualitativa da alimentação em seu próprio conceito.

Para Pinheiro & Carvalho (2010), a questão da SAN precisa ser entendida a partir da problematização da alimentação como um direito humano e social da população brasileira, frente às emergentes demandas geradas para o atendimento das necessidades humanas. Assim, a SAN pressupõe a garantia do DHAA.

Entende-se que direitos humanos são aqueles direitos que os seres humanos possuem, única e exclusivamente, por terem nascido e serem parte da espécie humana. A PNAN estabelece que o DHAA é condição indispensável à vida e à construção da cidadania (BRASIL, 2003). Nesse sentido,

“DHAA é um direito humano indivisível, universal e não discriminatório que assegura qualquer ser humano a se alimentar dignamente, de forma saudável e condizente com seus hábitos culturais” (PINHEIRO, 2004, p.3).

De acordo com a autora, o poder público é um dos principais atores para a garantia da SAN e do DHAA, pois precisa estabelecer políticas que melhorem o acesso da população ao conhecimento para a seleção adequada dos alimentos, além de recursos para a produção e aquisição dos mesmos (PINHEIRO, 2005).

Neste enfoque, além das dimensões de dignidade humana, quantidade, regularidade e sustentabilidade presentes no conceito tradicional da SAN, a qualidade da alimentação torna-se também um objetivo a ser alcançado e a alimentação saudável incorpora-se definitivamente no conceito (PINHEIRO, 2004).

Dessa forma, a discussão da SAN, no Brasil, deve considerar o tema da alimentação saudável como um de seus eixos fundamentais. Segundo Pinheiro (2004), uma alimentação saudável deve ser entendida enquanto um direito humano que compreende um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos de acordo com as fases do curso da vida. Além disso, deve ser baseada em práticas alimentares assumindo os significados sócio-culturais dos alimentos como fundamento básico conceitual.

2.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Leavell & Clark (1976, *apud* FERREIRA & MAGALHÃES, 2007) apropriaram-se dos conceitos de promoção e prevenção ao formularem o modelo da história natural da doença. Segundo os autores, a medicina preventiva compreenderia três níveis de prevenção e a promoção da saúde estaria incluída no nível primário, relacionada à saúde e ao bem estar dos indivíduos.

Na área da saúde, o termo prevenção tem a conotação de atuação ou ação na forma de prevenir o adoecimento, visando geralmente reduzir seus fatores de risco na vida individual e coletiva.

Embora o termo promoção da saúde tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, seu significado foi mudando, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2000).

Segundo o autor, as diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação do comportamento dos indivíduos, por meio de atividades educativas. Já no segundo grupo, há a constatação da influência dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, onde se entende que a saúde é produto de variados fatores relacionados com o ambiente num sentido mais amplo, necessitando, portanto, de políticas públicas e de condições favoráveis ao seu desenvolvimento (BUSS, 2000).

Buss (2000) sintetizou de forma apropriada a proposta de promoção da saúde ao afirmar:

“Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução” (BUSS, 2000, p.165).

Para Ferreira & Magalhães (2007), a promoção da saúde, enquanto importante estratégia de saúde coletiva, reaparece nos últimos vinte anos como resposta à crescente medicalização, à baixa eficácia dos serviços de saúde e aos altos custos do setor, visando a enfrentar os limites do modelo biomédico hegemônico e dos modelos tradicionais de intervenção em saúde. De acordo com as autoras, a promoção da saúde incorpora um conceito ampliado de saúde.

A perspectiva da promoção da saúde se apresenta na PNAN e é apontada como uma de suas diretrizes por meio da *“promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis”*, cuja ênfase está na

“socialização do conhecimento sobre alimentos e o processo de alimentação bem como acerca da prevenção dos problemas nutricionais, desde a desnutrição - incluindo as carências específicas - até a obesidade” (BRASIL, 2003, p.22).

Sem ter a intenção de fazer uma discussão aprofundada do tema, considera-se pertinente afirmar que a Promoção da Alimentação Saudável (PAS) configura-se como estratégia importante da promoção da saúde, dando ênfase ao desenvolvimento de processos educativos permanentes relacionados às questões de alimentação e nutrição, devendo estar focada na atenção básica (BRASIL, 2003; 2010).

A PAS, de um modo geral, deve prever um escopo amplo de ações que apoiem as pessoas em todas as fases do curso da vida, desde o início da formação do hábito alimentar, isto é, do nascimento à velhice. Segundo a PNAN, ações de PAS demandam enfoque prioritário ao resgate de hábitos e práticas alimentares regionais em direção ao consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, bem como de padrões alimentares mais variados, desde os primeiros anos de vida até a idade adulta e a velhice (BRASIL, 2003). É importante favorecer o consumo de alimentos mais saudáveis, respeitando as identidades socioantropológicas e culturais da alimentação nos grupos sociais (PINHEIRO, 2005).

Uma maneira de viabilizar essa transformação do hábito alimentar é ampliar o acesso à informação para a escolha e adoção de práticas alimentares saudáveis, promovendo a autonomia decisória dos sujeitos, na escolha e aquisição dos alimentos.

Assim, a educação nutricional, na perspectiva do DHAA e da SAN, desempenha uma função estratégica para a promoção de hábitos alimentares saudáveis (OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2008).

2.3. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL – REVISÃO CONCEITUAL

Sabe-se que o conceito de educação nutricional passou por modificações ao longo do tempo, conforme discutido anteriormente. A educação nutricional já foi considerada como uma “*estratégia para ensinar o pobre a comer*” (BOOG, 1996), como uma prática domesticadora, ou ainda, foi criticada por contribuir para desviar a atenção dos reais mecanismos que causam a fome, favorecendo assim a manutenção dos processos sociais de exploração (VALENTE, 1989). Foi apontada também como uma importante estratégia no campo da saúde coletiva, por auxiliar na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (MONTEIRO *et al.*, 2005).

Segundo Lima *et al.* (2003), historicamente a educação nutricional foi constituída sob orientação social como instrumento de correção dos hábitos alimentares errôneos e pautada na premissa da ignorância alimentar, tendo bastante acentuado o seu caráter intervencionista e técnico.

Representações da educação nutricional tradicional e prescritiva são reforçadas, muitas vezes, pelo desconhecimento por parte dos profissionais de saúde de outras formas de abordar o problema, repetindo a noção de práticas alimentares dicotomizadas, ou seja, comer certo e comer errado. A indicação de dietas padronizadas, listas de alimentos proibidos e permitidos, conduz o indivíduo a um comportamento submisso perante os problemas alimentares e suas estratégias de enfrentamento. Dessa forma, há uma valorização da “*obediência*” às recomendações dietéticas, em detrimento do estímulo à autonomia na tomada de decisões sobre alimentação no cotidiano, impedindo o sujeito de tornar-se ativo no cuidado à sua saúde (RODRIGUES & BOOG, 2006).

Em consonância com essas representações, tem-se o proposto por Gouveia (1999), para quem os objetivos da educação nutricional tradicional concentram-se no sentido de garantir o acesso às informações, para a obtenção de uma dieta balanceada que conduza a um melhor estado de saúde, sendo seu objetivo

fundamental persuadir as pessoas a mudar seu comportamento alimentar inadequado.

Na abordagem tradicional mantém-se um enfoque centrado na imposição de normas e regras a serem seguidas, em detrimento da reflexão (OMETTO, 2006).

Assim, desde a sua origem, as práticas educativas em nutrição têm sido pautadas por processos verticais e autoritários, centrada em modelos prescritivos e biologicistas, menosprezando o diálogo, a autonomia do educando e os aspectos sócio-culturais que envolvem as práticas alimentares (BOOG, 1997; LIMA *et al.*, 2003; SANTOS, 2005b; CASTRO *et al.*, 2007).

Boog (2004) apresentou um conceito que procura esclarecer o contexto no qual devem estar inseridas as iniciativas de educação nutricional:

“... um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando o acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social” (BOOG, 2004, p.18).

Educar no campo da nutrição, para a autora, significa ampliar a compreensão sobre a multidimensionalidade da alimentação humana e implica em criar novos sentidos e significados para o ato de comer. Portanto, trata-se de tarefa complexa, visto que mudanças de atitudes relativas ao universo da alimentação demandam reflexão, tempo e orientação competente (BOOG, 2004).

Nesse sentido, a educação nutricional diz respeito a um processo de aprendizagem e não de adestramento (FERREIRA & MAGALHÃES, 2007).

Outro conceito de educação nutricional contemporâneo foi elaborado em estudo que buscou conhecer o processo de construção do conhecimento dietoterápico de pacientes diabéticos atendidos no programa de saúde da família no município de Araras/SP. Para elaboração do conceito, mais adequado ao propósito

do trabalho, a autora considerou o caráter transformador e libertador do processo educacional:

“Educação Nutricional é, pois, um processo educativo no qual, através da união de conhecimentos e experiências do educador e do educando, vislumbra-se tornar os sujeitos autônomos e seguros para realizarem suas escolhas alimentares de forma que garantam uma alimentação saudável e prazerosa, propiciando, então, o atendimento de suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais” (LIMA, 2004, p.81).

Segundo autores conceituados na área (BOOG, 1997; CERVATO *et al.*, 2004), é necessário que a educação nutricional seja fundamentada em teorias pedagógicas, cabendo ao profissional se especializar nessas teorias. Para Boog, a fim de que o processo de educação nutricional se estabeleça, há a necessidade do educador possuir conhecimentos não somente acerca da dietética como também da antropologia da alimentação, da filosofia da educação e da pedagogia (BOOG, 1997).

Para Manço & Costa (2004), a educação nutricional não deveria mais ser concebida apenas como a mudança de hábitos alimentares inadequados à saúde, uma vez que é necessário incorporar outras características às práticas de Educação Nutricional, desejáveis para torná-la mais eficiente e adequada às necessidades do ser humano, como os aspectos culturais, sociais e psicológicos da alimentação.

Nesse contexto, o campo da educação nutricional ressen-te-se de uma maior discussão sobre abordagens pedagógicas, modelos e teorias para a sua prática. Santos (2005b) ressalta que, no campo da educação nutricional, é comum não se dar importância às abordagens educativas apropriadas, somente aos conteúdos técnicos de alimentação e nutrição.

Em outras palavras, qualquer ação na área de educação deve ser refletida com base em referenciais teóricos adequados. Dessa forma, qualquer programa de educação nutricional que não considere uma metodologia de ensino-aprendizagem adequada pode ter sua qualidade e eficácia comprometidas. O profissional que

desconsidera estes aspectos compete com o leigo que também faz educação alimentar (FERREIRA & MAGALHÃES, 2007).

Nesse sentido, sabe-se que o entendimento da alimentação e nutrição como um fenômeno apenas biológico associado a abordagens pedagógicas tradicionais, verticais e autoritárias, contribui para a dificuldade de inserção dessa temática nas práticas cotidianas dos serviços de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2008).

Sabe-se que, atualmente, a educação nutricional, como um enfoque da educação em saúde, deve seguir um modelo de educação que busque promover a reflexão e consciência crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva (BOOG, 2004).

Ao estudar as bases teóricas da educação nutricional nos cursos de Nutrição, Franco (2006) concluiu que não há uma delimitação teórica para a disciplina Educação Nutricional, porém o estudo realizado aponta para um processo embrionário de construção teórica em torno do pensamento pedagógico de Paulo Freire (FRANCO, 2006).

Paulo Freire foi um importante educador brasileiro, que se destacou por seu trabalho na área da educação popular. Propôs uma nova concepção de educação, capaz de proporcionar aos educandos a possibilidade de se tornarem sujeitos do processo que estão vivendo, de participarem de forma reflexiva e crítica da construção de conhecimentos, sempre dentro de sua própria realidade. Trata-se do ensino problematizador, no qual o aluno deve ser ensinado a pensar e não simplesmente a aceitar o conteúdo que lhe foi transmitido. Essa concepção problematizadora de educação requer o diálogo entre educador e educando (FREIRE, 2004).

Para Freire, esse modelo deve investir em um educando crítico e questionador e em um educador facilitador das descobertas e reflexões dos sujeitos, auxiliando o educando a encontrar estratégias para lidar com os problemas, novos comportamentos e novas maneiras de pensar. Dessa forma, as mudanças de comportamento alimentar deveriam ser consequência de um processo reflexivo,

dialógico, participativo e emancipatório, por meio do qual o educando, com o apoio do educador, conhece e explora o problema, sem esperar uma mera transmissão de informação sobre o que fazer (FREIRE, 2004).

O modelo de educação alimentar e nutricional deve, da mesma forma, considerar e dialogar com o saber popular, criando condições reais de trocar experiências e conhecimentos que permitam a adoção de valores que sejam saudáveis e ao mesmo tempo culturalmente referenciados (BRASIL, 2010). Qualquer método que desqualifique o saber e as iniciativas apresentadas pela população apresenta limites para alcançar os seus objetivos (VASCONCELOS, 1997).

Enfim, frente às constatações de vários trabalhos (LIMA, 2004; MANÇO, 2005; ALENCAR *et al.*, 2008; GUEDES *et al.*, 2008; VASCONCELOS *et al.*, 2008) que apontam evidências quanto à importância da educação nutricional sustentada nos fundamentos da educação crítica, com ênfase na concepção pedagógica problematizadora de Paulo Freire, considera-se fundamental discutir as abordagens teórico-metodológicas utilizadas nas práticas educativas em alimentação e nutrição nessa direção.

Nesta abordagem, a educação nutricional deve prever que o profissional de saúde assuma seu papel de educador e busque nos aportes das ciências humanas e sociais alternativas para adotar um papel de facilitador do processo de ensino-aprendizagem (ALENCAR *et al.*, 2008).

Enquanto estratégia para o enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais no Brasil, a educação nutricional deve ser transformadora. Para tanto, deve basear-se numa perspectiva problematizadora, que ultrapasse a visão puramente instrumental e instrucional da educação (OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2008).

A educação nutricional, quando pautada nos princípios da educação problematizadora, pode promover o desenvolvimento da capacidade de compreensão dos hábitos alimentares, proporcionando ao indivíduo condições para que possa tomar decisões para resolução de seus problemas nutricionais. Assim, o processo de educação nutricional não deve impor ao paciente respostas prontas

para o problema, por meio da prescrição de dietas, mas sim estabelecer uma relação de ajuda entre este e o profissional educador (RODRIGUES & BOOG, 2006). Ela não deve ser uma ferramenta mágica para se “*obedecer à dieta*”, com o objetivo de um resultado em curto prazo, ao contrário, deve ser um processo de conscientização do indivíduo da importância da alimentação, realizado de forma libertadora (BOOG, 1999).

Segundo tais princípios, o profissional de saúde, como educador, instiga o paciente ao questionamento e à construção de conhecimentos críticos, capazes de levá-lo de fato a mudanças em sua vida, em sua residência e em sua comunidade (LIMA, 2004).

Enfim, a educação nutricional deve considerar e dialogar com o saber popular, criando condições reais de trocar experiências e conhecimentos, visando ao desenvolvimento de habilidades pessoais, possibilitando o reforço da autonomia dos sujeitos na construção do conhecimento e cidadania, e também a construção de formas coletivas e individuais de promover a saúde em todos os seus espaços de atuação (BRASIL, 2010).

2.4. CONCEITOS IMPORTANTES PARA A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESF

2.4.1. EQUIPES DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL COMO ARRANJOS ORGANIZACIONAIS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

Equipes de referência e equipes de apoio matricial constituem arranjos organizacionais propostos para a atenção básica com o objetivo de produzir novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde. O apoio matricial é um arranjo na organização dos serviços que complementa as equipes de referência. É, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência. Esta, por sua vez, é a equipe multiprofissional de caráter transdisciplinar, variando segundo o objetivo e a característica do serviço, que se responsabilizam pela saúde de certo número de pacientes inscritos, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos. Cada equipe de referência torna-se responsável pela atenção integral do doente, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos terapêuticos, quando necessário, acionando o apoio matricial.

Nesse novo arranjo, cada unidade de saúde é organizada em equipes básicas de referência, compostas segundo o objetivo, as características e disponibilidade de recursos, de forma multiprofissional e variável conforme o tipo de atenção oferecida, as quais detêm, então, a responsabilidade de atenção integral à saúde para a clientela adscrita ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal (CAMPOS, 1999).

O apoio especializado matricial objetiva assegurar retaguarda especializada, com saberes e práticas especializadas, à equipe de referência encarregada de determinada população. O apoiador matricial é um especialista com um núcleo de

conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais da equipe de referência, mas que pode contribuir com intervenções próprias que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da população adscrita ou com intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões (CAMPOS, 1999; CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Segundo Feuerwerker (2009):

“O apoio matricial é um modo de organizar o trabalho que, de diversas maneiras, aproxima os especialistas das equipes de atenção primária, criando a possibilidade de discussão conjunta de casos e manejo articulado de situações complexas, aumentando a resolubilidade, fortalecendo o trabalho em equipe, ampliando o repertório dos profissionais da atenção primária, sem quebrar a lógica do cuidado ou dissolver a responsabilidade pelo enfrentamento dos problemas de saúde” (FEUERWERKER, 2009, mimeo).

A organização dos serviços em equipes de referência e equipes de apoio matricial busca enriquecer as possibilidades de composição dos projetos terapêuticos e criar mecanismos para a integralidade da atenção, já que se considera que nenhum especialista poderá assegurá-la de modo isolado (CAMPOS, 1999; CAMPOS & DOMITTI, 2007). Essa compreensão está de acordo com a proposta do NASF, a qual mantém os profissionais como especialistas apoiadores, e não como membros de equipes da atenção básica.

De acordo com Maxta *et al.* (2010), o apoio matricial em saúde vem sendo reconhecido como uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde na perspectiva da clínica ampliada e da integração dialógica entre distintas especialidades e profissões em torno de objetivos comuns.

Dessa forma, o matriciamento se constitui em uma ferramenta que pressupõe um compartilhamento de conhecimento e de responsabilidade e pode ser entendido como a construção de momentos relacionais onde se estabelece troca de saberes entre os profissionais, de diferentes serviços de atenção, envolvidos no cuidado aos usuários.

Para Campos & Domitti (2007), o apoio matricial pode ser efetivado de três maneiras distintas: atendimentos e intervenções conjuntas entre os profissionais da equipe de referência e os matriciadores; intervenções especializadas do núcleo profissional do apoiador, mantendo sempre o contato com a equipe de referência; e troca de conhecimento e de orientações entre equipe de referência e apoiadores sobre determinados casos.

O apoio matricial e a construção de linhas de cuidado têm sido estratégias utilizadas para enfrentar a fragmentação do cuidado e superar as diferentes lógicas de operação da atenção básica e da atenção especializada, proporcionando a qualificação do cuidado e a aproximação da atenção à saúde das necessidades dos usuários (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Nesse contexto, o NASF se configura como dispositivo de implantação do apoio matricial na estratégia saúde da família com quatro áreas estratégicas, sendo uma delas a Alimentação e Nutrição. Em outras palavras, o apoio matricial caracteriza a organização do processo de trabalho no NASF e, portanto, o nutricionista atuaria como apoiador matricial das equipes de referência.

2.4.2. CAMPO E NÚCLEO DE COMPETÊNCIA

“*Campo de competência*” e “*Núcleo de competência*” são dois conceitos operativos para redefinição da abrangência e da responsabilidade das práticas em saúde, propostos por Campos *et al.* (1997).

Segundo os autores, o *campo de competência* se configura em um campo de intersecção das diversas áreas da saúde, não caracterizando monopólio de nenhuma profissão ou especialidade. Já o *núcleo de competência* é mais específico e inclui as atribuições exclusivas de determinada profissão ou especialidade, justificando, portanto, a sua existência como uma nova área. Dessa forma, o *campo de competência* apresenta limites e contornos menos precisos e o *núcleo*, ao contrário, definições bastante delineadas (CAMPOS *et al.*, 1997). A construção do núcleo que circula dentro de um campo auxilia na definição de responsabilidades científicas e políticas de cada área (CAMPOS, 2007).

O núcleo demarca a identidade profissional e disciplinar de cada profissão, constituindo a sua identidade social, e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

2.4.3. CLÍNICA AMPLIADA COMO NOVA PROPOSTA PARA AS PRÁTICAS EM SAÚDE

A proposta da Clínica Ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar para além dos pedaços fragmentados representados pelo seu núcleo profissional, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Portanto, a clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas a resolverem suas necessidades de saúde, mesmo que não pertencentes ao seu núcleo profissional. Dessa forma, a clínica ampliada busca integrar várias abordagens para possibilitar uma atuação eficaz diante da multicausalidade dos problemas de saúde na atualidade. A complexidade do trabalho em saúde, por sua vez, exige o trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2007).

Dessa forma, essa nova proposta que se coloca para o trabalho em saúde apresenta como características fundamentais: a compreensão ampliada do processo saúde-doença, buscando evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico ou núcleo profissional; a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, tanto na direção da equipe de saúde quanto na direção do próprio usuário; a ampliação do “objeto de trabalho”, que deve ser a atuação sobre pessoas e não sobre doenças; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho, por meio de arranjos ou dispositivos de gestão que facilitem a comunicação transversal na equipe entre equipes, além do desenvolvimento de técnicas relacionais como a capacidade de escuta do outro; e o suporte para os profissionais de saúde, para que eles possam lidar com as próprias dificuldades inerentes ao trabalho em saúde (BRASIL, 2009a).

2.5. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Conforme definida na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a educação permanente refere-se à aprendizagem no trabalho, acontece no cotidiano das pessoas e das organizações e se baseia na aprendizagem significativa. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, pautada pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009c).

A educação permanente pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação. Por outro lado, nem toda ação de capacitação, embora vise à melhoria do desempenho dos profissionais, implica um processo de educação permanente, pois nem toda ação representa parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente. Ainda que em alguns casos se alcance aprendizagens individuais por meio da capacitação, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional (BRASIL, 2009c).

As capacitações tradicionais no setor saúde podem representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos técnicos. Por isso, geralmente se produz uma distância entre a prática e o saber teórico e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática. Além disso, configuram-se como uma estratégia descontínua por se tratarem de cursos periódicos sem seqüência constante. O enfoque da educação permanente, ao contrário, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços, por meio da aprendizagem no contexto do trabalho na área da saúde. Supõe inverter a lógica do processo, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem. As estratégias educativas utilizadas partem da prática como fonte de conhecimento e de problemas,

problematizando o próprio fazer, além de colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de simples receptores de informações teóricas (BRASIL, 2009c).

2.6. TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A QUESTÃO DAS DISCIPLINAS

Piancastelli *et al.* (2000) constataram dificuldades em realizar o trabalho em equipe, devido às diferentes concepções do que seja uma equipe, apresentadas a seguir:

- “conjunto ou grupo de pessoas que se aplicam a uma tarefa ou trabalho”;
- “conjunto ou grupo de pessoas que partilham de um mesmo objetivo”;
- “conjunto ou grupo de pessoas que ao desenvolver uma tarefa ou trabalho, almejam um objetivo único, obtido pelo consenso/negociação”;
- “conjunto ou grupo de pessoas que tem objetivos comuns e está engajado em alcançá-los de forma compartilhada”, e
- “conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido” (PIANCASTELLI *et al.*, 2000, p.46).

Deixaram claro, também, que os conceitos apresentados vão sendo ampliados – no sentido de transformar um grupo de trabalhadores em uma equipe de trabalho – e sofrem a incorporação de mais idéias para o desenvolvimento do processo de trabalho. Uma dessas idéias é a de que os componentes da equipe deverão criar as condições necessárias ao crescimento individual e do grupo.

Em seu trabalho, Peduzzi (2001) investigou as concepções dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipe multiprofissional, resultando em um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe. De acordo com a autora, existem duas modalidades de trabalho em equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. Com base nessa distinção, construiu-se uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe:

“equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes” (PEDUZZI, 2001, p.106).

A autora afirma que, em ambas as equipes, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses

distintos trabalhos, as tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto à independência dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva.

Apresentou, ainda, critérios que podem auxiliar no reconhecimento das equipes de trabalho enquanto pertencentes a uma modalidade ou outra. Dessa forma, a comunicação (entre os profissionais) intrínseca ao trabalho, um projeto assistencial comum, a flexibilidade da divisão do trabalho e a autonomia técnica de caráter interdependente seriam características de uma equipe integração; enquanto que a comunicação externa ao trabalho, a comunicação (entre os profissionais) estritamente pessoal, a autonomia técnica plena para alguns profissionais e a ausência de autonomia técnica para outros, seriam características de uma equipe agrupamento. Em ambos os tipos de equipe, porém, estariam presentes as características de diferenças técnicas entre os trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses diferentes trabalhos. Também em ambas, estariam presentes tensões relacionadas à autonomia técnica e à independência ou complementaridade dos trabalhos especializados (PEDUZZI, 2001).

Ao se discutir a multiprofissionalidade das equipes de saúde, torna-se também relevante discutir a disciplinaridade e suas variantes – multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Tais conceitos estão sendo exaustivamente discutidas atualmente no campo da saúde coletiva (GOMES & DESLANDES, 1994; FEUERWERKER & SENA, 1999; COSTA, 2002; BENITO *et al.*, 2003; VILELA & MENDES, 2003; ALMEIDA FILHO, 2005; GATTÁS & FUREGATO, 2006), quase sempre com significados distintos e de difícil compreensão. Este trabalho não tem a pretensão de trazer outras contribuições para precisar estes conceitos, portanto, serão apresentadas as definições já discutidas por estudiosos do tema.

Jantsch (*apud* ALMEIDA FILHO, 2005) propôs, em 1972, uma detalhada classificação evolutiva das alternativas de interação ou integração de distintos campos disciplinares. Essa classificação foi repensada e adaptada, a posteriori, por outros autores (VASCONCELOS, 2002; BIBEAU, 1996 *apud* ALMEIDA FILHO, 2005)

e apresentada por Almeida Filho (2005). De acordo com o exposto pelo autor, a multidisciplinaridade diz respeito ao conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema, assunto ou temática, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico. Pode ser exemplificada com vários profissionais reunidos, em que cada um trabalha isoladamente, sendo que a ausência de uma articulação não significa, no entanto, uma ausência de relação entre estes profissionais.

A pluridisciplinaridade implica a justaposição de diferentes disciplinas científicas, com objetivos comuns, podendo existir algum grau de cooperação mútua entre as disciplinas. Pode ser exemplificada por meio de um paciente que procura atendimento do médico endocrinologista e, após receber orientação e prescrição psicofarmacológica, é encaminhado, pelo próprio endocrinologista, a um nutricionista para um trabalho de educação nutricional; assim, a cooperação não é automática, mas estabelece contatos entre os profissionais e suas áreas de conhecimento

Em ambas, multi e pluridisciplinaridade, ocorre a justaposição das disciplinas em um único nível hierárquico, com a diferença de que, na multidisciplinaridade há total ausência de cooperação sistemática entre os diferentes campos disciplinares, enquanto que na pluridisciplinaridade, há uma perspectiva de complementaridade, sem que haja, contudo, uma coordenação das ações (ALMEIDA FILHO, 2005).

Na interdisciplinaridade, as relações entre as disciplinas são definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas, que seria determinada por sua maior proximidade à temática em questão. Por exemplo, uma equipe de um determinado ambulatório oncológico, composta de médicos oncologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, contudo, prevalecendo o saber médico, cabendo a coordenação e a tomada de decisão a estes profissionais. A interdisciplinaridade se baseia em um trabalho conjunto, gerando aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura das disciplinas, mas por uma recombinação entre elas (ALMEIDA FILHO, 2005).

Em relação à transdisciplinaridade, o autor propõe uma integração total das disciplinas, com uma coordenação assegurada pela finalidade comum do trabalho, sem que haja uma coordenação fixa, com tendência à horizontalização das relações de poder. A transdisciplinaridade significaria uma radicalização da interdisciplinaridade, com a criação de um campo disciplinar novo, devendo ser encarada como meta a ser alcançada e não como algo pronto, contribuindo para que todos os membros da equipe estejam atentos para eventuais centralizações de poder (ALMEIDA FILHO, 2005).

A despeito de todos esses dispositivos conceituais apresentados, Almeida Filho propõe uma:

“possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos (pela via da tradução) mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos” (ALMEIDA FILHO, 2005, p.43).

Para o autor, somente dessa forma seria possível dar conta de um objeto tão complexo como a saúde-doença, por meio de práticas cotidianas *“transversais”* dos sujeitos do conhecimento.

Gattás & Furegato (2006) enfatizam que há unanimidade quanto à falta de compreensão do tema da interdisciplinaridade. Trata-se de um tema de abordagem difícil de ser entendida e aplicada. No entanto, concordam que depende da construção de um trabalho coletivo e que não envolve somente os saberes, mas também intersubjetividades, isto é, o processo no nível das relações interpessoais. Os autores levantaram os principais estudos sobre a interdisciplinaridade e obtiveram como aspecto comum a todos a percepção da interdisciplinaridade como:

“atitude, postura profissional que envolve capacidade de cooperação, respeito à diversidade, abertura para o outro, vontade de colaboração, diálogo, humildade, ousadia” (GATTÁS & FUREGATO, 2006, p.327).

Ainda, o aspecto fundamental do trabalho interdisciplinar é a troca de conhecimentos que se estabelece no interior das interações, com enriquecimento

dos conhecimentos e ampliação dos campos de visão dos profissionais envolvidos (GATTÁS & FUREGATO, 2006).

Feuerwerker & Sena (1999) propõem também uma diferenciação entre interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e trabalho em equipe. De acordo com as autoras, interdisciplinaridade é um conceito que se aplica às ciências, à produção do conhecimento e ao ensino. O trabalho multiprofissional diz respeito à prática, na medida em que se organiza o trabalho considerando a complementaridade dos diversos saberes e práticas profissionais e buscando a integralidade do cuidado. No trabalho multiprofissional, existe uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos para produzir uma solução ou intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente. Já o trabalho em equipe pressupõe o compartilhar do planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração, seja entre profissionais de uma mesma formação, de uma mesma carreira, ou entre profissionais de formações diferentes, dentro da equipe multiprofissional (FEUERWERKER & SENA, 1999). Sendo assim, a ESF constitui-se de equipes multiprofissionais que devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar (PEDROSA & TELES, 2001).

Peduzzi (2001) coloca que a disciplinaridade e suas alternativas de interação dizem respeito à produção de conhecimento, enquanto que a multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais.

Conforme Almeida & Mishima (2001), a construção de um trabalho multiprofissional na prática dos serviços de saúde requer um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos profissionais.

CAPÍTULO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de uma investigação exploratória com **abordagem qualitativa**, com delineamento de corte transversal. Essa abordagem foi eleita devido à complexidade do campo da saúde e a natureza do objeto de estudo, uma vez que, como destaca Minayo (2000), esta modalidade de pesquisa permite verificar os significados atribuídos pelos sujeitos à realidade de suas práticas, além de visar ao aprofundamento no mundo dos significados, relações humanas, atitudes, crenças e valores. Nesta abordagem, segundo a autora, não há preocupação em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais.

O estudo está fundamentado teoricamente no constructo da **Teoria das Representações Sociais** como marco teórico-metodológico, pois esta lida com os aspectos psicossociais do cotidiano dos sujeitos da pesquisa, contribuindo para conhecer a imagem de um determinado objeto formulada por determinados sujeitos.

Para Moscovici, criador do conceito, as representações sociais são como *“uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos”* (MOSCOVICI, 1978, p.26). Assim, conforme o autor, a representação produz e determina comportamentos.

“Por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações, originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum” (MOSCOVICI, 1978, p.181).

As representações sociais são entendidas como um saber presente no senso comum e refletindo-se no cotidiano de um determinado grupo social. Trata-se de um conhecimento que circula da ciência para o senso comum e vice-versa. Dessa forma, são consideradas “teorias” sobre saberes populares e do senso comum, elaboradas e compartilhadas coletivamente com a finalidade de construir e interpretar o real (GUARESCHI & JOVCHELOVITCH, 2003).

Muitos estudos foram realizados com o intuito de entender de que forma os indivíduos vêem determinada realidade ou concebem determinado objeto, como a representação social do cuidado no PSF (RODRIGUES *et al.*, 2008), a representação social sobre a integralidade (REIS & ANDRADE, 2008), outros foram realizados com o objetivo de identificar as representações sociais de determinadas categorias profissionais (MORE *et al.*, 2004; PRAÇA & NOVAES, 2004; GOMES & OLIVEIRA, 2005; COSTA *et al.*, 2008; LAHM & BOECKEL, 2008); além das representações sociais sobre educação em saúde de equipes de saúde da família (SCHWINGEL & CAVEDON, 2004).

Para Cabecinhas (2004), as representações sociais podem ser representativas de determinado grupo social, influenciando na forma como outros grupos o percebem e se relacionam com ele. Elas contribuem para definir um grupo social na sua especificidade.

Nesse sentido, uma representação é constituída de um conjunto de crenças, informações, de opiniões e de atitudes a propósito de um dado objeto social (GOMES & OLIVEIRA, 2005).

Conforme Praça & Novaes (2004), a Teoria das Representações Sociais reside na idéia de que os sujeitos buscam explicações, criam teorias próprias sobre uma série de assuntos que prendem a atenção e a curiosidade, demandando compreensão e pronunciamentos cotidianos a respeito dos temas. Tais explicações não são simples opiniões, mas possuem uma lógica própria, baseada nas mais diferentes informações e em julgamentos valorativos, originados de diferentes fontes, além de fundamentarem-se também em experiências pessoais e grupais.

Às representações sociais são atribuídas a capacidade de transformar o que não é familiar em algo próximo e prático, visando torná-lo conhecido, passível de entendimento. Além desse aspecto essencial, apresentam também a função identitária, que possui relação com a imagem do grupo e suas especificidades; e a função justificadora, que agrega os valores que possibilitam a diferenciação de um grupo entre os demais (LAHM & BOECKEL, 2008).

Para Lahm & Boeckel (2008), as representações sociais têm implicações no cotidiano, pois influenciam o comportamento e a comunicação. Dessa forma, o profissional nutricionista, visto como sujeito integrado às equipes de saúde da família estudadas, por meio dos residentes, contribui para as inter-relações dos sujeitos e para o contexto que os rodeia, bem como para o estabelecimento de representações sociais acerca de seu papel e de sua prática.

A representação social pode ser acessada de diversos modos. Segundo Herzlich (2005), que aplicou o conceito a estudos na área da saúde:

“... o mais das vezes, ela [a Representação Social] é parte de um material verbal constituído, seja através de respostas a um questionário, seja através do discurso emitido em entrevistas individuais. Isso coloca, de início, o problema da mediação da representação pela linguagem. Mas, por outro lado, a partir desses discursos específicos, dessas expressões particulares, o pesquisador tenta apreender a lógica comum subjacente, o código partilhado, portanto mais geral, que se aplica a todas essas discussões, que é o nível das representações sociais” (HERZLICH, 2005, p.65).

Esta foi a opção aqui adotada, já que o material empírico desta pesquisa foi constituído por depoimentos coletados individualmente de um tipo determinado de ator social: os profissionais de saúde de equipes de saúde da família. Assim, as representações sociais possuem como materiais fundamentais de estudo as concepções verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e coletivos sobre determinada realidade.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de São Carlos, que dista 206 km da capital São Paulo. O município pertence à região nordeste do Estado de São Paulo. Possui uma área de 1.141 km² e a população é de aproximadamente, 220.463 habitantes (IBGE, 2009). Conta com dois distritos: Água Vermelha, com cerca de 3.296 habitantes, e Santa Eudóxia, com 3.034 habitantes. Situa-se em uma das macro-regiões mais desenvolvidas do país. O crescimento demográfico anual é de 2,4%, a renda per capita de US\$ 3,5 mil e o PIB do município é de US\$ 675 milhões. Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0,841 (SÃO CARLOS, 2009).

A economia do município é agro-industrial. Possui duas grandes universidades públicas (USP, UFSCar) e mais duas universidades particulares (FADISC, UNICEP). O vigor acadêmico, tecnológico e industrial conferiu à cidade o título de “*Capital da Tecnologia*”. Suas universidades e centros de pesquisa são reconhecidos pela excelência e diversidade. A Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) oferecem ensino gratuito e de qualidade (SÃO CARLOS, 2009).

Já a atividade industrial é marcada pela presença de grandes indústrias: Volkswagen (motores), Tecumseh (compressores), Faber Castell (lápis), Electrolux (geladeiras e fogões), além de empresas têxteis, de embalagens, de máquinas, tintas, lavadoras, equipamentos ópticos e indústrias médias e pequenas dos vários setores de produção (SÃO CARLOS, 2009).

3.2.1. SISTEMA DE SAÚDE

A Prefeitura Municipal conta com 18 Secretarias, sendo uma delas a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que desenvolve e executa a política de saúde do município, gerenciando as atividades de assistência à saúde local. Coordena

também os assuntos ligados ao Fundo Municipal de Saúde e apóia os conselhos municipais ligados ao setor.

Compõem o sistema de saúde municipal, as Unidades Básicas de Saúde (UBS e USF), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para urgência e emergência, o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Centro Municipal de Especialidades (CEME) (SÃO CARLOS, 2009).

A rede de atenção básica é constituída atualmente de 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 16 Unidades de Saúde da Família (USF). A população coberta pela Estratégia Saúde da Família em 2006 era de aproximadamente, 16% (SÃO CARLOS, 2006). Atualmente, a cobertura gira em torno de 24% (SÃO CARLOS, 2009).

A atenção especializada acontece no Centro Municipal de Especialidades (CEME) e no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O primeiro caracteriza-se pela oferta de: consultas médicas especializadas nas áreas de angiologia, cardiologia, cirurgia plástica, cirurgia oncológica, cirurgia pediátrica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, cirurgia geral, geriatria, hematologia, infectologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, reumatologia, tisiologia e urologia; cirurgias ambulatoriais; serviço de reabilitação em fonoaudiologia; ambulatório de DST/AIDS; ambulatório de doenças infecto-contagiosas; ambulatório de violência sexual; ambulatório de gastroenterologia pediátrica e nutrição; exames especializados de eletroencefalograma, ultra-sonografia, patologia clínica, exames de radiodiagnóstico, anatomo-patologia e citopatologia. O CEO é responsável por ações especializadas em odontologia.

Existem ainda as seguintes unidades: Serviço de Acompanhamento ao Bebê de Risco (SAIBE); CAPS e CAPS-ad, responsáveis pela atenção em saúde mental do município; e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

É importante resgatar que a política de saúde, enquanto política pública mais concreta e planejada, foi bastante incipiente em São Carlos/SP até o final do ano 2000. Apesar de a cidade ser reconhecida como *Capital da Alta Tecnologia*, em função do grande número de empresas consideradas de ponta, o setor saúde não acompanhou esse desenvolvimento no mesmo ritmo, visto que a rede básica não era expressiva até essa data, “*exceto pela instalação do Programa de Saúde da Família e da Municipalização da Saúde – Gestão Plena, ambos iniciados em 1998, por meio de processos muito lentos, com nítidos movimentos de resistência à efetivação do SUS*” (MACHADO, 2007, p.166)³.

Segundo Machado (2007), uma nova gestão do município a partir do ano de 2001 abriu possibilidades de mudanças na história da cidade e, em particular, da sua atenção à saúde.

Neste contexto, foi proposto, em 2003, um rearranjo organizacional pela Secretaria Municipal de Saúde. O município foi, então, dividido em seis Administrações Regionais de Saúde (ARES).

Em 2007, aconteceu a inauguração do 1º módulo do Hospital-Escola Municipal “Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci”, um marco histórico na construção do sistema de saúde de São Carlos. O Hospital integra a Rede Escola de Cuidados à Saúde e se configura numa nova concepção na promoção de cuidado à saúde das pessoas, através de equipes de referência multidisciplinar (SÃO CARLOS, 2009).

O modelo de atenção à saúde vem sendo reorientado pela SMS-SC, no sentido de uma transformação progressiva, adotando a ESF como eixo estruturante da rede de atenção básica à saúde. Para tanto, aderiu ao Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde, que tinha como meta estabelecida alcançar, até o final de 2007, uma cobertura de

³ (MACHADO, 2007)

Com o objetivo de conhecer e compreender melhor o objeto de estudo, Machado (2007) subdivide a atenção à saúde no município de São Carlos/SP em oito períodos históricos que tratam de seu surgimento e de sua trajetória. A autora, por meio de uma investigação de natureza qualitativa, utilizou como principais metodologias a história oral temática e a pesquisa documental para caracterizar a história da saúde no município.

70% da população assistida pela ESF, correspondendo a 36 equipes de saúde da família. No entanto, esta meta ainda não foi atingida. O modelo assistencial proposto pela SMS-SC é o da *Vigilância à Saúde*, onde a cura deixa de ser o enfoque predominante, cedendo lugar a um processo de trabalho das equipes que integra *promoção, prevenção, recuperação e reabilitação* dos danos. O trabalho coletivo deve predominar sobre o enfoque clínico-individual (SÃO CARLOS, 2006).

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade trouxe a inserção de residentes no mundo real do trabalho em saúde, objetivando influenciar a construção de novos modelos educacionais, de pesquisa e de cuidado, implicando na melhoria da prestação de serviços oferecidos à população da cidade e região (SÃO CARLOS, 2006).

Assim, foram inseridos os profissionais residentes das áreas de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Dessa forma, no período de 2007 a 2009, cinco nutricionistas residentes fizeram parte das equipes de apoio matricial das USF do município. Cabe aqui esclarecer que, neste período, só havia uma nutricionista na rede municipal de saúde, atuando em ambulatório especializado de Gastroenterologia Pediátrica e Nutrição. Portanto, o programa de residência configurou-se numa iniciativa pioneira de inserção do profissional nutricionista na rede de atenção básica à saúde.

Portanto, o local estudado contém o conjunto de atributos pertinentes ao que se pretende investigar neste trabalho. A pesquisa foi realizada em duas USF do município de São Carlos/SP.

3.3. SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram 21 profissionais das duas equipes de saúde da família, 6 residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar, além da diretora do Departamento de Gestão e Cuidado Ambulatorial (DGCA) da SMS-SC. O critério para eleger o número de pessoas foi intencional, por se tratarem de sujeitos chaves nas equipes multiprofissionais do PSF. Tratando-se, portanto, de uma amostra não probabilística.

A amostragem intencional é entendida como uma “*busca proposital de indivíduos que vivenciam o problema em foco e/ou têm conhecimentos sobre ele*” (TURATO, 2005, p.511). Neste caso, foi a totalidade dos profissionais de saúde das USF que se dispuseram a participar da pesquisa, mais os residentes nutricionistas, enfermeiros e educadores físicos (estes últimos, por entendermos serem profissionais bastante afins à nutrição) que atuavam nas mesmas unidades, no momento do estudo. Em uma das unidades, uma auxiliar de enfermagem se recusou a participar da pesquisa, alegando não gostar de participar desse tipo de entrevista. Nas duas USF escolhidas para o estudo, não existiam residentes médicos.

Para fins de entendimento mais amplo do processo, também foi convidada a participar do estudo a diretora do DGCA, responsável pela gestão da atenção básica no município.

3.4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.4.1. COLETA DOS DADOS

O levantamento dos dados, na primeira etapa da pesquisa, aconteceu no período de dezembro de 2008 a março de 2009. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas e informações documentais.

Inicialmente, através de contato telefônico ou pessoal, a pesquisadora entrou em contato com as supervisoras das unidades, fornecendo previamente esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e solicitando a colaboração, no sentido de facilitar o contato com os membros da equipe. Posteriormente, cada sujeito da pesquisa foi contatado no seu próprio ambiente de trabalho, esclarecido sobre a pesquisa e convidado a participar. Após o aceite, cada entrevista foi agendada individualmente, de acordo com a disponibilidade e preferência dos sujeitos.

As entrevistas aconteceram nas unidades de saúde, em locais reservados para que houvesse a menor interferência possível, onde participaram apenas a pesquisadora e o entrevistado, em data e horário previamente agendados. Na ocasião do encontro, cada sujeito foi informado sobre os cuidados éticos, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I), autorizando a entrevista, sua gravação em áudio e o uso das informações para fins de pesquisa e posterior publicação. Foi utilizado um gravador (*Panasonic, Microcassette Recorder, Model nº RN-305*) e 21 fitas cassetes de 60 minutos cada. As entrevistas duraram cerca de 50 a 60 minutos, totalizando aproximadamente 21 horas de áudio. Elas foram gravadas na sua totalidade, e posteriormente, transcritas na íntegra, para melhor exploração dos dados em momento posterior. A gravação das entrevistas teve a finalidade de garantir a fidedignidade do registro das falas dos entrevistados.

Após a transcrição, as entrevistas foram identificadas através de códigos, para respeitar o anonimato dos participantes. O conteúdo das falas foi transcrito pela própria pesquisadora, mantendo-se os diálogos originais, respeitando as pausas,

interjeições, risos e outras manifestações. As transcrições das gravações foram sendo feitas ao longo do período de realização das entrevistas e resultaram num documento de 121 páginas.

Dois instrumentos foram utilizados para a coleta de dados. Primeiramente, foi aplicado um questionário (Apêndice II) abordando dados cadastrais do entrevistado, como sexo, idade, categoria profissional e tempo de serviço na USF. Esse primeiro instrumento foi aplicado pela própria pesquisadora, com o objetivo de iniciar uma aproximação e proporcionar uma familiarização inicial com os entrevistados, uma espécie de “quebra gelo” para o desenrolar da entrevista.

A seguir, foi utilizado um roteiro de entrevista (Apêndice III) com perguntas abertas e subjetivas, cujo foco estava na opinião dos entrevistados acerca do profissional nutricionista e da educação nutricional. As questões norteadoras foram: “O que você conhece sobre o trabalho do nutricionista na área de saúde e em USF? Qual a sua visão de Educação Nutricional? Como você vê a Educação Nutricional no município, hoje? Como você aborda questões relativas à alimentação e nutrição, e quais as dificuldades que você encontra, na prática? Qual a sua visão sobre o nutricionista na equipe de saúde da família? Qual a sua visão sobre o trabalho em equipe?”.

Cabe aqui registrar que foi realizado um pré-teste com os instrumentos através da aplicação dos mesmos em uma unidade distinta das estudadas, com o objetivo de revisar o roteiro de entrevista e direcionar aspectos da investigação a serem discutidos. Pôde-se perceber que o roteiro proposto inicialmente, no projeto de pesquisa, continha questões que não estavam suficientemente claras, pois os entrevistados solicitaram esclarecimento antes de iniciarem suas respostas. Ou, ainda, não conseguiram entender qual era o objetivo da questão, não podendo, portanto, apresentar suas concepções sobre o assunto. A partir do pré-teste, o roteiro de entrevista foi reformulado com o objetivo de tornar mais claras as questões.

Dessa forma, os roteiros definitivos foram construídos com temas e sub-temas a serem abordados de acordo com os objetivos da pesquisa, porém, evitando utilizar questões fechadas, nem sugerir opções de respostas, a fim de buscar maior amplitude de informações. Os roteiros tiveram, portanto, o objetivo de fornecer ao pesquisador um apoio claro na sequência das questões, permitir ao entrevistado discorrer livremente e pronunciar-se sobre questões relevantes que envolviam o tema em estudo, além de garantir que todos os pressupostos seriam tratados na conversa (MINAYO, 2007).

A segunda etapa da pesquisa aconteceu no mês de maio de 2009. Os dados coletados nessa fase incluíram as entrevistas com a diretora do DGCA da SMS-SC e com os profissionais das equipes que se encontravam em férias ou afastados na primeira etapa, além da análise dos documentos disponibilizados pela SMS-SC.

Os documentos utilizados como fontes para coleta de dados foram disponibilizados pela Coordenação do Programa de RMSFC da Universidade Federal de São Carlos e pela Secretaria Municipal de Saúde do município, sendo eles o ***Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2006-2008*** (UFSCar, 2006), e o ***Projeto de Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*** (São Carlos, 2008).

Para a entrevista com a Diretora do DGCA, foi utilizado um roteiro específico (Apêndice IV), com as seguintes questões norteadoras: “Como você vê o trabalho do Nutricionista na área da saúde? Qual a sua visão sobre Educação Nutricional e como ela está estruturada no município, atualmente? Em sua opinião, por que o nutricionista ainda não foi incorporado de forma integral aos serviços de saúde? Em relação à residência, como se deu a inserção de nutricionistas na RMSFC? Qual é a sua análise sobre a participação desta categoria na residência? Qual é a sua concepção sobre o trabalho em equipe?”.

Foi realizada também a observação direta nas instituições com anotações pessoais em diário de campo, que serviram para compor a análise dos resultados. Segundo Minayo, o diário de campo nada mais é do que um caderno de notas, em

que o pesquisador anota o contexto da entrevista, as suas impressões pessoais, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, expressões não verbais e manifestações dos entrevistados quanto a algum ponto investigado, dentre outros aspectos. O uso do diário de campo pode tornar mais verdadeira a pesquisa de campo, favorecendo a qualidade e a profundidade das análises (MINAYO, 2007).

3.4.2. ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, foi utilizada a abordagem hermenêutica-dialética, defendida por Minayo (2007), que considera os aspectos extra-discursivos que constituem o espaço sócio-político-econômico, cultural e relacional onde o discurso circula.

O método foi proposto por Habermas, citado por Minayo (2007), como uma metodologia de abordagem dialética da comunicação, superando o formalismo das análises de conteúdo e do discurso tradicionais.

“A crítica principal às técnicas de Análise de Conteúdo tradicional (nas suas mais diferentes modalidades) se refere a seu foco apenas no discurso, reduzindo-se assim sua capacidade explicativa. A ênfase quase absoluta na fala como material de análise transforma a questão da descoberta e da validade na habilidade de manipulação de instrumentos técnicos, à moda positivista das abordagens quantitativas” (MINAYO, 2007, p.352).

Segundo Minayo, essa metodologia tem como fundamento a compreensão, no que diz respeito à possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões, por meio de uma atitude crítica de estudo da realidade social. A orientação dialética de qualquer análise supõe a crítica das idéias expostas nos textos (ou entrevistas), buscando sempre a sua especificidade histórica. É preciso considerar que os indivíduos, vivendo determinada realidade e pertencendo a grupos, classes e segmentos distintos, são condicionados por determinado momento histórico e, por isso, podem ter, simultaneamente, interesses concordantes ou discordantes (MINAYO, 2007).

Logo, trata-se de um método empírico, dependente do tipo de fala alcançado nas entrevistas e da própria interpretação do pesquisador.

Para a interpretação dos dados, seguiram-se os passos operacionais propostos por Minayo (2007):

1º) Ordenação dos dados: as entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, o que facilitou uma aproximação maior com os relatos;

2º) Classificação dos dados:

- a) Leitura horizontal e exaustiva dos textos (“leitura flutuante”): o material foi lido e relido várias vezes, algumas delas com a escuta concomitante das gravações, o que facilitou a percepção sobre as possibilidades de exploração do material. Essa etapa proporcionou maior familiaridade com o material e permitiu à pesquisadora construir as categorias empíricas e *“confrontá-las com as categorias analíticas, teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, e buscar as inter-relações e interconexões entre elas”* (MINAYO, 2007, p.358). Segundo Spink (1995), a leitura flutuante do material coletado, mapeando temas emergentes, atentando para características que podem dar pistas valiosas quanto à natureza da construção é de extrema importância para a análise dos dados. Posteriormente, os dados foram organizados em fichas contendo uma categorização preliminar por entrevista;
- b) Leitura transversal de cada categoria preliminar, classificando-as em temas, categorias analíticas ou unidades de sentido. Tratou-se de um momento de estudo aprofundado do material, com a classificação e agregação dos dados, onde emergiram as categorias de análise;
- c) Análise final das categorias ou tratamento dos resultados, onde os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. Por meio da análise final se conseguiu uma vinculação estratégica com a realidade, fornecendo conclusões e indicações

que puderam levar à revisão de conceitos e transformação de relações.

Desse modo, após a transcrição das gravações e organização do texto, fez-se uma leitura preliminar, buscando uma familiarização com a descrição das falas. Posteriormente, foram organizados os aspectos principais de cada depoimento em uma primeira fase da categorização, seguindo a seqüência das questões principais do roteiro de entrevista. Em seguida, foi realizada uma análise bruta do conjunto dos depoimentos por questão formulada, o que constituiu a segunda fase da categorização, buscando reunir todas as informações obtidas para determinado tema, facilitando a visualização do conjunto destas. Buscou-se também os pontos convergentes e divergentes, bem como os indicativos de como os pesquisados concebem os temas propostos pelo pesquisador: o nutricionista, a educação nutricional e o trabalho em equipe. Enfim, foi realizada uma leitura seletiva e aprofundada dos temas que mais se destacaram, para, em seguida, identificar no conjunto das informações levantadas as possíveis representações sociais ali contidas.

Em síntese, para a interpretação dos dados, o material coletado nesta investigação foi analisado qualitativamente e os elementos trazidos da pesquisa de campo foram confrontados com os achados bibliográficos, na busca por conteúdos coerentes, singulares ou contraditórios.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Para a execução da presente pesquisa, foram contatadas as enfermeiras supervisoras das USF escolhidas para o estudo, para solicitar a colaboração e participação na pesquisa, bem como para viabilizar o acesso aos demais profissionais das equipes.

Os profissionais das USF foram solicitados a colaborarem com a pesquisa sendo informados previamente, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), a respeito dos objetivos e procedimentos da investigação, do anonimato de sua colaboração, bem como da confidencialidade de seus depoimentos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP, 1998).

Para preservar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, as entrevistas foram identificadas com códigos compostos por uma combinação de letras, designando o nível da categoria profissional do entrevistado (diretora de departamento – D; profissional de nível superior – PS; profissional de nível médio – PM; residente – R), e um número, de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas. Dessa forma, os trechos de relatos utilizados no decorrer do trabalho foram identificados com esses códigos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo parecer nº 32/2008, do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas do *campus* de Araraquara da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, emitido em 4 de novembro de 2008, que considerou o projeto estruturado dentro de padrões éticos e adequado em conformidade com as orientações constantes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS. A coleta de dados foi iniciada após recebimento do parecer favorável do Comitê de Ética, ocorrendo a primeira etapa, no período de dezembro de 2008 a março de 2009, e a segunda etapa, no mês de maio de 2009.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Os dados relativos à distribuição dos profissionais de saúde nas unidades estudadas mostraram, na primeira etapa da pesquisa, equipes de saúde da família incompletas, com ausência de equipe de saúde bucal em uma das unidades e um número de ACS inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 4 a 6 ACS por equipe. Na segunda etapa da pesquisa, no entanto, foram encontradas equipes completas, com a presença de todos os profissionais da equipe mínima, pois houve contratações de profissionais nesse período.

Em relação aos residentes que atuavam nas unidades no momento da pesquisa, foram encontrados residentes atuando somente em uma unidade de saúde da família (enfermeiros e dentistas) e residentes atuando em mais de uma equipe (assistentes sociais, educadores físicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais). Estes últimos, nos quais se incluiu o nutricionista, atuavam como equipe matricial, enquanto os anteriores, como equipe de referência.

Nas duas unidades, nem todos os residentes escolhidos anteriormente para serem sujeitos da pesquisa estavam atuando. Nenhuma das unidades contava com residente de psicologia, o que inviabilizou captar as representações deste profissional. Cabe aqui ressaltar que, nas duas equipes pesquisadas, também não foram encontrados médicos residentes. Em toda a rede municipal de saúde só houve um residente médico até a presente data. Segundo estudo de Gil (2005) sobre o perfil dos profissionais que fizeram especialização e residência em Saúde da Família, a menor presença dos médicos nesses programas de residência demonstra a dificuldade para atrair esta categoria para o campo da saúde pública.

Os dados a seguir referem-se ao perfil dos profissionais que aceitaram participar da pesquisa. Uma auxiliar de enfermagem não aceitou participar da pesquisa, embora tenha sido informada da garantia do sigilo e anonimato de sua participação e sobre a garantia dos preceitos éticos durante a investigação.

Fizeram parte dessa pesquisa as seguintes categorias profissionais: médico (2), enfermeiro (4), odontólogo (2), nutricionista (2), educador físico (2), auxiliar de enfermagem (3), auxiliar odontológico (2), agente comunitário de saúde (10), totalizando 27 profissionais de saúde, dos quais 21 eram profissionais da equipe e 6 eram residentes, como mostra o Quadro 1.

QUADRO 1 – PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE ACORDO COM SEXO, IDADE E TEMPO DE SERVIÇO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS/SP - 2009.

		Categoria Profissional								Total
		Médico	Enfermeiro	Odontólogo	Nutricionista	Educador Físico	Auxiliar Enfermagem	A.C.S.	Auxiliar Odontológico	
Sexo	Feminino	1	3	2	2	2	3	10	2	25
	Masculino	1	1	-	-	-	-	-	-	2
Vínculo c/ a USF	Equipe	2	2	2	-	-	3	10	2	21
	Residente	-	2	-	2	2	-	-	-	6
Faixa etária (anos)	20 - 29	-	3	-	1	1	-	5	-	10
	30 - 39	-	-	1	1	1	3	1	1	8
	40 - 49	2	1	-	-	-	-	2	-	5
	50 - 59	-	-	1	-	-	-	1	1	3
	≥ 60	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Tempo de serviço no PSF (anos)	< 1	-	2	-	-	-	-	1	1	4
	1 - 5	1	1	1	2	2	3	9	1	20
	6 - 10	1	1	1	-	-	-	-	-	3

Fonte: Entrevistas realizadas no período de novembro de 2008 a maio de 2009, durante a pesquisa de campo.

Quanto ao sexo, observou-se a predominância do sexo feminino, compatível com outros dados que revelam uma tendência à feminização das profissões no mercado de trabalho em saúde, conforme estudo de Gil (2005).

Em relação aos profissionais de nutrição, Bosi (2000) destaca que a categoria é composta quase que exclusivamente por mulheres, característica que se associa a

diversos elementos presentes na história deste profissional, já que o direcionamento para a formação de mulheres, no campo da Nutrição, vem sendo fortalecido desde a gênese dos primeiros cursos de formação (BOSI, 1996). Segundo Archanjo & Brito (2005), os primeiros cursos de nutrição iniciaram, na década de 1950, como um campo profissional voltado exclusivamente às mulheres, como uma extensão das atividades femininas desenvolvidas no ambiente doméstico.

Para alguns autores, historicamente a associação da Nutrição com o gênero feminino tem implicado um menor prestígio para quem a exerce, o que, em parte, explica-se pelo fato de essas ocupações, em algumas situações, desempenharem, no mundo do trabalho, atividades equivalentes às aquelas que as mulheres desempenham em casa (BOSI, 1996; ARCHANJO & BRITO, 2005; SOARES, 2007).

No presente estudo, as duas residentes nutricionistas eram do sexo feminino. Vale ressaltar que a totalidade dos residentes nutricionistas, na rede municipal de saúde, eram mulheres. Esses dados estão em acordo com pesquisa recente do CFN, que encontrou 96,5% de nutricionistas do gênero feminino no Brasil (CFN, 2006).

Quanto à idade, observamos 66,6% dos residentes na faixa etária de 20 a 29 anos, abaixo dos valores apontados por Gil (2005), que encontrou 77,4% dos residentes nessa faixa etária. O resultado encontrado mostra, entre os residentes, predominância de profissionais caracterizados como adultos jovens interessados em trabalhar com a saúde da família, sendo que a maioria dos residentes era recém formada.

Dentre os profissionais de nível superior das ESF, 100% dos médicos e 50% das enfermeiras se encontravam na faixa etária de 40 a 49 anos. Entre os profissionais de nível médio, encontramos 33,3% na faixa etária de 20 a 29 anos, 33,3% entre 30 e 39 anos, 13,3% entre 40 e 49 anos, 13,3% entre 50 e 59 anos e 6,7% acima de 59 anos. Destes, a maioria dos ACS (50%) se encontravam na menor faixa etária.

Quanto ao tempo de serviço na ESF, ao se analisar cada categoria profissional isoladamente, pode-se destacar que somente um médico, um enfermeiro e um odontólogo atuavam há mais de 5 anos no programa. A maioria dos ACS, auxiliares de enfermagem e auxiliares odontológicos trabalhavam há menos de 5 anos na ESF. Os residentes nutricionistas e educadores físicos cursavam o segundo (e último) ano da residência, enquanto que os residentes de enfermagem estavam no primeiro ano do curso.

Segundo Machado (2003), cerca de 70,0% dos médicos e enfermeiros que atuam na saúde da família não possuem nenhuma formação de pós-graduação. Ao contrário, no presente estudo, 100% dos profissionais de nível superior das equipes de referência das USF possuíam algum curso de pós-graduação em Saúde da Família.

Tendo em vista que as entrevistas foram baseadas em questões idênticas para todas as categorias de entrevistados, fez-se, inicialmente, uma análise geral dos relatos, sem a preocupação de comparação entre cada uma delas. A aproximação do objeto de estudo deu-se a partir das falas dos sujeitos.

Da análise dos dados, com base nos núcleos direcionadores das entrevistas, emergiram 5 grandes temas: O Nutricionista na ESF, Abordagem de questões relativas à alimentação e nutrição pela equipe de saúde da família, Educação Nutricional, Problematizando a ausência do Nutricionista nas equipes de saúde da família e Trabalho em Equipe.

A partir da análise desses temas, foi possível estabelecer as categorias empíricas que serão discutidas a seguir.

4.2. CATEGORIAS EMPÍRICAS

As opiniões dos profissionais de saúde serão apresentadas em trechos de suas entrevistas transcritos literalmente.

4.2.1. O NUTRICIONISTA NA ESF

Um dos fatores relevantes para a construção das representações sociais sobre o fazer teórico-prático do nutricionista foi a ocorrência de experiências prévias dos participantes com o profissional, seja por meio de contatos pessoais ou profissionais anteriores.

De um modo geral, a maioria dos profissionais de nível médio (auxiliares de enfermagem e ACS) não tinha conhecimento prévio sobre o trabalho do profissional nutricionista, e passou a conhecê-lo após a inserção do residente em nutrição na unidade. Todavia, alguns profissionais de nível superior também nunca tinham tido contato com o profissional.

Porque, até então, eu não tinha tido muito contato não, tá? Recém formada, enfim, a gente fica mais no nosso núcleo, né? (R-19)

Em trabalho de Santos (2005a), que visou discutir a atuação e importância do nutricionista na ESF, sob o olhar de diferentes trabalhadores da saúde em um município do estado do Paraná, também se observou que a maioria dos profissionais desconhecia o papel do nutricionista em unidades de saúde.

Quando questionados sobre quais deveriam ser as funções e atribuições do nutricionista na ESF, os profissionais das equipes pesquisadas citaram diversas ações, conforme exposto no Quadro 2.

QUADRO 2 – AÇÕES DO PROFISSIONAL NUTRICIONISTA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA CITADAS PELOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS/SP - 2009.

AÇÕES	SUJEITOS INFORMANTES
Atendimento nutricional individualizado nos vários ciclos de vida	PS-4, PM-6, PM-7, PS-10, PS-11, R-15, R-16, R-17, PM-26, PS-27
Controle da dieta e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas	PM-2, PM-6, PM-7, PM-9, R-14, R-17, PM-26, PS-27
Ações educativas em grupo / educação em saúde com enfoque na nutrição	PM-3, PS-4, PM-7, PS-10, PS-11, R-15, R-16, R-19
Orientação de dietas para patologias específicas	PM-2, PS-4, PS-5, PM-9, PS-10, R-17, PM-26
Apoio para os profissionais da equipe poderem melhorar sua abordagem na área de nutrição / capacitação em nutrição para os demais profissionais da equipe / <i>empoderamento</i>	R-1, PS-5, PS-10, PS-11, R-16, PM-18, R-19
Prevenção / cuida da alimentação para evitar doenças futuras	PM-2, PS-4, PM-7, PM-13, R-15, R-16
Promoção da saúde	PS-5, PS-10, R-15, R-16, R-17, PM-20
Visitas domiciliares / atendimento domiciliar	PM-7, PS-11, R-16, PM-18
Atuação ampla e em todos os níveis de atenção à saúde / é um dos atores da rede de cuidados para os pacientes / complementa o trabalho em saúde	PS-10, R-14, PM-20
Educação nutricional e mudança de hábitos alimentares / reeducação alimentar	PS-12, R-14, R-17
Elaboração de dietas para perda de peso – estética	PM-2, PM-3, PM-9
Facilita o trabalho do médico de PSF / ajuda o médico responsabilizando-se pela orientação alimentar / passa receitas	PS-4, PS-10, PM-22
Avaliação nutricional nos vários ciclos de vida	PS-4, R-15
Promoção da alimentação saudável	R-14, R-19
Discussão de casos clínicos com a equipe	PM-7, R-16
Interconsultas com outros profissionais	R-1, PS-11
Profissional melhor capacitado para a decisão do cuidado nutricional, pois conhece as doenças e a composição dos alimentos	R-17
Sensibiliza a equipe do PSF para a importância do diagnóstico nutricional precoce	R-17
Orienta atitudes higiênicas para a população / higiene e manipulação de alimentos	PS-12
Trabalha a questão alimentar de acordo com as condições financeiras do paciente	R-15
Orientação nutricional para a equipe	PM-9

Fonte: Entrevistas realizadas no período de novembro de 2008 a maio de 2009, durante a pesquisa de campo.

Em estudo de Bosi (2000), foram destacadas as principais atividades desenvolvidas por nutricionistas na área de saúde coletiva na cidade do Rio de Janeiro: atendimento nutricional, educação nutricional, atividades de treinamento de pessoal auxiliar, elaboração de informes técnicos e diagnóstico nutricional. Neste caso, a autora destacou que as atividades citadas predominavam no cotidiano de trabalho dos nutricionistas, não esgotando, no entanto, o papel potencial a ser desempenhado em equipes multiprofissionais de saúde.

Em outro estudo, ações realizadas por nutricionistas na atenção básica incluíram: prescrições e orientações nutricionais, palestras, campanhas, participação em programas de suplementação alimentar, vigilância sanitária e visitas domiciliares, com prevalência dos atendimentos individuais sobre os coletivos (PÁDUA & BOOG, 2006).

Complementando, Cavalieri (2006) também apontou as atribuições do Nutricionista nas USF: identificação de áreas de risco nutricional na comunidade; diagnóstico/monitoramento do estado nutricional da família e da comunidade; diagnóstico de problemas alimentares e nutricionais (carências ou excessos); identificação de fatores de risco nutricional na comunidade; identificação de grupos biologicamente mais vulneráveis do ponto de vista do estado nutricional; realização de palestras educativas para grupos focais; incentivo e definição de estratégias de apoio comunitário ao aleitamento materno; orientações sobre higiene e conservação de alimentos; orientações dietoterápicas a nível domiciliar, quando necessário; diagnóstico de consumo e práticas alimentares locais; identificação de estratégias de segurança alimentar disponíveis na comunidade; e implantação de ações de vigilância alimentar e nutricional.

É interessante ressaltar que, até há pouco tempo, havia uma escassez de documentos, tanto oficiais como da própria categoria profissional, indicativos da forma de atuação do nutricionista na saúde coletiva, principalmente na atenção básica. Recentemente, o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) editou um documento que alterou esse panorama (CFN, 2008). A cartilha, intitulada ***O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde***, tem como propósito apresentar aos

gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) o posicionamento e a visão do CFN sobre o papel da nutrição como área estratégica da atenção básica em saúde, além de contribuir para a prática de nutricionistas e demais profissionais de saúde na área de alimentação e nutrição.

Como ações estratégicas na área a serem desenvolvidas pelo nutricionista, o documento destaca:

- realizar o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população, com identificação de áreas geográficas e segmentos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais;
- favorecer a ampliação do acesso à informação sobre programas sociais e direitos relacionados à alimentação e estabelecimento de parcerias locais, incentivando a inserção das famílias e indivíduos nos programas e nos equipamentos sociais disponíveis e a busca de redes de apoio;
- auxiliar na detecção precoce de dificuldades que possam afetar o estado nutricional e a segurança alimentar e nutricional da família;
- avaliar, em conjunto com as equipes de saúde da família e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações de saúde e de alimentação e nutrição e seu impacto na população;
- desenvolver ações de distintas naturezas para a promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo de vida e para a assistência nutricional nos transtornos e distúrbios alimentares, estabelecendo estratégias conjuntas com diferentes setores e atuando nos espaços sociais da comunidade;
- socializar o conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como desenvolver estratégias de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos saudáveis;
- elaborar, em conjunto com a equipe de saúde, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à alimentação e à nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência;
- atuar na formação e na educação continuada das equipes de saúde e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição;
- elaborar planos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pela equipe de saúde, realizando ações multiprofissionais e interdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada;
- desenvolver, coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras (CFN, 2008, p.28).

Além da cartilha elaborada pelo CFN, o Ministério da Saúde também lançou, em 2009, o documento intitulado ***Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde***, com o propósito principal de sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional para integrarem o rol de ações de saúde desenvolvidas na atenção básica à saúde, além de dar visibilidade à importância do cuidado nutricional ao longo do curso da vida, considerando-o um processo contínuo e ininterrupto (BRASIL, 2009).

Retomando as entrevistas, observaram-se muitas semelhanças entre as ações propostas oficialmente para o nutricionista e aquelas obtidas nos relatos dos sujeitos do estudo em questão.

Observou-se que muitos profissionais de saúde percebem que o nutricionista na ESF está diretamente associado à prevenção e promoção da saúde, elementos presentes em grande parte dos relatos observados.

Que o nutricionista, a parte dele na área de saúde, era realmente cuidar da alimentação, pra evitar doenças futuras, porque é prevenção. A nutrição pra mim é prevenção. E depois, mesmo a pessoa tando doente, dependendo da nutrição que é dada, da dieta feita, ela pode reduzir, pelo menos, os riscos de doenças, pra não aumentar... Realmente, a redução de danos pra saúde é imensa, quando você sabe levar uma alimentação adequada, balanceada. Imagina pros doentes, né? Então, eu acho que a prevenção, a nutrição na saúde pra mim como prevenção é muito importante. E mesmo uma pessoa doente já, pra já reduzir os riscos que ela já tá tendo. Pra mim, a nutrição, eu acho que é uma das coisas mais importantes, se a pessoa realmente levar a sério. É uma das coisas mais importantes pra mim, e eu procuro passar isso pra frente. (PM-13)

Então, acaba sendo um trabalho mais coletivo na área de prevenção, promoção da saúde, através de grupos. (R-16)

A função da nutricionista nesse caso é essencial... Então, eu acho que seria mais na parte de promoção da saúde... poderia ser com grupos... e não atuar depois que o problema tá instalado. Isso acontece porque a gente vem de uma atividade curativista aí de anos e anos, né? Isso daí, às vezes, a gente chega até a pensar que é uma utopia você trabalhar só com promoção de saúde. Mas eu acho que a gente tem que começar. Pela função dela aqui dentro, eu acho que na parte de promoção de saúde, seria essencial. (PM-20)

No contexto atual da transição nutricional (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003) enfrentada pelo país, a promoção da saúde torna-se um caminho importante para a atuação do profissional nutricionista, no sentido de mudança das ações tradicionais de nutrição em saúde coletiva. Neste sentido, propõe superar práticas convencionais e fragmentadas, decorrentes do modelo de formação profissional do nutricionista, que privilegia os aspectos biológicos da atenção clínico-assistencial, baseados no modelo biomédico dominante. Em outras palavras, superar a dificuldade de articular os conhecimentos biológicos da nutrição com a sua dimensão social, prejudicando a percepção da totalidade do fenômeno alimentar (FERREIRA & MAGALHÃES, 2007).

Ferreira & Magalhães (2007) formularam uma concepção teórica sobre uma “*nova prática*” para a atuação do nutricionista na promoção da saúde, afirmando que a mesma deve ser inovadora, e que o profissional deve demonstrar desprendimento, ousadia, envolvimento e criatividade. As autoras apontam quatro diretrizes para essa atuação, quais sejam: adoção do modelo de atenção sob o enfoque da integralidade, articulação de saberes técnicos e populares, capacitação dos indivíduos para que a população possa realizar autonomamente escolhas alimentares mais saudáveis, e contemplar, no seu trabalho, o princípio da intersetorialidade das ações, estabelecendo parcerias com escolas, instituições sociais, associações comunitárias, ONGs.

Dessa forma, o nutricionista enfrenta a difícil tarefa de realizar uma análise mais aprofundada das questões alimentares, conforme pode ser observado na concepção de um dos sujeitos sobre o trabalho do nutricionista na ESF.

Porque aí ela [a nutricionista residente] fez com que a gente pudesse trabalhar com a população, porque é difícil a gente trabalhar com a população na mudança de hábitos, você sabe que é muito difícil. E aí ela nos trouxe algumas formas pra poder estar abordando isso em consulta individual [...] (PS-4)

Outras ações do profissional nutricionista, bastante citadas pelos entrevistados, foram as ações educativas em grupo. Para Machado *et al.* (2006), o trabalho com grupos da comunidade deve se respaldar no referencial teórico da

Educação Popular em Saúde (VASCONCELOS, 1997), na medida em que este permite romper com a visão centrada exclusivamente no saber específico de cada profissão, consolidando a associação entre o saber científico na área da saúde e o pensar e fazer cotidianos que se apresentam nas comunidades. Dessa forma, a Educação Popular em Saúde pode proporcionar o avanço da equipe em direção a um trabalho interdisciplinar e à construção de um novo saber, o saber coletivo.

Carvalho (2005), ao estudar a participação do nutricionista na ESF, em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS, concluiu que, até a chegada do profissional na rede municipal de saúde, o modelo predominante era o sistema de referência e contra-referência, com encaminhamento de pacientes para consulta especializada de nutrição na capital do estado. Segundo a autora, esse sistema reproduz a tradicional compartimentalização de saberes e práticas profissionais, tornando-se inadequado, na medida em que, dentre outros fatores, desestimula a abordagem de problemas nutricionais na rede básica. Também favorece a compartimentalização da atenção à saúde, não promove o trabalho interdisciplinar e restringe o manejo de problemas nutricionais a uma intervenção pontual e reducionista, com a formulação de dietas e condutas prescritivas.

A autora faz, ainda, a afirmação, com a qual concordamos, de que a consulta nutricional não é uma atividade pontual e isolada, restrita a uma avaliação inicial e à formulação de dietas e condutas prescritivas, mas uma intervenção continuada e integral, que demanda o estabelecimento de relações de vínculo e seguimento. O atendimento nutricional, na unidade de referência do usuário, permite ações locais de vigilância alimentar e nutricional, estabelecimento de vínculo entre o paciente e o nutricionista, com maior integralidade no atendimento e trabalho multiprofissional e interdisciplinar em equipe, com todos os seus benefícios (CARVALHO, 2005).

Soares (2007) ainda enfatiza que, quando a atenção dietética se resume em repassar planos alimentares despersonalizados e/ou descontextualizados da situação sócio-econômica e cultural das pessoas, não é necessária formação superior.

Nesse momento, é válido ilustrar com a fala, na íntegra, de uma nutricionista residente, que representou as consultas de nutrição em conformidade com os pressupostos anteriores.

Então, na verdade, eu tento sempre, no primeiro atendimento, a gente faz uma anamnese que a gente desenvolveu pra tá colhendo uma história clínica mesmo, do paciente, que é hábitos de vida, histórico familiar, condição financeira, questões de patologias, medicações. E daí eu enfoco mais a nutrição, então a questão de preparo de alimentos, como são as refeições, os horários, essa questão mesmo de organização, de alimentação diária da pessoa. E aí, eu faço geralmente um histórico alimentar, então, uma frequência alimentar, pra ver o quê que a pessoa tem o hábito de tá consumindo, quais são esses hábitos, em questão até de qualidade, quantidade de alimentos. Eu foco mais nisso, porque é uma anamnese, então tem uma seqüência, né? [...] Mas desde o início que a gente fez esse protocolo, atendimento individual pra adulto, eu tenho utilizado. Aí tem de criança e tem familiar, que é coletivo, quando vai pras VDs. Eu tenho usado mais o atendimento individual, que daí dá pra colher uma história clínica mais detalhada e foca bem a questão de hábitos alimentares, preparo de alimentos, hábito intestinal, consumo de líquidos [...] Então, a princípio, eu sempre tento organizar bem a questão das refeições e horários, que eu acho que é uma coisa que pega bastante, a questão do fracionamento. As pessoas fazem poucas refeições, super rápidas, horários inadequados, devido à correria do dia a dia, trabalho, filhos, vários, vários fatores. Mas eu sempre tento organizar horários e refeições. Tentar estipular, faço com o paciente, a gente monta horários, refeições, tentar estipular isso. Depois, aos poucos, vou trabalhando outros aspectos, em relação aos alimentos, quantidades, a qualidade também, de tentar introduzir alimentos mais com fibras, frutas e verduras, que também as pessoas não têm o hábito de tá consumindo. Mas isso eu vou trabalhando aos pouquinhos, tem várias orientações, cada atendimento trabalhar com três orientações no máximo, pra pessoa ir atingindo aos poucos. Metas curtas. Que ela conseguirá atingir, e não vai ficar frustrada e acabar desistindo do atendimento. Aí eu utilizo também alguns instrumentos, como recordatório 24 hs, registro alimentar também, que eu peço pra pessoa tá fazendo, depois a gente trabalha junto no retomo, pra ela visualizar o que ela tá comendo, questão de horário, qualidade, quantidade. E aí fica mais fácil ela também fazer a mudança baseada nisso. Aí tenho dado também o material que eu trabalho com porções alimentares, relacionado aos grupos de alimentos. Então a pessoa tem essa autonomia pra montar o seu próprio cardápio durante o dia, durante a semana, **não trabalho com dieta pronta, cardápio pronto**. Não gosto de trabalhar porque, nem na clínica onde eu atendia, não trabalhava, porque não tem resultado. Você dá um modelo de cardápio, a pessoa vai ter que fazer aquilo sempre, acaba sendo cansativo e ela desiste. Então, trabalhando com as porções alimentares, eu acho que tem um resultado melhor. E as pessoas têm gostado, tenho tido resultados bons. (R-16)

Segundo a Resolução nº 417/2008 do CFN, que dispõe sobre procedimentos nutricionais para atuação dos nutricionistas, a consulta de nutrição é estabelecida da seguinte forma:

“Atividade realizada por nutricionista em unidade de ambulatório ou ambiente hospitalar, consultório ou em domicílio (no horário normal ou pré-estabelecido) para o levantamento de informações que possibilitem o diagnóstico nutricional com vistas à prescrição dietética e orientação dos clientes/pacientes ou usuários de forma individualizada” (CFN, 2008, p.3).

De forma mais detalhada, ela deve considerar: abordagem da história clínica individual e familiar, anamnese alimentar, avaliação nutricional (clínica, antropométrica e laboratorial), diagnóstico nutricional (antropométrico e de adequação do consumo alimentar) e prescrição da terapia nutricional indicada. Após a avaliação qualitativa e quantitativa da dieta habitual, o nutricionista pode proceder o cálculo das necessidades energéticas e propor a conduta nutricional para o paciente, composta de um plano alimentar individualizado, considerando as necessidades, as preferências e intolerâncias alimentares, horários e possibilidades econômicas, além de disponibilizar para o paciente uma lista de substituições por grupos de alimentos, avaliar possíveis dificuldades, fornecendo elementos que irão subsidiar a superação dessas dificuldades e facilitar a adesão. Além disso, é sempre desejável o esclarecimento de dúvidas com o paciente (CRN, 2008; CAMPINAS, 2009).

Assim, a fim de que a consulta de nutrição possa proporcionar uma assistência nutricional mais resolutiva, deve considerar tais pressupostos para sua realização.

A visita domiciliar (VD) também foi citada como uma das atividades do nutricionista na ESF, como demonstrado a seguir através do relato de duas ACS e de uma nutricionista residente.

[...] a gente faz visitas domiciliares com ela [nutricionista residente] e também... faz reuniões de caso, a gente faz, então eu conheço o trabalho dela só. [...] a gente sente muita falta do nutricionista aqui todo dia. Pra tá orientando mesmo, porque assim, o médico fala, a gente fala, mas falta uma coisa assim,

sabe? Mesmo de visita, por exemplo, se o nutricionista pudesse estar sempre na casa das pessoas, eu acho que era importante. (PM-7)

Quando a [nutricionista residente] tava aqui, eu aproveitei bastante, fiz bastante visita com ela na minha área, que tem bastante problemas com diabéticos, pra ensinar do jeito que é pra se alimentar, os hipertensos que têm dúvida, do que pode, do que não pode, crianças com obesidade também. Então foi bem legal. (PM-18)

Apesar de ter sido uma coisa bastante esporádica, porque eles estavam aqui 1x/sem, eu tive oportunidade de acompanhá-la em algumas visitas pra orientação. Eu acho essencial [...] (PM-20)

[...] visita domiciliar também eu tenho feito, assim, não com tanta frequência, mas dependendo do caso que a equipe traz, eu acho que é mais pertinente, que eu não vou atender individual, eu acabo fazendo visita. Aí faço o mesmo trabalho que eu faria individual, só que aí na casa da pessoa. (R-16)

Conforme Silva *et al.* (2010), a atenção domiciliar permite o desenvolvimento de inovações tecnológicas de cuidado, que se dão pela maior permeabilidade dos profissionais que a executam, aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença.

Marcolino & Santos (2007) consideram um erro comum dos profissionais de saúde da ESF focarem suas visitas em usuários acamados ou restritos ao domicílio, já que a VD permite o estreitamento do vínculo entre profissional e usuário, favorecendo maior entendimento e adesão ao tratamento; e, por isso, deveria ser estendida a um maior número de usuários. Pelos relatos, pôde-se verificar que a VD, no caso específico do nutricionista nas USF estudadas, não ficou restrita aos pacientes acamados, o que mostra uma utilização mais adequada dessa estratégia por esse profissional.

Ao realizar uma VD a um paciente ambulatorial, o nutricionista, mesmo direcionando o objetivo dessa visita ao acompanhamento da situação nutricional e biológica do usuário, está rompendo os limites da prática individual e curativa, está rompendo as paredes do consultório/ambatório e os “muros” da unidade de saúde. A prática da VD do nutricionista na atenção básica, mais especificamente na ESF,

proporciona um melhor conhecimento sobre os hábitos alimentares locais, acesso, escolha e preparo dos alimentos. Além disso, facilita o entendimento do contexto social e familiar do indivíduo, que interferem no estado nutricional. Dessa forma, a VD configura-se como uma ferramenta de grande valia, possibilitando a realização de práticas de intervenção nutricional mais adequadas à realidade da população assistida (VASCONCELOS, 1990).

Um dos sujeitos entrevistados sugeriu como ação importante do nutricionista em unidades de saúde da família a orientação nutricional para alimentação saudável para os profissionais da equipe, justificada pela necessidade de auto-cuidado desses profissionais, que, muitas vezes, é esquecida pelos mesmos.

Eu acho importante também, que a gente cuida da saúde de muita gente, da população, só que quem cuida da nossa? Dos profissionais? Então eu acho que não tem muito essa visão também, isso eu também acho importante. Primeiro, a gente tá cuidando da nossa, a gente tá tendo orientação, pra gente tá cuidando lá fora. Isso eu acho muito importante... Se você tá com algum problema na família, você também não tem o acompanhamento, e mesmo a alimentação, é importante. É importante a gente tá cuidando da nossa, a gente tem que estar bem, pra tá cuidando lá fora, né? (PM-9)

Lunardi *et al.* (2004) concordam com essa representação enfatizando a necessidade do cuidado dos elementos da equipe para que estes consigam trabalhar para assegurar o cuidado dos outros.

A insuficiência no número de nutricionistas que atuam nas unidades de saúde, mais especificamente em unidades de saúde da família, pode, muitas vezes, comprometer a qualidade da assistência em nutrição, principalmente em relação às ações de prevenção e promoção à saúde, que acabam não sendo priorizadas, apesar de sua importância. Como veremos mais detalhadamente no terceiro tema – **EDUCAÇÃO NUTRICIONAL** – algumas dessas ações de competência do nutricionista, como a educação nutricional, não são realizadas rotineiramente nas USF.

Do campo que você [o nutricionista] precisa fazer ou do que você [o nutricionista] poderia estar fazendo na parte de prevenção ou de educação não dá pra

fazer, e é isso que a gente tá precisando, entendeu?... Eu acho que isso daí é realmente importante, a atuação do nutricionista na parte de prevenção, de educação, não é nem prevenção, é educação nutricional. (PS-4)

É, porque a gente não consegue ter o apoio porque é um só pra rede inteirinha, certo? Agora, eu vejo mais assim, acaba sendo mais uma função de atender algumas, não sei se tem urgência em nutrição, mas eu vou colocar como urgência, né, que são os casos de crianças que têm alergia a algum tipo de leite. Então casos que são patológicos, vamos dizer assim. A gente não tem aquela função, aquela atuação na prevenção, na orientação, na promoção de saúde na rede. Eu acho que seria importante isso. (PS-5)

Por outro lado, apareceram nas falas de alguns sujeitos, representações acerca de uma visão bastante restrita do trabalho do nutricionista, caracterizadas pelas expressões: “nutricionista é o profissional que passa dieta”, “nutricionista é para perder peso”, “controla a dieta dos pacientes” e “passa receitas”.

É... digamos que eu tinha uma visão um pouco restrita até entrar na residência. Aquelas coisas de clichês, de que o nutricionista era feito pra passar dieta, né, várias coisas. (R-1)

Eu vejo muito na televisão, mas, assim, pessoalmente, não. Ah! Na televisão é dieta, né? A gente vê dieta pra obeso, pra controlar peso, se tá fazendo academia, se tá tendo acompanhamento com o médico. Então, a gente vê muito isso aí. Porque hoje as mulheres estão preocupadas em manter o corpo saudável. Então eu vejo muito isso aí. (PM-9)

[...] porque aí ele [o nutricionista] vai passar diversos, como é que fala, receitas, um modo de vida diferente, vai mostrar como é que vai encaixar os alimentos, nas proporções, pra não tá misturando as coisas erradas, vai separar carboidratos de grãos, e tudo mais. (PM-22)

Um dos sujeitos da pesquisa utilizou a metáfora “vocês são os médicos dos alimentos!” para expressar sua representação acerca do profissional nutricionista, mostrando certa confusão de papéis profissionais e, mais ainda, demonstrando que persiste no imaginário de alguns profissionais de saúde, a centralização das ações no médico.

O entendimento dos profissionais pesquisados sobre a atuação do nutricionista na ESF está pautado em grande parte, na orientação e elaboração de dietas para doenças crônicas.

Ah, eu acho que é esse trabalho em conjunto, com a equipe, de tá ajudando, tá dando orientações... pro diabético, né? Acho que seria essa a função, eu acho. (PM-6)

[...] com diabéticos, hipertensos, tá fazendo esse controle, então, através de grupos, a gente tem grupo de diabéticos... fazendo mesmo atendimento individual, mas, assim, de pessoas descompensadas, tá? (PM-7)

As representações anteriores corroboram os resultados de Santos (2005a). Este, ao avaliar o conhecimento dos trabalhadores de saúde sobre o papel do nutricionista, na ESF no município de Colombo/PR, observou que a maioria desconhecia o papel deste profissional, suas funções e atribuições, pois eles referiram como função do nutricionista, apenas a elaboração de dietas.

Dessa forma, a compreensão de que o nutricionista só pode atuar quando houver um problema alimentar já estabelecido, como no caso das doenças crônicas, descaracteriza as ações de promoção à alimentação saudável e prevenção de distúrbios relacionados à nutrição, característicos do profissional.

No entanto, diferentemente do estudo de Santos (2005a), os resultados da presente pesquisa mostraram uma pequena mudança na visão do papel do profissional, visto que alguns relatos demonstraram conhecimento de maior número de funções e atribuições do nutricionista. Talvez isso se explique pela inserção da categoria de nutricionistas no município, por meio do programa de residência multiprofissional, o que permitiu uma maior aproximação da equipe com os profissionais de nutrição, possibilitando um rompimento com a restrição do conhecimento na área e, conseqüentemente, aumentando o conhecimento sobre a atuação profissional do nutricionista (MACHADO *et al.*, 2006).

Nesse momento, é oportuno destacar que, no histórico da formação do profissional, a opção pela denominação nutricionista – e não dietista – para o

profissional de nutrição de nível universitário no Brasil, deixa transparecer a concepção de um profissional comprometido com as causas dos problemas nutricionais, preocupado em transformar a realidade que os envolve, assumindo o objeto de trabalho que o termo nutricionista significava à época – a nutrição, compreendida como a relação entre o homem e o alimento (YPIRANGA & GIL, 1989 *apud* MOTTA *et al.*, 2003).

Historicamente, um dos aspectos da formação do nutricionista foi sofrer significativa influência da grande ampliação do campo de atuação do profissional ao longo dos anos. Isso trouxe certo descompasso entre sua formação e sua identidade perante a sociedade, e a percepção de sua prática por outros profissionais de saúde (YPIRANGA & GIL, 1989 *apud* MOTTA *et al.*, 2003).

Dessa forma, as concepções reducionistas sobre o trabalho do nutricionista, obtidas no presente estudo, podem estar representando esse descompasso.

Como pôde ser observada na fala a seguir, uma representação social da prática do nutricionista na ESF foi a de auxiliar e facilitar o trabalho dos médicos. Nesse caso, percebe-se que a atribuição da orientação nutricional a outro profissional se justifica enquanto estratégia para poupar tempo ao médico, o que também demonstrou uma visão distorcida e bastante restrita do papel do nutricionista.

Mas, eu acho que facilitou demais o meu trabalho aqui na unidade a partir do momento que a residente nutricionista esteve aqui, ou veio pra cá... Então, pra mim, deu um suporte que, na verdade, a gente avalia, a gente orienta, mas aquelas... o que a gente tem que estar fazendo, realmente, de acompanhamento, a gente até acompanha peso, não sei o que, não sei o que lá, mas... o stress do dia a dia, a atenção que a gente tem que dar pra cada paciente é muito grande e, às vezes, tem coisas específicas que a gente não dá conta, entendeu? Não que a gente não tenha capacidade, mas, na hora, foge, que não é uma coisa da rotina nossa. Aqui, o nutricionista, ele me ajuda muito, [a residente de nutrição] me ajuda muito na parte, realmente nutricional, de educação em saúde, na parte alimentar. (PS-4)

Essa visão da atuação do profissional nutricionista com a finalidade de poupar tempo e dar suporte ao trabalho médico já foi discutida anteriormente em outros

estudos (BOOG, 1996; SAAR & TREVIZAN, 2007). Para Boog (1996), essa percepção restrita das possibilidades de atuação do profissional acaba, muitas vezes, limitando uma inserção mais efetiva na assistência direta ao paciente. No estudo de Saar & Trevizan (2007), o nutricionista foi considerado um profissional que depende do médico para atuar e é visto como coadjuvante do trabalho desse profissional.

Contrariando a concepção exposta anteriormente, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Nutrição, em seu artigo 3º, parágrafo 1º, estabelecem o perfil do profissional:

“Nutricionista, com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural” (BRASIL, 2001, p.1).

Apesar do perfil profissional estabelecido pelas DCN, Costa (2002) explica que o nutricionista apresenta um perfil de baixa visibilidade social e afirma que:

“ainda hoje, a tentativa de delimitação teórica do perfil do nutricionista, na verdade, não se concretiza, pois o perfil profissional real é aquele que vem sendo construído no decorrer do tempo [prática], como resultado da interação entre a formação acadêmica, o mercado de trabalho e a atuação do profissional em um determinado contexto sócio-econômico” (COSTA, 2002, p.54).

A literatura mostra que a desvalorização profissional e o baixo reconhecimento social são uma preocupação antiga da categoria (BOSI, 1996; MOTTA *et al.*, 2003; DIEZ-GARCIA, 2006; SOARES, 2007).

Motta *et al.* (2003) destacaram o baixo reconhecimento social da profissão nos serviços públicos de saúde, ao contrário do setor privado, onde o número de nutricionistas que atuam em programas de promoção da saúde e qualidade de vida, vem aumentando. O próprio grupo profissional tem frequentemente relatado a

dificuldade de se impor, de modo coletivo, perante seus pares, na suposta equipe multiprofissional da saúde (MOTTA *et al.*, 2003).

No estudo de Soares (2007), a desvalorização profissional e o baixo reconhecimento social também foram percebidos como entraves importantes para a atuação dos nutricionistas na área de saúde coletiva, mais especificamente, no desenvolvimento de ações de segurança alimentar e nutricional.

Em relação a essas questões, é necessário considerar que a visibilidade social é um processo que se constrói a partir de alguns fatores como o tempo de existência da profissão e o tempo de inserção social da profissão. No caso específico do nutricionista, deve-se considerar, também, o tempo de inserção no campo da saúde coletiva.

De acordo com Banduk *et al.* (2009), a existência da profissão de nutricionista no Brasil, há mais de sessenta anos, ainda não lhe garante uma identidade profissional claramente percebida pela sociedade brasileira. A busca atual por qualidade de vida coloca os hábitos alimentares saudáveis, dietas e propriedades de alimentos em evidência, mas a contribuição do nutricionista na aplicação desses conceitos ainda não é bem conhecida pela sociedade.

Para Soares (2007), uma condição indispensável para a obtenção do reconhecimento social de uma profissão é a valorização das suas ações e atitudes profissionais, quando estas passam a responder satisfatoriamente às necessidades sociais. Conforme já discutido anteriormente, a inserção dos nutricionistas em saúde coletiva, até o momento, foi muito incipiente, longe do recomendado e do necessário para lidar com a realidade epidemiológica nacional (CFN, 2008). Somente agora é que o nutricionista está sendo demandado oficialmente pelo Ministério da Saúde na ESF, por meio dos NASF. Esse fato, aliado à baixa inserção do profissional no município em questão, poderia ajudar a explicar algumas representações sobre o trabalho do nutricionista obtidas neste estudo, que apontam, ainda, uma visão restrita do papel do profissional.

Por outro lado, o estudo revelou alguns dados que sugerem uma mudança na concepção do fazer teórico-prático do nutricionista, demonstrando um possível movimento de mudança dessas representações sociais.

Assim, no cenário do presente estudo, parece estar havendo um processo natural de amadurecimento da inserção do profissional no sistema único de saúde, através da inserção do residente em nutrição na ESF.

4.2.1.1. MATRICIAMENTO COMO MODELO DE ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ESF

O arranjo institucional proposto para a atuação do nutricionista nas USF do município de São Carlos/SP, e experienciado por meio da vivência com os residentes, foi o apoio especializado matricial, tal como proposto por Campos (1999), e conforme representado no relato a seguir.

[...] a idéia do matriciamento que a gente vem trabalhando e tentando implantar, ela é o ideal, porque você teria o profissional de referência pra duas ou três equipes, que fosse, e, através do matriciamento, isso se daria... fortalecendo a equipe, empoderando a equipe nisso, porque se você pensar numa equipe que atende aí 3 mil pessoas, através do matriciamento, você teria 3 equipes conversando com 1 nutricionista, que conseguiria dar conta aí de 9 mil pessoas, né? (D-25)

[...] porque se eu tenho dúvida de alguma coisa, eu vou pra ela [nutricionista residente], pergunto pra ela, ela me dá o repasse e eu mesmo já dou o repasse pro paciente. Ela não precisa ir lá e avaliar e fazer tudo isso, eu faço essa ponte, e não tenho dificuldade nenhuma de perguntar pra ela (R-14)

São muitos e variados os desenhos e os arranjos de matriciamento, conforme exposto anteriormente. Nas unidades pesquisadas, observou-se o matriciamento realizado pelos residentes de diferentes formações, entre os quais o nutricionista, que se configuraram em equipes técnicas de apoio especializado multiprofissional, trabalhando no suporte às equipes de saúde da família.

Especificamente, o apoio matricial do nutricionista se concretizou de diferentes modos: atendimento conjunto, discussões de casos, visita domiciliar em conjunto

com os ACS, capacitação/empoderamento da equipe de referência, participação em grupos de educação em saúde e outros.

No entanto, essa forma de organização do processo de trabalho – em equipes de referência e de apoio matricial – parece não ter sido bem entendida por alguns profissionais das equipes pesquisadas. Pois estes demonstraram grande confusão entre o matriciamento em nutrição realizado pelos residentes e um “empoderamento” para realizar a assistência nutricional, no lugar do profissional nutricionista. Em especial, um ACS demonstrou um entendimento bastante equivocado da proposta, como pode ser percebido através do seu relato.

Aí, eles vieram com aquela história de empoderar. Eu falava, “Não sou menina superpoderosa, não adianta me empoderar. Eu não fiz todas essas faculdades, não tenho que ser empoderada de nada! Eu tenho que entender tudo e você tem que fazer o seu trabalho! E eu tenho que fazer o meu”. [...] Eles diziam, assim, eles dão uma aula, vamos supor, a nutricionista dá uma aula sobre cadeia alimentar e tudo mais, nutrientes, gorduras, lipídeos, e aquilo lá ela fala 2 hs, e a gente sai por aí empoderada, que nem eu falava, “Só falta minha varinha”, aí eu saía por aí, ia na casa e ia poder passar tudo aquilo. Coisa, pra mim, que não é fácil, porque nem tudo aquilo, às vezes, entrou na minha cabeça, e nem tudo aquilo, às vezes, eu entendi corretamente. Podia acontecer um equívoco. Então, eu falava, “Olha, eu não estou empoderada de nada!” Não ia me empoderar de pôr a mão numa coisa que eu não conhecia. E assim, eu acabei não me empoderando de nada. Escutando tudo, conhecendo tudo, conhecendo muita coisa, fora o que eu já conhecia, e achei melhor não me empoderar, porque tinha coisa que eu falava assim, “Isso aí tá totalmente fora de prumo!” [...] Então, eu acho que empoderar, empoderar, ninguém empodera ninguém! Se você quer saber, você faz uma faculdade, aí você vai ser empoderado por pessoas que têm o poder de empoderar! Não uma pessoa que estudou, acabou de estudar, que vai te dizer o que você vai fazer. E ela é que tá pondo na prática. Ela não pode pôr o que ela vai pôr na prática pra mim pôr na prática! A minha concepção é essa. Não existe esse negócio de empoderar... Se for assim, você pega um livro de nutrição, lê, lê, lê, lê, lê, e no dia seguinte, você sai e vai fazendo aquilo que você leu... e vai ser nutricionista. E eu não sou. Eu sou agente de saúde. Só. (PM-22)

De acordo com Carvalho & Gastaldo (2008), o conceito de Empoderamento, uma das estratégias-chave do movimento de Promoção à Saúde, admite interpretações diversas.

Na perspectiva de alguns autores, o empoderamento pode ser genericamente definido como um processo social multi-dimensional que procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades. Ajuda as pessoas a obter controle sobre as suas próprias vidas, numa perspectiva de capacitação individual do paciente, em relação aos cuidados com a sua saúde. É um processo que gera poder nos cidadãos e tem como potencial a transformação das práticas comunitárias e profissionais em saúde (SOUSA, 2007; CARVALHO & GASTALDO, 2008).

Para Teixeira (2002), o empoderamento pode ser definido de duas maneiras distintas: dar poder e autoridade a outros, compartilhando alguns poderes que são da área de conhecimento específico de determinados profissionais, ou tornar outros capazes ou habilitados para que eles possam obter poder por seus próprios esforços.

Vale ressaltar que os termos capacitação e empoderamento têm sido utilizados na literatura com um significado análogo ao termo de língua inglesa “*empowerment*”, mas traduzindo conceitos que aparecem como distintos. O termo capacitação tem sido usado para referir o aumento de conhecimentos e competências dos profissionais e serviços, em relação a determinado assunto ou área de conhecimento, enquanto que, empoderamento é referido com o significado de se aumentar o envolvimento da pessoa nas questões relacionadas com a sua saúde (SOUSA, 2007).

Por meio da análise dos depoimentos obtidos no presente trabalho, foi possível perceber que parece faltar embasamento teórico para a efetivação da proposta do matriciamento nas USF estudadas e, portanto, faz-se necessário refletir sobre o real significado que está sendo apreendido pelos profissionais a partir da vivência do processo de transformação da atenção à saúde proposta no município.

Sendo assim, considera-se necessário e urgente refletir sobre o entendimento equivocado da noção, pois pode trazer em si um perigo: o de que este “empoderamento” venha a transformar-se em um mecanismo em que o sentimento

de poder proporcionado poderia criar a ilusão da existência efetiva de poder por parte dos indivíduos “empoderados”.

Na proposta do matriciamento em nutrição, o entendimento mais adequado seria aquele que mais se aproxima do conceito de capacitação, onde o nutricionista, enquanto apoiador matricial, pode tornar os outros profissionais de saúde capazes de aumentarem suas habilidades e recursos, no campo de conhecimento específico da nutrição, por meio de uma “*educação empoderadora*” (CARVALHO & GASTALDO, 2008).

Faz-se necessário ressaltar que na proposta do matriciamento adotada, em nenhum momento, empoderar deveria ter o sentido de dar poder a outro profissional para realizar atribuições que não são de sua competência. Sendo assim, o trecho a seguir demonstra um melhor entendimento da proposta.

Então, eu acho assim, a capacitação é essencial pra você ampliar o seu modo de ver, de você chegar numa visita e conseguir observar tudo o que deveria ser observado. E o papel da nutricionista me capacitando, é muito bom isso, porque eu vou procurar olhar alguma coisa que até então eu não tinha buscado. E a partir do momento que eu observei, fiz aquele primeiro diagnóstico social que você faz, você chega nela e você fala, “Olha, tá acontecendo isso e isso. Eu vi tal coisa”. Então, a partir disso, você pode, junto com ela, traçar um plano de cuidado, como agir dentro daquela família, com aquela pessoa. Como é que você, como agente de saúde vai, o que eu vou orientar? E, muitas vezes, eu busquei isso com a [nutricionista residente]. Ela me orientou, muitas vezes ela foi comigo fazer a visita, quando era algum caso um pouquinho mais complexo, que ela precisaria conversar e colher um pouco mais de dados. Então, isso é o bom da equipe que te apóia. Então, é ter o profissional ali, pra tirar a tua dúvida. É muito importante. (PM-20)

Portanto, a proposta do apoio matricial em nutrição não pode se referir a um empoderamento, no sentido de habilitar outros profissionais de saúde a realizarem a assistência nutricional no lugar do profissional nutricionista, como foi erroneamente entendido por alguns profissionais das equipes pesquisadas.

4.2.2. ABORDAGEM DE QUESTÕES RELATIVAS À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

4.2.2.1. A ABORDAGEM

O médico, a enfermeira, a auxiliar, os agentes comunitários. Então, nós é que orientamos eles sobre nutrição! (PM-13)

Os dados obtidos no presente estudo revelam que a abordagem de questões alimentares é realizada com frequência nos atendimentos prestados pelas USF, e por todos os profissionais da equipe mínima ou de referência, visto que médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e ACS relataram fazer as orientações nutricionais aos usuários das unidades pesquisadas.

Na quase totalidade das entrevistas, a abordagem foi relatada como superficial e realizada de forma não sistematizada, como demonstram os relatos a seguir.

Eu pergunto mesmo, que nem, no caso do hipertenso que nunca abaixa a pressão, eu falo “como você faz a alimentação?” “pouco sal?” “você bebe muita água?” “tem gordura?” “muita gordura?” E ele vai me passando, e eu vou começar a cortar, a diminuir a gordura, o sal, trocar o sal mais pelo tempero natural. (PM-2)

Assim, as orientações mais amplas, aquelas coisas mais gerais, que a gente vê, de hipertensão, diabetes, e mais pra grupos assim, hipertensão, diabetes... acho que nem... amamentação, coisas bem amplas, bem gerais, nada muito específico, algum tipo de patologia, assim, eram coisas mais amplas. (PS-11)

Bom [...] é direto, acaba sendo uma coisa só, porque assim, a pessoa chega e “como é que você está, como tá sua saúde?”, e daí, eu entro com isso, alimentação, como é. Daí, “ah, eu como isso, isso e aquilo”. “E sua higiene então?”. Daí, eu já puxo também pra parte bucal, né? “Pô, mas a senhora não acha que tá consumindo muito açúcar, sei lá, muito carboidrato?” (PS-12)

Outros estudos também revelaram que a abordagem das questões relativas à alimentação e nutrição é feita geralmente por médicos e enfermeiros, restringindo-se

a orientações alimentares limitadas, sem a ocorrência de outras atividades além dessas orientações (BOOG, 1999; PEREIRA *et. al*, 2009). Em estudo realizado no município de Campinas/SP, Boog (1999) relacionou a ausência de nutricionistas trabalhando na rede básica de saúde com o fato das orientações alimentares serem repassadas por outros profissionais de saúde, situação semelhante à do município estudado, no presente trabalho.

Alguns sujeitos relataram abordar rotineiramente as questões alimentares nos seus atendimentos, iniciando com um levantamento dos hábitos alimentares do paciente, para, em seguida, propor mudanças. Além disso, freqüentemente buscam novas formas de abordagem para melhor adesão às orientações.

É... eu tô desenvolvendo assim, por mim, por minha experiência, digamos assim, algumas formas de abordagem [...] Normalmente eu não deixo de abordar essas questões de alimentação, padrões de sono, várias coisas [...] Aí, por exemplo, quando é um paciente bebê, uma gestante, eu sempre pergunto qual que tá sendo a alimentação, eu gosto de fazer o seguinte, eu falo assim, “Eu quero que você me conte como que é um dia seu”, um dia típico... “Você come que horas?” “E depois?” “E depois?” “E depois?” Aí se a pessoa pula uma alimentação, eu falo, “Ué, você não come?” “Você comeu de manhã?” “Ah! Comi!” “Comeu o que?” “Ah! Comi isso, isso e aquilo.” Tá! “E daí?” Daí vou abordando até a hora que ela vai dormir. Você fala, “Alguma coisa muda no final de semana, ou num dia de noite, num dia de manhã?” Muda, não muda, e tal. Aí a gente discute isso. Geralmente, eu gosto de fazer dessa forma, porque você não fica induzindo o paciente a responder as coisas que você quer ouvir. (R-1)

Eu normalmente tento levantar qual é a dieta da pessoa. Em cima disso, qual é a disponibilidade da pessoa em fazer aquela alteração de dieta ou não, né? Não adianta a gente chegar dando orientações se a pessoa não quiser mudar. Então eu tento num primeiro atendimento, levantar a dieta e conversar com ela, até que ponto ela percebe que aquela dieta dela, que aquele hábito alimentar, não é dieta, né, aquele hábito alimentar dela é prejudicial ou não pra alimentação dela, pro organismo dela. Em cima disso, se ela tá a fim de conversar sobre isso, aí a gente continua a conversa, se não, eu vou marcando outros atendimentos, até pra tá abordando isso, mas aí eu tento abordar de outra forma. Às vezes, eu ofereço receitas, vejo uma receita legal... eu peço também, né? (PS-5)

Entretanto, outro profissional relatou abordar questões de nutrição com os usuários somente quando há alguma queixa relacionada com a alimentação, ou seja,

quando o problema que leva o paciente à unidade de saúde tem relação específica com fatores nutricionais, como por exemplo, na ocorrência de problemas intestinais.

Ah, algumas vezes, quando a pessoa vem com alguma queixa, por exemplo, quando a criança vem com alguma queixa de cólica, dor na barriga, às vezes com o intestino preso, então eu geralmente pergunto como que é a alimentação da criança, se ela tá tomando bastante água, se ela tá comendo verdura, frutas, se ela tá comendo porcariada. Porque, assim, a alimentação ajuda muito nessa parte do intestino. (PM-6)

Outro sentido, apontado em algumas entrevistas, foi a criação de vínculo como fator facilitador da abordagem de questões alimentares. Relato interessante foi o de um ACS que relacionou a visita domiciliar com o aumento do vínculo entre o usuário/família e o profissional de saúde, o que facilitaria um maior conhecimento dos hábitos alimentares da família por parte deste.

Então, eu acho que aqui na unidade a gente aborda bastante isso. Na visita domiciliar, normalmente as pessoas já chegam e falam “ai, eu acho que eu tô com triglicérides alto” ou mesmo na hora que a gente vai entregar o exame. E é assim, quando a gente tem um vínculo muito grande com a família, a gente começa a perceber como é o hábito alimentar das pessoas. Até você vê o quê que eles te oferecem e você acaba conversando de hábitos. (PM-7)

Em muitos casos, a abordagem, mais especificamente a orientação alimentar, é feita por meio da entrega de “dietas prontas” que são repassadas para os usuários. Destacam-se, a seguir, quatro depoimentos que buscam ilustrar essa questão.

O mais comum é você pegar o exame, você lê o exame que tá alterado, pegar uma folha, onde já tem uma dieta, ou, por exemplo, aquela coisa que me dá até arrepio, escrito assim, permitido, moderação, proibido. (R-1)

Em relação à nutrição e... então, é muito complicado, porque, assim, a gente tem dietas aqui, que a gente passa pras pessoas, pra população, mesmo em visita. (PM-3)

Porque a gente procura também saber, tem as dietas que a gente distribui pros pacientes, dieta do hipertenso, dieta do diabético, dieta do colesterol, dieta do ácido úrico, e assim por diante. Então, quem acaba orientando é a gente [...] (PM-13)

A gente tem uma folhinha aqui de dieta, e passa. Orienta os alimentos que são permitidos, moderados e proibidos. (R-15)

Concordando com a afirmação de Diez-Garcia (2005), *“a imposição de modelos dietéticos pautados na racionalidade nutricional restringe a alimentação à sua relação com a saúde e a doença, que são os propulsores de intervenções nutricionais”* (p.285). Dessa forma, quando se tenta impor a adoção de um ou outro modelo de dieta ou mesmo recomendações pontuais de inclusão e exclusão de alimentos, negligencia-se a cultura alimentar do indivíduo, por não se levar em consideração o impacto e a forma como essas mudanças propostas serão absorvidas por ele.

Além disso, essa forma de proceder à orientação nutricional utilizando modelos de dietas padronizadas, muitas vezes é percebida pelos profissionais como um fator que prejudica as ações, na área de alimentação e nutrição (BOOG, 1999).

A fim de exemplificar, numa situação onde a orientação alimentar que deveria ser discutida com o indivíduo portador de determinada patologia é substituída pela entrega de um impresso de dieta, não está se realizando uma assistência nutricional adequada. Nesse caso, não se considerou a especificidade do profissional nutricionista, que está capacitado para articular as características individuais, psicológicas, sociais e culturais do doente com as demais questões envolvidas, promovendo uma visão e um cuidado integral.

Para Silva *et al.* (2002), a questão de como abordar alimentação e nutrição, na atenção básica, não deve estar restrita ao repasse de informações científicas à população pelos profissionais de saúde. Nesse caso, o uso de linguagem que inclua palavras pouco familiares, como nutrientes, proteínas, lipídeos, colesterol, metabolismo, glicemia e outras, no discurso do profissional que faz as orientações alimentares, pode provocar uma impossibilidade de interação com outras dimensões da alimentação, que devem também ser consideradas. A simples reprodução de um saber científico, que desconsidere valores simbólicos da alimentação cotidiana dos usuários, resultantes de múltiplas relações entre o biológico e o sócio-cultural, pode

dificultar a abordagem de questões relativas à alimentação e nutrição (SILVA *et al.*, 2002).

O relato a seguir sugere uma abordagem baseada em intervenções impositivas e normativas, caracterizadas por prescrições comportamentais que desconsideram a complexidade das práticas alimentares. Segundo Castro *et al.* (2007), essas prescrições representam uma intromissão de cunho impessoal, técnico e objetivo em situações do campo pessoal, afetivo e subjetivo, e, por isso, geralmente causam resistência ao seu cumprimento.

Eu costumo falar. Eu costumo me meter mesmo, como eu te falei, né? Não me dê uma coxinha pra uma criança na hora do almoço, não me dê um saquinho de “fandango”! Depois do almoço de tardezinha, tá vendo televisão, até pode um “fandango” ou uma pipoca. Mas, se a criança gostar de uma fruta, dá uma fruta! Se você puder dar uma fruta, dá uma fruta. Se ela quiser comer uma bacia de laranja, e você tem, dá a bacia de laranja! Nunca vai fazer mal [...] Então, é sempre assim. Eu tenho uma diabética aqui que eu pego no pé. Porque ela tomava leite condensado na latinha. E eu falava assim, “E o leite condensado, vai bem?”, sempre eu falava. “Só um pouquinho?” Eu falava, “Nem um pouquinho. Esse pouquinho todo dia vai virar um poucão. E esse poucão vai te tirar de mim. E o que vai ser de mim sem você? Vou ficar triste, né?” Então, eu chego, eu já quero falar com todo mundo da minha forma. Eu vou da forma mais básica. E cheguei assim, “Ah, vamos pra cozinha” “Você quer chá?” “Não, hoje não” “Eu ponho leite condensado” “Ahhhhhhh!!! Você põe leite condensado??? Que bonito, né? Diabética comendo leite condensado!!! Põe um pouquinho de adoçante que fica uma delícia, chá com adoçante é bom! E com o cookie, nossa, aí que é bom, é gostoso mesmo, não faz mal. E a aveia é legal porque faz o intestino funcionar”. As minhas estratégias são sempre assim [...] Com jeitinho, **eles acabam fazendo aquilo que a gente quer que eles façam**. Então, é isso. (PM-22)

A fim de subsidiar uma adequada abordagem das questões alimentares, Boog (1996) faz uma distinção entre “*problema clínico*” e “*problema alimentar*”, e ressalta que o entendimento desses conceitos é essencial para a compreensão do papel do nutricionista e, conseqüentemente, do espaço para a educação nutricional, nas unidades de saúde.

O conceito de problema alimentar foi definido por Boog da seguinte forma:

“... hipóteses relativas a possíveis hábitos alimentares inadequados levantados a partir de dados clínicos, bioquímicos ou antropométricos, práticas alimentares de seleção, compra, preparo, armazenamento ou consumo que podem ser prejudiciais ao organismo, bem como qualquer questão de caráter subjetivo, que possa gerar dúvida, ansiedade, insegurança às pessoas, relativa a efeitos dos alimentos ou nutrientes sobre o organismo, aventados ou efetivamente percebidos como sinais ou sintomas” (BOOG, 2002, p.20).

Considerando tais conceitos, é possível que problemas clínicos influenciados pela alimentação sejam tratados pelos demais profissionais de saúde sem que o problema alimentar seja tratado ou, sequer, detectado. Ainda segundo Boog (1996), a não explicitação dos problemas alimentares dos pacientes pode ser causa de não aderência às orientações clínicas e nutricionais.

Os trechos a seguir podem, de certa forma, ser considerados como exemplos desses dois conceitos. No primeiro, fica claro que o problema clínico – a hipertensão ou o diabetes – é tratado, no entanto, o problema alimentar subjacente que vem causando o aumento de peso, é negligenciado. No segundo trecho, os problemas clínicos tradicionalmente relacionados com a alimentação, como gastrite e constipação intestinal, são rotineiramente considerados nos atendimentos ou encaminhados para o nutricionista residente. Por outro lado, a promoção da alimentação saudável, desejável em todas as fases do ciclo de vida, geralmente não é realizada.

Então eu acho que é muito negligenciado algumas coisas, as pessoas vêm anos sendo atendidas na unidade, têm patologias graves, e ninguém dá conta. [...] Eu vejo muito isso com a obesidade, porque é nítido. É muito negligenciado o tratamento. O paciente vem ganhando peso de anos, e vem passando na unidade! E aí? Nunca ninguém fez nada! Mas é agora que veio o nutricionista, com esse negócio da residência e tudo, que aí chegam esses casos até você. Mas a pessoa nunca foi tratada. Ela vem pra tratar uma hipertensão decorrente disso ou um diabetes, mas a obesidade em si não é tratada! (R-16)

Então, por exemplo, o que era clínico vinha tranquilamente, as pessoas com gastrite, pessoas com problemas crônicos de constipação, as doenças crônicas mesmo, que tem de monte, e quase todas elas relacionadas ao hábito alimentar, isso vinha muito tranquilamente. Mas a proposta de fazer as pessoas mudarem antes que coisas piores

acontecessem, foi lento. Foi muito lento. [...] Então, esse raciocínio de que a alimentação saudável é pra todo mundo, em todas as fases, em todas as situações, foi mais lento, né? (R-17)

É importante ressaltar que os únicos entrevistados cujos relatos se aproximaram dessas questões foram os nutricionistas residentes. Para Boog (1996), médicos e enfermeiros, via de regra, não identificam problemas alimentares, pois as concepções que têm limitam-se à existência ou não de dietas específicas para determinadas doenças. Não percebem o espaço para ações educativas, às quais não devem se limitar à orientação de dietas e sim auxiliar os pacientes a solucionar os seus problemas alimentares, estejam estes ou não associados à necessidade de dieta especial.

Além dos aspectos já discutidos, também é importante ressaltar as considerações levantadas por Pinheiro *et al.* (2008) quanto à importância de um adequado diagnóstico alimentar e nutricional na atenção básica, no sentido de fortalecer uma concepção ampliada da questão alimentar e nutricional, as quais podem ser observadas no depoimento abaixo:

[...] eu acho muito difícil o olhar pra desnutrição, de todos os profissionais. As pessoas vão perceber só a desnutrição grave. E a desnutrição menor, ou mais específica, pelo cabelo, pela pele, outras coisas que você pode, só de olhar, perceber, eu acho que não é da prática. E é mais difícil fazer o olhar pra isso, fazer um olhar pra outras fases do ciclo de vida que são igualmente importantes. Então, se preocupa com a gestação, se preocupa menos com a lactação, coisas desse tipo. (R-17)

Para os autores, é de fundamental importância destacar a necessidade de que todos os trabalhadores de saúde tenham uma atitude de vigilância nutricional em sua prática diária, no sentido de estar alerta para o estado nutricional, considerando que a avaliação nutricional é fundamental para qualquer ação em saúde.

Fisberg *et al.* (2009) esclarecem sobre a importância de um adequado diagnóstico nutricional, o qual faz parte do núcleo de competência do nutricionista. Conforme definido na **Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde**, o diagnóstico nutricional vai além dos parâmetros

tradicionalmente utilizados pelo sistema de saúde, ou seja, indicadores antropométricos, clínicos e bioquímicos.

“Diagnóstico nutricional é aqui entendido como as ações e atividades que visam à identificação e à avaliação do estado nutricional do usuário do SUS, elaborado com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos conjugado, ainda, a dados sociais, econômicos e culturais, obtidos quando da avaliação nutricional e durante o acompanhamento dos três sujeitos da atenção nutricional: indivíduo, família e comunidade” (BRASIL, 2009, p.16).

Considerando essa questão, os sujeitos do estudo conceberam o SISVAN como “mais um papel” a ser preenchido na unidade, demonstrando desconhecimento deste enquanto instrumento de diagnóstico nutricional.

Então, eu não sei, eu sei muito pouco. Sei que tem que preencher um papel, só isso. [...] É, então, a gente sente isso. Porque não vem o retorno, né? Você não vê. Pelo menos, eu não vejo... Não sei, alguma coisa como “vamos chamar essas pessoas de tal faixa etária a tal pra fazer alguma coisa”, eu não vejo isso. (PM-8)

É o sistema de vigilância alimentar e nutricional, que tem uma planilha, que agora eles estão mudando, tão padronizando, mudando a fórmula, até teve uma reunião tempos atrás [...] Mas, eu acho estranho assim, que eu acho que é uma coisa muito mais de informação, a nível nacional assim. Porque, pra nós, fica uma coisa... a gente faz e faz, faz e faz, faz e faz... Não tem retorno. Tudo bem, a gente pesa na hora, vê, calcula o IMC, calcula bastante coisa, tem um fundamento pra nós, assim, que dá pra gente intervir, aproveita o exame e consegue fazer uma ação, de alguma forma, para o usuário. Mas é muito... ah, não sei (risos) [...] A gente fala, “ah, vai sair pesando todo mundo pra quê, né?” Assim, a gente faz isso, não que realmente tenha necessidade, mas ficar pesando indiscriminadamente todo mundo (risos) sem ter nenhuma análise, um porquê, assim, sei lá (risos). [...] seria ótimo você ter esses dados, pra ter esse levantamento [...] é que falta, às vezes, mais conhecimento mesmo, né? É que falta conhecer mesmo, até conhecer o programa, que pra nós era... Mas, sabe (risos)? São coisas que, não sei. Eu não vejo lógica, até por não conhecer, né? (PS-11)

Sem ter a intenção de fazer uma discussão aprofundada do tema, considera-se pertinente esclarecer que o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, mais conhecido como SISVAN, tem o papel de fazer o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira, contribuindo para que se

conheça a natureza e a magnitude dos problemas nutricionais do país, e, assim, orientar a elaboração de políticas públicas em alimentação e nutrição mais eficazes e eficientes, nas três esferas de governo (COUTINHO *et al.*, 2009).

A PNAN também ressalta a importância dessa ferramenta em uma de suas diretrizes, que prevê o monitoramento da situação alimentar e nutricional, estabelecendo que o SISVAN deve funcionar como,

“suporte para o desenho e o ajuste de programas, a atualização contínua e a análise sistemática de informações concernentes à situação alimentar e nutricional do País, produzindo, assim, o desejado feedback entre informação, ação e avaliação de resultados” (BRASIL, 2003, p.21).

Atualmente, o sistema possui importantes ferramentas que, se utilizadas corretamente, possibilitam inúmeras inferências, relativas não só ao estado nutricional, como ao consumo alimentar da população brasileira (COUTINHO *et al.*, 2009).

No setor saúde, o SISVAN deve abranger atividades de rotina, coletas e análises de dados e informações, que possibilitem a obtenção de dados para o monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar de toda a população usuária das unidades de saúde, ou seja, a Vigilância Alimentar e Nutricional deve contemplar todas as fases do ciclo de vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

O SISVAN possibilita a identificação de riscos, problemas, prioridades, potencialidades e possibilidades de atuação e reconhecimento da situação de saúde, alimentação e nutrição das famílias. Dessa forma, o SISVAN caracteriza-se também como uma ferramenta para o fortalecimento das ações de nutrição na atenção básica, pois, a partir do diagnóstico, é possível realizar o planejamento com vistas à estruturação das ações de prevenção e controle das carências nutricionais, suplementação de micronutrientes para grupos mais vulneráveis e promoção da

alimentação saudável no serviço, contemplando as peculiaridades e as diversidades locais (REDENUTRI, 2010b⁴).

Para a sua plena realização, de acordo com o previsto na PNAN, no âmbito do SUS, faz-se necessária a implementação da vigilância alimentar e nutricional fomentando a retro-alimentação das ações e políticas. O SISVAN torna-se o principal meio para analisar, de forma sistemática, a situação alimentar e nutricional do país, de forma a gerar o *feedback* entre a informação, a ação e a análise dos resultados (COUTINHO *et al.*, 2009).

Dessa maneira, as representações obtidas no presente estudo pareceram demonstrar a ausência deste *feedback* no município, visto que os profissionais de saúde manifestaram estar realizando as ações de avaliação nutricional nas unidades unicamente para o cumprimento de exigências da gestão, sem que haja o correto entendimento dos reais objetivos do SISVAN.

De acordo com Coutinho *et al.* (2009), as capacitações do SISVAN visam, além de sua implementação, ampliação e expansão do uso do sistema informatizado, a qualificação da vigilância alimentar e nutricional em todos os municípios brasileiros.

Nesse contexto, é preciso que os profissionais ligados à área da saúde se apoderem dos dados do sistema, por meio de capacitações para a coleta de dados e registro das informações com maior qualidade. Também é necessário melhorar o conhecimento destes na interpretação dos dados obtidos.

⁴ (REDENUTRI, 2010b).

A Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde (REDENUTRI) é uma rede de e-mails de gestores estaduais e municipais de alimentação e nutrição, faculdades, profissionais, estudantes e demais interessados na área, criada com o objetivo de fortalecer a rede de Alimentação e Nutrição, socializar informações, além da troca de experiências na área. Durante janeiro de 2010, a REDENUTRI realizou sua segunda rodada de discussões, que teve como tema central “Experiências de articulação das ações de nutrição na atenção primária à saúde”, com a participação ativa de profissionais que executam suas atividades nos municípios brasileiros. Após as discussões, a REDENUTRI elaborou o texto de sistematização: **“Como articular as ações de nutrição na atenção primária à saúde?”** com o objetivo de apresentar de forma lógica e organizada as principais idéias e discussões realizadas na rede durante este período.

4.2.2.2. DIFICULDADES PARA A ABORDAGEM

Assim, eu não tenho muito conhecimento, mas aí a gente orienta, né?
(PM-9)

Os profissionais entrevistados relataram enfrentar várias dificuldades na abordagem das questões de alimentação e nutrição de seus clientes. De maneira geral, a principal dificuldade manifestada foi a **falta de conhecimento técnico** para fazer a orientação nutricional. Destacam-se, a seguir, depoimentos que buscam ilustrar essa questão.

Você dá as orientações básicas: não pode fazer isso, não pode fazer aquilo, mas você não consegue explicar pra ele o porquê que ele não pode fazer.
(PM-2)

Ah, minha dificuldade, às vezes, é de tá, como que eu vou falar, de tá orientando, falando a respeito, vamos supor, de tá comendo as frutas no caso dum diabético, que a gente sabe que tem uma quantidade certa. Às vezes, eu penso assim, vai que eu falo e acabo atrapalhando, né? No geral, seria isso aí. (PM-6)

Eu, como agente comunitária, a gente dá orientação, e o básico você não sabe, é muito pouco o que você sabe pra orientar. Quando vem alguma pergunta que eu não sei, “ah, mas isso aqui, o quê que eu posso substituir?”, tem algumas coisas que você não sabe. Porque, às vezes, você orienta assim, quem é hipertenso não pode tá comendo sal, a comida tem que ter pouco sal, diabético não pode comer doce, essas coisas assim. (PM-8)

Bom, uma coisa que acontece muito, que eu tenho mais dificuldade é quando eles, quando acontece esse tipo de pergunta mesmo, “ah, mas quanto que eu posso disso?”, essa questão de porção e quantidade, que é difícil... grupos alimentares é tranquilo tá explicando. (PS-11)

Esses dados estão de acordo com os obtidos por Boog (1999), em estudo que teve por finalidade identificar dificuldades na abordagem de problemas alimentares encontradas por médicos e enfermeiros. Os resultados mostraram que, por um lado, a maioria dos médicos não estudou nutrição e considerou seu conhecimento deficiente nessa área, e, por outro lado, todos os enfermeiros tiveram a disciplina Nutrição no curso de graduação, mas julgaram que o ensino foi insatisfatório.

Santos (2005a) também demonstrou que os profissionais de saúde da ESF não têm formação adequada em nutrição, pois o currículo de seus cursos não possui disciplina específica na área ou, quando possui, apresenta um conteúdo muito superficial sobre o tema.

No mesmo sentido, Álvares *et al.* (2007) apontaram para a falta de conhecimentos em nutrição de médicos portugueses e ressaltaram que são esses profissionais que fazem a orientação nutricional rotineiramente.

Os profissionais entrevistados também manifestaram uma **demanda por “capacitação” na área de nutrição**, revelando que a falta de “treinamento” no município pode estar relacionada às dificuldades para a abordagem de questões alimentares.

É importante ressaltar que a ESF caracteriza-se como um importante espaço para o desenvolvimento de ações em nutrição, mediante a capacitação dos profissionais, especialmente do ACS, um potencial multiplicador na execução destas práticas. Para Fernandez *et al.* (2005), treinamentos e capacitações para os profissionais possibilitam aprimorar e padronizar conceitos e condutas nutricionais, de acordo com a demanda da população assistida, além de reverter condutas equivocadas, bem como mostrar a possibilidade de aplicação dessas informações na comunidade por todos os membros da equipe.

Todavia, mais adequado ao propósito da ESF seria o conceito de educação permanente, conforme definido na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009c).

Sob essa perspectiva, o ideal seria que o município adotasse uma política de educação permanente em nutrição, com o objetivo de qualificar as equipes de referência das unidades de saúde da família com relação à abordagem das questões de alimentação e nutrição.

Outra dificuldade bastante mencionada nas entrevistas foi a **falta de tempo** para fazer abordagens em nutrição. Esses relatos coadunam-se com as

representações anteriores sobre como os profissionais percebem o trabalho do profissional nutricionista com a finalidade de poupar tempo e dar suporte ao trabalho médico.

E pra você explicar, tem que sentar e perder uma hora, ele [o médico] também tá em dificuldade, porque a rotina é muito corrida, né? [...] É o tempo... é. Porque a técnica, você senta com um livro e você lê ele, que você já adquire, agora, o tempo é complicado. Você pára com um paciente uma meia hora e já fica tudo acumulado. (PM-2)

Talvez aí entra a questão do tempo. É muito, muito corrido. (PM-13)

O próprio profissional médico entende que demandar a orientação nutricional para o nutricionista é uma decisão que tem por finalidade otimizar o tempo da consulta médica, e não porque o nutricionista seria o profissional mais capacitado para executar esta atividade, conforme sugere o seguinte depoimento.

Eu recebi uns encaminhamentos feitos pelo médico, aonde ele registrava que pela demora na consulta em orientar hábitos alimentares, alimentação, ele pedia minha avaliação do paciente. [...] Encaminhamentos que eu achava desnecessários, que os outros profissionais poderiam tá dando conta também, principalmente o médico. Mas é por esse fato que a gente falou do tempo do atendimento, né? Eu tenho uma outra visão do atendimento, então eu jamais faria um atendimento em 15 min. Mas aí como ele justifica que tem muita demanda, muitos atendimentos, então ele tem que ser rápido, então ele não pode focar isso, então isso é trabalho do nutricionista, não é trabalho da equipe. (R-16)

Nesse caso, fica claro que o médico fez os encaminhamentos para o nutricionista residente com o objetivo precípuo de não perder tempo com a orientação nutricional, parecendo ter desconsiderado a especificidade do profissional, que é justamente a de prestar a assistência nutricional qualificada.

Somando-se a isso, outra questão que sobressaiu foi a dificuldade de orientação diante do **baixo poder aquisitivo** que atinge a população usuária desses serviços de saúde.

A dificuldade que eu vejo é, por exemplo, é realmente o poder aquisitivo. Porque eles sabem comer arroz e feijão, não que isso seja ruim, mas a parte

de legumes, verduras, não têm hábito, entendeu? E eles acham caro, trabalhoso, o problema é o trabalhoso, tem que lavar, então, tem muitas coisas disso daí, eu acho que o problema é a parte, realmente, de aprender a fazer de uma forma prazerosa, eu acredito, tá? (PS-4)

Eu acho meio complicado pra mim ainda, é uma dificuldade, é saber assim, porque aqui o pessoal é mais assim, com uma renda mais baixa. Então, é uma realidade diferente do que a que eu sempre vivi. Então, às vezes, eu tenho dificuldade de associar aquilo que eles têm condições de comprar, porque às vezes pra gente é uma coisa comum, pra eles não é. Então, às vezes, eu tenho um pouco de dificuldade nisso. (PM-7)

Esses resultados são similares aos de Boog (1999), para quem os profissionais de saúde não conseguem perceber os problemas alimentares em todas as suas dimensões, muitas vezes confundindo-os com problemas de ordem estritamente econômica. A autora afirma que:

“A dimensão universal da questão alimentar, evidenciada no problema da fome, ignora a dimensão singular do problema alimentar do indivíduo que pode não estar diretamente relacionado à falta de recursos. A dieta pode até ser simples. Como tratar o problema alimentar é o grande desafio” (BOOG, 1999, p.267).

No entanto, em direção oposta, chamou a atenção o relato de uma ACS, que destaca a pertinência da educação nutricional para lidar com os problemas alimentares quando a família enfrenta claramente problemas sócio-econômicos.

[...] teve já um agente de saúde aqui que uma vez foi fazer a visita e a pessoa falou pra ele “ó, não vem com esse negócio de dieta, com esse negócio de alimentação, porque eu como o que tem na mesa!” Só que é assim, pode substituir por coisas que, por frutas da época, verduras da época, então você pode comer bem com verduras da época que é bem mais barato. Então a população não entende isso, então tem que educar, e não é de um dia pro outro, né? Isso é que é educação nutricional. (PM-3)

O próximo depoimento ilustra, de forma bastante interessante, a dificuldade de alguns profissionais na abordagem das questões práticas da alimentação dos pacientes, deixando claro que, algumas vezes, o profissional não nutricionista tem até algum conhecimento teórico sobre nutrição e dietoterapia. No entanto, não consegue traduzir essa teoria em orientação prática para o paciente. Nas palavras

deste profissional, a maior dificuldade em orientar os pacientes seria traduzir a prescrição dietética em alimentos, “em alimento comestível, e não em alimento do laboratório que tem tanto de ferro e tanto de proteína... por exemplo, transformar essa orientação em dieta no prato, em quantidade, em como fazer...”, ou seja, **transformar o teórico em prático.**

Então, a dificuldade que a gente encontra como médico nesse momento é principalmente em questões um pouco mais práticas de como ele tá preparando seu alimento, é lá na beira do fogão. Não é? A gente pode falar pra ele que ele não pode ingerir uma quantidade maior do que 250 ml de óleo por mês, mas como que ele vai fazer os alimentos só com essa quantidade, né? É, a gente pode dizer pra ele que ele não pode ingerir uma quantidade maior do que 6 g de sódio por dia, mas como que ele vai tá utilizando de outro tempero pra não deixar a comida com sabor que eles dizem insosso quando se faz isso? Então, é mais no aspecto, de ensinar pra ele lá, por exemplo, eu tenho um paciente aqui que tem insuficiência hepática, em que ele não pode ingerir nenhum tipo de gordura animal, que ele tem confusão mental. Então, a gente orientou sojas, além de verduras, legumes e frutas, e carboidratos, porém, como ele fazer um bife de soja, como ele tá fazendo uma salada com soja, que é pra suprir as proteínas, né, porque ele não pode proteínas de cadeia aromática, só de cadeia ramificada. Então, a gente encontra dificuldades na prática, da **lida na beira do fogão**. Essa é minha maior dificuldade. (PS-10)

Para que as orientações nutricionais sejam efetivas, é preciso que a prescrição dietética seja traduzida em um plano alimentar que busque motivar o paciente no seguimento das orientações recebidas. O plano alimentar é constituído pelo conjunto da prescrição dietética; sugestões de cardápios que atendam às necessidades nutricionais e preferências individuais; listas de substituições, com a finalidade de facilitar a escolha dos alimentos e evitar a monotonia dos cardápios, e recomendações nutricionais gerais (FAUSTO, 2003).

É fato incontestável que a elaboração de cardápios é uma tarefa complexa, pois deve considerar muitos aspectos em conjunto, tais como os nutricionais, estéticos e econômicos. Uma das ferramentas essenciais na prática do nutricionista, que subsidia a elaboração de cardápios, é a técnica dietética, disciplina que estuda as operações a que são submetidos os alimentos, depois de cuidadosa seleção, e as modificações estruturais e organolépticas que os mesmos sofrem, durante os

processos culinários e outros, de preparação para o consumo. A técnica dietética tem como objetivo buscar um melhor aproveitamento nutricional dos alimentos, por meio do conhecimento dos ingredientes e de suas possibilidades de uso, bem como do estudo de diferentes técnicas culinárias (ORNELLAS, 2006).

De posse do conhecimento acerca das quantidades, biodisponibilidade, fatores de correção e de conversão, inter-relações e interações entre os nutrientes contidos nos alimentos, o nutricionista pode calcular a quantia de cada alimento a ser ingerido, para que as recomendações nutricionais possam ser atingidas. Além disso, com vistas a facilitar e agilizar o preparo das refeições, o nutricionista tem a habilidade específica de converter valores de peso bruto de alimentos em valores que possam ser mensurados por medidas caseiras, facilmente assimiladas e manipuladas pelos indivíduos em suas próprias residências, para que a ingestão nutricional possa atingir os objetivos propostos, na orientação dietética (VARGAS, 2007).

Assim, ao longo do processo da sua formação profissional, o nutricionista estuda composição, propriedades e processos de transformações dos alimentos, dentro de várias disciplinas do currículo básico, como a dietética, a técnica dietética e culinária, a bromatologia e a tecnologia dos alimentos, dentre outras. Por conseguinte, adquire conhecimentos importantes a respeito do impacto dos processos de preparo, armazenamento, processamento, conservação e utilização dos alimentos, no valor nutricional destes, na biodisponibilidade dos nutrientes e na saúde humana. Além disso, também conhece o processo de digestão, absorção, metabolismo e excreção, bem como as funções dos nutrientes e outros produtos alimentares, no organismo humano (SANTOS *et al.*, 2005).

Portanto, a interação entre o planejamento da dieta (a prescrição dietética) e a refeição oferecida (a execução da prescrição) é uma atividade que está inserida no cotidiano da prática profissional dos nutricionistas (SOUSA & PROENÇA, 2004), fazendo parte do seu núcleo específico de competência.

Outro sentido apontado em algumas entrevistas foi a dificuldade em **conseguir adesão às orientações**, conforme o relato a seguir.

[...] eu acho que a maior dificuldade é você colocar, conseguir fazer com que o paciente coloque em prática o que você orienta, em relação a mudanças de hábitos, inclusão de atividade física, diminuição do consumo de gorduras, sal, açúcares. Você vê que ele tem conhecimento, do que ele tá trazendo, do que é errado, mas é difícil por na prática! (R-16)

Relatos de literatura corroboram essas representações ao indicarem que a adesão de pacientes a mudanças no estilo de vida visando à prevenção e ao tratamento de doenças, como a adesão a uma dieta que envolve restrições alimentares, é difícil de ser conseguida e, em geral, é baixa (ASSIS & NAHAS, 1999).

Para Boog (1999), o despreparo da maioria dos profissionais de saúde para lidar com as questões alimentares leva à adoção de orientações simplistas e pouco práticas, pois, na maioria das vezes, se preconiza a exclusão de muitos alimentos, contribuindo para a não adesão. A autora ressalta a necessidade de domínio, por parte dos profissionais, de métodos adequados para abordar os problemas alimentares e orientar a mudança de hábitos.

Contudo, os profissionais das unidades estudadas não demonstraram ter esse domínio, como pode ser percebido no trecho a seguir.

[...] e até assim, o método de como fazer, alcançar, solucionar o problema. Às vezes, a gente fica muito limitado, a gente fica na orientação, mas eu não sei outros métodos. (PS-11)

Assis & Nahas (1999) propõem que os aspectos que influenciam a adesão de um paciente a uma orientação nutricional, e a motivação para adotar um padrão desejável de comportamento alimentar, devem ser analisados como um conjunto de características relacionadas ao profissional e ao paciente, à qualidade da relação profissional-paciente, à prescrição e aos aspectos organizacionais, pessoais, ambientais e físicos da unidade de saúde.

Dessa forma, a identificação desses fatores pelo profissional de saúde poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias que influenciam a mudança comportamental dos pacientes. Sendo assim, as orientações devem ser adaptadas às características locais para atingirem as necessidades específicas da população. Além disso, é necessário treinamento profissional para aquisição de habilidades técnicas para motivar as pessoas, na realização das mudanças desejáveis (ASSIS & NAHAS, 1999).

De acordo com Solymos (2006), a efetividade de uma orientação nutricional, a qual pode ser mensurada pela adesão do paciente, dependerá da atenção e da abertura do profissional para compreender e trabalhar a partir da experiência vivida de seu cliente, ajudando-o a ver como tal intervenção responderia às suas necessidades de saúde. Dessa forma, para que uma intervenção em nutrição alcance o sucesso desejado, é necessário que a estratégia utilizada considere o significado e a importância que tal intervenção teria para a vida das pessoas envolvidas.

Pontieri & Bachion (2010), por sua vez, analisaram as crenças de pacientes diabéticos tipo 2 a respeito da terapia nutricional e sua influência na adesão. O estudo revelou crenças que influenciam negativamente a adesão, como: proposta de dieta simplista, restritiva e impositiva, carregada de expressões proibitivas como “*não pode*”; prescrição das recomendações alimentares pelo profissional de saúde, sem discussão prévia com o paciente, configurando um processo vertical e unilateral; necessidade do doente adotar uma alimentação separada, no caso da família ou pessoa responsável pela preparação das refeições do doente não abrir mão de suas práticas alimentares inadequadas à patologia em questão; restrição financeira para adquirir os alimentos prescritos; dificuldade de compreensão ou interpretação errada das recomendações feitas pelo profissional de saúde; abordagem inadequada no processo de atendimento em saúde.

Enfim, o estudo mencionado sugeriu que, em relação à terapia nutricional, os profissionais estão presos a conceitos e valores tradicionais, que não facilitam o processo de adesão. Na maioria das vezes, os pacientes recebem as prescrições de

forma unilateral, deixando uma lacuna onde caberia a orientação, o diálogo e a construção do conhecimento, e a falta de adesão passa a ser, principalmente, um reflexo da abordagem inadequada que está sendo feita. Assim, as autoras concluíram que a adesão é muito mais do que cumprir as determinações do profissional de saúde, simplesmente. No processo de adesão, os pacientes devem ter autonomia e habilidade para aceitar ou não, as recomendações dos profissionais, tornando-se participantes ativos do processo de cura (PONTIERI & BACHION, 2010).

Neste contexto, a educação nutricional, conforme será discutida na próxima categoria, pode ser considerada como um item primordial, no sentido de preparar o indivíduo para lidar com suas novas necessidades, garantindo sua participação efetiva no processo de prevenção da patologia e das suas complicações.

O trecho a seguir ilustra claramente o exposto:

Aí você vê várias diferenças em abordagem que explicam porque que não conseguiu nada. Então, entrega de papelzinho pronto, sem explicação, sem uma... Porque, às vezes, no serviço público, você precisa de algumas ferramentas, mas como usar, né? E vem disso também. (R-17)

O próximo fragmento reflete a opinião de um dos profissionais a respeito da estranheza causada na população usuária, quando se aborda assuntos que não pertencem ao seu núcleo profissional.

[...] das pessoas se fecharem. Por não fazer parte do meu território. As pessoas, não todas, muitas pessoas, os usuários, muitas pessoas têm aquela idéia do profissional fechado. Então, “eu vou conversar sobre nutrição com a nutricionista ou com o médico”, “ah, eu vou conversar sobre o meu emocional é com a psicóloga”. Então, o paciente já falou pra mim, “mas, perai, você pensa que você é psicóloga?”. Porque eu tava indo, e vou indo, entendeu? [...] Algumas pessoas ficam um pouco irritadas. “Por que você bota tanto o dedo no meu pãozinho, você é dentista! Se eu tô consumindo pãozinho demais, não é você que tem que dialogar comigo isso!” (risos) (PS-12)

Nesse caso, parece que a população está habituada ao exercício da clínica tradicional nas unidades de saúde que freqüentam, já que nessa prática, o que se

espera é que cada especialidade trabalhe somente com perguntas e exames próprios do seu núcleo profissional, de tal forma que ele questione e escute somente o que faz parte do seu núcleo de conhecimentos (CUNHA, 2004). Nessa perspectiva, o dentista deveria fazer somente perguntas relacionadas à saúde bucal, enquanto questões de alimentação deveriam ser tratadas exclusivamente pelo nutricionista.

Por outro lado, segundo a perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2009a), profissionais que incorporam saberes além do seu núcleo específico estariam em melhores condições de realizar essa nova proposta, a de uma clínica mais ampliada, tanto em função de um maior número de recursos terapêuticos, quanto pela maior convivência com a diversidade de saberes (CUNHA, 2004), conforme representado em relato a seguir.

E essa é a cara da clínica ampliada que a gente tá construindo. Com os residentes aqui, com toda essa interação multiprofissional. Então, aquele profissional fechado tá perdendo a cara dele. (PS-12)

Dessa forma, as dificuldades de abordagem manifestadas pelos profissionais sujeitos do presente estudo foram relacionadas, principalmente, às limitações de seus núcleos de competência. Entretanto, é necessário refletir sobre uma contradição relacionada a esse aspecto, pois boa parte dos participantes avaliou como suficiente a contribuição do nutricionista atuando como profissional da equipe matricial, responsável por duas ou mais USF e não como membro efetivo da equipe de referência.

Os entrevistados sugeriram que apenas um nutricionista poderia atender duas ou mais equipes de saúde da família, não sendo necessários em período integral na unidade, o que sugere um desconhecimento do núcleo de competência deste profissional e da complexidade de seu trabalho.

No entanto, entendemos que tal proporção de profissionais para o número de equipes não garantirá o acesso da população aos serviços, podendo comprometer a qualidade dos mesmos. Esta organização dificulta a formação do vínculo entre profissional de saúde e população adscrita, necessária para diversas ações do

núcleo de competência do nutricionista, principalmente para as ações de educação nutricional.

Em relação ao exposto, Santos (2005b) argumenta que a importância do nutricionista parece estar reduzida ao seu papel como disseminador de informações, em detrimento de seu papel como educador. Nesse caso, prevalece a idéia de que, ampliando o repasse de informações de nutrição aos profissionais de saúde por meio das capacitações, torna-se possível o repasse das mesmas para a população. Remetendo novamente à idéia do empoderamento, com o significado de dar poder aos outros profissionais de saúde para realizarem a assistência nutricional, no lugar do nutricionista.

Assim, é possível questionar o lugar do nutricionista nas práticas educativas em saúde, pois, na configuração proposta, de apoio matricial, os profissionais de nutrição não são vistos como sujeitos das ações educativas na promoção das práticas alimentares saudáveis. Segundo a autora:

“A centralidade da produção da mensagem sobrepõe a relação dela com o indivíduo e com o profissional mediador dessa relação, que é, sobretudo, uma relação dialógica. A relação dialógica, por outro lado, não se pode conceber no momento em que os sujeitos não se apresentam no cenário da ação educativa, restando apenas a supremacia da mensagem” (SANTOS, 2005b, p.689).

Boog (1999) ressalta que, na falta do nutricionista atuando na assistência direta à população com regularidade nos serviços públicos de saúde, os outros profissionais de saúde se vêem, na sua prática cotidiana, na contingência de fornecer as orientações sobre alimentação e nutrição para a população usuária. Todavia, o preocupante é que, se por um lado essas orientações não chegam a configurar efetivamente uma adequada assistência nutricional, por outro, cria-se a ilusão de que o problema está sendo tratado.

4.2.2.3. FACILIDADES PARA A ABORDAGEM

A despeito das dificuldades apresentadas até aqui, alguns profissionais atribuíram maior facilidade em abordar os problemas alimentares a uma **afinidade pessoal com assuntos relacionados à nutrição**, como, por exemplo, gostar de cozinhar, pertencer a uma família que se preocupa com a alimentação, dentre outros. Dessa forma, esses indivíduos se sentem mais à vontade na hora de discutir os hábitos alimentares com os pacientes.

Eu faço muito por intuição, porque, como eu gosto de nutrição, e gosto de cozinhar também, então eu tô sempre procurando ver [...] então, eu acabo, eu acho que até me saio bem [...] (PS-5)

Eu não tenho muita dificuldade. Eu tenho um problema que é, talvez, meu, é uma questão cultural, porque eu gosto muito de cozinhar, e sempre, vim de uma família que sempre comeu, preocupada com o que tava comendo, entendeu? Então eu tenho essa coisa assim, que eu acabo pondo do meu. “Ah, não, você tá com anemia? Ah, então, eu conheço um suco, sei lá, de inhame com couve...” (risos) Adoro essas coisas! E daí, vou dando as minhas. Mas sem exagero, né? É bem assim [...] Mas isso eu não trago da minha parte profissional, porque isso eu não tive, isso eu trago da minha parte pessoal mesmo, de formação, de cultura. De, sei lá, você pegar e comer uma castanha todo dia, e negocia, “ah, mas é caro!”, “não, mas é uma por dia, não vai comprar e comer o pacote inteiro!”. Daí veio a nutricionista, foi legal, porque daí ela me confirmou tudo que eu trazia, lá de longe. Foi bacana. (PS-12)

Além disso, revelou-se também uma maior **socialização dos conhecimentos de nutrição** entre os profissionais da equipe, proporcionado pelo convívio com os nutricionistas residentes, o que facilita a abordagem.

[...] é legal porque eu comecei a trocar muitas coisas com ela [nutricionista residente], então, eu comecei a ver muitas coisas da nutrição que eu não fazia, assim, idéia da questão da clínica da nutrição. (R-1)

Eu acho que eu não vejo mais a gente sem residente aqui, tanto pra formação da equipe, porque eu acho que mudou muito a concepção das pessoas aqui dentro. Mesmo de aprendizado, sabe, nosso aprendizado aqui, se você tá interessado, você aprende muita coisa com eles. É uma troca muito grande, eles ajudam a gente muito. (PM-7)

Eu, nesses dois anos que eu tô aqui aprendi muita coisa de nutrição. (R-14)

Devido à maior aquisição dos conhecimentos em nutrição, poucos profissionais manifestaram não ter nenhuma dificuldade quanto à abordagem de questões alimentares com os seus pacientes, e relacionaram com o fato de contarem com residente nutricionista na USF, para apoio na solução de possíveis dúvidas.

Dificuldade? Olha, ultimamente, assim, eu não tenho encontrado grandes dificuldades não, porque já passei por diversas experiências, né? E todas, quando eu não consegui, eu fui buscar ajuda pra levar para o usuário o que ele precisava. Então, hoje eu acho que eu sinto, assim, eu não tô preparada por completo, sempre tem alguma coisa que você não vai. Mas eu acho, assim, que pro dia a dia, pro corriqueiro, acho que dá pra mim. (PM-20)

Os resultados deste estudo demonstraram que a presença do nutricionista nas USF, por meio do programa de residência, proporcionou o **apoio necessário e qualificado na área de nutrição**, para sanar as dúvidas que surgem, no dia a dia dos profissionais da equipe de referência. Entretanto, em algumas situações que exigem maior complexidade de atenção, eles não só identificaram o limite de sua atuação como ainda manifestaram seu interesse em trazer o nutricionista para dentro da equipe de saúde.

Mas quando vem alguma pergunta assim, você não sabe, né? Então, eu não sei, eu acho que alguns casos deveria ter o nutricionista mesmo pra acompanhar na unidade [...] eu acho que deveria ter uma nutricionista em cada USF, na equipe mesmo. (PM-8)

Concordando com as observações feitas por Boog, é importante que programas de educação permanente em nutrição para a equipe de saúde da família sejam eficazes, na direção de não criar nos profissionais não nutricionistas a ilusão de que conhecer nutrição significa responsabilizar-se pela assistência nutricional prestada aos pacientes, ou ter total segurança para fazer uma orientação nutricional mais específica. Segurança esta, que pode até ser mais decorrente da ignorância sobre a complexidade dos problemas alimentares, do que de fato de um

“conhecimento sólido de nutrição, uma vez que este conhecimento técnico, por si só, não garante a competência para desenvolver atividades educativas” (BOOG, 2002, p.23). Assim, um conhecimento científico de nutrição, adquirido por meio de educação permanente, não implica necessariamente no conhecimento suficiente de dietética e de educação nutricional, necessários para a adequada abordagem dos problemas alimentares.

Nesse caso, a preocupação maior seria que o profissional não nutricionista que tivesse adquirido algum conhecimento em nutrição não identificasse o limite de sua atuação em determinado caso e, portanto, não remetesse o problema ao profissional devidamente habilitado para a assistência nutricional. Foi possível perceber tal preocupação em alguns profissionais, conforme depoimento a seguir.

Eu acho que falta muito a questão técnica, tem algumas coisas que fogem, e eu não sei até que ponto eu posso chegar em alguns momentos, né? Porque tem alguns momentos que eu paro e falo “nossa, e agora? Eu continuo ou eu encaminho pra nutricionista?” Agora que eu tenho nutricionista aqui, é até fácil, porque quando me pinta essa dúvida, eu paro e vou conversar com ela. Aí ela me dá as orientações ou então a gente marca o atendimento. Mas na maioria das vezes a gente não tem. (PS-5)

4.2.3. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL

4.2.3.1. AS CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL

Eu acho que é ensinar as pessoas a comer certo [...] (PM-2)

Esta categoria é composta pelos depoimentos que revelam o conhecimento dos sujeitos da pesquisa a respeito do tema da educação nutricional.

Os resultados evidenciaram a falta de clareza, por parte dos profissionais, quanto ao conceito de educação nutricional, sendo que, a maioria dos profissionais de nível médio sequer conhecia o termo.

A despeito de concepções mais atuais apresentadas anteriormente (BOOG, 2004; CERVATO *et al.*, 2004; LIMA, 2004; MANÇO & COSTA, 2004; FERREIRA & MAGALHÃES, 2007), e partindo do pressuposto que as ações não devem ser autoritárias e normativas, mas sim dialógicas e problematizadoras, a educação nutricional ainda apareceu fortemente representada, neste estudo, como uma **estratégia para ensinar as pessoas a se alimentarem corretamente**, como se pode perceber a seguir.

[...] eu entendo assim, é tá dando a orientação em como tá se alimentando, porque a gente tem o hábito de estar se alimentando super mal. Eu sou assim. Às vezes, tem uma dieta de um médico, o médico fala que tem que seguir, você acaba não seguindo. Então, o nutricionista vai te ajudar em como você tá vendo isso e fazer, assim, com que você segue aquilo lá, o que é a parte nutricional do paciente ou de qualquer pessoa que queira ter esse acompanhamento. (PM-6)

Tá reeducando o corpo, se você não tem uma alimentação adequada, comer direito. (PM-18)

A educação nutricional também foi relacionada com a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

[...] eu acho que educação nutricional também extrapola essa questão científica, bioquímica, extrapola pra questão da promoção e... promoção da

saúde e prevenção de doenças. Que as comunidades percebam a nutrição de outra forma, que não a que foi conduzida, né? Porque nosso padrão nutricional mudou bastante. A humanidade mudou e a gente tem que mudar às vezes. A gente mudou pro pior, não? (risos) (PS-12)

Essa representação está de acordo com o pressuposto de Santos (2005b), que enfatiza a importância da educação nutricional na promoção das práticas alimentares saudáveis, sendo apontada como importante estratégia para enfrentar os novos desafios no campo da saúde, alimentação e nutrição. Boog (1999) também ressalta o papel da educação nutricional na promoção de hábitos alimentares saudáveis, desde a infância.

Os resultados revelaram uma concepção de educação nutricional prescritiva, mostrando que os profissionais de saúde seguem o modelo de educação tradicional, o qual pretende mudar comportamentos individuais utilizando estratégias educativas verticais, com transmissão de conhecimentos de forma unilateral, ou seja, uma “*educação bancária*”, na qual o educador é o detentor do saber e o educando deve aprender passivamente os conceitos ensinados (FREIRE, 2004).

[...] você saber, assim, **o que você pode, o que você não pode**. De que maneira você pode [...] Pra mim, educação é isso. (PM-20)

Considerando a educação problematizadora como a abordagem educativa mais adequada para a educação nutricional (BOOG, 2004; LIMA, 2004; RODRIGUES & BOOG, 2006), não seria coerente realizar uma intervenção que se limitasse a informações acerca da dieta e conteúdos afins, ou menos ainda, a modelos padronizados, embasados principalmente em restrições de alimentos, conforme exemplificam os relatos a seguir.

Tem uma dieta que tá escrito o que é permitido comer, alimentos permitidos e alimentos proibidos [...] (PM-3)

Se o paciente já tem uma doença que é restrito alguns alimentos, tento orientar em relação a isso. E, se não é, se não tem nenhuma doença, mas tem uma alimentação inadequada, eu oriento quanto à..., de um jeito superficial os alimentos que seriam adequados, corretos. É, se chegava

resultados de exame de triglicérides, colesterol, alterado, a gente passa também dieta. A gente tem uma folhinha aqui de dieta, e passa. Orienta os alimentos que são permitidos, moderados e proibidos. (R-15)

Nesse caso, seria como contribuir para uma educação pautada na “domesticação” do indivíduo, impossibilitando-o de se aprofundar num nível de consciência crítica, autônoma e libertadora (FREIRE, 2004).

No entanto, no presente trabalho, as representações obtidas acerca da educação nutricional distanciaram-se, consideravelmente, de tais proposições teóricas. Evidenciaram práticas verticais e prescritivas, baseadas essencialmente na transmissão de conhecimentos técnicos, revelando que a área carece de maior capacitação e discussão, por parte dos profissionais das equipes de saúde da família do município estudado.

Conforme exemplificado a seguir, foi possível perceber que os profissionais das unidades pesquisadas desconhecem – ou simplesmente não utilizam – metodologia específica para as ações de educação nutricional, revelando uma representação de que, para a sua prática, não é necessário planejamento, nem tampouco capacitação na área.

Então, essa questão de educação nutricional, eu acho que a gente faz individualmente um tanto, da maneira como cada um entende, né? (PS-12)

Também para Santos (2005b), o campo da educação nutricional ainda demanda maiores discussões sobre metodologias de ensino-aprendizagem adequadas para sua prática, a fim de que a temática seja inserida no âmbito da atenção básica, mais especificamente na ESF. Neste mesmo sentido, estudo de Aquino *et al.* (2007) revelou que usuários e profissionais de saúde concebem a educação nutricional como um programa indefinido quanto à forma de ser realizado.

O fragmento a seguir reflete o uso tradicional da pirâmide alimentar como instrumento para ações de educação nutricional nas USF estudadas.

[...] você falou em educação, quando você vai educar uma pessoa, você vai ensiná-la, você vai ensinar a pessoa como comer, fazer uma cadeia lá, **aquele triangulozinho**, né, as frutas, legumes, as carnes, os embutidos. Então você vai tá ensinando pras pessoas como comer bem. (PM-22)

O guia alimentar, conhecido como pirâmide alimentar, amplamente reconhecido como uma ferramenta de educação nutricional, foi desenvolvido pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) em 1992, sendo representado graficamente por uma pirâmide e tendo como princípio a variedade, moderação e proporcionalidade. A forma gráfica de distribuição de alimentos permite uma fácil compreensão, orientando a escolha mais adequada de alimentos da dieta usual. Consideram-se as porções recomendadas, as quais são variáveis conforme a população à qual se destina o guia alimentar (PHILIPPI *et al.*, 1999).

Entretanto, faz-se necessário reconhecer que, em 2006, foi publicado o primeiro ***Guia Alimentar para a população brasileira***, o qual se constitui em um instrumento oficial, baseado no cenário epidemiológico atual e nas evidências científicas, que define as diretrizes alimentares para serem utilizadas na orientação de escolhas alimentares mais saudáveis pela população brasileira. O guia tem o propósito de contribuir para a orientação de práticas alimentares saudáveis, que visem à promoção da saúde e à prevenção de doenças relacionadas à alimentação (BRASIL, 2006). Além deste, em 2002, o Ministério da Saúde também publicou o ***Guia Alimentar para crianças menores de dois anos***, com a finalidade de contribuir na orientação para a introdução da alimentação complementar de qualidade, e em tempo oportuno, na primeira infância, como atividade de rotina nos serviços de saúde (BRASIL, 2002). Os materiais elaborados destinam-se a facilitar a difusão de informação sobre a alimentação saudável e suas dimensões, orientar as práticas dos profissionais de saúde e promover educação alimentar e nutricional para a população.

Dessa forma, o uso da pirâmide alimentar, muitas vezes citado e utilizado como instrumento para educação nutricional na atenção básica, por se tratar de guia

elaborado especialmente para a população americana, precisa ser revisto, visto que existem instrumentos nacionais elaborados para essa finalidade.

É importante considerar que, para que os instrumentos utilizados nas ações de educação nutricional possam cumprir com seus objetivos, é necessário haver um trabalho local de sensibilização dos profissionais que os recebem, e capacitação para adequada utilização, destacando-se, para tanto, o papel dos municípios (BRASIL, 2010). Daí, mais uma vez a importância da elaboração de uma política de educação permanente em nutrição para o município.

Para Pinheiro (2005), diante de práticas alimentares inadequadas, é de extrema importância o desenvolvimento de estratégias de educação nutricional adequadas, visando a incentivar mudanças nestes hábitos. Todavia, o papel do setor saúde na promoção da alimentação saudável (PAS) precisa ser melhor esclarecido, e os profissionais de saúde precisam ter uma compreensão mais qualificada da proposta de PAS, por meio da educação nutricional, para que possam atuar com resolutividade neste campo de atuação.

Vale lembrar que, para a PAS, as propostas educativas não devem estar focadas somente na disseminação de informações, ou seja, ampliar o acervo de informações dos profissionais de saúde em conteúdos técnicos de alimentação e nutrição, em detrimento à importância de capacitações em abordagens educativas apropriadas. O conhecimento técnico não pode substituir a educação, que tem no diálogo um dos seus elementos centrais. Esse diálogo é que oferece sentido para as ações educativas e para o processo de mudança das práticas alimentares dos indivíduos (SANTOS, 2005b).

4.2.3.2. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL X ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

[...] eu acho que a educação nutricional, ela tem a ver com hábito. É diferente da orientação, que eu acho mais pontual, por exemplo, a orientação pra uma alimentação evoluir pra uma cicatrização de feridas. Isso é uma orientação. Agora, a educação tem a ver com a postura, com que a pessoa pretende fazer a longo prazo, pro resto da vida dela talvez. (R-17)

Ao se ler diversas vezes o material coletado, notou-se que grande parte dos profissionais confunde a educação com orientação alimentar, pois reconhecem como educação nutricional, ações que se limitam à transmissão de informações sobre dietas para patologias específicas. Orientações bastante pontuais, como as orientações de dietas para patologias específicas, foram citadas por muitos informantes como exemplos de ações de educação nutricional.

Destaca-se, aqui, a distinção feita por Boog (1997) entre orientação e educação nutricional. Para a autora, orientação significa uma ênfase na mudança imediata das práticas alimentares, por meio de prescrições dietéticas, e nos resultados obtidos a partir das prescrições. A preocupação precípua é a mudança de práticas e o seguimento de dietas com objetivos específicos, e certo rigor para horários e técnicas, onde não se aceitam transgressões e questionamentos. Nesse caso, o profissional responsável é uma autoridade, cuja orientação deve ser seguida.

Por outro lado, a educação nutricional mantém a ênfase no processo de modificar e melhorar o hábito alimentar a médio e longo prazo, preocupa-se com as representações sobre o comer e a comida, com o conhecimento, as atitudes e a valoração da alimentação para a saúde, além da mudança de práticas alimentares. O profissional responsável é um parceiro na resolução dos problemas alimentares, com o qual o paciente discute, sem constrangimento, seus problemas e dificuldades (BOOG, 1997, p.16).

Boog (1996) enfatiza que é necessário esclarecer os demais profissionais acerca das diferenças entre um trabalho específico de educação nutricional realizado por nutricionista e as orientações nutricionais pontuais, que precisam ser dadas emergencialmente por médicos, enfermeiros ou agentes de saúde, durante seus atendimentos.

Ao pesquisar as concepções de nutricionistas sobre a educação nutricional, Baião (1993 *apud* LIMA *et al.*, 2003) concluiu que:

“... a educação nutricional ainda é realizada visando modificações dos hábitos errôneos dos diversos grupos de baixa renda e a introdução de alimentos, e nisso se confunde educação com orientação alimentar. [...] Os conteúdos são técnicos e nada reflexivos [...] a prática educativa observada é identificada como um mero repasse do saber técnico e científico. O vínculo existente entre o profissional e a população permanece no plano intervencionista e técnico” (LIMA et al., 2003, p.623).

É importante ressaltar que a educação nutricional, para que cumpra seus objetivos, necessita ter clareza conceitual por parte de quem a realiza, para permitir uma intervenção mais adequada (LIMA, 2004).

4.2.3.3. AÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Nas unidades?... Na cidade? No geral?... Na área de nutrição?... Então... na rede não. Não conheço. Nenhuma. (PM-18)

Eu imagino que, já que não tem o profissional, não é muito focado nessas ações de educação nutricional não. Acho que, de repente, muito pontual alguma coisa é trabalhado, mas acho que não tem uma continuidade. (R-16)

O estudo revelou a inexistência de ações sistematizadas e contínuas de educação nutricional na rede. No entanto, quando questionados sobre as ações, as opiniões dos profissionais de saúde apontaram para a necessidade de implementação dessas atividades.

Todos os profissionais afirmaram a importância da alimentação para a saúde, o que nos remete para Boog (1999), para quem a educação nutricional deve estar presente em todos os níveis de atenção à saúde. Monteiro *et al.* (2000) propõem que tais ações são necessárias para enfrentar o atual quadro de transição nutricional enfrentado no país. Da mesma forma, Aquino *et al.* (2007) apontaram para a necessidade de implementação de atividades de educação nutricional nos serviços de saúde, uma vez que ela não se constitui em ação institucionalizada e definida quanto à forma de ser realizada.

Iniciativas individuais de algumas USF estudadas foram citadas, como por exemplo, grupos de educação nutricional para diabéticos e hipertensos, e grupos de apoio e incentivo ao aleitamento materno. As ações educativas direcionadas ao apoio e incentivo ao aleitamento materno mostraram-se bastante estruturadas no município, sendo citadas diversas vezes como ações de educação nutricional.

A realização de grupos tem-se revelado como uma boa estratégia para o desenvolvimento de atividades educativas. O grupo permite a formação de um espaço que potencializa a troca de experiências, reflexões, produção coletiva de conhecimento e desenvolvimento de estratégias para enfrentamento da realidade, por meio de orientações de forma lúdica e interativa, promovendo maior mobilização dos seus membros para o alcance de um objetivo comum (MARCOLINO & SANTOS, 2007).

É importante lembrar que quando se desenvolve uma atividade de educação nutricional com grupos, o trabalho resulta muito mais motivador e eficaz se for fundamentado em problemas alimentares sentidos e vivenciados pelos membros do grupo, do que em questões gerais de alimentação e nutrição. Em outras palavras, programas educativos em nutrição devem ser planejados com base em diagnósticos de situação, ou seja, trabalhar questões que realmente tenham significado para o grupo.

Na literatura, há diversos trabalhos que relatam o desenvolvimento de estratégias educativas em nutrição (BOOG, 1996; LIMA *et al.*, 2000; BOOG *et al.*, 2003; LIMA, 2004; CERVATO *et al.*, 2005; MANÇO, 2005; RODRIGUES & BOOG, 2006; CASTRO *et al.* 2007; ALENCAR *et al.*, 2008; VASCONCELOS *et al.*, 2008).

Vasconcelos *et al.* (2008), por exemplo, mostraram práticas educativas em nutrição na atenção básica, desenvolvidas segundo o referencial teórico da educação popular. Trata-se de um projeto de extensão denominado “Práticas integrais da Nutrição na Atenção Básica em Saúde” que acontece em João Pessoa/PB, onde estudantes do curso de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) atuam com grupos da comunidade, fazem visitas domiciliares e

aconselhamento dietético individual. As atividades buscam associar a prática da educação nutricional crítica aos elementos da educação popular, valorizando-se a relação horizontal educador-educando e utilizando o referencial da teoria pedagógica de Paulo Freire. Como resultado das intervenções, a participação dos estudantes de nutrição na rotina dos grupos de educação em saúde, trouxe a contribuição da educação popular na construção de um espaço que não discuta apenas doenças (diabetes e hipertensão, por exemplo). Mas, que estimule a iniciativa dos indivíduos, criando-se alternativas para melhorar seu bem estar e sua qualidade de vida. Os autores concluíram que as atividades de extensão popular se constituíram num caminho teórico e metodológico capaz de formar nutricionistas com postura diferenciada e visão crítica para atuar na atenção básica, numa perspectiva que extrapole a prática biologicista da atenção nutricional (VASCONCELOS *et al.*, 2008).

Uma das abordagens de educação nutricional, segundo Rodrigues & Boog (2006), é o aconselhamento dietético, que se efetua pelo diálogo entre o usuário, portador de uma história de vida, que procura ajuda para solucionar problemas de alimentação, e o nutricionista, preparado para analisar o problema alimentar, em seu contexto biopsicossociocultural. Cabe ao profissional auxiliar o cliente a buscar soluções por meio da criação de estratégias de enfrentamento dos problemas alimentares na vida cotidiana. Dessa forma, o processo de aconselhamento não busca impor ao paciente respostas prontas para o problema, por meio da prescrição de dietas, mas sim estabelecer uma relação de ajuda entre este e o profissional aconselhador. Neste estudo, Rodrigues & Boog (2006), demonstraram a relevância do nutricionista nesse processo.

Castro *et al.* (2007) elaboraram um projeto que se configurou numa inovação metodológica no campo das práticas educativas em nutrição. O trabalho demonstrou a experimentação de um método educativo para promoção da alimentação saudável, tendo a culinária como eixo estruturante do método proposto, a fim de proporcionar uma experiência de vivência e reflexão sobre a comida e sobre tudo o que ela significa. Além de resgatar a prática de cozinhar, como atividade a ser valorizada no cotidiano, na perspectiva do cuidado consigo e com o outro.

Nesse sentido, o depoimento a seguir revela um movimento nessa direção:

Porque eles sabem comer arroz e feijão, não que isso seja ruim, mas a parte de legumes, verduras, não têm hábito, entendeu? E eles acham caro, trabalhoso, o problema é o trabalhoso, tem que lavar... então, tem muitas coisas disso daí, eu acho que o problema é a parte, realmente, de aprender a fazer de uma forma prazerosa, eu acredito, tá? Então, uma das coisas que a gente tem em mente pro ano que vem é fazer uma **cozinha experimental** aqui. Como faremos isso? Vamos colocar todo mundo na cozinha. [...] Eu lembro que, uma vez, em 2003, 2004, não me lembro, a cozinha era aqui na frente ainda, a gente fez oficina de papinhas, alimentação infantil. Foi muito legal, foi muito interessante. Vinham as mães, e a gente fazia uma reunião, uma conversa, com questões de educação, e depois ia fazer as papinhas pra degustação depois. E as crianças degustavam também, o que era mais interessante. Ah, vamos fazer, não era só papinha, a gente, teve um dia que a gente fez aqui, eu me lembro muito bem, ficou marcado, vamos fazer suco de limão com couve... porque todo mundo tem limão, um pé de limão ou no vizinho ou no quintal. E couve também [...] Assim, o que se espera é que a criança torça o nariz pra isso... tomaram de 2 copos! [...] Então, é aí que tá o negócio. (PS-4)

No estudo de Cervato *et al.* (2005), as atividades de educação nutricional foram desenvolvidas com alunos da Universidade Aberta para a Terceira Idade (UATI). Os autores concluíram que, desde que o conteúdo das atividades seja adequado às características da população idosa, motivando-a para a participação efetiva no processo de auto-cuidado, pode haver modificações nas práticas alimentares e no conhecimento sobre nutrição.

Lima (2004) obteve evidências da efetividade da educação nutricional problematizadora, no processo de construção de conhecimentos sobre alimentação e nutrição de pacientes diabéticos, usuários de USF de um município do interior do estado de São Paulo.

De modo geral, as atividades de educação nutricional, quando aconteceram, foram realizadas por residentes de nutrição, no momento em que estes se encontravam nas unidades. Dessa forma, com a saída desses profissionais das USF, seja por motivo de férias ou término do curso de residência, as atividades eram descontinuadas.

A [nutricionista residente] fazia alguns atendimentos individuais, tiveram alguns grupos que a gente fez, foi até legal, com o pessoal, pra falar de rótulo, de alimentação e tal, pra ver como que tava a alimentação deles. Mas depois parou, foi uma coisa que não foi contínua. Só enquanto ela tava aqui, depois parou. Não teve mais. (PM-18)

Os resultados do presente estudo também mostraram falta de adesão⁵ dos usuários às exíguas ações de educação nutricional realizadas nas USF. A descontinuidade dessas ações, como exposto anteriormente, foi citada como um fator que contribuiu para a não adesão.

Porque, por exemplo, em Botucatu, no centro de saúde escola, a gente tem muita atividade de educação nutricional, muita. A população adora, a gente tem uma sala de espera que, impressionante como participa. É de ficar impressionado mesmo. E por quê? Porque existe há muito tempo! Desde o início do curso de graduação, 5 ou 6 anos? Atualmente tá na 7ª turma, eu acho, são 8 anos. Aquelas pessoas diariamente convivendo com estagiários de nutrição. Mas vai saber como foi os primeiros 2 ou 3 anos, né? (R-17)

Um dos nutricionistas residentes acredita que “as pessoas não estão preparadas para receber educação nutricional”, pois na população usuária da rede pública de saúde, a alimentação acaba se tornando um dos poucos prazeres possíveis, e qualquer proposta que limite a ingestão de alguns alimentos estaria prejudicando a adesão. Além disso, cita como entraves à mudança de hábitos

⁵ (WHO, 2003).

Para a Organização Mundial de Saúde, a adesão é o quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde: ao seguir uma dieta, ao tomar remédios e/ou executar mudanças no estilo de vida. Pode-se perceber que a visão sobre a adesão se tornou mais ampla que simplesmente o grau de obediência que a pessoa demonstra ao seguir um determinado tratamento. O conceito agrega em sua definição o princípio da autonomia, na medida em que exige a concordância do paciente com as recomendações preconizadas, o que implica no desempenho de um papel pró-ativo nos cuidados com a própria saúde. Está implícito que deve haver colaboração e boa interação entre o paciente e o profissional que o assiste. Outro aspecto que chama a atenção nesta definição é a idéia da adesão como resultado do comportamento adotado pelo paciente, ou seja, suas condutas podem determinar o sucesso ou o fracasso do tratamento, na medida em que as atitudes de uma pessoa são constantemente influenciadas por diversos fatores. Dessa forma, para atingir o sucesso, a adesão deve ser entendida como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas “obedece” às prescrições do profissional de saúde, mas as entende, concorda e segue.

alimentares, a influência do apelo do consumismo e o imediatismo ou a falta de entendimento de que a “alimentação saudável é um investimento a longo prazo”.

As pessoas não estão preparadas pra receber educação nutricional. [...] Eu acho que a população não tá afim, não tem estrutura pra bancar uma mudança do hábito, e de comportamento, os profissionais tão sobrecarregados. Eu falo muito por mim, eu tentei fazer mudança de hábito com todos, mas fiz de uma minoria. [...] Porque ... primeiro porque a limitação tá muito relacionada com o prazer, e nessa população especificamente, a alimentação acaba sendo o último, a última alegria (risos), entende um pouco o que eu tô falando? Então é muito, não tem emprego, tem conflitos familiares grandes... [...] a televisão tem um papel nisso, né? O apelo do consumismo, do prazer imediato, isso são mensagens subliminares, então, você tá na televisão, nossa, a propaganda da coca-cola mesmo, o mundo é cinza, e de repente abre uma coca-cola e o mundo fica colorido, então... é muito complicado. Isso tudo influencia. Então, as pessoas não têm uma coisa a longo prazo, se você fala pra elas assim, e é uma coisa que eu sempre falo, alimentação é um investimento a longo prazo. Você não vai ver amanhã o efeito de você consumir mais fibras e menos gordura, não é igual remédio. Então confia, é uma poupança que você tá fazendo. Não é pra amanhã, é pra daqui alguns anos. Você vai sentir diferença sim. E aí você pega, você tenta ver exemplos, uma atriz vegetariana, por exemplo, ou qualquer coisa, gente mais naturalzinha, assim, olha como que é a pele dela, olha o cabelo, tenta de várias formas. Mas o apelo consumista, o prazer imediato, atualmente, tá atropelando tudo. (R-17)

Além disso, a resistência da população para atividades em grupo também foi citada como causa da não adesão às ações de educação nutricional.

[...] quando a gente tenta fazer grupo, nossa, é um sofrimento, a gente tem que pedir, “Faz um favor pra mim, vai no meu grupo?” É uma coisa estranha. Se falasse que ia dar remédio, que nem a gente brincava, ia lotar [...] (R-17)

A gente aqui tem uma certa dificuldade em trazer o usuário pra participar desses grupos, eles têm uma certa resistência. Quando você faz o convite especificamente pra um grupo, ele não vem. Você tem que arranjar alguma forma de trazer sem que ele perceba que ele tá vindo pra um grupo. (PM-20)

Ah, as pessoas, acho que já não gostam muito de participar desse tipo de trabalho. Elas querem mais um atendimento individualizado. [...] Tem muito pouco interesse no grupo. A gente pede pra vir, pede pra participar, muito poucos vêm. Eles querem mais atendimento ... o que a gente escuta muito é, a gente fala, “Ah, hoje é dia de grupo. Você vai participar do grupo? Não. Eu vim só pra consulta”. Então, a população geralmente tem essa idéia, do atendimento, individual. (PM-24)

Nessa perspectiva, é digno de ressalva o trabalho desenvolvido por residentes em um dos cenários também escolhidos para o presente estudo, que versou sobre a estratégia utilizada para aumentar a participação da população nas atividades educativas propostas na unidade, denominada “Bingão da Saúde”. O uso do jogo do bingo, ao se aproximar de atividades cotidianas ligadas ao lazer e, conseqüentemente, ao prazer, mostrou-se como uma proposta diferenciada de gestão participativa e cuidado entre os usuários da unidade, na medida em que proporcionou motivação para a discussão de assuntos importantes e permitiu o fortalecimento do vínculo profissional-usuário, favorecendo a troca de saberes necessária para a execução de ações de educação em saúde (MAXTA *et al.*, 2010).

4.2.3.4. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL – ATRIBUIÇÃO PRIVATIVA DO NUTRICIONISTA ?

Talvez o nutricionista seja o profissional mais capacitado pra isso, mas ele também pode capacitar outros profissionais da equipe pra tá fazendo isso. Então, não que o nutricionista esteja diretamente fazendo essa ponte com o usuário, ele direto fazendo uma educação nutricional com o usuário, mas talvez capacitando o ACS ou a equipe pra tá fazendo essa educação alimentar [...] (R-14)

A responsabilidade técnica pelos programas e atividades de educação nutricional é do nutricionista, o que lhe é assegurado, inclusive, pela lei que regulamenta a profissão. De acordo com a Lei Federal 8.234/91, a Educação Nutricional figura como atividade privativa do nutricionista. Mais recentemente, a Resolução nº 380/2005 do Conselho Federal de Nutricionistas, ratifica a educação nutricional como ação de competência do profissional nutricionista.

Mais especificamente no âmbito da atenção básica, objeto de nosso estudo, o nutricionista deve ainda, segundo a resolução supracitada, desenvolver atividades relacionadas à Promoção da Saúde e à Assistência à Saúde.

Para Boog (1999), o nutricionista é o profissional que detém os conhecimentos específicos, construídos ao longo de sua formação profissional, necessários para a

educação nutricional baseada em referencial teórico adequado, planejada e realizada através de metodologia específica, o que o habilita para desenvolver programas e ações nessa área.

Santos (2005a) também considera que o nutricionista é o único profissional que recebe, na sua formação acadêmica, um conhecimento específico que lhe permite, a partir de diagnóstico e observação de valores socioculturais de cada paciente, propor as devidas orientações nutricionais, adequando-as à realidade de cada família, sendo um profissional indispensável no modelo de atenção à saúde proposto pela ESF.

Seguindo os pressupostos de Motta *et al.*, a nutrição é uma ciência multifacetária, em que a participação multiprofissional faz-se imprescindível. No entanto, o nutricionista é aquele que, teoricamente, apresenta uma formação acadêmica mais próxima à amplitude deste objeto de estudo. Em outras palavras, a abrangência dessa formação permite ao nutricionista lidar com os aspectos biológicos, econômicos, sociais, culturais, antropológicos, enfim, com a multidimensionalidade da questão alimentar (MOTTA *et al.*, 2003).

No entanto, as experiências práticas não reforçam essas idéias, pois, como já mencionado, os estudos mostram a inserção insuficiente de nutricionistas trabalhando na rede básica de saúde.

Diante deste cenário, é preciso considerar que uma lei que garante as atividades privativas de um profissional pode não despertar em outro profissional a dúvida sobre seu próprio limite de atuação. Em outras palavras, o fato da lei dizer que a educação nutricional é privativa do nutricionista, não chega a tornar claro que os outros profissionais não estão habilitados a realizá-la, sobretudo quando, tradicionalmente, eles vêm exercendo este papel, ainda que de forma insatisfatória.

Por outro lado, Boog (1996) enfatiza que é inegável que os atendimentos de saúde, quer sejam realizados pelo médico, pelo enfermeiro ou pelo agente de saúde, requerem, em determinadas circunstâncias, que o profissional forneça alguma orientação nutricional imediata. Pelas suas próprias características, conforme

discutido anteriormente, esta ação se configura muito mais como orientação, do que como educação nutricional, o que, portanto, não contraria a lei. É preciso, ainda, lembrar que a orientação nutricional pode ser caracterizada como um processo informal, *“realizada de forma não sistemática, com objetivos imediatistas”* (BOOG, 1996, p.186), e a educação nutricional constitui *“um campo específico de conhecimento científico, cujo domínio habilita o profissional nutricionista a exercer esta atividade de forma sistematizada”* (BOOG, 1996, p.184).

Desse modo, a promoção da alimentação saudável, enquanto ação integrante das ações de promoção à saúde, não pode ser uma responsabilidade exclusiva dos nutricionistas, mas precisa ser compartilhada pelas equipes. Para isso, deve-se pressupor que os profissionais da ESF, cujo trabalho tem relação com a promoção da saúde, devam ter um domínio de conhecimentos mínimos de nutrição (BOOG, 2008).

Vale lembrar que a Promoção da Alimentação Saudável (PAS), conforme definida na ***Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde***,

“engloba as ações e atividades que visam melhorar ou adequar o padrão alimentar e promover hábitos alimentares saudáveis de indivíduos, famílias ou comunidades” (BRASIL, 2009, p.72).

Alerte-se que o termo PAS adotado na Matriz vem sempre com as suas iniciais maiúsculas por que se refere e se fundamenta nos princípios, atributos e diretrizes consolidadas nos guias alimentares oficiais para o Brasil: ***Guia Alimentar para crianças menores de dois anos*** (BRASIL, 2002) e ***Guia Alimentar para a população brasileira*** (BRASIL, 2006).

Dessa maneira, a PAS, a despeito de seu caráter amplo, e de incluir a ação de outros profissionais de saúde, bem como de iniciativas que extrapolam os limites dos serviços de saúde, como outros setores do governo e da sociedade civil, também pode ser alcançada por meio da assistência e educação nutricional, as quais constituem ações privativas do nutricionista, conforme disposto na lei de

regulamentação da profissão. Enfim, a educação nutricional da população é uma das medidas para a promoção da alimentação saudável, e o nutricionista desempenha importante papel nessa área, constituindo-se em referência para os demais profissionais da equipe (BOOG, 2008).

4.2.4. PROBLEMATIZANDO A AUSÊNCIA DO NUTRICIONISTA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Porque realmente a nutrição é precaríssima na área da saúde. (PM-13)

Eu acho que é porque todo mundo pensa que a gente consegue dar conta, né, em relação a esse assunto (risos). (PS-11)

Considerando que a área de nutrição deve estar presente nas ações relacionadas tanto à promoção, quanto ao cuidado, em todos os níveis de atenção, e em todas as etapas do curso da vida (REDENUTRI, 2010a⁶), essa categoria versa sobre as concepções dos profissionais entrevistados sobre a ausência do nutricionista nas equipes de saúde da família.

Os depoimentos obtidos na presente pesquisa revelaram opiniões divergentes quanto à inclusão do nutricionista nas equipes de saúde da família. Por um lado, alguns profissionais relataram ser importante e necessária a inclusão do profissional na equipe mínima. Mostraram que os trabalhadores de saúde sentem a necessidade do nutricionista e reivindicaram que o mesmo venha a contribuir com seus conhecimentos específicos, na assistência direta à população, principalmente em relação à educação nutricional, conforme explicitado nos trechos a seguir.

Tem muitas coisas que eu aprendi e relembrei com a [nutricionista residente]. Então eu acho importantíssima a função e a atuação do nutricionista na unidade de saúde da família. Eu aprendi muito com a [nutricionista residente], relembrei muitas coisas que estavam esquecidas aqui no fundo da cachola (risos) e, eu acho importantíssimo, eu acho que não tem como. Eu acho que a nutricionista, ela deve estar na unidade da saúde, acompanhando nossos trabalhos, e sempre, é o que a [nutricionista residente] faz, a oportunidade que ela tem de tá fazendo, reunindo, tem que tá fazendo, tem que tá educando, entendeu? Eu acho que a atuação do nutricionista não é só ver se o diabético tá controlado ou não tá controlado, se a dieta dele tá boa ou não tá, isso a

⁶ (REDENUTRI, 2010a).

Texto de sistematização 03: ***“Discussão sobre o Documento-base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS”***, elaborado a partir de rodada de discussões na REDENUTRI com o objetivo de revisitar a PNAN, refletir sobre seu propósito e suas diretrizes.

gente faz junto, mas é educar o paciente a comer direito, entendeu? E eu, como médica, não tenho o acesso, por mais que eu seja aberta e tudo mais, eu não tenho o acesso que a [nutricionista residente] tem. A [nutricionista residente] chegou e fez uma abertura com os pacientes muito grande, o jeitinho dela foi suficiente pra cativar todo mundo, entendeu? (PS-4)

Acho muito importante ele estar aí dentro da equipe. Isso é uma coisa que eu já falei, o nutricionista, fisioterapeuta, médico, é muito importante. São coisas que não dá pra gente, não dá. (R-15)

Achados semelhantes foram obtidos em estudo realizado por Pedrosa & Teles (2001) com equipes de saúde da família. Neste, todos os entrevistados – agentes comunitários, médicos e enfermeiros – manifestaram-se no sentido de que a equipe deveria ser acrescida de assistente social e nutricionista.

Enfim, para alguns sujeitos, a atuação do nutricionista no município estudado precisa ser fortalecida para que as potencialidades do conhecimento da nutrição e das intervenções neste campo possam, de forma efetiva, contribuir para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população. Para isso, é necessária a sua atuação junto aos indivíduos, famílias e comunidade, além de sua contribuição na educação permanente dos demais profissionais de saúde.

Essa representação está de acordo com o Conselho Federal de Nutricionistas, que estabelece que algumas ações, como a assistência nutricional especializada e a educação nutricional, são de competência do nutricionista, pois dizem respeito ao seu conhecimento técnico específico (CFN, 2005) e, portanto, a rede de serviços públicos de saúde não pode prescindir do profissional.

É importante lembrar que há ainda outro grupo de atribuições, especialmente aquelas relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, que são de responsabilidade do conjunto de profissionais de saúde, configurando o campo da saúde coletiva. Neste caso, o nutricionista deve assumir o papel de profissional-referência para o desenvolvimento das ações, tendo a responsabilidade de orientar a abordagem mais adequada (BOOG, 2008).

Por outro lado, alguns profissionais manifestaram somente a necessidade de matriciamento do profissional nutricionista, para capacitá-los a lidar com seus pacientes de maneira mais ampla, com os conhecimentos específicos dessa área. Também relataram que, quando há outros profissionais para quem possam encaminhar, mesmo que estes não sejam exclusivos, e nem mesmo sejam integrantes formais da equipe de saúde da família, como no caso dos residentes, é o suficiente para suprir a necessidade de atendimento à população. Assim, de acordo com essa concepção, o nutricionista não seria necessário em período integral na unidade, como exemplificado nas falas destes entrevistados:

[...] mas não tentando reproduzir esse modelo, no sentido assim, como se fosse um apoio matricial também... que tenha comunicação com outras pessoas, que saiba passar o seu conhecimento pra outras pessoas, que não fique tão fechado (PS-11)

Tudo bem, a gente até entende que ele não venha todos os dias, que ele não esteja aqui para atender consulta, mas pra orientar mais, pra gente ter mais espaço de capacitação, um suporte pra gente poder dar a orientação até aonde a gente pode ir, quando a gente percebe que existe uma resistência muito grande, aquela dificuldade, “olha, tem que ser você mesmo, você é que tem o jeito pra isso”. (PM-26)

Idealmente até poderia pensar, mas... eu penso que se não for possível integrar, cada equipe ter o seu, a idéia do matriciamento que a gente vem trabalhando e tentando implantar, ela é o ideal, porque você teria o profissional de referência pra duas ou três equipes, que fosse, e, através do matriciamento, isso se daria fortalecendo a equipe, empoderando a equipe nisso, porque se você pensar numa equipe que atende aí 3 mil pessoas, através do matriciamento, você teria 3 equipes conversando com 1 nutricionista, que conseguiria dar conta aí de 9 mil pessoas, né? Então, eu acho que idealmente até seria interessante tê-lo, mas através do matriciamento, isso acho que já é o suficiente pra gente melhorar... (D-25)

Tais relatos apontaram para uma organização da atenção nutricional, na rede básica de saúde do município de São Carlos/SP, no formato de apoio matricial, no qual o nutricionista não é visto como alguém que vá atender diretamente os usuários, mas apenas *“como o detentor de um conhecimento técnico, muito específico, que deve ser repassado a outros profissionais que farão o atendimento”* (BOOG, 1999, p.144).

A tradicional figura do nutricionista como “*técnico*” que vai atuar através de “*multiplicadores*” foi bastante discutida por Boog (1996). Segundo a autora, essa forma de pensar a atuação do nutricionista, nos serviços públicos de saúde, provoca um distanciamento das pessoas para quem se pensa a educação nutricional, configurando-se, portanto, em uma educação sem convivência, sem diálogo, sem engajamento.

Santos (2005b) também questiona o lugar do nutricionista neste contexto, expondo que, muitas vezes, as habilidades e competências requeridas para o cuidado nutricional baseiam-se mais na comunicação, do que na educação propriamente dita, prescindindo-se da sua presença no cenário da ação. Ou seja, os profissionais são vistos mais como veiculadores de informações, do que como sujeitos das ações na área de alimentação e nutrição (SANTOS, 2005b).

Nesse sentido, o que se tem observado é que, apesar dos nutricionistas serem dotados de conhecimento específico e habilidades distintas de outras profissões, é limitado o reconhecimento das suas competências, na direção de assegurar as necessidades de nutrição das comunidades (PETERSEN *et al.*, 2003).

Machado (2003) afirma ser incompreensível que, na atualidade, as equipes de saúde não incluam outros profissionais das diversas áreas da saúde, como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e outros, já que a saúde é um campo inesgotável de prática profissional, devendo incorporar, cada vez mais, novas áreas do conhecimento.

É fato incontestável na literatura, que o nutricionista é o único profissional especificamente capacitado para lidar com as questões alimentares e nutricionais de indivíduos e de coletividades, sendo a nutrição uma das condições fundamentais para a saúde (SOARES, 2007). A **Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde** ressalta que a atual situação epidemiológica brasileira, representada pela dupla carga de doenças, é razão que justifica a incorporação das ações de alimentação e nutrição, no contexto da atenção básica à saúde em geral e, em particular, da estratégia da saúde da família. As ações de alimentação e nutrição

na atenção básica tanto contribuirão para a qualificação, como para a garantia da integralidade da atenção à saúde prestada à população (BRASIL, 2009b).

Embora o trabalho do nutricionista tenha sido bem aceito e reconhecido como relevante nas equipes de saúde estudadas, observou-se pouco movimento no sentido de contratação do profissional. Na realidade do município de São Carlos/SP, o serviço de saúde contava com apenas um profissional nutricionista efetivo até o ano de 2008. Hoje, são dois profissionais atuantes na atenção especializada, e nenhum, na atenção básica.

O trabalho de Soares (2007) também ressalta crítica à exclusão do nutricionista das equipes mínimas de saúde da família. Para a autora, o programa representa um solo fértil para a atuação do nutricionista, e a não participação do profissional evidencia uma **falta de reconhecimento governamental**. Os depoimentos a seguir procuram ilustrar essa questão.

Muitas vezes, quem manda, acho que também não tem noção do quanto é importante o nutricionista na rede. Falta eles saberem como realmente funciona o programa, no caso, o programa de saúde da família. Falta, porque, sei lá, a gestão, eu acho que tá lá, manda fazer, mas não quer saber como funciona. Geralmente é assim, eu acho, não sei. (PM-2)

Eu acho que é não valorizar, acho que é mais do que verba. Na verdade, se você for ver o gasto, se você colocar as nutricionistas, você vai tá prevenindo outras coisas [...] Então, eu acho que é custo benefício, sabe? (PM-7)

Não é a prioridade de contratação do profissional. As ações, de um modo geral, a gente vai... tá todo dia na conversa, mas não com essa profundidade que tem que ter. (D-25)

Alguns depoimentos atribuíram a ausência do profissional a uma postura pouco esclarecida daqueles a quem compete dirigir os serviços de saúde. Ou seja, a uma falta de visão dos gestores sobre a importância das ações de nutrição. Assim, como em trabalho de Santos (2005a), os entrevistados também se referiram à falta de vontade política dos gestores de saúde, em relação à abertura de campo de trabalho para o nutricionista, mostrando que estes ainda não se sensibilizaram a respeito da importância da atuação deste profissional. A fala a seguir retrata a

opinião de um dos participantes da presente pesquisa, no que se refere à necessidade de um maior conhecimento da realidade vivida pelas unidades de saúde, no tocante aos problemas alimentares da população, e, conseqüentemente, maior vontade política para promover a inclusão do nutricionista na ESF.

Eu acho que é por falta de consciência, eu acho que por falta de consciência dos gestores, da necessidade desses profissionais nas UBS, nos locais de assistência à saúde. Eu acho que eles acham, os gestores acham que a gente sabe tudo e tem tempo pra tudo, entendeu? Eu acho que não é bem assim, eu acho que cabe realmente um nutricionista em cada UBS, ou então em cada unidade de saúde, porque é uma população que, se a gente melhorar, eu acho que, o conceito, mudar um pouco os hábitos alimentares, ou mesmo os hábitos de estar fazendo ou estar promovendo a nutrição dentro de casa. (PS-4)

Aliada à questão política, também se atribuiu a ausência do nutricionista a uma questão de **falta de verba** para a contratação de profissionais, conforme trecho a seguir.

Agora, pra isso, tem toda a questão política, tem a questão de dinheiro. O quê que importa mais pra eles? Encher de médico a rede ou colocar nutricionista, fisioterapeuta... (PS-5)

Pra quê que eu vou ter nutricionista e pagar mais pra ele? Então, todo mundo sabe que comer verdura é bom, então, as coisas ficam num nível muito basal, não transcendem isso, não vêem outras coisas que seria mais específico da nutrição. Então, eu vejo que é uma questão de verba, também, tem essa questão da verba porque é mais um profissional, e hoje não se chama nenhum profissional, ainda mais o profissional da nutrição, porque qualquer médico sabe orientar uma alimentação perfeita. Mentira, né? [...] (R-1)

Na perspectiva de Boog (2008), a inclusão do nutricionista nas equipes de saúde da família também depende das representações que os gestores constroem a respeito da sua atuação, o que vai determinar uma maior ou menor importância devida a este profissional.

“É importante considerar que fatores de natureza subjetiva como a opinião dos gestores acerca do valor da intervenção, do potencial de resolutividade

dela a curto, médio e longo prazos e a representação que eles têm sobre o papel que o nutricionista pode ou deve desempenhar são tão ou mais significativos na tomada de decisão sobre a incorporação do profissional na equipe, do que a necessidade e disponibilidade de profissionais na região, e a avaliação dessa necessidade dificilmente será realizada sem sofrer a influência dos centros de interesse e de poder” (BOOG, 2008, p.34).

Nesse sentido, cabe destacar alguns trechos importantes da entrevista do sujeito responsável pela gestão da atenção básica, no município estudado. Esse discurso pode fornecer alguns elementos, que ajudarão na construção dessas representações.

Eu acho que... quantos anos tem a profissão de nutricionista? Ela já nasce numa concepção de ... lembra que eu falei no começo que é a coisa da elitização? Então, e da nutricionista, é um profissional de elite. Por quê? Porque as políticas públicas nunca trouxeram muito isso. E talvez por... Qual é a proposta de saúde que se tem, né? Quando a gente faz uma atenção à saúde médico-centrada, não vai sobrar espaço para mais ninguém, entendeu? Só o enfermeiro como auxiliar do médico. [...] Nós vínhamos sempre dessa proposta: atenção médico-centrada. Se é médico-centrada vai ser queixa-conduta, e aí sim a equipe de enfermagem vai sempre ser valorizada por quê? Porque tem que fazer aquilo que o médico determinou, operacional. É assim, sempre foi. A saúde, a atenção à saúde, esse é o nosso, a quebra desse paradigma... atenção à saúde não se faz com um único profissional que é o médico. [...] Se eu tenho uma atenção médico-centrada, eu não preciso dos demais, e eu não vou fortalecer isso. Então, as políticas hoje, a estratégia de saúde da família vem nessa direção, ela vai ter que desconstruir esse conceito de atenção à saúde médico-centrada, e passar pra questão da multidisciplinaridade, multiprofissionalismo, etc, cada um dando a sua contribuição. É isso que a gente acredita. E aí sim, nessas novas políticas, eu acho que a inserção do fono, do fisio, do T.O., do nutricionista, ele vai se dar. Porque se for pra continuar do mesmo jeito, se não ampliar isso, a gente não vai sair disso. Essa é a construção, eu acho que na cabeça dos profissionais primeiro, que muitas vezes a gente age dessa maneira, fortalecendo ou jogando no colo do outro porque é muito mais fácil, se eu jogo no colo do outro, a responsabilidade é do médico e ponto, a responsabilidade fica dele e eu me livre, eu não vou ter que me envolver. Então isso é uma construção, essa é uma mudança também de trabalhar da equipe. Então, eu acho que é essa coisa do respeito profissional que a gente ainda tem que aprender. Dificil, né? Bem difícil. Mas essa é a nossa meta. Senão, se a gente desistir, não vale a pena estar aqui. [...] é ter respeito entre os profissionais, cada um respeitar o domínio profissional do outro. (D-25)

Dessa forma, o discurso ressalta fatores importantes a serem considerados na construção da representação do fazer teórico-prático do nutricionista, pelos demais profissionais, como o tempo de existência da profissão de nutricionista, o modelo médico-hegemônico e o processo de construção de uma nova proposta de atenção à saúde.

Conforme já discutido, o **baixo reconhecimento social** e a **desvalorização profissional** são preocupações antigas da categoria (BOSI, 1996; SOARES, 2007). Para alguns autores, (SAAR & TREVISAN, 2007; BOOG, 2008), os nutricionistas se queixam da ausência de interação e da desvalorização de seu trabalho, nas equipes de saúde.

Em trabalho que discutiu a interferência das questões de gênero na escolha da profissão de nutricionista, Archanjo & Brito (2005) concluíram que a representação do curso, vinculada ao seu surgimento, não condiz com as atuais atribuições de gênero, e nem com as diversas funções assumidas pelo nutricionista no mercado de trabalho. Segundo as autoras, o desconhecimento de áreas importantes de atuação profissional, como a saúde e a segurança alimentar, mantendo uma imagem ligada à cozinha, pode contribuir para a desvalorização social e salarial do profissional.

O estudo de Bosi (1996) considerou que a Nutrição, a despeito de seu reconhecimento como profissão liberal e autônoma de nível superior, ainda não detém um adequado reconhecimento social, como as profissões mais tradicionais da saúde coletiva, como médicos, enfermeiros e dentistas. Para a autora,

“para que uma profissão seja reconhecida socialmente, é preciso que seja aceita como árbitro final em qualquer disputa sobre a validade do conhecimento técnico relacionado à sua área de atuação. A sociedade deve, portanto, entender que os problemas que se colocam num determinado campo necessitam ser resolvidos por aquela profissão, dado que ela porta o maior conhecimento. Dessa forma, o reconhecimento social de uma categoria decorre do reconhecimento do seu saber pela sociedade” (BOSI, 1996, p.168).

A autora ressalta, ainda, que a autonomia técnica de uma profissão é caracterizada pela possibilidade de controle sobre o seu conteúdo técnico, ou seja, é o que confere especificidade a uma profissão. Nesse sentido, a autora afirma que o saber dos profissionais não médicos não possui especificidade e exclusividade suficientes para funcionar como “*caixa preta*”. Para Bosi (1996), é a partir da garantia do direito à exclusividade do uso de certo conjunto de saberes ou da conquista de “*monopólios de competência*” que garantam autonomia, que a profissão ganha reconhecimento. Assim, a inexistência ou desconhecimento por parte dos demais profissionais de um objeto de trabalho “*exclusivo*” e “*legítimo*” para os nutricionistas parece ser responsável pelo baixo reconhecimento social e escassa valorização profissional (BOSI, 1996).

No presente estudo, tais questões também foram lembradas como possíveis fatores a serem considerados, quando se pensa na não inserção do nutricionista nas equipes.

[...] eu digo que **todo mundo fala um pouco**, porque se a gente olhar os currículos de um modo geral da área da saúde, que lida com o mesmo ser humano, a gente tem na formação da enfermagem, da fisio, do educador físico, do médico, o quê que é, a importância da nutrição, o valor dos alimentos, a questão nutricional influenciando aqui e acolá em termos do aparecimento ou controle de doenças. [...] Só vai dar uma passada, diferentemente de alguém que estuda isso o tempo inteiro, né? Então, a importância, o valor, a gente vai falando. Agora, não com a *expertise* que tem um nutricionista. Eu acho que cada um tem a sua qualificação em termos disso. Talvez até da psicologia, eu falo que nutrição também, que falar do psicológico, do emocional, todo mundo tem que fazer. A gente tá falando da integralidade do ser. Mas cada um tem a sua especificidade no que tá falando. Então, por isso que eu falo que todo mundo fala (risos). (D-25)

Por outro lado, Vasconcelos (2002) evidencia que a categoria dos nutricionistas conquistou avanços quantitativos e qualitativos, na direção da busca de legitimidade, autonomia e identidade profissional. Dentre essas conquistas, destacou a sensível ampliação dos campos de atuação profissional, que, por sua vez, gerou um:

“crescente processo de especialização/divisão do objeto de trabalho/estudo do nutricionista e, conseqüentemente, de uma melhor qualificação das suas

habilidades e competências técnico-científicas” (VASCONCELOS, 2002, p.137).

Concordando com essa afirmação, um dos nutricionistas residentes manifestou sua opinião a respeito desse movimento de conquista de valorização profissional da categoria.

Então eu acho que o nutricionista, ele tem se valorizado, tem ganhado impacto cada vez mais. Acho que as pessoas têm dado mais importância pra nutrição, né? Acho que ele não é tão importante do que a gente gostaria, mas eu acho que melhorou muito, a questão de valorizar o profissional. (R-16)

Também é necessário considerar que o entendimento de que a *“alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania”*, proposto pela PNAN (BRASIL, 2003, p.11), é relativamente recente e, segundo Pinheiro et al. (2008), sinaliza uma longa travessia a ser percorrida,, no contexto de implementação de políticas públicas que garantam a alimentação e a nutrição, enquanto um direito humano e social.

Segundo Soares (2007), a busca por maior reconhecimento social e valorização da profissão de nutricionista não passa somente por reivindicações corporativistas, mas, principalmente, pelo entendimento de que a nutrição precisa ser valorizada como necessidade social e direito humano, como aspecto primordial da sobrevivência e da cidadania humana.

O desconhecimento da população sobre o papel do nutricionista também foi referido como causa para a não inserção do nutricionista na ESF.

Porque eles não estão acostumados ainda, principalmente a população que procura o serviço público, não estão acostumados ainda com esse profissional no atendimento. Então, eles não têm muita idéia do porquê do nutricionista, o que ele faz exatamente. (PM-24)

Assim, o argumento da **profissão como “nova”** foi mencionado como causa da não incorporação efetiva do profissional nas equipes de saúde da família, sugerindo que muitas pessoas ainda não conhecem o profissional e, portanto, não o valorizam, conforme retrata a fala a seguir.

Eu acho que é um profissional, eu não sei, não tenho noção de quanto tempo existe essa profissão... Mas o que eu percebo, é uma coisa nova dentro da sociedade, uma coisa que talvez tivesse adormecida, e ela tá começando, porque as pessoas perceberam a importância que é. Então, eu acho que é sobre falta de conhecimento. Porque a partir do momento que você conhece uma coisa, você passa a exigir, pra que ela exista. Então eu acho que é um pouquinho de falta de conhecimento da sociedade enquanto um profissional ali, pra tá cuidando da parte da alimentação, desde como você escolhe seus alimentos, como você prepara, pra quê que serve isso e aquilo, como é que você vai fazer. Então, eu acho que é um pouquinho de desconhecimento. A gente não... eu tô falando isso por mim. Eu desconhecia até então muitas coisas do nutricionista. Então, quando você desconhece, você não exige. (PM-20)

Apesar de mais de 40 anos de regulamentação da profissão de nutricionista, Soares (2007) também obteve como resultado o fato da nutrição ser referida como uma profissão nova, e por isso, talvez não visível o suficiente para ser plenamente reconhecida e valorizada. Porém, a própria autora questiona o resultado, referindo que não é isso que se observa em outras carreiras emergentes, cujos profissionais concentram cada vez mais reconhecimento, prestígio e salário. Além disso, outros autores já questionaram a validade desse atributo – “*profissão nova*” – para explicar as dificuldades enfrentadas pela carreira (ROTEMBERG & PRADO, 1991; BOSI, 1996).

Em contrapartida, Almeida-Bittencourt *et al.* (2009) defendem que a expectativa da população, em relação à nutrição e à atuação do nutricionista, tem aumentado, em razão da ampliação dos campos de atuação profissional, uma vez que a nutrição tem se tornado um dos temas mais especulativos no campo da saúde.

Em outra perspectiva, os sujeitos entenderam que a incorporação efetiva do profissional nutricionista, assim como de outros profissionais não contemplados na equipe mínima da ESF, parece ser uma “questão de tempo”, visto que os próprios

gestores vêm propondo diferentes arranjos para incluir esses profissionais nas equipes, como por exemplo, no formato de equipes matriciais e nos NASF. Dessa forma, estaríamos vivenciando um processo de “amadurecimento do SUS”, ou seja, um processo de construção de uma nova proposta de atenção à saúde, baseada na integralidade, no trabalho em equipe multiprofissional e na interdisciplinaridade.

Eu acho que isso é uma coisa que vai pelo tempo, sabe? Porque, como você falou, até então não tinha e agora tem, e acho que isso tende a crescer, porque cada dia mais a gente vê a necessidade de outros profissionais, descentralizando do médico, que, até então, era tudo centralizado no médico. Eu acho que isso é uma coisa que vai crescer ainda. (PM-7)

Olha... no caso desse profissional especificamente... eu poderia dizer até de vários profissionais, eu acho que é uma própria questão de amadurecimento do SUS. Eu acho que o SUS, através dos seus gestores, tem visto a necessidade de uma melhor formação desses profissionais pra tá trabalhando em equipe. (PS-10)

Eu acredito que com o tempo, agora com residência chegando, essa residência multiprofissional abriu a visão do pessoal que trabalha na saúde, que desenvolve lá do ministério, coisa assim, eu acho que abriu a visão. Como a odontologia que foi conquistando aos poucos, essa multiprofissional também vai conseguir essa conquista, entendeu? Então, eu acho que não tem agora porque tá nesse período de transição dessa visão... E essas outras profissões, não só nutricionista, como psicólogo, tudo, eu acho que é um passo a ser conquistado. (PS-27)

Essas representações confirmam os resultados de outros estudos (ASSIS *et al.*, 2002; PINHEIRO *et al.*, 2008), onde a participação de outras categorias profissionais na Estratégia de Saúde da Família pôde contribuir para a consolidação dos princípios do SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade.

Vários profissionais entrevistados atribuíram a ausência do nutricionista na ESF a uma “**banalização da profissão**”, ou seja, à representação de que, culturalmente, a nutrição – e também a educação física – sejam profissões menos técnicas e menos especializadas que as demais profissões da área da saúde. Dessa forma, a nutrição e a educação física envolveriam atividades ligadas à cotidianidade e ao senso comum, ou seja, “comer e andar, o pessoal acha que todo mundo sabe

fazer”. Além disso, predominaria, na área da saúde de um modo geral, o senso comum de que “orientação alimentar qualquer um faz, por que ter o nutricionista?”.

[...] eles acham que é uma coisa mais simples, não valoriza mesmo, e acham que qualquer pessoa pode tá fazendo, eu acho que é isso, entendeu? “Ah, não, mas é só passar uma dietinha pra essa pessoa, ela segue”, só que não é bem assim. (PM-8)

[...] eu acho que, acredito que é um pouco por banalização, também, da profissão. Porque, por exemplo, profissional de educação física, precisa fazer caminhada, precisa fazer atividade física, qualquer um pode fazer! A nutrição, “ah, é só comer direito, come mais fruta, come mais verdura”, alguma coisa assim, tem um cardápio X, um cardápio Y, dependendo da pessoa, passa pra ele e pronto, acabou! Então, eu acho que, na visão de muitos profissionais, talvez são profissões que qualquer um pode fazer. Não que realmente seja! Pelo contrário! (risos). [...] Então, eu acho que acontece um pouco essa banalização, mas é cultural. (R-14)

É muito claro pras pessoas que, por exemplo, o educador físico não pode receitar remédio. Mas o médico pode, com toda certeza, falar, “Você vai caminhar, e você vai caminhar três vezes por dia”. Ele tá prescrevendo! Ele tá prescrevendo uma atividade física que, na verdade, é do âmbito do educador físico. Então, esse, não sei se é a palavra respeito, mas é uma linha muito tênue, sabe, pra atravessar pra determinadas profissões. [...] É meio que banalizado. Ninguém vai prescrever uma fisioterapia, que não o fisioterapeuta. Ninguém vai explicar a ação de um remédio, sem ser o farmacêutico. Parece que fica com mais cautela [...] porque as duas profissões querem lidar muito mais com prevenção e com promoção do que o curativo [...] E o que acontece numa má alimentação, num exercício realizado errado, não é pro perfil da pessoa, não é o que ela gosta, não tá dentro dos parâmetros dela, ela vai continuar aquilo, ela não vai ter nada do ganho, ela vai continuar na mesma coisa. Aí, se ela não tiver bem é que ela vai procurar, entendeu? Então é a longo prazo e as pessoas não valorizam tanto. Acho que uma coisa muito de sociedade também, de televisão, que deixa tudo muito pronto. O pronto errado, entre aspas. E eu acho que é isso que acontece. (R-19)

Tais relatos confirmam os resultados de Boog (1996), que discutiu a ausência do profissional nutricionista nos serviços públicos de saúde, questionando se seria devida à dificuldade inerente à própria atividade que, por estar tão estreitamente ligada à esfera do cotidiano, seria tida como “*não técnica*” ou “*pouco científica*”.

Nesse sentido, Verenguer (1997) também apresentou discussões em torno da legitimidade da área de Educação Física, baseadas em problemas observados na

preparação e atuação do profissional. A autora lembra que é difícil definir o que é ser professor de Educação Física, pois este atua de forma superficial, em várias áreas, com pouca especificidade, podendo não conseguir obter o reconhecimento de “*status*” profissional. Apropriando-se do pensamento dessa autora, a Nutrição, assim como a Educação Física, não apresenta singularidade no seu objeto de investigação e de atuação, já que a alimentação humana, assim como o movimento humano, estão presentes em outras áreas de intervenção profissional. Dessa forma, falta um corpo de conhecimento específico para as duas profissões, podendo acarretar a formação de profissionais inseguros e despreparados para atuarem nos diferentes campos.

No entanto, a autora afirma, em relação ao primeiro caso, que embora o movimento humano não seja exclusivo da Educação Física, seu conhecimento, oriundo de estudos integrativos, teria o caráter aplicado para sustentar a atuação profissional (VERENGUER, 1997), raciocínio este que pode ser estendido à Nutrição.

Contudo, os resultados do presente estudo parecem revelar alguns questionamentos a respeito da concepção da Nutrição como profissão pouco técnica, apontando para um movimento de mudança nessas representações. Dessa forma, a idéia de que “qualquer médico sabe orientar dieta” parece perder a força e começa a ser entendida como uma das possíveis causas da falta de adesão às orientações nutricionais.

[...] qualquer médico sabe orientar uma alimentação perfeita. Mentira, porque cada vez mais eu tenho consciência de que não é nada disso, se perdem muitas coisas muito importantes. Não só na orientação, como no jeito que você desenvolve, que o paciente adere, que normalmente é mais vertical, sem fundamento. Então, eu posso fazer 200 mil orientações e o cara vai embora e vai comer uma costela na hora do almoço, entendeu? Eu acho que falta esse incentivo sim, aqui a gente só tem um nutricionista na rede. (R-1)

Os próximos depoimentos revelam certo **desconhecimento do núcleo de competência específico do nutricionista** por parte de alguns sujeitos da pesquisa. Estes concebem o nutricionista como um “profissional de apoio”, na perspectiva de

que o seu trabalho não é suficientemente técnico. Seria somente um apoio aos trabalhadores técnicos da área da saúde, mais especificamente médicos e enfermeiros, podendo, portanto, prescindir-se dele, na maioria das vezes.

Mas acho que é **por ser uma coisa mais fácil**, entre aspas, que a gente consegue dar uma enganada (risos), assim, mais superficialmente, né? Uma coisa que a gente vai conseguindo levar, sempre vai ter alguma outra, algum outro problema maior, eu acho, que só a alimentação. (PS-11)

[...] corte de tudo que eles acham que é... todas as profissões que é apoio, que, assim, dá uma **ajuda**, porque a enfermagem é aquele trabalho, assim, quase que precisa, né? É curativo, é um trabalho que, como que eu vou dizer... **técnico**. Então, assim, enfermeiro sempre vai existir mesmo, médico também. E o nutricionista é aquele como **apoio**, que é como aquela coisa ainda, “Ah, não é tão importante”, alguns pensam assim. Então, dá pra viver sem. (R-15)

De acordo com Boog (2002), o nutricionista é responsável pela atenção nutricional e alimentar de indivíduos e coletividades, saudáveis e enfermos, desde a gestação, infância e adolescência, fase adulta e velhice. O que nos remete à especificidade da nutrição, na construção interdisciplinar da saúde coletiva, ou seja, a nutrição deve assumir seu núcleo de competência e responsabilidade, o **cuidado nutricional**, que pode ser definido como:

“... conjunto de medidas a serem tomadas a fim de prover, ao paciente, alimentação e/ou nutrição com finalidade terapêutica, que garanta o fornecimento adequado de nutrientes, previna a desnutrição e contribua para o controle do processo patológico e recuperação da saúde proporcionando, ao mesmo tempo, o maior grau possível de satisfação sensorial e psicológica. O processo de cuidado nutricional envolve quatro etapas: diagnóstico nutricional, no qual são avaliadas as condições nutricionais do paciente e identificadas necessidades de intervenções, planejamento das intervenções, implementação das intervenções e avaliação de resultados” (BOOG, 2002, p.21).

Assim, o núcleo de competência específica do nutricionista o capacita para articular as características individuais, psicológicas, sociais e culturais do doente com as demais questões envolvidas, promovendo uma visão e um cuidado integral.

De acordo com a lei de regulamentação da profissão, a assistência e a educação nutricional figuram como atividades privativas do nutricionista, habilitando-o a prestar o cuidado nutricional, em nível ambulatorial, domiciliar e hospitalar.

Além disso, a Resolução nº 380/2005 do CFN constitui-se em um importante passo para dar sustentação à atuação do nutricionista no campo da saúde coletiva, na medida em que define as áreas de atuação do profissional e suas atribuições, além de estabelecer parâmetros numéricos de referência por área. A resolução estabelece que,

“competete ao Nutricionista, no exercício de suas atribuições na área de Saúde Coletiva, prestar assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos sadios ou enfermos, em instituições públicas ou privadas e em consultório de nutrição e dietética, através de ações, programas, pesquisas e eventos, direta ou indiretamente relacionados à alimentação e nutrição, visando à prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde” (CFN, 2005, p.23).

Para Boog (2008), a resolução constitui um ato normativo, porém é preciso considerar que o processo de institucionalização depende da criação de uma nova realidade de atuação, que, no campo da saúde coletiva, ainda precisa ser construída na grande maioria dos municípios brasileiros, já que a assistência e a educação nutricional são realizadas, na maioria das vezes, por profissionais não nutricionistas.

Neste sentido, ficou claro em várias entrevistas que os profissionais da equipe de saúde da ESF resolvem, mesmo que inadequadamente, o problema da falta de outros profissionais, evitando assim que a demanda apareça. Dessa forma, conforme exposto por Santos (2005a), a não inserção do nutricionista nas equipes abre espaço para que outros profissionais se apropriem, de forma inadequada ou superficial, do conhecimento sobre nutrição, tentando suprir esta falta, mesmo conscientes de que não possuem formação adequada nessa área.

Eu penso assim, que talvez, na falta do profissional, eles se viram do jeito que podem, não é? Do jeito que dá. (PM-21)

[...] a orientação que vai além daquele trivial, “Olha, o senhor não coma isso, o senhor coma aquilo!” Isso não funciona! Que é o que os outros

profissionais vão dar conta de fazer! Ó, quem é hipertenso tem que diminuir sal. Se essa informação chegar desse jeito só, alguém vai continuar achando que não come sal, comendo muito sódio (risos), cloreto de sódio, né? E nas outras coisas? E por quê? Porque ela vai fazer essa questão básica, igual o diabético. Se essa informação passa assim só, “Ó, o diabético não come açúcar”... a enfermeira tem condições de orientar mais, mas também, cada equipe, você tem uma enfermeira que não tá olhando todo mundo, né? Então, você vai ter o auxiliar de enfermagem que, no limite, ele vai orientar isso, “Olha, o senhor diminui sal, açúcar”. Pronto, danou tudo! (D-25)

Silva *et al.* (2006) sugerem que, ao executar funções que não lhe é específica, a equipe mínima está contribuindo para *“aumentar a opacidade a respeito das limitações que sua atual composição acarreta para a população”* (p.81). Além disso, consideram que este fato reforça a medicalização histórica da sociedade, que vê na atenção curativa biomédica e especializada a solução para todas as suas necessidades de saúde.

Para os autores, a inclusão de outros profissionais nas equipes da ESF, depende, principalmente, de ações educativas dos profissionais já inseridos. Pois, estes poderiam mostrar à população a necessidade de outras categorias profissionais para um atendimento integral. Muitas vezes, o usuário sabe que tem uma necessidade, mas não identifica ou desconhece que profissional poderia melhor atendê-lo e, conseqüentemente, procura os profissionais que estão disponíveis na unidade de saúde. O objetivo do usuário é ter o seu problema solucionado, de forma imediata, mesmo que temporariamente. Se os profissionais da USF tentam atender uma necessidade de saúde que vá além de seu núcleo de competência, seja emocional, alimentar, social ou outra, o usuário pode sentir-se satisfeito, sem dispor da informação sobre a existência de outros profissionais capacitados para atendê-lo naquela necessidade específica, e que provavelmente daria um rumo mais eficaz e adequado a esta demanda (SILVA *et al.*, 2006).

Como conseqüência deste fato, os autores sugerem que os gestores, por sua vez, também não serão confrontados com essa necessidade, continuando a perpetuar o modelo hegemônico vigente. Desse modo, embora as políticas públicas

tenham um enfoque na integralidade e na interdisciplinaridade, como formas de qualificar a assistência em saúde, paradoxalmente, iniciativas para ampliação da composição da equipe mínima não são prioritárias, embora sejam necessárias (SILVA *et al.*, 2006).

Os profissionais que compuseram a amostra deste estudo acreditam que a inserção do nutricionista na equipe de saúde da família, assim como de outros profissionais, poderia favorecer uma atuação mais integral. Contudo, a não incorporação de outras categorias profissionais nas equipes faz com que se perpetue o **modelo médico-hegemônico**, onde a atenção é centralizada nos procedimentos e na figura do médico, como exemplificam os próximos depoimentos.

Olha, eu acho assim, a área de saúde, ela ainda tá no modelo antigo, onde o importante é o médico, tá certo? É o médico, e depois o enfermeiro. Essas são as duas figuras do modelo de saúde, e, por mais que a gente tente mudar isso, eu acho que politicamente, eles acabam reforçando o modelo antigo, certo? Então, tanto a gestão local como o governo mesmo, em todos os níveis, eu acho que eles têm o discurso de fazer uma equipe multiprofissional, co-gestão, mudar o modelo, fazer vínculo, mas no final das contas, se reforça a questão do médico e do enfermeiro dentro da unidade. Se reforça o quê? O médico como assistencialista que vai ficar lá e vai atender todo mundo e o enfermeiro como quem comanda a unidade. (PS-5)

[...] talvez não achem que tenha tanta importância assim, não se acha tão necessário ter o nutricionista aqui quanto o médico [...] Porque tem ainda aquela visão curativa, do médico aqui, centralizado no médico. Então o médico aqui é essencial, não abre o olhar, não amplia o olhar pras outras coisas, tem aquela visão curativa ainda. (PM-18)

Essa manutenção do modelo de atenção à saúde centrado em procedimentos também seria responsável por uma medicalização dos problemas nutricionais, já que os profissionais que atuam nas USF não estariam preparados para trabalhar com as causas de tais problemas.

Porque eu acho que eles têm uma visão de que o médico pode dar conta dos problemas que o nutricionista poderia dar. E a gente vê que não é isso que acontece, né? A gente tá aí na realidade e é fato, que não ocorre, é mais uma questão de medicalização. Então vem um problema e tá relacionado à nutrição, mas medicaliza e pronto. Não trata o problema, a causa, só a

consequência dela... De várias coisas que acontecem, você sabe que é relacionado a nutrição, só que aí não contrata. Prefere contratar outros profissionais. Porque eles julgam que são mais importantes. (R-16)

Assim, na entrevista a seguir, revelou-se um grande paradoxo, onde, por um lado, existe o discurso oficial da importância do trabalho em equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, buscando uma atenção integral, e, por outro, tem-se o reforço político do modelo antigo, médico centrado, já que não se investe na contratação de outros profissionais, além do médico e do enfermeiro.

Porque o discurso é um, na prática é outro. O discurso é: nós vamos valorizar equipe, não mais médico centrado, mas, na prática, o quê que se valoriza? O trabalho do médico. O curativo. (R-19)

Em sua tese, Boog (1996) propõe duas visões a respeito dos caminhos a serem trilhados, em direção à incorporação desse profissional nas instituições de saúde pública. A visão técnica atribui a não incorporação efetiva à falta de conscientização dos profissionais, principalmente dos médicos, e sugere uma divulgação mais ampla e mais explícita do trabalho do nutricionista. Dessa forma, é o próprio nutricionista que deve conseguir seu espaço nos serviços de saúde.

Por outro lado, a visão política,

“corresponde à convicção de que está em jogo uma questão de poder e que a intervenção deve ser de ordem política, quer partindo dos dirigentes, através de medidas legais, quer partindo da mobilização da categoria para obtenção de medidas legais” (BOOG, 1996, p.176).

A autora conclui que parece caber realmente aos nutricionistas *“empreender uma luta corporativa no sentido de abrir caminhos institucionais”* (p.228) para a sua atuação profissional, e reforça a idéia com o argumento de que, não se trata de uma mobilização corporativa visando apenas o interesse da categoria, mas uma mobilização corporativa apoiada na convicção da importância social do seu trabalho.

No entanto, alguns autores revelam uma **fraca organização da categoria** de nutricionistas, que não detém poder de influência, o que confirma e aprofunda o

caráter subordinado da profissão, no âmbito da saúde coletiva (BOSI, 1996, p.129). Esse aspecto também foi levantado pelas nutricionistas residentes participantes do estudo.

Acho que a nossa classe não é tão unida, né, os nutricionistas. Acho que é muito individualista. Talvez se a gente tivesse mais força mesmo, de tá se reunindo com os profissionais da cidade, de repente, até marcar reuniões, fazer alguns movimentos, até de cobrar o profissional nas unidades, mostrar a importância, através de dados mesmo, epidemiológicos, que a gente tem acompanhado, a questão até de patologias que se sobressaem mais. Talvez eles podem saber, mas também podem não saber igual à gente falou. Talvez sabe, mas não sabe que é tão importante. E também essa união nossa, de repente, pra tá mostrando isso pra gestão, da importância do nutricionista. [...] Deveria se unir mais, pensar em ações, alguns movimentos pra tá mostrando mais o nosso trabalho, até exigindo, cobrando mesmo. Porque a gente sempre é cobrado, então eu acho que a gente tinha uma parcela pra fazer de cobrança também. (R-16)

Loch-Neckel *et al.* (2009) consideram que, embora as políticas públicas tenham um enfoque na integralidade e na interdisciplinaridade como formas de qualificar a assistência em saúde, paradoxalmente, a ampliação da equipe mínima parece não ser prioridade. Portanto, caso os gestores não sejam confrontados com a necessidade de outros profissionais na equipe, por meio de organização das categorias destes, continuarão a perpetuar o modelo hegemônico vigente.

Por outro lado, há que se considerar que a categoria dos nutricionistas também enfrenta um desafio, no sentido de adequar a sua atuação no contexto da promoção da saúde, e adoção do modelo de atenção sob o enfoque da integralidade. A formação do nutricionista, assim como dos demais profissionais da área da saúde, apresenta-se moldada sob a vertente biológica, estruturada no modelo biomédico dominante, proporcionando dificuldade em articular os conhecimentos biológicos da nutrição com sua dimensão política, sócio-econômica e cultural, além de gerar entraves na implementação de medidas de intervenção mais consistentes. Para Ferreira & Magalhães (2007), o desafio está *“em superar práticas convencionais e fragmentadas, decorrentes desse modelo de formação profissional”* (p.1677), ou seja, implica transcender modelos tradicionais de atuação em nutrição.

4.2.5. TRABALHO EM EQUIPE

4.2.5.1. ASPECTOS POSITIVOS

Eu acho que só funciona em equipe! (PS-4)

As entrevistas revelaram uma representação acerca do trabalho em equipe fortemente relacionada à comunicação, por meio da recorrência da expressão “todo mundo falando a mesma língua”, e à necessidade de se “trabalhar junto para um mesmo objetivo com envolvimento de todos”. Assim, a comunicação entre os profissionais da equipe seria condição necessária para o trabalho em equipe, como mostra o trecho a seguir.

Sempre essa pergunta (risos) ... é complicado... porque a equipe, se ela não funciona junto, ali, falando a mesma coisa, o trabalho não vai... então é aquilo, é um profissional falando o mesmo que o outro, pro bem estar do paciente... mas é difícil... a equipe, se ela não estiver bem ajustada, não adianta. (PM-2)

O trabalho em equipe é entendido pelos sujeitos como a “base” da ESF e um dos seus requisitos fundamentais, o que está de acordo com Ciampone & Peduzzi (2000). Para as autoras, o trabalho em equipe está proposto como uma das prerrogativas estratégicas para a mudança do atual modelo de assistência em saúde, configurando-se como uma possibilidade de “*recomposição*” do trabalho em saúde, na direção da interdisciplinaridade.

Para alguns entrevistados:

[...] a base do PSF é o trabalho em equipe, né? (PM-23)

Trabalho em equipe, eu acho que é uma das peças fundamentais pra que uma equipe evolua no cuidado. (R-1)

Os dados revelaram que a concepção mais comum do trabalho em equipe é a de que todos os profissionais devem “falar a mesma língua”. Dessa forma, é possível

supor que, na concepção destes entrevistados, não pode haver conflitos e divergências de opiniões numa equipe de saúde.

Entretanto, outros profissionais sugeriram que deve haver o enfrentamento dos problemas e das divergências, o que levaria ao crescimento da equipe, com busca de soluções e consensos para os problemas rotineiros, conforme ilustra a fala a seguir:

Então, a gente tava com alguns problemas de relacionamento, mas isso aí já se foram, entendeu, já foi resolvido, já foi dialogado, já foi brigado, já foi feito as pazes (risos). Então, quer dizer, tem que ser enfrentado de alguma forma. E eu acho que é só assim que funciona. Do contrário, nada vai pra adiante, entendeu? (PS-4)

Segundo Araújo & Rocha (2007), a importância do diálogo na busca do consenso, constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, o que está de acordo com a representação obtida no seguinte trecho:

Eu acho que tem que ter muito diálogo, muita conversa, quer dizer, falta um pouco de conversa, resolver as coisas na hora que aconteceu, e tentar facilitar o trabalho aqui dentro mesmo. (PM-18)

Isso aponta a possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe “provoca a escuta do outro”, o que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação.

A multiprofissionalidade foi citada como um fator importante, visto que as equipes são compostas por profissionais de diferentes formações, cada um com sua especificidade.

Bom... trabalho em equipe... não necessariamente precisa... pode ser funcionários de várias profissões... trabalho multiprofissional, mas que cada um, lógico, tem sua especificidade [...] (PS-11)

Entretanto, o simples fato de existirem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, não garante, por si só, uma equipe multiprofissional, pois a

articulação desses trabalhos especializados pode não estar acontecendo de fato. Neste caso, quando o trabalho de determinado profissional se resume às ações pertencentes ao seu núcleo profissional, sem que haja interação com os demais membros da equipe, resulta num trabalho fragmentado.

Porque trabalhar todo mundo junto, cada um dentro da sua função, fazendo exatamente aquilo que sabe, sem saber da interferência do teu trabalho no outro, eu acho que isso não funciona, cada um dentro do seu departamento é uma coisa muito caixinha de fósforo. E se a gente não verbalizar e não conversar e não discutir... Cada um no seu setor, não sabendo nem direito o que o outro tá fazendo na outra sala, é muito difícil, andar ou dar o atendimento adequado. Tem que ter interação entre os profissionais que trabalham, entendeu? (PS-4)

Então fica muito separado. Apesar da gente trabalhar em equipe multiprofissional, é muito fragmentado o cuidado. Se alguém me encaminha um paciente, “toma que ele é teu!”. Não volta mais pra pessoa. Ele é de minha responsabilidade. (R-16)

Neste caso, a multiprofissionalidade foi entendida como a atuação conjunta de várias categorias profissionais, de forma compartimentalizada, com cada categoria profissional organizando-se e prestando parte da assistência separada dos demais. Podendo, muitas vezes, duplicar esforços e tomar atitudes até mesmo contraditórias, como explicita a fala a seguir.

E como articular esse trabalho em equipe, foi o que eu falei pra você antes, um cuidado muito fragmentado, cada um vai por individual, do mesmo paciente. Às vezes você nem sabe que eu tô atendendo aquele paciente, você também tá atendendo. Porque a gente não tem essa conversa. Então, é feito coisas muito desvinculadas. [...] Porque antes era muito individual, apesar de ser uma equipe, era muito individual o trabalho! (R-16)

O próximo depoimento revela que os sujeitos também relacionaram o trabalho em equipe com o trabalho multidisciplinar.

É, trabalho em equipe, pra mim, é um trabalho muito ligado às várias profissões. É um trabalho multidisciplinar, e que eu não posso ter só o meu olhar aqui, se eu tenho um paciente e ele tem outras necessidades além da que eu posso oferecer, eu tenho que entrar em contato com outros

profissionais pra tá resolvendo o problema dele. Isso pra mim é um trabalho em equipe, é você tá articulando todos os profissionais em prol do paciente. (R-15)

Essa representação remete à diferenciação feita por Peduzzi (2001), ou seja, a de que a disciplinaridade e suas alternativas de interação dizem respeito à produção de conhecimento, enquanto que a multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais.

Enfim, apropriando-se do pensamento dos estudiosos do trabalho em equipe, especialmente de Gattás & Furegato (2006), o aspecto fundamental a ser observado, para que haja um trabalho verdadeiramente interdisciplinar na ESF, é a troca de conhecimentos, que deve se estabelecer no interior das equipes, resultando na ampliação dos campos de visão dos vários profissionais envolvidos.

Em outra perspectiva, os sujeitos também expressaram representações que ressaltaram a diferença entre trabalho em equipe e trabalho em grupo.

Ai... eu ainda acho que é uma utopia... porque, na verdade se trabalha não como equipe, mas como grupo... O grupo, cada um faz o teu trabalho, não existe tanta comunicação. E, em equipe, seria uma coisa, assim, todos trabalhando juntos, um complementando a necessidade do outro, todos atuando da mesma forma, falando a mesma língua. Então, isso daí pra mim é uma equipe. Hoje em dia, eu ainda acho que a gente não é uma equipe. Nós estamos construindo uma equipe. Nós somos um grupo, muitas vezes, assim, até com trabalhos isolados, sabe? Então, eu acho que aí a gente, aí é que o bicho pega (risos). (PM-20)

Trabalho em grupo, por exemplo, eu vejo mais como uma fábrica, assim, eu tenho que fazer minhas ações. Eu não mexo nas suas e você não mexe nas minhas... Qualquer serviço, seja de saúde, qualquer coisa, se as pessoas estão em grupo, elas conseguem um produto final, mas quando elas estão em equipe, elas se ajudam e se suportam... (R-1)

Nesse sentido, os resultados obtidos aproximaram-se mais do conceito de “*equipe agrupamento*” de Peduzzi (2001), visto que os sujeitos do estudo representaram as equipes de saúde da família como um grupo de profissionais de

diferentes especialidades atuando em conjunto, sem, contudo, ocorrer interação satisfatória entre as ações destes profissionais.

Para Piancastelli *et al.* (2000), um grupo de profissionais pode se transformar em uma equipe de trabalho quando se criam as condições necessárias ao crescimento pessoal e do grupo, o que foi também representado nos relatos a seguir:

Uma das coisas mais importantes, saber que eu sei e você também sabe! Então eu posso aprender com você e você pode aprender comigo, sempre! (R-1)

O que eu vejo é que, na equipe, um dado muito importante, é que cada componente dessa equipe é responsável pelo crescimento do outro componente da equipe, cada componente é responsável pelo crescimento de todos os componentes, de um ou outro específico, eu vejo assim. (PS-10)

Concordamos com Araújo & Rocha (2007), para os quais o trabalho em equipe na ESF é essencial, no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades, contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde. Nessa perspectiva, a responsabilidade do cuidado passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, considerado, até então, o centro da equipe no modelo médico-hegemônico e hospitalocêntrico, passando a ser dividida entre os membros da equipe. No entanto, na concepção dos profissionais entrevistados, isso ainda não se tornou realidade nas unidades pesquisadas.

Compreendidos como condições necessárias para o trabalho em equipe, foram recorrentes nos relatos os seguintes termos: “envolvimento”, “comprometimento”, “responsabilização”, “coleguismo”, “colaboração” e “coesão”.

O agente comunitário de saúde figurou, na concepção dos entrevistados, como um fator essencial para o trabalho em equipe, conforme destacou um dos sujeitos:

O ACS é uma figura importantíssima na unidade, e eu acho que ele é importantíssimo nessa questão do trabalho em equipe. Senão, fica mesmo

muito fragmentado. [...] Que o ACS, ele tem meio que esse papel, essa função de ser uma ponte mesmo entre os usuários e a equipe. (R-14)

A representação, elaborada por meio da fala anterior, está em consonância com algumas das principais habilidades – saber fazer – definidas pelo Ministério da Saúde para os ACS: *“trabalhar em equipe de saúde”* e *“promover a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à unidade básica de saúde”*⁷

Segundo estudo de Pedrosa & Teles (2001), é consenso que o ACS é fundamental na comunicação entre a equipe e a família, pois trabalha diretamente com a população, levando os problemas levantados para serem discutidos em equipe.

É quando você chega e você sabe tudo o que se passa com a maioria dos pacientes. O vínculo maior é os agentes comunitários, eles são a base de tudo, porque é eles que trazem. A agente, a auxiliar ou o técnico, ele acaba tendo esse vínculo através delas, que nos levam lá. (PM-13)

De acordo com Oliveira & Spiri (2006), apesar da sua importância, algumas vezes, o ACS não é valorizado. Para ilustrar, destacam-se abaixo os depoimentos de uma auxiliar de enfermagem e de uma ACS. Este último demonstra bem a desvalorização sentida pela ACS em relação aos profissionais de nível superior da equipe.

Eu vejo que é mais, assim, não gabando, mas [a equipe] é mais a área de enfermagem mesmo. A gente procura falar na mesma língua. O agente comunitário, ainda falta muito, tem que melhorar. (PM-2)

Era às vezes o médico, a enfermagem que conduzia a reunião, e tudo era em volta deles... Que nem, entre as ACS, elas falavam pra mim, as auxiliares. A gente falou, “Nossa, mas por quê que eles falam assim? Dá impressão que a gente não é nada!” Então, existia essa fala da equipe superior [profissionais de nível superior], mas ninguém se manifestava. Em tudo, era equipe superior, vocês não podem fazer isso porque isso daí já é referente à equipe superior.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde**. (Anexo) Brasília: Ministério da Saúde, 8p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexo_perfil_competencias_acs.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2009.

E isso daí era uma coisa que incomodava bastante, mas que as pessoas não falavam... Por não terem um nível universitário, e a gente [profissionais de nível médio] tava se sentindo como uma equipe inferior. (PM-20)

4.2.5.2. ASPECTOS QUE DIFICULTAM O TRABALHO EM EQUIPE

Trabalho em equipe... ô coisa difícil! (risos) Eu acho a coisa mais difícil, que nem, aqui mesmo, a gente não é uma equipe ainda, a gente é um grupo de pessoas que tão aqui tentando trabalhar em equipe. (PM-18)

Conforme trabalho de Oliveira & Spiri (2006), são inúmeros os fatores que prejudicam e/ou dificultam o trabalho em equipe e comprometem a qualidade da assistência prestada à população. No presente trabalho, os entrevistados também relataram algumas dificuldades para a efetivação do trabalho em equipe. Alguns discursos ressaltaram a falta de clareza quanto aos objetivos da equipe, como um fator de dificuldade.

Cada pessoa tem o seu objetivo, é aquela história, é difícil você conseguir que todo mundo tenha um mesmo objetivo final. Tem gente que tá aqui porque quer..., tá trabalhando, pra ganhar o seu dinheiro... Eu digo assim, não aqui, numa equipe em geral, cada um tem o seu objetivo, e o difícil é que dentro do meu objetivo particular, eu englobe o objetivo da equipe. Às vezes, não fica claro qual é o objetivo da equipe também, então é muito complicado. (PS-5)

Problemas de relacionamento interpessoal configuraram-se como dificuldades importantes no desenvolvimento do trabalho em equipe. Foram citados problemas de relacionamento dentro da equipe, principalmente entre profissionais de nível superior e de nível médio.

Eu acho que a maior dificuldade é de relacionamento interpessoal, por diferenças de personalidade das pessoas. E se cada um não tiver condição de aceitar essas diferenças, sempre vai haver essa cultura da exclusão, sempre alguém da equipe vai ficar excluído. Muitas vezes, algumas colocações dele seriam importantes pra equipe, e podem ficar sem essa contribuição. (PS-10)

Acho que [a principal dificuldade] é a questão do diálogo, diferença de gênios até. De gente que se cala, que não se posiciona na hora que tem que se posicionar, e tem gente que é mais autoritário, que se posiciona muito. E, se o

outro não fala, daí vão criando aqueles atritos de corredor. Mas acho que isso é em todo lugar. (PS-12)

Porque aqui tem muitos conflitos de relação na unidade, assim, entre agentes de saúde, profissionais [...] (R-16)

Aqui nós temos um problema muito sério de encaixe entre a gente. Então, a gente não... não tem diálogo, porque se falar que é azul, outro vai falar que é verde, outro vai dizer que é amarelo, outro vai dizer que é vermelho e o outro vai dizer que é roxo. (PM-22)

Para Cardoso (2004), numa equipe multiprofissional, encontram-se muitas diferenças, tanto objetivas quanto subjetivas, além de simpatias, antipatias, conflitos, alianças, dificuldades de comunicação, resistências e outros.

São muitos, como é que eu posso dizer, são muitas cabeças, são muitas pessoas diferentes, de formações diferentes. Mas, na verdade, estão todas unidas num fim comum. Eu acho que é enriquecedor, mas é difícil. (PS-12)

Só que é muito difícil trabalhar em equipe, porque são várias pessoas, profissões diferentes, gênios diferentes, muitos problemas relacionais, de até levar pro lado pessoal. Os profissionais não conseguem separar o lado profissional do pessoal, então tem muitos conflitos internos, que não são resolvidos. Muitas coisas implícitas, então a pessoa não fala pra outra se tá com algum problema, fica gerando mumúrios, cochichos de corredor. Então isso acaba dificultando muito o trabalho em equipe. (R-16)

Em outras palavras, Cardoso (2004) esclarece que, além das diferenças entre o saber do médico, da enfermeira, do dentista, da auxiliar de enfermagem e das ACS, existem também aquelas entre a *Maria*, o *José*, o *Paulo* e a *Ana*, ou seja, pessoas reais, com as suas intersubjetividades que, cada uma a seu modo, participa da equipe.

Os resultados, obtidos no presente estudo, ilustraram a existência de uma diversidade de pontos de vista, diferenças de opiniões e conflitos em uma das equipes estudada, principalmente. Pinho (2006) expõe a inevitabilidade desses achados e enfatiza a necessidade de reconhecer que os conflitos são necessários e desejáveis, a fim de proporcionar o crescimento e desenvolvimento da equipe. Segundo a autora,

“o conflito encoraja a inovação e a solução de problemas de forma criativa e o êxito obtido na confrontação e resolução das diferenças promove o aumento da confiança e compreensão entre os membros da equipe” (PINHO, 2006, p.73).

Portanto, é necessário saber lidar com essas diferenças dentro de uma equipe de saúde, tanto no que se refere aos vários tipos de conhecimento científico – competência profissional – quanto àquelas de cunho pessoal, tais como o tipo de personalidade, a forma de interagir com os outros e com as variadas situações – competência interpessoal (CARDOSO, 2004).

Nesse sentido, temos também o pensamento de Ferreira *et al.* (2009):

“O trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas. A formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo.” (FERREIRA et al., 2009, p.1423)

Assim, cada membro da equipe precisará estar disposto para se deparar com o novo, com o diferente, e, muitas vezes, com algo diferente daquilo em que acredita.

A equipe multiprofissional, ela pede isso, então você tem que estar sensível às coisas alheias também... Então, é um exercício, a equipe multiprofissional, ela pede esse exercício de você se acostumar com essa auto-observação, que eu acho que a gente se conhece muito mais na hora que a gente se relaciona com outras pessoas, ninguém que trabalha no seu mundinho se conhece, né, porque só conhece aquilo. Então existe essa auto-observação, ou o enfrentamento, porque às vezes a opinião vai ser diferente, você acha que tem que fazer de um jeito, o outro acha que tem que fazer de outro. E exige maturidade, exige muita maturidade. Porque aí, por exemplo, no caso da discussão, tem que basear totalmente em argumento, não tem “Ah, é assim porque eu quero que seja”. Não pode ser assim... O trabalho em equipe não é fácil. E construir isso é exercício. Você não vai acordar pronta pro trabalho em equipe, você vai errar, vai acertar, você vai ficar irritada, você vai ficar super feliz, é um exercício. (R-17)

Para Cardoso (2004), um importante empecilho para a comunicação de qualquer grupo refere-se à postura dogmática de alguns profissionais, incluindo a

crença de que a sua perspectiva é a única correta. Dessa forma, tornam desnecessária a troca de informações com os demais membros da equipe, especialmente de especialidades diferentes (CARDOSO, 2004). Para exemplificar, citamos um trecho do relato de uma ACS.

Aí, numa fase, eu precisei de uma orientação sobre alimentação via sonda. [...] A [nutricionista residente] tinha falado, acho que *Soya Diet* na época, tinha falado que aquilo era legal. [...] Ela [a paciente] não se adaptou e aí, a gente teve até um, assim, um bate-papo legal com o *Dr. João* (nome fictício), a equipe toda. E como ela era uma pessoa resistente, porque ela acostumou, ela tinha 90 anos, só tomava café com leite e comia pão, única e exclusivamente. Assim, na maior parte do tempo. E, assim, de vez em quando uma sopinha, mas todo intervalo tinha que ter o café com leite. E determinados sabores, ela não queria. [...] Aí, numa reunião a gente chegou assim, no começo o pessoal tava assim, “Você tá errada!”. Aí continuou conversando comigo o *Dr. João*. Eu falei, “*Dr. João*, a gente tem que acreditar, assim, que a paciente viveu 90 anos, ela viveu de comer isso, isso e isso, os hábitos alimentares dela foram esses até hoje.[...] Ela agüentou muito à base desse leite dela com aquele pãozinho, e com alguma fruta, depois com uma gelatina. Por quê que a gente vai agora, que ela tá no fim da vida, fazer uma coisa contra a vontade dela?” Aí, abriu uma discussão daquilo. [...] “Então acho que vale o livre arbítrio da pessoa”. O *Dr. João* fechou comigo, e aí... [...] Então, ela [nutricionista residente] ficou contra mim, e depois ela viu que, ela foi lá, tentou, aí a pessoa... [...] Ela achou que tinha que dar e ponto. E aí, a pessoa que mora do lado, que é uma senhora que cuidava dela, falou, “Não!”. Ela chegou a comprar o negócio, trazer, agradar, falar pra ela que um era de morango, pra ela não enjoar, o outro era de chocolate, mas ela não quis de jeito nenhum! (PM-22)

A autora propõe, como estratégia para facilitar a comunicação, a realização regular de reuniões de equipe, onde,

“além de se discutirem aspectos mais objetivos e quantitativos do trabalho (especialmente aqueles de cunho estatístico), haveria também espaço para que os membros expusessem suas experiências de natureza mais qualitativa, interacional ou subjetiva” (CARDOSO, 2004, p.49).

Ressalta, ainda, que não se trata de uma proposta de “*grupo terapêutico*”, mas de um espaço onde os membros da equipe possam discutir e somar esforços, no sentido de melhorar a convivência entre eles, enfim, se comunicarem a respeito do que for pertinente para a equipe.

Neste sentido, foram obtidas algumas representações que estão em acordo com as proposições de Cardoso (2004), como:

E já que a gente tem uma reunião de equipe, são 4 horas semanais, pra utilizar de uma forma, que pode ser utilizada de uma outra forma, que se utilize isso pra isso também. Porque a gente vê muita reunião de equipe sendo, assim, repasse de informes e chororô, briguinhas. [...] Daí a gente discute tudo. (R-1)

Tem que ter interação entre os profissionais que trabalham, entendeu? Eu acho que a reunião de equipe é o momento onde se faz muitas coisas, onde se lava roupa suja... que faz parte, isso tem que fazer. Quando tem alguma coisa azeda, ou seja, algum incômodo, tem que ser falado, tem que ser enfrentado, entendeu, porque senão aquela equipe não é uma equipe. (PS-4)

[...] a gente já tem feito nas reuniões de equipe, a psicóloga tem feito algumas ações pra trabalhar a relação em equipe, que tem sido bem bacana. Trabalhar as atribuições de cada um, o quê que um pode ajudar o outro, que não é atribuição minha, mas eu posso ajudar. O que também melhora a questão da relação. (R-16)

Farias & Vaitsman (2002), ao estudarem os conflitos e tensões que acontecem na interação entre as diversas categorias profissionais, em um grande hospital no Rio de Janeiro, afirmaram que a relação dos médicos com os demais profissionais de saúde é geralmente tensa, na medida em que o poder e a autoridade exercidos pelos médicos causam ingerência ou pressão sobre o trabalho das demais categorias. Em relação a outros profissionais de saúde de nível superior, nota-se a dificuldade de afirmação de um campo de autonomia nas organizações de saúde, com um profissional “invadindo” a área de competência de outro. Tanto esses como os profissionais de saúde de nível médio, encontram-se sob forte tutela dos médicos, *“os quais desfrutam da posição dominante na hierarquia das profissões/ocupações em saúde”* (FARIAS & VAITSMAN, 2002, p.1236), sendo que os últimos formam o grupo sobre o qual o poder, a autoridade e a hierarquia fazem-se sentir com mais força.

E tem a hierarquização, a gente tem que respeitar, mas de uma certa forma também a gente tem que entender que nós todos somos capazes de resolver problemas. Todo mundo, independentemente da formação [...] Ele [o médico] passa um monte de orientação, vamos supor, pra enfermagem, a enfermagem

não vai. Pô, aí ele volta lá, de repente, e fala, “Nossa, mas eu falei pra fazer tal coisa e não foi feita!” (PM-13)

Além disso, os autores também citam a sujeição de ambos os grupos de profissionais de saúde não-médicos à ação da autoridade administrativa, o que pode interferir negativamente no trabalho em equipe. Como bem expressaram os profissionais de nível médio entrevistados, no presente trabalho.

Porque, por exemplo, quando teve uma das campanhas, a campanha da rubéola, aqui, a da vacinação, a gestão cobra duramente, o tempo todo, é vertical e ponto, não adianta falar que é saúde da família, que o negócio é mais horizontalizado, não tem essa história, isso é mentira! É vertical, é pressão, e aí, por exemplo, era até o dia 12/11, 12/10, não sei. Eu sei que, vamos dizer que era até o dia 12/11. Os cartazes chegaram no dia 15! Então falta mesmo essa engrenagem. (PM-6)

É assim, “ah, então vamos fazer, vamos assumir, vamos ser [uma equipe] uma USF”, mas não tem como, porque a gente não tem respaldo pra isso. Se chegar um paciente aqui, “ah, eu quero uma consulta agora!”, “não tem”, pode passar pelo acolhimento, pode passar pra tudo, mas se ele for lá reclamar, na hora eles ligam aqui e falam pra gente atender. Então, a gente não tem, a gente tem que ir como o barco vai... Assim é complicado. (PM-8)

Os autores concluem que as organizações de saúde são espaços sociais conflituosos por natureza, nos quais a solidariedade e a coesão tornam-se extremamente frágeis. Isso ocorre porque os diferentes indivíduos possuem expectativas e objetivos distintos, e, muitas vezes, podem utilizar, no dia-a-dia, estratégias diferentes e conflituosas para alcançá-los (FARIAS & VAITSMAN, 2002).

Elevada demanda na USF também foi um dificultador mencionado pelos sujeitos de uma das unidades pesquisadas.

Ah, eu acho que muitas coisas não contribuem... Por exemplo, essa unidade, uma unidade de saúde da família, mas será que é mesmo? Porque nossa demanda tá tão grande que eu acho que não é uma USF, é uma UBS e USF misturada. Como que você vai trabalhar a prevenção mesmo, se você não dá conta, não dá tempo! A gente fica sufocado com a demanda. (PM-8)

[...] aí, você constrói o vínculo na casa e destrói na recepção. (PM-9)

A inserção dos residentes nas USF foi um novo fator, que provocou diversos conflitos nas equipes.

Eu acho que tem que ser muito bem claro pras equipes de como isso vai funcionar, sabe, porque é assim, a gente tem várias coisas que a gente às vezes acaba não sabendo como usar. Às vezes a gente não sabe como fazer isso. Mesmo quando os residentes chegaram aqui, a gente não sabia como que tinha que ser feito esse encaminhamento. (PM-7)

Eu não entendi, sinceramente, até agora, como que funcionou a residência. Não entendi porque, assim, não funcionou do jeito que a gente imaginava que fosse funcionar. (PM-13)

[...] eu acho que essa equipe, ela às vezes é um pouco complicada, pela inserção dos residentes é complicado, entender cada papel de cada um, profissional. (R-15)

Hoje, tá bem melhor, mas no começo era difícil. Porque as pessoas não entendiam o nosso trabalho na residência, chegando um pessoal novo na unidade, causa um certo desconforto. (R-16)

Foi horrível, muitos conflitos pessoais, a gente tinha um entendimento de que eles fariam uma coisa e era outra, mas eles mesmos também não sabiam o que eles iam fazer. Então, não se entendiam. O processo de trabalho não ia, o trabalho em equipe não ia, o apoio que era pra eles darem pra gente não funcionou no primeiro ano, ficou muita coisa acumulada de encaminhamento e tal, tiveram muitas brigas. Mas depois, a gente foi se acertando, mas ainda assim, não ficou muito específico o trabalho que cada um fazia. (PM-18)

A gente ficou sabendo que chegariam residentes, e que eles iriam nos apoiar aqui dentro da nossa equipe. Com a chegada deles, mudou tudo, porque eles chegaram e eles ocuparam todos os espaços possíveis. E, muitas vezes, a gente tinha muita dificuldade. Você chegava, por exemplo, na sala nossa, onde você faz o seu trabalho diário, muitas vezes você não tinha nem espaço na mesa pra trabalhar. (PM-20)

[...] “os residentes são brinquedos que vieram sem manual de instruções e a gente não sabe lidar com eles, e eles muito menos com a gente”. Então, no começo eles não queriam saber da gente as coisas, porque era como se rebaixar, né? Eles se intitulavam equipe superior, e pra falar com a inferior, era complicado. (PM-22)

Em oposição ao exposto anteriormente, alguns sujeitos entenderam a inserção dos residentes como um fator positivo para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Adorei essa inserção dos residentes, aqui na unidade foi demais da conta de bom! (PS-4)

Depois que entraram os residentes aqui, que eu tive essa vivência com os residentes, é que a gente sente realmente como é importante ter outros profissionais ali, te dando alguns nortes, que você se perde, às vezes. Então, assim, é muito legal isso. (PS-5)

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o objetivo inicial de conhecer as representações sociais dos profissionais de equipes de saúde da família sobre o fazer teórico-prático do Nutricionista, pode-se considerar que as referidas representações estão fortemente ligadas ao nutricionista como um profissional de saúde importante e necessário, nas USF.

O estudo apontou que os sujeitos pesquisados atribuíram ao profissional nutricionista a função primordial de realizar atendimentos individuais nos vários ciclos de vida, elaborando e orientando dietas para patologias específicas, especialmente para doenças crônicas, como *diabetes mellitus* e hipertensão arterial. Essa situação tem contribuído para uma consolidação do papel do nutricionista marcado pelo seu caráter de prescrever dietas, dificultando a construção de uma visão em que o profissional de nutrição possa contribuir mais amplamente.

Por outro lado, os resultados também revelaram um movimento de mudança na concepção do papel do profissional, evidenciado por um conhecimento mais amplo sobre as funções e atribuições do nutricionista.

Os resultados mostraram que a maioria dos profissionais de saúde se sente despreparada para lidar com as questões alimentares. Dessa forma, quando é demandada, a orientação nutricional é realizada de uma forma rápida, simplificada e pouco prática. Frequentemente se preconiza a exclusão de muitos alimentos por meio de “listas de alimentos proibidos”, o que pode levar a não aderência dos pacientes às orientações.

Quanto ao objetivo específico de conhecer as representações dos sujeitos sobre a educação nutricional, pareceu não haver dúvidas sobre a sua importância na promoção de práticas alimentares saudáveis, na prevenção de doenças e na recuperação da saúde (BOOG, 1996). No entanto, o estudo mostrou uma visão muito superficial e pouco aprofundada teoricamente sobre a educação nutricional, e raras foram as ações realizadas sistematicamente e continuamente, nas USF estudadas.

As poucas iniciativas encontradas foram desenvolvidas por médicos, enfermeiros e residentes, e ficou evidente que o enfoque das ações estava, prioritariamente, na transmissão de informações sobre aspectos biológicos da alimentação. Dessa forma, foi possível perceber uma grande lacuna entre a teoria e a prática da educação nutricional, nas USF pesquisadas.

É necessário destacar também o alcance do objetivo específico de identificar como ocorreu a inserção do Nutricionista nas equipes por meio da residência multiprofissional em saúde da família. O estudo mostrou que a inserção da categoria no programa de residência multiprofissional, muito provavelmente, contribuiu para uma maior aproximação da equipe com os profissionais de nutrição. Foi possível perceber que a residência se configurou como espaço importante para novas conquistas na qualificação da assistência à saúde, no município de São Carlos/SP, visto que, experienciar o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade capacita os profissionais, na direção da mudança no modelo assistencial.

Para Silva *et al.* (2006), as representações que os profissionais que já fazem parte da equipe de saúde da família criam com relação aos demais profissionais, implicam diretamente nas suas práticas e nas relações que desenvolvem com esses profissionais, a partir de sua inserção na equipe. Dessa forma, é possível inferir que experiências como as residências multiprofissionais são positivas, no sentido de proporcionar um maior conhecimento das ações e do campo de trabalho do nutricionista. Neste sentido, foi possível perceber que a atuação dos residentes nutricionistas nas USF pesquisadas pôde proporcionar mudanças no comportamento dos profissionais da equipe mínima, em relação às questões e condutas referentes à nutrição dos indivíduos e famílias atendidos pelo programa.

No entanto, apesar do entendimento de que a atuação do nutricionista é importante e necessária, ficou claro que muito do potencial desse profissional ainda precisa ser evidenciado para um melhor aproveitamento da força de trabalho desta categoria, podendo, assim, refletir na melhoria da qualidade da assistência prestada, junto aos serviços de saúde.

A ausência do nutricionista na equipe de saúde da família foi atribuída a fatores como: falta de reconhecimento governamental, falta de recursos financeiros, baixo reconhecimento social e desvalorização profissional, tempo de existência da profissão, desconhecimento do núcleo de competência do nutricionista, manutenção do modelo médico-hegemônico e fraca organização da categoria.

Retomando o objetivo específico de comparar as representações presentes nas falas dos sujeitos com os fundamentos teóricos sobre o trabalho em equipe, os depoimentos evidenciaram uma concepção de que o trabalho em equipe é difícil de ser definido e de ser vivenciado, ao mesmo tempo em que, é necessário e enriquecedor. Através dele, ocorre o processo de comunicação e diálogo, que é a base para o enfrentamento de divergências, na busca para a solução dos problemas.

Avaliou-se como adequada aos propósitos da pesquisa, a metodologia escolhida. As entrevistas constituíram-se em oportunidades para os profissionais pensarem sobre a atuação do nutricionista na ESF, suscitando possíveis questionamentos a esse respeito. Nesse sentido, a experiência de terem sido sujeitos do presente trabalho, pode tê-los levado a refletir mais sobre o fazer teórico-prático do nutricionista e, conseqüentemente, a respeitar mais esse profissional como integrante de equipes interdisciplinares de saúde, na atenção básica.

Diante desse contexto, o presente estudo constituiu-se em passo importante na direção de:

- conhecer as representações, os valores e as práticas instituídas, relacionadas ao nutricionista e à educação nutricional, nas equipes de saúde da família;
- abrir espaço para discutir a atuação deste “novo” profissional na rede básica de saúde do município estudado;
- despertar para a discussão sobre as implicações da composição atual das equipes em relação ao processo de trabalho e às demandas apresentadas pela população, especialmente em relação ao cuidado nutricional.

Ainda, o trabalho proporcionou à pesquisadora, como nutricionista atuante em saúde coletiva, melhores argumentos para discutir propostas relacionadas à educação nutricional na rede com outros profissionais, o que favorece o trabalho em equipe.

Com o objetivo de suscitar maiores debates sobre o assunto, seria conveniente o desenvolvimento de novas pesquisas problematizando a ausência do profissional nutricionista nas equipes de saúde, especialmente na ESF, e as experiências de atividades destes nas equipes onde eles já foram inseridos de forma efetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, M. S. S.; BARROS JÚNIOR, F. O.; CARVALHO, C. M. R. G. Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.21, n.4, p.369-381, jul./ago. 2008.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu/SP, v.5, n.9, p.150-153, ago. 2001.

ALMEIDA-BITTENCOURT, P. A.; RIBEIRO, P. S. A.; NAVES, M. M. V. Estratégias de atuação do nutricionista em consultoria alimentar e nutricional da família. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.22, n.6, p. 919-927, nov./dez. 2009.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde & Sociedade*, v.14, n.3, p.30-50, set./dez. 2005.

ÁLVARES, L.; MOREIRA, I.; OLIVEIRA, A. Relevância dos conhecimentos sobre Nutrição no desempenho clínico: estudo de opinião médica. *Acta Med. Port.*, v. 20, p.29-35, 2007.

ALVES, E.; ROSSI, C. E.; VASCONCELOS, F. A. G. Nutricionistas egressos da Universidade Federal de Santa Catarina: áreas de atuação, distribuição geográfica, índices de pós-graduação e de filiação aos órgãos de classe. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.16, n.3, p.295-304, jul./set. 2003.

AQUINO, W. F. S.; CAMPOS, S. A. S.; FRIEDRICH, D. C. B. O olhar dos profissionais de saúde e de usuários de uma unidade básica de saúde sobre a educação nutricional. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.215-223, jul./dez. 2007.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

ARCHANJO, L. R.; BRITO, K. F. W. Nutrição: gênero e profissão. **RUBS**, Curitiba/PR, v.1, n.4, p.44-50, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://rubs.up.edu.br/arquivos/rubs/RUBS%20V/ARTIGO%205.pdf>>. Acesso em: 30 jan 2010.

ASSIS, A. M. O.; SANTOS, S. M. C.; FREITAS, M. C. S.; SANTOS, J. M.; SILVA, M. C. M. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.15, n.3, p.255-266, set./dez. 2002.

ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.12, n.1, p.33-41, jan./abr. 1999.

BANDUK, M. L. S.; RUIZ-MORENO, L.; BATISTA, N. A. A construção da identidade profissional na graduação do nutricionista. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu/SP, v.13, n.28, p.111-120, jan./mar. 2009.

BATISTA FILHO, M; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, supl.1, p.181-191, 2003.

BENITO, G. A. V.; SILVA, L. L.; MEIRELLES, S. B. C.; FELIPPETTO, S. Interdisciplinaridade no cuidado às famílias: repensando a prática em saúde. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba/PR, v.5, n.1, p.66-72, jan./abr. 2003.

BOOG, M. C. F.; VIEIRA, C. M.; OLIVEIRA, N. L.; FONSECA, O.; L'ABBATE, S. Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes: comer...o fruto ou o produto? **Rev. Nutrição**, Campinas/SP, v.16, n.3, p.281-293, jul./set. 2003.

BOOG, M. C. F. et al. Situação profissional dos nutricionistas egressos da PUCCAMP, I. Áreas de atuação, estabilidade, abandono da profissão, desemprego. **Rev. Nutr. PUCCAMP**, Campinas/SP, v.1, n.2, p.139-152, 1988.

BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre/RS, v.1, n.1, p.33-42, jan./jun. 2008.

_____. Contribuições da Educação Nutricional à construção da Segurança Alimentar. **Saúde Rev.**, Piracicaba/SP, v.6, n.13, p.17-23, 2004a.

_____. Educação nutricional: por quê e para quê? **Jornal da UNICAMP**, v.260, p.2-8, ago. 2004b.

_____. Construção de uma proposta de ensino de nutrição para curso de enfermagem. **Rev. Nutrição**, Campinas/SP, v.15, n.1, p.15-28, jan. 2002.

_____. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. **Rev. Nutrição**, Campinas/SP, v.12, n.3, p.261-272, set./dez. 1999.

_____. Educação nutricional: passado, presente, futuro. **Rev. Nutr. PUCCAMP**, Campinas/SP, v.10, n.1, p. 5-19, 1997.

_____. *Educação nutricional em serviços públicos de saúde: busca de espaço para ação efetiva*. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 1996. 298 p.

BOSI, M. L. M. Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.13, n.2, p.107-115, maio/ago. 2000.

_____. *Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão*. São Paulo: HUCITEC, 1996. 204 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN. *Documentobase de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 28 p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/documentobase_semi_estadual.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 78 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN. ***Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável***. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210p. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/guia_alimentar_conteudo.pdf>. Acesso em 21 jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. ***HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial***. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ***Política Nacional de Alimentação e Nutrição***. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. ***Guia Alimentar para crianças menores de dois anos***. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Guiaaliment.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2010.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. ***Resolução CNE/CES nº 5***, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2008.

_____. ***Portaria nº 818***, de 05 de junho de 2001. Cria mecanismos para a organização e implantação das redes estaduais de assistência ao portador de deficiência física no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_818_de_05_06_2001.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2006.

_____. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 c. 36 p.

_____. *Avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família: Relatório Preliminar*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 72 p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CABECINHAS, R. Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia*. Universidade do Minho - Centro de Estudos e Comunicação e Sociedade, v.14, n.28, p.125-137, 2004.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. *Diretrizes Municipais de Atenção à Obesidade Infantil: promovendo hábitos alimentares e de vida saudáveis*. 2009. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/eventos/Caderno_Obesidade_versao_final_17_11_08.doc>. Acesso em 20 mar. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Efeito torre de babel: entre o núcleo e o campo de conhecimentos e de gestão das práticas: entre a identidade cristalizada e a mega-fusão pós-moderna. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.570-573, mai./jun. 2007.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p., jan./mar. 1997.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CARDOSO, C. L. Relações interpessoais na equipe do Programa Saúde da Família. *Rev. APS*, v.7, n.1, p.47-50, jan./jun. 2004.

CARVALHO, A. M. M. *A inserção do profissional nutricionista no Sistema Único de Saúde: reflexões a partir da experiência de um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS*. 2005. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, São Paulo, 2005. 45 p.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, dez. 2008.

CASTRO, I. R. R.; SOUZA, T. S. N.; MALDONADO, L. A.; CANINÉ, E. S.; ROTENBERG, S.; GUGELMIN, S. A. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.20, n.6, p.571-588, nov./dez. 2007.

CAVALIERI, R. B. A importância da inclusão do profissional nutricionista no programa saúde da família. *Nutrociência*, 2006. Disponível em: <http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/arquivos/Artigo_Programa%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.doc>. Acesso em: 23 abr. 2008.

CERVATO, A. M.; DERNTL, A. M.; LATORRE, M. R. D. O.; MARUCCI, M. F. N. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.18, n.1, p.41-52, 2005.

CERVATO, A. M.; JORGE, M. I. E.; GOMES, A. L. C. Bases teóricas para a prática da educação nutricional. *Nutrição em Pauta*, São Paulo, v.12, n.67, p.12-17, jul./ago. 2004.

CIAMPONE, M. H. T., PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enfermagem*, n.53 (especial), p.143-147, dez. 2000.

CONEP. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Cadernos de Ética em Pesquisa*. Ano I, n.1, jul. 1998. 47 p.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – CFN. *O papel do nutricionista na atenção primária à saúde*. Brasília/DF, 2008a. 34 p. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br>>. Acesso em: 03 mai. 2009.

_____. *Resolução CFN nº 417/2008*. Dispõe sobre procedimentos nutricionais para atuação dos nutricionistas e dá outras providências. Brasília/DF, 2008b. 9 p. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2008/res417.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

_____. *Inserção profissional dos nutricionistas no Brasil*. Brasília/DF, 2006. 89 p. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/pesquisa.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2006.

_____. *Resolução CFN nº 380/2005*. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Brasília/DF, 2005. 45 p. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS – CRN/3ª REGIÃO. *Parecer do CRN-3*. Consultório De Nutrição. São Paulo/SP, 2008. 4 p. Disponível em: <http://www.crn3.org.br/legislacao/doc_pareceres/parecer_consultorio_nutricao.pdf>. Acesso em 20 mar. 2010.

COSTA, S. M.; BONAN, P. R. F.; ABREU, M. H. N. G.; DURÃES, S. J. A. Representação social da Odontologia: uma abordagem qualitativa junto aos graduandos da Unimontes. *Rev. Odonto Ciênc.*, v.23, n.3, p.238-242, 2008.

COSTA, R. P. *Interdisciplinaridade e equipes de saúde: um estudo de caso*. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – UFSC, Florianópolis/SC, 2002. 102 p.

COUTINHO, J. G.; CARDOSO, A. J. C.; TORAL, N.; SILVA, A. C. F.; UBARANA, J. A.; AQUINO, K. K. N. C.; NILSON, E. A. F.; FAGUNDES, A.; VASCONCELLOS, A. B. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 12, n. 4, p.688-699, 2009.

CUNHA, G. T. *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. 2004. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas/SP, 2004. 201 p.

DIEZ-GARCIA, R. W. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.19, n.2, mar./abr. 2006.

_____. A Antropologia aplicada às diferentes áreas da Nutrição. In: CANESQUI, A. M.; DIEZ-GARCIA, R. W. (orgs.). *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Coleção Antropologia e Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. 306 p.

FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1229-1241, set./out. 2002.

FAUSTO, M. A. *Planejamento de dietas e da alimentação*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 138 p.

FERNANDEZ, P. M. F.; VOICI, S. M.; KAMATA, L. H.; NAJAS, M. S.; SOUZA, A. L. M. Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.749-755, 2005.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.14, supl.1, p.1421-1428, 2009.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.23, v.7, p.1674-1681, jul. 2007.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? *Rev. Olho Mágico*, Londrina/PR, v.5, n.18, p.5-6, mar. 1999.

FEUERWERKER, L. C. M. *Apoio matricial – na organização da atenção à saúde e na graduação em medicina*. Mimeo, mar. 2009.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, v.53, n.5, p.617-624, 2009.

FRANCO, A. C. *Educação Nutricional na formação do Nutricionista: bases teóricas e relação teoria-prática*. 2006. N (Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas/SP, 2006. 205 p.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 30.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 148 p.

GAMBARDELLA, A. M. D.; FERREIRA, C. F.; FRUTUOSO, M. F. P. Situação profissional de egressos de um curso de nutrição. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.13, n.1, p.37-40, jan./abr. 2000.

GATTÁS, M. L. B.; FUREGATO, A. R. F. Interdisciplinaridade: uma contextualização. *Acta Paul Enferm*, v.19, n.3, p.322-327, 2006.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun. 2006.

_____. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, mar./abr. 2005.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.39, n.2, p.145-153, 2005.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v.2, n.2, p.103-114, jul. 1994.

GOUVEIA, E. L. C. *Nutrição, saúde e comunidade*. 2. ed. Rio de Janeiro, 1999. 247 p.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (org.) *Textos em Representações Sociais*. 8.ed. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2003. 324 p.

GUEDES, A. E. L.; LYRA, C. O.; CUNHA, M. V.; BANDEIRA, A. V. M.; HENRIQUES, V. M. C.; SOARES, F. B.; LIBERALINO, L. C. P.; VASCONCELOS, T. M. D. Em Torno da Mesa: alimentando sensibilidades e competências. Relato de uma experiência educativa em

Macau, RN, Brasil. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas/SP, v.15, n.1, p.1-14, 2008.

HERZLICH, C. A. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS – Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento), p.57-70, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Estimativa da população 2009*. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 06 mai. 2010.

LAHM, C. R.; BOECKEL, M. G. Representação social do psicólogo em uma clínica-escola do município de Taquara/RS. *Contextos Clínicos*, v.1, n.2, p.79-92, jul./dez. 2008.

LIMA, E. S.; OLIVEIRA, C. S.; GOMES, M. C. R. Educação nutricional: da ignorância alimentar à representação social na pós-graduação do Rio de Janeiro (1980-98). *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, v.10, n.2, p.602-635, mai./ago. 2003.

LIMA, K. A. *Análise do processo de construção do conhecimento dietoterápico de pacientes diabéticos atendidos no programa saúde da família do município de Araras-SP*. 2004. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP, Araraquara/SP, 2004. 237 p.

LIMA, R. T.; BARROS, J. C.; MELO, M. R. A.; SOUSA, M. G. Educação em Saúde e Nutrição em João Pessoa, Paraíba. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.13, n.1, p.29-36, jan./abr. 2000.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H. B.; RABUSKE, M. M.; CREPALDI, M. A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.1463-1472, 2009.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; SILVEIRA, R. S.; SOARES, N. V.; LIPINSKI, J. M. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.12, n.6, p.933-939, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000600013>.

Acesso em: 24 jun. 2009.

MACHADO, M. L. T. **História da saúde em São Carlos**. Coleção Nossa História. São Carlos: EdUFSCar; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007. 331 p.

MACHADO, N. M. V.; VITERITTE, P. L.; GOULART, D. A. S.; PINHEIRO, A. R. O. **Reflexões sobre saúde, nutrição e a estratégia de saúde da família**. 2006. On line. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/noticia_01_09_06.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2009.

MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A.; SANTOS NETO, P. M.; COSTA P. S.; BELISÁRIO, A. S. (orgs.) **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. V.1. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.227-248, 2003. 460 p.

MANÇO, A. M. **O indivíduo hipertenso e a educação nutricional**: relações possíveis. 2005. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP, Araraquara/SP, 2005. 147 p.

MANÇO, A. M.; COSTA, F. N. A. Educação Nutricional: caminhos possíveis. **Alim. Nutr.**, Araraquara/SP, v. 15, n. 2, p.145-153, 2004.

MARCOLINO, F. F.; SANTOS, I. G. Visita domiciliar. In: SANTOS, I. G. (org.) **Nutrição: da assistência à promoção da saúde**. São Paulo: RCN Editora, p.93-100, 2007. 378 p.

MARCOLINO, F. F.; SANTOS, I. G. Grupos educativos: uma estratégia de educação em saúde. p.101-104. In: SANTOS, I. G. (org.) *Nutrição: da assistência à promoção da saúde*. São Paulo: RCN Editora, 2007. 378 p.

MAXTA, B. S. B.; ALMEIDA, A. B.; SILVEIRA, L. B.; SOLEMAN, C.; OGATA, M. N. Educação Popular em Saúde a partir de um jogo: gestão e cuidado em uma unidade de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 155-166, mar./jun.2010.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

_____. (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 16. ed. Petrópolis/RJ: Vozes; 2000.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; SOUZA, A. L. M.; POPKIN, B. M. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. p.247-255. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

MORE, C. L. O. O.; CREPALDI, M. A.; QUEIROZ, A. H.; WENDT, N. C.; CARDOSO, V. S. As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, v.1, n.1, p.59-75, 2004.

MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 291 p.

MOTTA, D. G.; OLIVEIRA, M. R.; BOOG, M. C. F. A formação universitária em Nutrição. *Pro-Posições*, v.14, n.1, p.69-85, 2003.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*, v.40, n.4, p.727-733, 2006.

OLIVEIRA, S. I.; OLIVEIRA, K. S. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. *Psicologia USP*, São Paulo, v.19, n.4, p.495-504, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, T. R. P. R.; RADICCHI, A. L. A. Inserção do nutricionista na equipe de atendimento ao paciente em reabilitação física e funcional. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.18, n.5, p.601-611, set./out. 2005.

OMETTO, S. *A educação nutricional e sua prática em grupo: um estudo de caso*. 2006. Dissertação (Mestrado) Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, 2006. 113 p.

ORNELLAS, L. H. *Técnica Dietética: Seleção e Preparo de Alimentos*. 8. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 296 p.

PÁDUA, J. G.; BOOG, M. C. F. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.19, n.4, p.413-424, jul./ago. 2006.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v.35, n.3, p.303-311, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, n.35, v.1, p.103-109, 2001.

PEREIRA, S. M. P. D.; PALÁCIO, M. A. V.; GOMES JR., J. E.; SANTOS, W. S. Segurança alimentar e nutricional: conhecimento e ações dos enfermeiros do programa saúde da família aos portadores de doenças crônicas. *RBPS*, v.22, n.3, p.194-198, 2009.

PETERSEN, L. *et al. Resolution. Recognition of public health nutrition and public health nutritionists in public health statute revision*. 2003. Disponível em: <http://www.wpha.org/docs/2003_nutrition_resolution.pdf>. Acesso em 19 fev. 2010.

PHILIPPI, S. T.; LATTERZA, A. R.; CRUZ, A. T. R.; RIBEIRO, L. C. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.12, n.1, p.65-80, jan./abr. 1999.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. O trabalho em equipe. In: SANTANA, J. P. (org.) *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, 2000. 80 p.

PINHEIRO, A. R. O. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. *Rev. do CEBES: Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.29, n.70, p.125-139, mai./ago. 2005.

_____. *A promoção da alimentação saudável como instrumento de prevenção e combate ao sobrepeso e obesidade*. 2004. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/obesidade_2004.pdf>. Acesso em 09 mai. 2010.

PINHEIRO, A. R. O.; CARVALHO, M. F. C. C. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.121-130, 2010.

PINHEIRO, A. R. O.; MACHADO, N. M. V.; VITERITTE, P. L.; SILVA, D. A. C. Nutrição em Saúde Pública: os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF). *Tempus Vitalis*, Brasília: UnB, v.2, n.1, p.1-19, 2008. Disponível em: <<http://164.41.105.3/portálnesp/ojs-2.1.1/index.php/tempus/article/view/391>>. Acesso em: 21 fev. 2010.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, v.8, p.68-87, jul., 2006. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org>>. Acesso em: 17 dez. 2008.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.151-160, 2010.

PRAÇA, K. B. D.; NOVAES, H. G. V. A representação social do trabalho do psicólogo. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v.24, n.2, p.32-47, jun. 2004.

PRADO, S. D.; ABREU, M. S. D. Nutricionista: onde trabalha? Quais suas condições de trabalho? *Rev. Nutr. PUCCAMP*, Campinas/SP, v.4, n.1/2, p.65-92, jan./dez. 1991.

REDENUTRI. Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde. Texto de sistematização 03: *Discussão sobre o Documento-base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS*. 2010a. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/redenutri/docs/sistematizacao3a_discussao.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2010.

_____. Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde. Texto de sistematização 02: *Como articular as ações de nutrição na atenção primária à saúde?* 2010b. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=936&Itemid=423>. Acesso em: 22 abr. 2010.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.61-70, 2008.

RODRIGUES, E. M.; BOOG, M. C. F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.923-931, mai. 2006.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.71-82, 2008.

RODRIGUES, K. M. *Condições de trabalho do nutricionista egresso da Universidade Federal de Ouro Preto/MG: subsídios para a construção de indicadores qualitativos de satisfação profissional*. 2004. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, São Paulo, 2004. 90 p.

ROTEMBERG, S.; PRADO, S. D. Nutricionistas: quem somos? *Rev. Nutr. PUCCAMP*, Campinas/SP, v.4, n.1/2, p.40-64, jan./dez. 1991.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.15, n.1, jan./fev. 2007. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 20 jun. 2009.

SANTOS, A. C. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba/PR, v.7, n.3, p.257-265, set./dez. 2005a.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.18, n.5, p.681-692, set./out. 2005b.

SANTOS, L. A. S.; SILVA, M. C. M.; SANTOS, J. M.; ASSUNÇÃO, M. P.; PORTELA, M. L.; SOARES, M. D.; ARAÚJO, M. P. N.; SANTOS, A. Q.; MELO, A. L.; NASCIMENTO, L. M. Projeto pedagógico do programa de graduação em Nutrição da Escola de Nutrição da

Universidade Federal da Bahia: uma proposta em construção. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.18, n.1, p.105-117, jan./fev. 2005.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal de São Carlos. Secretaria Municipal de Saúde. ***Projeto de Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família***. Junho, 2008. 17 p.

_____. *Site oficial da Prefeitura Municipal de São Carlos*. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/>>. Acesso em: 12 mai. 2009.

_____. Universidade Federal de São Carlos. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. ***Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2009-2011***. São Carlos/SP, 2009. 56 p.

_____. Universidade Federal de São Carlos. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. ***Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2006-2008***. São Carlos/SP, jan. 2006. 44 p.

SCHWINGEL, B.; CAVEDON, N. R. As representações sociais dos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas de equipes de saúde da família sobre educação em saúde. p.147-169. In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (orgs.) ***Gestão local em saúde: práticas e reflexões***. Porto Alegre/RS: Dacasa, 2004. 236p.

SILVA, D. E.; LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H. B.; RABUSKE, M. M. ***Integralidade na atenção básica: representações sociais dos profissionais da Equipe do Programa de Saúde da Família sobre a atuação dos demais profissionais de saúde***. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Multiprofissional em Saúde da Família) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2006. 92 p.

SILVA, D. O.; RECINE, E. G. I. G.; QUEIROZ, E. F. O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1367-1377, set./out. 2002.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. *Rev. Saúde Pública*, v.44, n.1, p.166-176, 2010.

SOARES, N. T. *Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação em Nutrição e competências profissionais para atuação em Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas de docentes do Ceará*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2007. 212 p.

SOLYMOS, G. M. B. A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde. *Estudos Avançados*, v.20, n.58, p.111-122, 2006.

SOUSA, A. A.; PROENÇA, R. P. C. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares. *Rev. Nutrição*, Campinas/SP, v.17, n.4, p.425-436, out./dez. 2004.

SOUSA, J. C. Do peixe no prato à cana de pesca: reflexões sobre empoderamento, capacitação e cuidados de saúde. *Rev. Port. Clin. Geral*, n.23, p.353-358, 2007.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.), *Textos em representações sociais*, 8ª ed., Petrópolis/RJ, Vozes, p. 117-145, 1995. 324 p.

TEIXEIRA, M. B. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. 2002. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

VALENTE, F. L. S. *Direito Humano à Alimentação: desafios e conquistas*. São Paulo: Cortez, 2002, p. 48.

_____. (org.) *Fome e desnutrição, determinantes sociais*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989. 107 p.

VARGAS, V. S. Padronização de medidas caseiras como ferramenta à dietoterapia. *VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde* (on line), Rio Grande do Sul, v.19, n.1, p.29-34, 2007. Disponível em: <<http://seer.furg.br/ojs/index.php/vittalle/article/view/697/191>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

VASCONCELOS, A. C. C. P.; PEREIRA, I. D. F.; CRUZ, P. J. S. C. Práticas educativas em nutrição na atenção básica em saúde: reflexões a partir de uma experiência de extensão popular em João Pessoa-Paraíba. *Rev. APS*, v.11, n.3, p.334-340, jul./set. 2008.

VASCONCELOS, E. M. *Educação Popular nos Serviços de Saúde*. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. 167 p.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Rev. Nutr. PUCCAMP*, Campinas/SP, v.15, n.2, p.127-138, mai./ago. 2002.

_____. Delimitação da prática profissional do nutricionista em Saúde Coletiva: subsídios para uma discussão e elaboração de uma proposta de trabalho. *Rev. Alimentação & Nutrição*, v. 47, n. 25, p.25-32, 1990.

VERENGUER, R. C. G. Dimensões profissionais e acadêmicas da educação física no brasil: uma síntese das discussões. **Rev. paul. Educ. Fís.**, São Paulo, v.11, n.2, p.164-75, jul./dez. 1997.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v.11, n.4, p.525-531, jul./ago. 2003. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf>>. Acesso em: 30 nov. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies evidence for action, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____,
Estado Civil _____, Idade _____ anos, Residente na _____
_____, nº _____, Bairro _____, Cidade _____, Telefone _____.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

1. O trabalho tem por finalidade conhecer e analisar as representações sociais sobre a prática do nutricionista e a educação nutricional em equipes de saúde da família do município de São Carlos;
2. Ao participar desse trabalho, poderei contribuir para o esclarecimento da imagem profissional do nutricionista e da importância da educação nutricional no programa saúde da família;
3. Minha participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista ao pesquisador com roteiro semi-estruturado, com questões norteadoras e relevantes sobre o tema, podendo não responder alguma pergunta quando quiser, sem qualquer explicação ou prejuízo;
4. A minha participação como voluntário terá a duração de aproximadamente 1 (uma) hora;
5. Estou ciente de que os riscos relacionados com minha participação são mínimos, visto que serão assegurados o sigilo e o anonimato de minhas falas e exposições, assim como a preservação de minha identidade; caso minhas falas sejam utilizadas na redação do trabalho, serão identificadas por códigos;
6. Meu nome será mantido em **sigilo**, assegurando assim a minha **privacidade** e se desejar, serei informado sobre os resultados dessa pesquisa (**pela instituição ou profissional competente**);
7. Não terei nenhuma despesa ao participar desse estudo;
8. Os procedimentos aos quais serei submetido não provocarão danos físicos ou financeiros e por isso não haverá a necessidade de ser indenizado por parte da equipe responsável por esse trabalho ou da Instituição (FCF/UNESP);
9. Estou ciente de que os dados obtidos serão utilizados **exclusivamente** nesta pesquisa, não podendo ser usados posteriormente sem o meu consentimento;
10. Poderei me recusar a participar ou mesmo retirar meu consentimento a qualquer momento da realização dessa pesquisa, sem nenhum prejuízo ou penalização de qualquer natureza;
11. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo projeto;
12. Para notificação de qualquer situação, relacionada com a ética, que não puder ser resolvida pela pesquisadora deverei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas do Campus de Araraquara da UNESP, pelo telefone (0XX16) 3301-6897.

Diante dos esclarecimentos prestados, concordo em participar, como voluntária(o), do estudo *“O fazer teórico-prático do Nutricionista na Estratégia Saúde da Família: representações sociais dos profissionais das equipes”*.

São Carlos, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Voluntário

Pesquisadora Responsável
Ana Cristina do Amaral Camossa
Nutricionista - CRN-3/5914

Av. Comendador Alfredo Maffei, 1380, apto 14, bloco B, Jardim São Carlos, São Carlos/SP
Telefone: (16) 3376 4525 / (16) 9753 9707, e-mail: tinacamossa@ig.com.br

APÊNDICE II

DADOS CADASTRAIS DO ENTREVISTADO

NOME: _____

SEXO: () FEM. () MASC. IDADE: _____

CATEGORIA PROFISSIONAL / FORMAÇÃO: _____

GRAU DE ESCOLARIDADE: _____

TEMPO DE FORMADO (A): _____

FEZ ESPECIALIZAÇÃO? () SIM () NÃO

EM QUE ÁREA? _____

FEZ ALGUM CURSO COMPLEMENTAR? () SIM () NÃO

EM QUE ÁREA? _____

USF NA QUAL ATUA: _____

HÁ QUANTO TEMPO ATUA NESSA USF: _____

JÁ TRABALHOU EM OUTRA USF? () SIM () NÃO

JÁ TRABALHOU EM UBS? () SIM () NÃO

POR QUANTO TEMPO? _____

APÊNDICE III

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. O QUE VOCÊ CONHECE SOBRE O TRABALHO DO NUTRICIONISTA NA ÁREA DA SAÚDE?
2. PARA VOCÊ, QUAL É A FUNÇÃO DO NUTRICIONISTA NA USF?
3. O QUE VOCÊ ENTENDE POR EDUCAÇÃO NUTRICIONAL?
4. O QUE É FEITO ATUALMENTE NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL?
5. COMO SE DÁ A ABORDAGEM DAS QUESTÕES RELATIVAS À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS SEUS ATENDIMENTOS E QUAIS AS DIFICULDADES QUE VOCÊ ENCONTRA NA PRÁTICA?
6. VOCÊ ACREDITA QUE O TRABALHO EM SAÚDE DEVE SER DESENVOLVIDO EM EQUIPE? POR QUÊ?
7. VOCÊ CONSIDERA QUE O NUTRICIONISTA DEVE FAZER PARTE DAS EQUIPES DE SAÚDE? POR QUÊ?
8. SABENDO QUE A MAIORIA DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE AINDA NÃO CONTA COM NUTRICIONISTAS EM SEUS QUADROS, NA SUA OPINIÃO, POR QUE ESTE PROFISSIONAL AINDA NÃO FOI INCORPORADO DE FORMA INTEGRAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE?
9. VOCÊ CONHECE A PROPOSTA DO NASF? O QUE ACHA?
10. CASO QUEIRA COLOCAR ALGO MAIS, ESTEJA À VONTADE...

APÊNDICE IV

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE GESTÃO E CUIDADO AMBULATORIAL

1. COMO VOCÊ VÊ O TRABALHO DO NUTRICIONISTA NA ÁREA DA SAÚDE?
2. COMO VOCÊ ACHA QUE DEVERIA SER O TRABALHO DO NUTRICIONISTA NA USF?
3. O QUE VOCÊ ENTENDE POR EDUCAÇÃO NUTRICIONAL?
4. O QUE É FEITO ATUALMENTE NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL?
5. VOCÊ ACREDITA QUE O TRABALHO EM SAÚDE DEVE SER DESENVOLVIDO EM EQUIPE? POR QUÊ?
6. VOCÊ CONSIDERA QUE O NUTRICIONISTA DEVE FAZER PARTE DAS EQUIPES DE SAÚDE? POR QUÊ?
7. SABENDO QUE A MAIORIA DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE AINDA NÃO CONTA COM NUTRICIONISTAS EM SEUS QUADROS, NA SUA OPINIÃO, POR QUE ESTE PROFISSIONAL AINDA NÃO FOI INCORPORADO DE FORMA INTEGRAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE?
8. EM RELAÇÃO À RESIDÊNCIA, COMO SE DEU A INSERÇÃO DA CATEGORIA DE NUTRICIONISTAS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE?
9. QUAL SUA ANÁLISE SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA CATEGORIA DE NUTRICIONISTAS NA RESIDÊNCIA? (AÇÕES DESENVOLVIDAS, CONTRIBUIÇÕES PARA ESF DO MUNICÍPIO, ENVOLVIMENTO COM AS EQUIPES DE REFERÊNCIA, DEMAIS RESIDENTES E COMUNIDADE)
10. CASO QUEIRA COLOCAR ALGO MAIS, ESTEJA À VONTADE...

ANEXOS

