

## Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros

Food and nutrition in the Family Health Strategy in five Brazilian cities

Viviane Rangel de Muros Pimentel <sup>1</sup>  
Maria Fátima de Sousa <sup>1</sup>  
Edgar Merchán Hamann <sup>1</sup>  
Ana Valéria Machado Mendonça <sup>1</sup>

**Abstract** *This work is part of a national study seeking to understand the difficulties and the potential for overcoming the challenges faced in the quest to improve food and nutrition campaigns developed under the aegis of the Family Health Strategy. It is examined from the standpoint of professional teams of the Family Health Strategy and Family Health Support Centers of five major Brazilian cities. A qualitative approach was used to design a multiple case approach and the technique of focus groups was conducted to collect data. The instrument used was a semi-structured pre-tested and validated script with two leading questions. The Collective Subject Discourse technique was used for data analysis, based on which the synthesized discourses were created using the Qualiquantisoft program. Sixty health professionals from various training areas were interviewed, including dietitians, nurses and physicians. The results showed that the difficulties encountered for the provision of food and nutrition campaigns and the lack of professionals in this area have hampered compliance with the principles of comprehensiveness, universality and resolubility of health care.*

**Key words** *Food, Nutrition, Family health strategy, Health professionals*

**Resumo** *Trata-se de um estudo nacional para conhecer as dificuldades e as potencialidades de modo a melhorar as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, a partir do olhar de seus profissionais e daqueles dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de cinco municípios brasileiros de grande porte. Foi utilizada a abordagem qualitativa com desenho de múltiplos casos e a técnica de Grupos Focais para a coleta de dados. O instrumento utilizado foi um roteiro semiestruturado previamente testado e validado, contendo duas perguntas norteadoras. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, por meio da qual foram construídos os discursos-sínteses, com auxílio do programa Qualiquantisoft. Foram entrevistados 60 profissionais de saúde de várias áreas de formação, entre nutricionistas, enfermeiros e médicos. Os resultados obtidos revelaram que as dificuldades encontradas para a oferta das ações de alimentação e nutrição e a carência de profissionais especialistas nesta área têm limitado o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde.*

**Palavras-chave** *Alimentação, Nutrição, Estratégia Saúde da Família, Profissionais de saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Campus Darcy Ribeiro s/n, Asa Norte. 70.910-900 Brasília DF Brasil.  
vrmrpimentel@yahoo.com.br

## Introdução

Nas últimas décadas, as transformações socioeconômicas, históricas e culturais têm afetado os aspectos nutricionais e educacionais da população brasileira, gerando modificações no perfil nutricional, especialmente representadas pela diminuição da prevalência de deficiências nutricionais e aumento populacional do binômio sobrepeso/obesidade e de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)<sup>1</sup>.

Diante destes agravos à saúde, cada vez mais se revela a importância e a necessidade de uma atenção especial para o desenvolvimento de ações relacionadas à alimentação e nutrição nos serviços de saúde. Constatação já observada e contemplada na Declaração de Adelaide, durante a II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, onde a alimentação e a nutrição destacaram-se como uma das áreas prioritárias para a promoção da saúde<sup>2,3</sup>.

O Programa Saúde da Família (PSF), por sua vez, mostra-se como uma estratégia privilegiada para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição visando à qualificação da atenção à saúde, por meio do fortalecimento do cuidado nutricional aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O que possibilita o estreitamento dos vínculos com as comunidades atendidas, ampliando assim suas fronteiras de atuação, proporcionando uma maior resolubilidade da atenção.

Com isto, percebe-se a necessidade e a imprescindibilidade de se conhecer as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelas equipes da ESF nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), especialmente sobre a visão dos profissionais responsáveis pela execução das ações.

Apesar de este processo demonstrar um grande desafio para a Atenção Básica de Saúde (ABS), trata-se de espaço privilegiado para ações de incentivo e apoio à inserção de hábitos alimentares saudáveis. Nesse sentido, as ações de alimentação e nutrição destacam-se como componentes do trabalho interdisciplinar, imprescindíveis a qualquer programa que vise elevar a qualidade de vida da população a partir do princípio da integralidade<sup>4,5</sup>.

Este artigo, cujo recorte refere-se a uma dissertação de mestrado da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), origina-se de um estudo nacional do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP/CEAM/UnB) com o objetivo de conhecer as demandas, as dificuldades e as potencialidades presentes na superação dos desafios enfrentados ao se buscar uma

melhoria do serviço de alimentação e nutrição desenvolvido na ESF. Baseia-se no entendimento dos profissionais das equipes da ESF e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) de cinco municípios brasileiros de grande porte.

## Método

No intuito de possibilitar o alcance pleno do objetivo delineado neste artigo optou-se por adotar uma abordagem qualitativa, com análise dos discursos de sujeitos coletivos, buscando a partir destes, as relações que caracterizam as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelas equipes da ESF e NASF. As abordagens qualitativas, em franca expansão, têm dado sustentação aos estudos científicos em saúde, permitindo conhecer a subjetividade por meio de uma análise mais profunda que vai além dos números, contribuindo para a ampliação do entendimento sobre alguns fatos e a compreensão da saúde humana, ressaltando questões antes despercebidas<sup>6-8</sup>.

Ademais, por trabalhar em nível de intensidade das relações sociais<sup>9</sup>, oferece subsídios para que a equipe de saúde compreenda as implicações dessa subjetividade no processo de assistência, sendo a observação dos dados da experiência, segundo Comte<sup>10</sup> e Durkheim<sup>11</sup>, a única forma científica de apreender o social.

A justificativa pela opção de estudo de múltiplos casos está ancorada na abordagem de Yin<sup>12</sup>, que considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e seu conjunto constituir-se-á em projeto de casos múltiplos.

Na seleção amostral não se buscou uma maior quantificação e sim trabalhar com a diáde metodológica proposta por Lefevre e Lefevre<sup>13</sup>. Sob esta ótica, os municípios foram selecionados considerando como critérios de inclusão compor a amostra do estudo ao qual deu origem o presente trabalho e representarem cada uma das cinco regiões do país: Belém (PA), Maceió (AL), Goiânia (GO), São Paulo (SP) e Maringá (PR). Quanto aos profissionais que participaram dos grupos focais, os mesmos foram incluídos a partir da integração à Equipe de Saúde da Família nos últimos dois anos.

A coleta de dados, com duração de três meses, de dezembro de 2009 a março de 2010, foi obtida por meio de grupos focais realizados com profissionais de equipes de Saúde da Família de Unidades Básicas de Saúde dos municípios acima referidos. Nas dinâmicas foi utilizado um roteiro semiestruturado, contendo duas pergun-

tas distribuídas em dois blocos: “Dificuldades para a oferta das ações de alimentação e nutrição” e “Potencialidades para superação dos desafios, visando a melhoria do serviço de Alimentação e Nutrição ofertado na ESF”. O referido roteiro foi construído no intuito de dar um direcionamento geral, facilitando a retomada aos principais temas para que não houvesse dispersão. Previamente, foi testado, ajustado e validado em dois municípios do entorno do Distrito Federal, não pertencentes à amostra. Foi aplicado em profissionais das equipes da ESF e NASE, dentre eles médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, odontólogos, nutricionistas, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, psicólogo, assistentes sociais e 5% (n = 3) com formação em outras áreas, exercendo cargos administrativos nas Unidades.

Para a análise dos relatos obtidos nos Grupos Focais foi realizada sua transcrição literal (*ipsis verbis*) e posteriormente utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>13</sup> por auxiliar no processamento dos depoimentos, tornando possível compreender o porquê da maneira de se pensar de determinada forma ao revelar as sínteses explicativas a partir de pontos em comum identificados no estudo, legitimando pensamentos ou opinião de indivíduos por meio da análise de seu depoimento discursivo<sup>13</sup>.

O processamento dos dados foi feito utilizando o programa QualiQuantSoft versão 2011, um software de apoio a pesquisas qualitativas desenvolvido com o objetivo de sistematizar as opiniões obtidas em pesquisas do DSC por meio da organização do número de pessoas com as mesmas convergências discursivas sobre determinado assunto.

Depois de criado o banco de dados, foram extraídas as Ideias Centrais (IC), as sínteses das respostas de cada indivíduo e, posteriormente, construídos os DSC, utilizando-se as Expressões-Chaves (E-Ch), caracterizada por fragmentos de resposta contendo a essência do conteúdo do depoimento e as IC (Ideias Centrais), através das quais foi feita a junção dos discursos semelhantes ou complementares em categorias de análises.

Em conformidade com os aspectos éticos e legais, e atendendo às orientações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS<sup>14</sup>, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (CEP/FS) e aprovado em Outubro de 2009. Todos os sujeitos, após serem devidamente informados quanto aos objetivos deste estudo e

procedimentos a serem adotados, consentiram suas participações de forma voluntária por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Resultados e discussão

### Perfil dos entrevistados

Foram entrevistados 60 (sessenta) profissionais, sendo 15% (n = 09) pertencentes ao município de Goiânia, 18,3% (n = 11) de São Paulo, 20% (n = 12) de Belém, 21,7% (n = 13) de Maringá e 25% (n = 15) de Maceió.

Com relação ao gênero, houve predominância do sexo feminino, correspondendo a 85% (n = 51) dos participantes entrevistados, dado este também encontrado em outros estudos que observaram uma tendência à feminilização entre os trabalhadores de saúde<sup>15,16</sup>.

Em relação à idade, 36,7% (n = 22) dos profissionais entrevistados encontra-se na faixa-etária entre 30-39 anos, assemelhando-se ao encontrado em um estudo realizado por Machado<sup>15</sup>, que obteve 40% como resultado. No entanto, vale ressaltar que a faixa-etária de 40-49 anos também foi bastante expressiva, correspondendo a valores muito próximos aos encontrados na faixa-etária de 30-39.

Quanto ao tempo de serviço, dentre os profissionais que responderam, grande parte, 35% (n = 21), está entre 01 a 05 anos, mas chamou à atenção ver que 16,7% (n = 10) tem menos de um ano, valor este três vezes maior do que o número de profissionais que já estão trabalhando há mais de 16 anos, o que permite visualizar uma entrada considerável de profissionais no serviço de saúde, promovendo a renovação de profissionais.

### A análise dos Discursos do Sujeito Coletivo

De acordo com Nagai et al.<sup>17</sup> e Lefreve e Lefreve<sup>18</sup>, o DSC pode ter mais de uma ideia central na resposta de um indivíduo, e todas abordarem de maneiras diversas um mesmo problema, complementando-se umas às outras e/ou explicando-se mutuamente. Assim, buscando uma síntese em nível nacional, ao invés de uma análise por município pesquisado, os dados obtidos foram agrupados em dois blocos, por meio de quadros contendo as respectivas Ideias Centrais obtidas em cada pergunta, seguidos dos DSC cons-

truídos para cada uma delas. As discussões analíticas foram feitas ao final de cada bloco.

BLOCO 1 - “Dificuldades para a oferta das ações de alimentação e nutrição”:

Analisando as IC sínteses da pergunta norteadora 1 obtidas nos grupos focais, observa-se que algumas dificuldades para o desenvolvimento das ações relatadas pelos profissionais revelaram problemas muito mais abrangentes. Trata-se de questões socioeconômicas e culturais, falta

de integração e articulação entre a equipe e com a própria gestão municipal para liberação de espaço físico, além da dificuldade em trabalhar os hábitos alimentares inadequados da população (Quadro 1).

Chamou a atenção também a dificuldade de desenvolver as ações de alimentação e nutrição em virtude da influência que a mídia tem exercido na população, estimulando o consumo de alimentos nem sempre saudáveis.

**Quadro 1.** Ideias centrais categorizadas da pergunta norteadora 1, colhidas nas entrevistas com profissionais da ESF de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

Pergunta norteadora 1	Ideias Centrais (IC) categorizadas	Nº de Respostas	%
<i>1 - Qual (ais) a(s) dificuldade(s) encontrada(s) pela equipe para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição com a população de seu município?</i>	Trabalhar os hábitos alimentares inadequados e a resistência à mudança desses hábitos.	10	20,0
	Falta de conhecimento técnico e do auxílio de um nutricionista.	07	14,0
	Suprir a demanda.	07	14,0
	Trabalhar com aspectos culturais que permeiam a alimentação.	05	10,0
	Estímulo da mídia influenciando o consumo de alimentos não saudáveis.	04	8,0
	Orientar a população nos casos de falta de recursos financeiros.	04	8,0
	Demanda assistencialista.	04	8,0
	Cultura medicamentosa.	02	4,0
	Falta de articulação entre a equipe.	01	2,0
	Busca por praticidade interferindo na qualidade da alimentação.	01	2,0
	Falta de orientação sobre a utilização de alimentos fornecidos pelo programa municipal.	01	2,0
	Burocracia para liberação de espaço físico para o desenvolvimento das ações.	01	2,0
	Falta de assiduidade do paciente nos grupos atrapalhando a continuidade das ações.	01	2,0
	Orientação nutricional feita sem adequação à realidade da população.	01	2,0
Baixa adesão do usuário quanto à orientação para a ida à Unidade.	01	2,0	

*Uma coisa que dificulta muito para a população não aderir de forma maciça para a mudança e não avançar de uma forma mais rápida é que temos a mídia que trabalha muito contra. Vemos a introdução precoce dos alimentos, principalmente os açúcares estimulados pela mídia. Educamos, orientamos e nos aproximamos mais das famílias, mas 'como mudar hábitos?'. Acabamos lutando por uma coisa que está bem mais visível diariamente do que a nossa fala enquanto profissional. Não é só isso, mas é um ponto para pensar.*

De igual modo, a cultura medicamentosa tanto por parte dos pacientes quanto de médicos, relatada como dificuldade para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, merece atenção por revelar dados preocupantes, demonstrados no discurso abaixo. O mesmo revela a necessidade de mudanças, a começar pelos profissionais, uma vez que suas atitudes e formas de condutas podem exercer influência direta na forma de agir dos pacientes, para então viabilizar o trabalho sobre a importância de mudanças de comportamento e hábitos na população por eles atendida.

*A população em geral tem hábitos de difícil correção ... só que tem também a questão do paciente que prefere tomar o comprimido tal hora e comer uma feijoada em seguida. É muito difícil mudar comportamento alimentar numa população que está acostumada a tomar remédios para o problema. Por outro lado, tem a questão da cultura medicamentosa também por parte do médico. É muito mais fácil orientarem uma prescrição médica em cinco minutos do que fazer uma orientação nutricional em meia hora!*

Muito embora significativas as IC acima pontuadas por suas potencialidades em influenciar diretamente o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, chamou a atenção o grande número de relatos obtidos, aproximadamente 86% (n = 30) das respostas, referentes à falta de condições de trabalho em relação à infraestrutura, disponibilidade de recursos e apoio para o desenvolvimento de suas atividades diárias e inclusive para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, conforme abaixo.

*As condições de trabalho são difíceis. Faltam materiais, insumos como luvas, medicamentos e os equipamentos são precários, a quantidade é insuficiente e a manutenção é muito falha. Balanças de adulto não tem nenhuma excelente e a balança pediátrica temos que fazer o revezamento, do contrário as crianças ficam sem se pesar ou então pesa a mãe com a criança na de adulto. Já chegamos a ficar sem a balança pesa bebê por anos. Às vezes*

*sentimos falta até de um aparelho de pressão que é uma coisa tão simples. Com relação ao espaço físico, o prédio é pequeno para a nossa realidade. Houve uma promessa de aumentar, mas ficou na promessa. Faltam salas para atender, cadeiras e fica difícil atender o idoso, a criança, a gestante. Quando falamos em nutrição temos que ver isso, porque até para educar a comunidade precisamos de espaço. Às vezes tem equipe se reunindo no refeitório. A nossa sala de consulta é pequena, não tem ventilador e o posto fica do lado do sol. Pela falta de espaço na Unidade, as mães não aceitam esperar tanto para fazer o peso da sua criança e a altura. Quando conseguimos espaço as mães atendem nosso apelo, mas se for na Unidade muitas mães vão embora porque não aguentam esperar e isso dificulta o nosso trabalho. Temos que nos virar com o que temos e quando não produzimos somos cobrados, mas não nos dão condições de trabalho e aí ficamos brincando de atender, porque acabamos não conseguindo atender à demanda e nem fazemos o trabalho preventivo porque não temos as condições necessárias para levar adiante esse trabalho. Também falta mais segurança. Já houve assalto na Unidade e levaram computador, ar condicionado e outras coisas. Com isso, a comunidade está descreditada dos serviços porque ela vem e não tem estrutura para ser atendida. Só querem saber de cobrar, mas nunca perdemos a esperança e nos desdobramos para fazer o melhor como profissionais e como pessoas porque reconhecemos o valor de uma vida.*

De igual relevância, pôde-se observar o grande número de relatos nas questões referentes à 'falta de conhecimento técnico e do auxílio de um nutricionista' e 'dificuldades em suprir a demanda', responsável por 28% (n = 14) dos relatos.

*Como enfermeiro e médicos não tem uma especificidade de fazer uma prescrição dietética, falamos muito em geral. Fica difícil para um profissional que não é da área da nutrição elaborar um cardápio de acordo com o paciente, com a deficiência que ele tem e também ajustar ao que ele tem em casa. Não temos tempo e nem conhecimento com a nutrição. Programamos uma reunião para gestantes e o módulo seria alimentação só que não tínhamos embasamento, aí vamos à internet, mas não se faz profissional de internet. Logo, fica difícil. Quem vai dar a aula? Nós recebemos apenas algumas capacitações e em algumas Unidades só, mas muito pouco. Tentamos passar o que é de vivência nossa, mas não é o recurso profissional que teríamos com o nutricionista. Muitas vezes vemos a enfermeira fazer receita de sopinha, copiando e ensinando, mas passa uma semana a mãe já esqueceu e aí a criança volta para o saquinho de biscoi-*

*tos de novo. Por mais que tentemos fazer essa questão da alimentação, não conseguimos.*

*Necessidade do nutricionista nas ações:*

*Aí entra a questão do nutricionista. Estamos sempre correndo atrás do prejuízo. A demanda é muito grande e o número de profissionais é pequeno. Como fazer trabalho compartilhado? Existe uma demanda reprimida, nem todos têm esse acesso. É um médico para quatro mil pessoas, então não anda. Tem que escolher quem vai ser atendido, se o hipertenso, se o diabético e você faz um tratamento, mas tem paciente que volta dez vezes e ele tem umas cinco ou mais patologias e nós não temos profissional suficiente. Vemos que o norteador do PSF é qualitativo, mas o resultado ainda é quantitativo. É difícil. Muitas vezes olhamos só a quantidade e não a qualidade. Eles reclamam que o auxiliar não vai mais à casa deles como ia antes. Com relação ao acompanhamento nutricional, funciona com grande dificuldade. Nós temos uma grande dificuldade de fazer o nosso plantão porque temos que cobrir as equipes do PSF e a demanda com todas as especialidades.*

Estes três últimos DSC revelam que apesar do esforço em atender as demandas relacionadas à alimentação e nutrição, a falta de condições infra-estruturais e de preparo dos profissionais necessário para trabalhar essas ações especialmente em virtude da falta de conhecimento, compromete o desenvolvimento das mesmas. Reflete, consequentemente, na dificuldade em suprir a demanda, por falta de profissionais, culminando no comprometimento do desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição nos municípios. Este fato remete à necessidade de se criar soluções de enfrentamento desses problemas e repensar a forma como profissionais de saúde, comprometidos com a prestação de serviços à população, têm desempenhado suas funções, conforme observado por Castro<sup>19</sup>, especialmente no que tange à falta de recursos humanos e de investimentos em capacitações, bem como na melhoria das condições infra-estruturais nas Unidades Básicas de Saúde.

**BLOCO 2-** “Potencialidades para a superação dos desafios, visando a melhoria do serviço de Alimentação e Nutrição ofertado na ESF”

Os DSC referentes ao Quadro 2 pontuaram necessidades relevantes para superação dos desafios, apontando para a necessidade de maior atuação e apoio dos municípios em relação à melhoria do espaço físico e desburocratização para consegui-lo, desvinculação da escolha do gestor de indicações políticas, ter mais tempo para atendimento e planejamento e pactuar a Política de Alimentação e Nutrição.

No âmbito federal, os DSC refletiram além da necessidade de se ter um incentivo à implantação de hortas para estimular o consumo de alimentos mais saudáveis, a necessidade do Estado controlar as propagandas de alimentos por exercerem influência no consumo de alimentos não saudáveis.

*O Estado tem a obrigação de proteger os nossos filhos contra propaganda de alimentos pouco saudáveis. Adianta promover sem proteger? Temos que proteger também e essa proteção precisa ser dada pelo Estado.*

Observa-se também que cerca de 15% (n = 5) das IC apontaram para a importância do desenvolvimento do trabalho de forma multidisciplinar desde a infância, articulando com o trabalho nas escolas, conforme relato abaixo.

*O cuidado tem que vir desde criança para ser um adulto saudável. Temos que educar as crianças em primeiro lugar porque se não trabalharmos os hábitos alimentares desde a base, vamos ficar dando murro em ponta de faca para o resto da vida! [...] É importantíssimo a equipe trabalhar junto e também seria interessante articular com escolas para estar passando informação, levando a nutricionista lá.*

No entanto, a melhor forma de superação dos desafios para a oferta de ações de alimentação e nutrição relatada, encontrada em 21,2% (n = 7) das respostas, foi a necessidade de se incluir o nutricionista na ESF para fazer um trabalho direcionado, proporcionando maior eficácia e efetividade das ações ofertadas.

*Devia ter mais profissionais porque a demanda é muito grande. Todos querem marcar com o nutricionista, mas a demanda de profissionais é pouca. Então, falta melhorar em nível de profissionais. Se tivesse o profissional nessa área seria mais fácil. Dentro das nossas competências tentamos fazer o máximo, mas não tem como fazer um trabalho completo em relação à nutrição, não é o bastante e levamos muito tempo fazendo. É muita carga e só aquela orientação que o médico ou a enfermeira faz com muito gosto não substitui uma dietazinha programada. Hoje, para avançarmos um pouco mais com a nutrição, realmente teria que ser incluído um profissional, uma referência e de uma forma ativa, não só no papel. Nós temos essa necessidade primordial de ter um profissional específico para fazer um trabalho mais direcionado para a nutrição. Que não tivesse um profissional em cada Unidade, mas tivesse pelo menos um como demanda espontânea para atender já melhoraria bastante porque não dá pra fazer as atribuições específicas do nutricionista.*

**Quadro 2.** Ideias centrais categorizadas da pergunta norteadora 2, colhidas nas entrevistas com profissionais da ESF de cinco municípios brasileiros de grande porte, Brasil-2011.

Pergunta norteadora 2	Ideias Centrais (IC) categorizadas	Nº de Respostas	%
<i>2 - O que vocês acham que poderia ser feito para superar os desafios, de forma a melhorar a oferta das ações de alimentação e nutrição em seu município?</i>	Incluir o nutricionista.	07	21,2
	Trabalhar a mudança de hábitos desde a infância, de forma multidisciplinar e em articulação com escolas.	05	15,2
	Persistir na educação nutricional, trabalhando com toda a família.	04	12,2
	Realizar um trabalho de forma contínua e capacitar a população de forma criativa, com novas ideias.	04	12,2
	Ter mais tempo para o atendimento e planejamento das ações.	03	9,1
	Ter maior articulação entre a equipe e apoio da gestão.	02	6,1
	Melhorias no espaço físico.	01	3,0
	Desvincular a escolha do gestor de aspectos políticos.	01	3,0
	Controle de propaganda de alimentos, pelo estado.	01	3,0
	Ter incentivo do governo para plantação de hortas.	01	3,0
	Ter treinamentos sobre alimentação alternativa e agricultura de subsistência.	01	3,0
	Articular com profissionais da saúde mental e pactuar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição no município.	01	3,0
	Investir mais no aleitamento materno.	01	3,0
Considerar as necessidades e condições da população para então elaborar as orientações.	01	3,0	

Este discurso revela que apesar da disposição dos profissionais em desenvolver as ações de alimentação e nutrição com a comunidade, não têm o preparo necessário para executá-las de forma adequada. E por não conseguem desempenhar as atribuições específicas do nutricionista, inviabiliza-se o desenvolvimento de ações mais completas e específicas, o que demonstra a necessidade de rearranjos no serviço de saúde.

### Considerações finais

A ABS, por meio da ESF é, sem dúvida, um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição com repercussões potenciais nas comunidades atendidas. Um reflexo disto tem sido o controle da desnutrição primária e da deficiência de micronutrientes como, por exemplo, no caso da anemia e hipovitaminose A. Neste caso, as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na ABS têm auxiliando no controle, além de permitirem o monitoramento e o acompanha-

mento do surgimento e da evolução das DCNT nas famílias e comunidades atendidas.

Apesar de se reconhecer que as ações de alimentação e nutrição na atenção básica tanto podem contribuir para a qualificação como para a garantia da integralidade da atenção à saúde prestada à população brasileira, este estudo revelou que as dificuldades encontradas para a oferta das ações de alimentação e nutrição, além da carência de profissionais especialistas nesta área, têm limitado o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde.

Tendo em vista a multiplicidade e a complexidade de aspectos e esferas que têm condicionado e determinado a saúde da população nos dias de hoje, ainda é necessário que haja maior diálogo e interação entre os campos da Alimentação & Nutrição e a ABS. Tal diálogo contribuiria para a organização do processo de trabalho da ABS em conformidade com o panorama nutricional atual, onde o sobrepeso e a obesidade têm crescido de modo alarmante.

Faz-se necessário ainda, que no processo de organização da ABS sejam contempladas práticas de saúde orientadas a contribuir para uma atuação planejada e equânime de problemas e demandas por meio da oferta de mais ações voltadas à alimentação e nutrição, para que se possa caminhar rumo à superação das carências desse serviço na rede básica de saúde.

No entanto, superar este desafio requer um grande trabalho que vai além da ampliação da oferta de ações de alimentação e nutrição no âmbito das estratégias de atenção à saúde, mas que perpassa pela promoção do apoio e acompanhamento dos usuários, o que só pode ser viável a partir da incorporação do nutricionista na rede Básica de Saúde, especialmente na composição das equipes de Saúde da Família.

Diante disto, traz-se a esta questão, a reflexão da necessidade em se repensar a configuração do desenho atual das equipes de Saúde da Família, promovendo a inserção de profissionais qualificados e em número adequado para a gestão e a execução das ações de alimentação e nutrição,

permitindo ajustes nos serviços ofertados, viabilizando o alcance da expansão e a qualificação das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na ABS. Desse modo, a “porta de entrada” dos serviços de saúde de nosso país pode permanecer não somente aberta, mas apta a receber as demandas e ofertar de forma plena e integral as ações de promoção da saúde e da qualidade de vida aos indivíduos que por ela adentrem.

Assim, a ABS poderá ser reconhecida como um espaço propício para a construção da saúde numa perspectiva que extrapole a visão biológica do cuidado e contribua para completar a agenda ainda incompleta no PSF, conforme referida por Sousa e Hamann<sup>20</sup>, por meio da ampliação das condições e ações de alimentação e nutrição ofertadas para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil.

## Colaboradores

VRM Pimentel participou da pesquisa e trabalhou na concepção e escrita do artigo. MF Sousa e EM Hamann participaram da pesquisa e trabalharam na redação final e na formatação do artigo. AVM Mendonça fez a revisão final do artigo, reestruturou os DSC e fez as referências em Vancouver.

## Referências

1. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Supl. 1):S181-S191.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde*. Brasília: MS; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saude Publica* 2007; 23(7):1674-1681.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Básica. *Obesidade*. Brasília: MS; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, Nº 12)
5. Assis AM, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev. Nutr.* 2002; 15(3):255-266.
6. Grenn J, Thorogood N. *Qualitative methods for Health Research*. Thousand Oaks: SAGE Publication; 2004.
7. Ferreira RF, Calvoso GG, Gonzáles CBL. Caminhos da Pesquisa e a Contemporaneidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2002; 15(2):243-250.
8. Praça NS, Merighi MAB. *Abordagens teórico metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
9. Minayo MCS, Sanches O. Qualitative and Qualitative Methods: Oposition or Complementarity? *Cad Saude Publica* 1993; 9(3):239-262.
10. Comte A. *Discurso sobre o espírito positivo*. São Paulo: Abril; 1978.
11. Durkheim E. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Abril; 1978.
12. Yin RK. *Estudo de caso*. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2001.
13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. 2ª Edição. Caxias do Sul: Educs; 2005.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
15. Otenio CCM, Nakama L, Lefèvre AMC, Lefèvre F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. *Saúde soc* 2008; 17(4):135-150.
16. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saude Publica* 2005; 21(2):490-498.
17. Nagai R, Lefèvre AMC, Lefèvre F, Steluti J, Teixeira LR, Zinn LCS, Soares NS, Fischer FM. Conhecimentos e práticas de adolescentes na prevenção de acidentes de trabalho: estudo qualitativo. *Rev Saude Publica* 2007; 41(3):404-411.
18. Lefèvre AMC, Lefèvre F. O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(20):517-524.
19. Castro JL. *Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto*. Natal: Observatório RH; 2007.
20. Sousa MF, Hamann, EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl. 1):1325-1335.

---

Artigo apresentado em 03/08/2012

Aprovado em 27/09/2012

Versão final apresentada em 15/10/2012

