SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE SAÚDE

JAQUELINE DOURADO LINS

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.

Investigação a partir da experiência de uma Unidade Básica de Saúde no município de Franco da Rocha/SP.

SÃO PAULO

2022

JAQUELINE DOURADO LINS

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.

Investigação a partir da experiência de uma Unidade Básica de Saúde no município de Franco da Rocha/SP.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Saúde, para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Fabiana Santos Lucena

SÃO PAULO

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Lins, Jaqueline Dourado
Segurança alimentar e nutricional na organização do cuidado na atenção básica à saúde: investigação a partir da experiência de uma Unidade Básica de Saúde no município de Franco da Rocha/SP / Jaqueline Dourado Lins -– São Paulo, 2022.
64 f.

Orientador (a): Profa. Fabiana Santos Lucena

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Saúde pública 2. Segurança alimentar e nutricional 3. Atenção primária à saúde 4. Sistema Único de Saúde 5. Nutrição I. Lucena, Fabiana Santos

CDD: 362.10981

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui registrada minha gratidão àqueles que fizeram parte da experiência de construção deste trabalho. Pessoas que de diferentes maneiras colaboraram em meu processo de formação ao longo do curso de especialização multiprofissional em Saúde Coletiva.

À Professora Dra. Fabiana Lucena, minha orientadora, e as demais Professoras do Eixo de Atenção Básica à Saúde - Dra Mônica Viana, Dra Lígia Duarte e Dra Izabel Costa; e aos meus queridos colegas Marcos Lima e Roberta de Moraes pela parceria.

À Dra Mariana Tarricone pelo apoio e orientação.

Aos profissionais que atuam no serviço de saúde do município de Franco da Rocha pelos relatos e cooperação para aprendizagem.

Ao Instituto de Saúde representado por funcionários e projetos que abrem caminho para a formação em Saúde Coletiva.

Às minhas amigas do Grupo de Pesquisa Promoção da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional da Faculdade de Saúde Pública da USP pelos encontros e conversas que sempre me inspiram e clareiam pensamentos.

À razão da minha fé.

Gente quer comer, gente quer ser feliz. Gente quer respirar ar pelo nariz. Não, meu nego, não traia nunca essa força, não, essa força que mora em seu coração. Gente lavando roupa, amassando pão. Gente pobre arrancando a vida com a mão. No coração da mata, gente quer prosseguir, quer durar, quer crescer, gente quer luzir (...) Gente é pra brilhar, não pra morrer de fome.

Caetano Veloso

Lins, Jaqueline Dourado. **Segurança alimentar e nutricional na organização do cuidado na atenção básica à saúde: Investigação a partir da experiência de uma Unidade Básica de Saúde no município de Franco da Rocha/SP.** São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2022.

RESUMO

Introdução: Reconhece-se o dever do poder público em adotar políticas e ações necessárias para promover e garantir a Segurança Alimentar e Nutricional. Nos últimos anos a população brasileira tem se deparado com o aumento da situação de insegurança alimentar e nutricional o que tem impacto sobre a Atenção Básica à Saúde e as demandas dos usuários nas Unidades Básicas, o que torna imprescindível promover à nível local discussões sobre as ações de alimentação e nutrição nesse nível de atenção. O presente trabalho tem como objetivo geral investigar a inserção da Segurança Alimentar e Nutricional na organização do cuidado em saúde em uma Unidade Básica de Saúde no município de Franco da Rocha/SP. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal e de natureza qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas de forma remota com informantes-chaves de uma UBS do município. As transcrições das entrevistas foram analisadas mediante Análise Temática. **Resultados:** Percebeu-se que a Insegurança Alimentar e Nutricional está presente no território e faz parte das demandas ao serviço de saúde. No entanto é identificada uma concepção de alimentação e nutrição reducionista que não é capaz de dar resposta à complexidade da situação alimentar. Entende-se que a atenção nutricional, considerando sua organização, a promoção da alimentação adequada e saudável, a vigilância alimentar e nutricional e a formação dos trabalhadores não tem considerado a SAN como um dos aspectos orientadores do cuidado. Mas identifica-se, a partir de ações já estabelecidas na UBS, potencialidades para atuação visando à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável. **Conclusão:** Faz-se necessário que os trabalhadores estejam esclarecidos e capacitados para atuar com uma visão ampliada de saúde, sob o paradigma da alimentação adequada e saudável enquanto direito, de forma que sua atuação e as ações propostas sejam capazes de dar respostas efetivas à complexidade da situação alimentar e nutricional no território.

Palavras-chave: Saúde Pública, Segurança Alimentar e Nutricional, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Nutrição.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 7

2. OBJETIVOS 14

3. MÉTODO 15

3.1 CAMPO DE ESTUDO - BREVE CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E SUA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA 16

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 18

4.1 PANORAMA GERAL 18

4.2 CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA UBS SOBRE ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL E A SAN 22

4.3 A ATENÇÃO NUTRICIONAL 32

4.3.1 Organização da Atenção Nutricional 33

4.3.1.1 Organização da Atenção Nutricional a Partir do NASF 33

4.3.1.2 Organização da Atenção Nutricional na Unidade Básica de Saúde 39

4.3.2 Ações para Promoção da Alimentação Adequada e Saudável 42

4.3.3 Vigilância Alimentar e Nutricional 45

4.3.4 Formação/Capacitação dos Trabalhadores 48

4.4 POTENCIALIDADES 50

5. CONCLUSÃO 54

6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO 55

7. REFERÊNCIAS 55

8. APÊNDICES 57

9. ANEXOS 63

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira estabelece entre os direitos sociais: saúde e alimentação. Este último tendo sido incluído na Constituição a partir de 2010, ainda que o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) já estivesse contemplado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

O DHAA é inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos demais direitos e corresponde ao acesso físico e econômico, em todos os momentos, à alimentação adequada, ou meio para sua obtenção. Sendo que o termo "adequada" se refere tanto a nutrientes quanto às condições sociais, econômicas, culturais, climáticas e ecológicas dentre outras. [1]

Em 1990, no Brasil, foi sancionada a Lei 8.080 que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), um importante passo para a efetivação do direito à saúde. Quanto a alimentação, reconhecida entre os determinantes/condicionantes da saúde, foi aprovada no ano de 1999 a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), atualizada em 2011,[2] e em 2006 sancionada a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional [3] (LOSAN) que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), visando assegurar o direito humano à alimentação adequada.

No entanto, é reconhecido que a agenda de alimentação e nutrição nas políticas públicas brasileiras antecede o SUS, tendo sua origem remetendo à década de 1930, marcada, entre outras questões, pelo contexto da denúncia acadêmica pioneira de Josué de Castro sobre a fome e suas expressões no corpo humano serem provenientes de desigualdades sociais, decorrentes de um modelo econômico injusto e excludente. Desde então, o Brasil tem experimentado diferentes modalidades de intervenção e programas sociais no campo da alimentação e nutrição.[4]

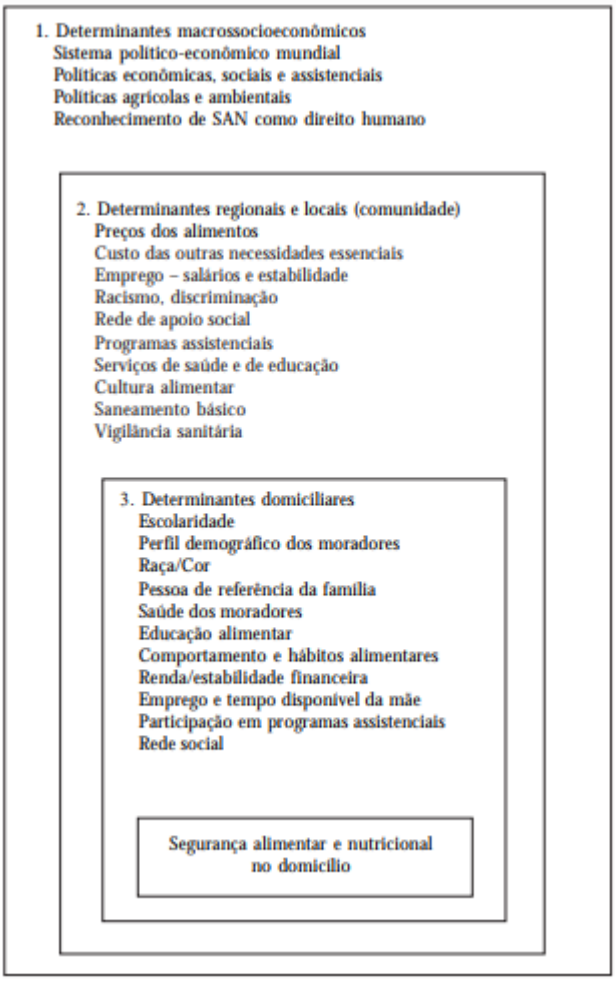
Estando inserida ao longo dos mais de trinta anos do SUS, a agenda da alimentação e nutrição tem gradualmente superado uma posição paralela ao sistema, para se afirmar como componente essencial na atenção integral à saúde. [4]

Destaca-se a publicação do Decreto 7.508 em 2011, com a instituição da Rede de Atenção à Saúde e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que possibilitam avanços para a organização e oferta das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS. A Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção à Saúde também são orientadoras, somando-se aos princípios e diretrizes da PNAN no estabelecimento da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional. [2]

Entende-se como Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis. [3]

A SAN abrange, entre outras questões, a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social; a garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos, bem como seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis que respeitem a diversidade étnica e racial e cultural da população; bem como a produção de conhecimento e o acesso à informação. [3] Sendo assim, é dever do poder público adotar políticas e ações necessárias para promovê-la e garanti-la.

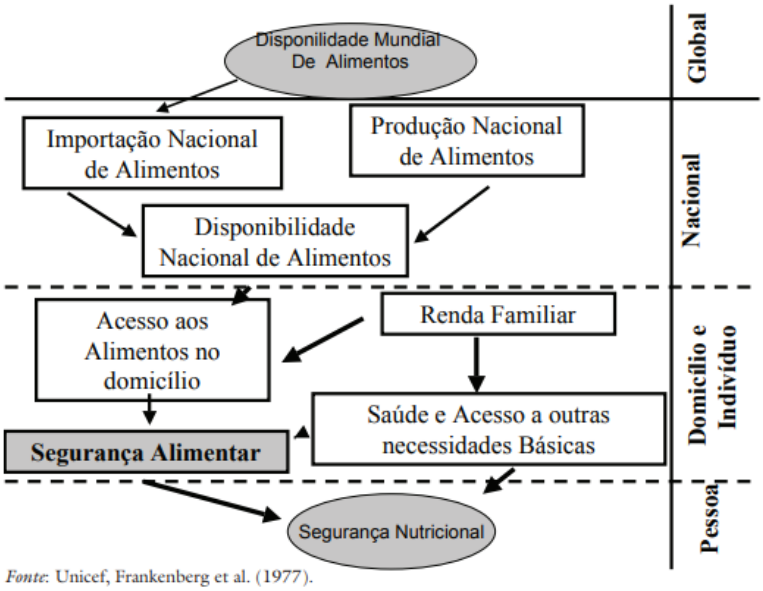
Figura 1. Modelo conceitual dos determinantes associados à Segurança Alimentar e Nutricional.[5]



A iniquidade na segurança alimentar se constitui em diferenças de acesso aos alimentos e à alimentação adequada, que são condições socialmente produzidas com impacto negativo no bem-estar e na qualidade de vida dos sujeitos. A insegurança alimentar reflete, então, a negação a direitos elementares. [6]

Segundo Segall-Corrêa [6], os elementos da definição de SAN levantam a necessidade de identificação de indicadores que meçam desde o direito de acesso ao alimento até as condições concretas desse acesso, ressalta ainda que nenhum indicador, isoladamente, consegue dar conta de suas múltiplas dimensões.

Figura 2. Modelo esquemático dos níveis de determinação do estado nutricional, partindo da disponibilidade mundial de alimentos, passando pelos determinantes da disponibilidade de alimentos e da segurança alimentar no domicílio. [6]



Fonte: Unicef, Frankenberg et al. (1977).

A Escala Brasileira de Segurança Alimentar (EBIA) propõe a mensuração da experiência e a percepção de insegurança alimentar e fome no nível familiar. A escala avalia inicialmente a preocupação, como a incerteza sobre a família ter ou não alimento no próximo mês, segue-se para um construto que avalia sobretudo a qualidade da alimentação da família, passando para a deficiência em termos quantitativos, diferenciando dois subgrupos: deficiência ou insuficiência de alimento para os adultos da família e deficiência ou insuficiência para as crianças. [6]

A partir do estabelecimento de pontos de corte, a EBIA estabelece gradientes de gravidade da insegurança alimentar, apresentando-os em quatro níveis: Segurança alimentar; insegurança alimentar leve; insegurança alimentar moderada e insegurança alimentar grave. Classifica-se como 'segurança' quando todas as perguntas são respondidas negativamente. Na 'insegurança leve' o aspecto mais afetado é a qualidade da alimentação, juntamente com a preocupação de que possa faltar alimento no futuro próximo. Na 'insegurança moderada' é quando começa a haver restrição quantitativa na alimentação dos adultos da família. Por último, na insegurança grave, aparece a deficiência quantitativa entre adultos e crianças da família. [6]

Segundo dados do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, desenvolvido pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar, apresentados pela Cátedra Josué de Castro, 19,1 milhões de brasileiros passam fome (insegurança alimentar grave); porém outros 97,7 milhões não têm acesso a alimentos em quantidade suficiente (insegurança alimentar moderada ou leve). Assim, ao todo, 116,8 milhões de brasileiros experienciam a fome em algum grau atualmente. [7]

Gênero, cor e grau de escolaridade podem afetar negativamente a situação de segurança alimentar. Dados do ano de 2020 mostram que em 11,1% dos domicílios chefiados por mulheres os habitantes estavam passando fome, contra 7,7% quando a pessoa de referência era homem; das residências habitadas por pessoas pretas e pardas, a fome esteve em 10,7%, entre pessoas de cor/raça branca, esse percentual foi de 7,5%; a fome se fez presente em 14,7% das casas em que a pessoa de referência não tinha escolaridade ou possuía Ensino Fundamental incompleto, com Ensino Fundamental completo ou Ensino Médio incompleto, caiu para 10,7%, em lares chefiados por pessoas com Ensino Médio completo em diante, despencou para 4,7%. [7]

A PNAN configura-se como uma resposta do SUS para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da situação alimentar e nutricional da população brasileira em sua complexidade, ao tempo em que propõe promover a alimentação adequada e saudável e a atenção nutricional para todas as fases do curso da vida.[2] Dentre as linhas de ações para o alcance do propósito da PNAN estão: organização da atenção nutricional; promoção da alimentação adequada e saudável; vigilância alimentar e nutricional; e qualificação da força de trabalho.[2] É nesse contexto que se identifica o importante papel da atenção básica à saúde para a SAN.

A Atenção Básica (AB) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A Política Nacional de Atenção Básica destaca a alimentação adequada e saudável como uma necessidade e demanda de relevância geral para ações de promoção da saúde, bem como para ações de prevenção do aparecimento ou persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis. [8]

Os cuidados referentes à alimentação e nutrição na AB envolvem a vigilância alimentar e nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, a prevenção e o cuidado integral dos agravos nutricionais e, de forma transversal, o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da alimentação e da nutrição e à qualificação da atenção nutricional nos territórios. [9]

Em concordância com Guerra, Botelho e Cervato-Mancuso, alerta-se para a falta de estudos que possibilitam compreender o que os profissionais que integram as equipes da AB

realizam para o enfrentamento das questões sociais, envolvendo a temática da alimentação e nutrição, que impactam diretamente a saúde da população nos territórios de sua responsabilidade. [10]

A AB é o ponto de atuação mais próximo da população, o que possibilita a maior participação social na implementação de políticas públicas, na construção de mudanças e de justiça social com foco na redução da pobreza, na diminuição das desigualdades e da fome. No entanto, destaca-se que atenção básica no Brasil tem sido desfavorecida em âmbito nacional diante da Emenda Constitucional no 95/2016 e da reformulação da Política Nacional da Atenção Primária (PNAB) em 2017, processo que provocou um distanciamento conceitual dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS, uma valorização a incentivos financeiros fragmentados, a relativização da cobertura, a segmentação do cuidado e a fusão das atribuições dos profissionais da saúde. [10]

Como apontado anteriormente, a literatura descreve diferentes desafios para a efetivação das ações de alimentação e nutrição no cuidado em saúde na Atenção Básica. Entre esses, também se destaca ainda a baixa inserção de nutricionistas na gestão das ações de alimentação e nutrição, nos municípios e na sua execução em nível local. Ainda que as ações de alimentação e nutrição devam ser compreendidas como práticas compartilhadas nas equipes de Atenção Básica, o profissional da nutrição tem importante papel visando a qualificação de atividades das equipes, como por exemplo para o diagnóstico da situação de segurança alimentar e nutricional do território. [9]

Soma-se aos desafios o debate emergente sobre saúde, nutrição e segurança alimentar diante dos impactos provocados pela pandemia da COVID19. Em 2020 a Revista Ciência e Saúde Coletiva divulgou uma edição que apresenta 18 artigos na temática de Segurança Alimentar e Nutricional, no texto de editorial Patrícia Constante Jaime diz que os impactos da COVID19 sobre a segurança alimentar e nutricional serão heterogêneos, por resultarem de elementos relacionados a fatores de risco identificados para o pior prognóstico clínico da infecção pelo coronavírus, como obesidade e outras doenças crônicas, e as diferentes formas de má nutrição que se agravam diante do contexto de emergência sanitária. [11]

As medidas de isolamento social necessárias, somadas à instabilidade no trabalho e renda das famílias, podem ocasionar redução no acesso a alimentos e, consequentemente, piora na qualidade da alimentação e fome, uma vez que a renda familiar está associada à segurança alimentar e nutricional. [11]

Famílias que antes já viviam em situação de pobreza ou extrema pobreza têm suas vulnerabilidades ampliadas, bem como se agregou um novo contingente populacional que experimenta a sensação de insegurança alimentar, seja por receio de falta de alimentos ou pela preocupação com a segurança sanitária dos mesmos. [11] Em dois anos houve um aumento acentuado na proporção da insegurança alimentar leve – de 20,7% para 34,7%, o que aponta para o impacto da pandemia entre famílias que tinham renda estável, e agora encontram-se em situação de insegurança alimentar leve. [7]

Tal situação tem impacto também sobre a Atenção Básica e as demandas dos usuários nas Unidades básicas de Saúde. Em São Paulo, por exemplo, reportagens chamam a atenção para pessoas "doentes de fome" que procuram atendimento em diferentes unidades da cidade.

Figura 3. Colagem com manchetes de reportagens recentes sobre a demanda relacionada à insegurança alimentar e nutricional em Unidades Básicas de Saúde em São Paulo.[1,2,3]

Considerando o exposto até aqui, torna-se imprescindível promover à nível local discussões sobre as ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. Apresenta-se a pergunta: Como, ou se, equipes da atenção básica têm considerado a SAN na organização do cuidado em saúde?

[1] https://revistaforum.com.br/brasil/pacientes-desmaiam-de-fome-em-postos-de-saude-de-varios-bairros-de-sao-paulo/
[2] https://tab.uol.com.br/edicao/doentes-de-fome/#page2
[3] https://www.gazetasp.com.br/capital/2021/11/1100652-pacientes-desmaiam-de-fome-em-ubss-da-capital-paulista.html

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo geral investigar a inserção da Segurança Alimentar e Nutricional na organização do cuidado em saúde em uma Unidade Básica de Saúde no município de Franco da Rocha/SP.

Como objetivos específicos apresenta:

- Caracterizar a concepção sobre Alimentação Adequada e Saudável e Segurança Alimentar e Nutricional de trabalhadores da UBS;
- Identificar e analisar a organização local da atenção nutricional;
- Identificar e analisar as práticas locais de promoção da alimentação adequada e saudável;
- Identificar e analisar as ações de vigilância alimentar e nutricional desenvolvidas pela unidade;
- Identificar e analisar a formação dos profissionais da AB relacionada à Alimentação Adequada e saudável.

3. MÉTODO

Trata-se de um trabalho para a conclusão do curso de Especialização em Saúde Coletiva que se insere em um projeto guarda-chuva do Instituto de Saúde em parceria com o município de Franco da Rocha/SP, com título "Planejamento de ações estratégicas de saúde baseadas em evidências científicas no município de Franco da Rocha". O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde, parecer n° 4.842.094, e respeita as diretrizes compostas nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Tratando-se de um estudo realizado em instância do SUS, está previsto a devolutiva dos resultados para os gestores de saúde do município de Franco da Rocha, em conformidade com a Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

O presente trabalho, transversal e de natureza qualitativa, incorpora a proposta do Eixo de Atenção Básica que busca analisar o modelo de atenção e o processo de trabalho da Atenção Básica de Franco da Rocha e identificar barreiras e facilitadores para a implementação das estratégias de cuidado no território.

Foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas de forma remota, via Google Meet, com trabalhadores de diferentes equipes de saúde de uma unidade básica de saúde (UBS) em Franco da Rocha. A UBS estudada foi indicada pelo município por responder aos critérios de diversidade de profissionais da saúde e com área de abrangência representativa da população. Foram convidados para as entrevistas trabalhadores que representassem diferentes categorias profissionais, à saber: nutrição, enfermagem, medicina, agente comunitário de saúde e a gerencia da UBS. A identificação do perfil dos entrevistados será apresentada nos resultados.

Quatro diferentes roteiros de entrevista foram elaborados e são apresentados nos apêndices deste trabalho. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. As transcrições foram analisadas mediante Análise Temática, buscando oferecer elementos para a discussão crítica. Segundo Minayo [12], a análise temática abrange os seguintes passos:

a. Leitura flutuante: contato intenso com o material da pesquisa, retomando-se os objetivos iniciais;
b. Constituição do corpus: apreensão da totalidade do universo estudado, com leitura exaustiva do material, verificando-se a pertinência do material;

c. Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos: retomada de indagações iniciais;
d. Exploração do material: recorte do texto segundo as categorias apreendidas através das etapas anteriores;
e. Tratamento dos dados obtidos e interpretação: a análise das categorias, trabalhando os significados, inter-relacionando-os ao quadro de referência adotado na pesquisa e conceitos que emergiram através da coleta de dados.

A análise das entrevistas permitiu a apresentação de um panorama geral da UBS, onde se descreve o contexto no qual os trabalhadores estão inseridos; a identificação da concepção sobre alimentação e nutrição vigente no serviço e sua relação com a SAN; entender a inserção da SAN na organização do cuidado a partir da Atenção Nutricional, considerando como se dá sua organização, as ações para promoção da alimentação adequada e saudável, a vigilância alimentar e nutricional e a formação/capacitação dos trabalhadores nesse sentido. Por fim, a partir da análise também se apresentou a discussão sobre potencialidades no serviço no que se refere à SAN.

3.1 CAMPO DE ESTUDO - BREVE CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E SUA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

O desenvolvimento da região de Franco da Rocha, que tem sua origem com o povoado de Juqueri, aconteceu a partir da construção da ferrovia São Paulo Railway. O progresso da região foi marcado pela construção do Hospital Psiquiátrico Juquery que teve início em 1885. Tornou-se um município autônomo e recebeu seu nome atual apenas em 1944. Recentemente, a população local estimada em 2021 era de 158.438 pessoas. [13]

Em 2017 o município dispunha de 12 (doze) Unidades Básicas de Saúde, com 23 (vinte e três) equipes atuando de acordo com o modelo de Estratégia Saúde da Família e uma equipe NASF, com uma cobertura de 74,2% da população. [14] Atualmente, o município conta com 13 (treze) UBSs, 26 (vinte e seis) equipes ESF e 115 (cento e quinze) ACS.

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021, além de prever mais duas UBS, também considerou a expansão para 32 equipes de ESF e 160 ACS. Ainda que a pandemia de COVID-19 tenha levado à alteração do planejamento da política de saúde municipal, é possível afirmar que foram muitos os investimentos na atenção básica de Franco da Rocha no período mais recente. [15]

No período de 2015 a 2020, Franco da Rocha não comprometeu menos do que 21% das suas receitas em saúde. A Assistência hospitalar e ambulatorial foi o nível de atenção com maior participação nas despesas em saúde do município de Franco da Rocha e a Atenção Básica vem em seguida, com cerca de 29,3% dos recursos. Em 2017 chegou a participar com 34,0% da despesa anual em Saúde, refletindo o esforço de valorização da AB na gestão municipal da saúde. No entanto, após 2017, a AB perdeu participação no gasto total em saúde, chegando em 2020 ao mesmo patamar que 2015, que foi de 27,0% do total do gasto anual. [15]

Apesar da descontinuidade dos incentivos para a ESF e NASF a partir de 2018, não se registrou a desmobilização imediata das equipes vinculadas a esse modelo no município de Franco da Rocha. Em 2014 o município estava em um patamar de 42,8% da população coberta pela AB, passando em 2020 para 76,4%. Esforços municipais de investimento na Atenção Básica desempenharam papel importante para a ampliação de cobertura, o município encontra-se em posição superior na comparação com a região e com o estado em relação à cobertura de Atenção Básica. [15]

O período em que sucedeu a parceria entre o município de Franco da Rocha e o Instituto de Saúde, de 2014 a 2020, foi marcado pela desmonte do Programa Mais Médicos e a institucionalização da PNAB 2017 e do Programa Previne Brasil, que são apontados como capazes de desestruturar um modelo de atenção mais integral. Também, a partir de 2020, a pandemia trouxe grandes desafios para a gestão local do SUS. A Atenção Básica sofreu impactos em suas atividades, com alterações de forma substancial em seu funcionamento, como a suspensão de grande parte das consultas de rotina e do trabalho realizado no território. [15]

Atentando-se ao exposto até aqui, a seguir serão apresentados e discutidos os resultados da pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PANORAMA GERAL

A UBS estudada é uma das unidades com maior área de cobertura e população atendida de Franco da Rocha. Foram entrevistados 6 trabalhadores que atuam na referida UBS:

Quadro1. Perfil dos entrevistados.

ID	Categoria profissional	Tempo de atuação na atenção básica
E1	Nutricionista do Núcleo de Atenção à Saúde da Família.	3 anos.
E2	Agente Comunitária de Saúde (ACS).	4 anos, com experiência anterior na mesma função no município de São Paulo.
E3	Médica na Equipe de Saúde da Família atuando pelo programa Mais Médicos.	2 anos.
E4	Enfermeira gestora.	1 ano.
E5	Enfermeira obstetra.	1 ano.
E6	Enfermeiro Gerente da Unidade, com pós-graduação em estratégia da Saúde da Família.	9 anos.

Segundo os entrevistados, o território abrange uma grande área com população em vulnerabilidade social, entre esses migrantes de diferentes regiões do país e idosos, sendo este último o público que mais frequenta a unidade.

Para atender essa população, segundo a gerência, a UBS conta com uma equipe de 52 profissionais entre médicos, enfermeiros, nutricionista, fonoaudiólogos, psicólogos, dentistas, farmacêuticos, educador físico e agentes comunitários de saúde. O modelo de atenção vigente na unidade é descrito como *"envolve Estratégia de Saúde da Família, mas uma UBS tradicional."* (E6).

No Brasil, a organização da ABS tem como modelo prioritário de assistência a Estratégia Saúde da Família (ESF). Este modelo de assistência, ESF, preconiza o trabalho

orientado a partir da definição de um território de abrangência, da adscrição, cadastramento e acompanhamento longitudinal da população residente e organizado a partir da constituição de uma equipe multiprofissional generalista. Além disso, tem entre seus princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, a centralidade na família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a participação social e a atuação intersetorial. [16]

Vinculada à UBS há o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi criado pela portaria no.154, de 24 de janeiro de 2008, como uma política nacional tendo como proposta a oferta de apoio às equipes de Saúde da Família nas unidades e nos territórios de abrangência. A equipe de apoio da UBS atende todas as treze unidades de saúde do município. Atualmente esta equipe é composta por quatro psicólogos, três farmacêuticos, duas fonoaudiólogas e uma nutricionista. Processos relacionados à intersecção do NASF com a UBS serão discutidos no tópico sobre a organização da atenção nutricional na unidade.

Os trabalhadores da UBS são divididos em três equipes, cada equipe responsável por uma "microárea" da região. As equipes organizam o trabalho em reuniões semanais, quando são discutidas demandas e as agendas são programadas. As agendas são organizadas na lógica de especialidade por dia da semana, com tempo de consulta médica de 20 minutos.

O fluxo de atendimentos na UBS pode ter início por demanda espontânea ou pela busca ativa realizada pelos ACS. O primeiro atendimento ao usuário na unidade é feito pela equipe de enfermagem que realiza uma "avaliação da necessidade" e acolhimento, de acordo com essa avaliação que verifica o grau de urgência da demanda, é agendada a consulta com médico, todas as informações são registradas através do Prontuário Eletrônico.

Nas entrevistas os trabalhadores mencionam as principais demandas da população adscrita, entre essas são apontados os grandes números com relação à tuberculose, gravidez na adolescência, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) como hipertensão e diabetes. Depressão e ansiedade também são mencionadas, esses problemas no escopo da saúde mental são apontados pelos trabalhadores como fatores de agravamento das doenças crônicas e de sobrepeso/obesidade.

Os agravos causados pela infecção por coronavírus foram uma demanda importante na UBS desde 2020, mas os profissionais relatam que neste momento também lidam com o atendimento de pacientes com sequelas (assim como colegas afastados pelo mesmo motivo) e

o aumento no número de acamados. Os entrevistados percebem grande impacto da pandemia de COVID-19 na saúde da população adscrita, como o aumento de sobrepeso/obesidade, depressão, ansiedade e agravamento de DCNTs, acreditam que esse impacto se relaciona com a redução da prática de atividade física, má qualidade da alimentação e dificuldades de acesso dos usuários ao serviço de saúde.

A desnutrição e a fome também aparecem como demanda atual na UBS. À exemplo o relato que se segue:

> *Eu tenho alguns acamados, inclusive dois eu encaminhei para a UPA por motivo de desnutrição. Um caso de desnutrição grave e acabamos até perdendo o paciente. Já era um caso crônico, com paciente acamado, bem mal, tinha várias patologias também que coadjuvaram com esse quadro final dele, infelizmente. (...) Recebi pacientes aqui durante a pandemia que vinham e diziam: _ah, eu estou passando mal, estou com tontura, quero uma vitamina. E aí quando você questionava essa pessoa: _que horas você comeu, o que você anda comendo? Para ver se eu vou dar uma vitamina, se vou pedir um hemograma, saber o que eu vou fazer. A gente atendeu o paciente que não tinha comido fazia dois dias. (...) Então, a pessoa vinha aqui, a gente oferecia um café com leite, um pãozinho, mas, assim, é naquele momento, não é algo que vai resolver o problema dele, entendeu?* (E3)

Os desafios relacionados à alimentação e nutrição enfrentados pela UBS não estão desconexos de um contexto macro político-econômico-social. Como exemplo, observa-se uma situação onde os trabalhadores da saúde lidam em concomitância com doenças crônicas e com a fome, tais circunstâncias apontam para uma situação de insegurança alimentar e nutricional no território, como demonstram os relatos de diferentes entrevistados:

> *Porque ela vem em um local onde a gente tem que oferecer para ela saúde, mas na verdade ela necessita mesmo é de um alimento dentro de casa, é um trabalho, é um problema socioeconômico, onde junta tudo e acaba respingando na UBS. (...) Uma mãe sozinha pensando como vai dar o alimento para os seus filhos, sendo que ela não tem trabalho, não tem escola.* (E4)

> *Eles falam: _ah, mas hoje a carne está cara, a alimentação tá cara, os legumes estão caros! É o que as pessoas mais falam sobre alimentação. É sobre o mercado, o quanto o mercado tem exageradamente aumentando um dia atrás do outro.* (E2)

> *Nesses dois últimos anos houve sim uma mudança muito drástica, tudo o que a gente orienta, toda orientação que a gente fala que precisa aumentar fruta, verdura, legume a queixa é: _ não tenho dinheiro; não tenho condições, perdi meu emprego! Ou: _ eu fiquei obesa porque perdi algum ente querido; perdi um parente; na pandemia*

> *desenvolvi uma compulsão, uma ansiedade. Então a gente tem esses dois eixos: pessoas que aumentaram demais o peso, por compulsão alimentar e outras pessoas que diminuíram o acesso drasticamente. Pelo valor financeiro e também a mudança do hábito alimentar, pessoas que antes comiam frango, peixe, agora só comem salsicha, linguiça, mudou muito a qualidade dessa alimentação. (...) E trouxe muitas consequências, muitas crianças dobraram de peso pelo tempo que ficaram dentro de casa sem atividade. Muita obesidade mesmo, eu diria que 90% dos pacientes hoje é questão de sobrepeso/obesidade decorrente de pandemia.* (E1)

É importante destacar que o problema do sobrepeso/obesidade não se caracteriza como sendo um problema oposto a fome, deve-se, no entanto, considerar a possibilidade de ambos estarem interligados. Segundo Kepple e Segall-Corrêa [5], existem evidências seguras da associação entre a insegurança alimentar moderada e o sobrepeso ou obesidade. As teorias propostas para explicar essa associação incluem: (I) aumento no consumo de alimentos de baixo custo ultraprocessados; (II) transtornos alimentares decorrentes da ansiedade e incerteza associadas à restrição alimentar involuntária; (III) adaptações metabólicas a períodos de jejum constantes, até mesmo no período intrauterino, em situação de desnutrição de gestantes. [5]

A presença da fome e seus agravos, excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis no mesmo território, caracteriza o que se chama de transição nutricional. [17] Tais condições que antes eram vistas como divergentes e isoladas entre si, são cada vez mais reconhecidas como fatores sinérgicos que coexistem no tempo e no espaço e compartilham determinantes sociais comuns em uma escala global. Além disso, também partilham interações nos campos biológico, psicológico e social. [18] Esse fenômeno é um dos maiores desafios para as políticas públicas e exige um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade do indivíduo com uma abordagem centrada na promoção da saúde. [17]

Considerando que, segundo a PNAN, a organização da Atenção Nutricional, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, a Vigilância Alimentar e Nutricional e a Qualificação dos profissionais configuram-se como as linhas de ação da resposta do SUS à situação alimentar e nutricional, serão discutidas as estratégias da UBS estudada relacionadas às estas linhas de ações buscando compreender como a SAN se insere na organização do cuidado no serviço. Para isso, primeiramente, procurou-se compreender quais as concepções de alimentação e nutrição guiam a atenção nutricional, para então se analisar a resposta do serviço à situação alimentar e nutricional.

4.2 CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA UBS SOBRE ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL E A SAN

Paradigmas científicos são visões de mundo, teorias e hipóteses que enquadram determinado corpo de ideias. As práticas, tecnologias, estruturas sociais, interpretações de mundo e o conhecimento científico relacionadas à saúde e nutrição/alimentação são associadas a algum paradigma científico. Assim, a concepção de trabalhadores e usuários do serviço de saúde sobre alimentação e nutrição também é submetida a um paradigma científico que orienta suas ações, considerando que a forma e o conteúdo específico do conhecimento científico exercem influência sobre a prática e os modelos de conhecimento. [19]

A compreensão sobre o paradigma da nutrição dominante no serviço revela elementos importantes sobre a organização da atenção nutricional na UBS e o lugar dado a SAN no cuidado. Termos como "redução de calorias", "pouco carboidrato", "alimentação regrada" são citados em diferentes contextos das entrevistas e apontam para um foco da alimentação redutivo nos nutrientes.

"O Dr. X vivia mandando informativos para mim. Dietas, reeducação alimentar, alguns alimentos que não são aquele absurdo de carbo (sic)." (E2)

A forma de ver e perceber o alimento primeiramente, como uma coleção de nutrientes e como um conjunto de categorias nutricionais padronizadas que superam outras maneiras de ver e perceber a comida é intrínseca ao que Gyorgy Scrinis define como ideologia/paradigma do nutricionismo. Segundo o autor, o nutricionismo é caracterizado sobretudo por uma abordagem nutricionalmente redutiva dos alimentos e tem sido o paradigma dominante da ciência da nutrição e do aconselhamento dietético. Entre as características dessa concepção sobre alimentação se incluem descontextualização, simplificação, fragmentação e determinismo em relação ao papel dos nutrientes na saúde. [19] Uma das características-chave desse paradigma nutricional é a sistemática descontextualização da compreensão sobre nutrientes, cujo papel tem sido interpretado fora do contexto dos alimentos, dos padrões alimentares e dos contextos sociais mais amplos. [19]

Deste modo, tal concepção sobre alimentação e nutrição não se alinha à visão ampliada de saúde preconizada pelo SUS. Ainda assim é possível compreender sua presença nos serviços

de saúde, uma vez que o nutricionismo tem sido o paradigma dominante da ciência da nutrição desde meados do século XIX. No início do século XX, esse paradigma se infiltra no entendimento sobre alimentos e saúde colonizando e moldando diretrizes dietéticas na década de 1970 e tornando-se a estratégia dominante para orientação das práticas de marketing da indústria alimentícia a partir da década de 1980.

Scrinis também se refere ao nutricionismo como uma ideologia porque reflete uma série de características de ideologia política, social e econômica. [19] O nutricionismo se alinha à elevação da busca pessoal pela saúde e do bem-estar como objetivo supremo ou de super valor, dando força à individualização que corrobora com a ênfase na necessidade de assumir a responsabilidade pessoal pela saúde, em detrimento da abordagem de condições socioeconômicas e ambientais que afetam a saúde coletiva.

A partir dessa concepção sobre alimentação reduzida à nutrientes abre-se espaço para uma compreensão também redutiva sobre ações para o enfrentamento da situação alimentar, por exemplo, conferindo protagonismo às orientações nutricionais e superestimando a influência dessas orientações nas escolhas de consumo e padrões alimentares, [19] o que pode ainda conduzir à uma culpabilização dos usuários. O trecho abaixo exemplifica essa situação:

> "*Geralmente a gente faz, a gente discute com nutricionista a qualidade da alimentação. Porque assim, nós vemos que a população, conversando com as crianças, a gente vê que eles se alimentam de forma errada, de forma inadequada, que daí já é uma coisa que não é de agora, que já vem dos pais e aquilo é passado de geração em geração. Hoje nós temos as nossas gestantes, a gente as orienta a se alimentar de forma correta, porém, já é dos avós, dos pais a forma incorreta de se alimentar, e é discutido isso em todas as nossas consultas, em todos os nossos grupos nós sempre falamos sobre alimentação. Mas a adesão é bem complicada, viu?"* (E6)

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo de saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas

necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida. [20]

É importante compreender que o foco redutivo em nutrientes está presente, como paradigma, guiando o olhar tanto dos profissionais da saúde quanto dos usuários do SUS, assim, afeta tanto as ações propostas para o trabalho em saúde, bem como a demanda dos usuários aos trabalhadores. No nutricionismo, alimentos e nutrientes também são alvos de uma ideia exagerada sobre sua capacidade de curar ou prevenir doenças, ou de melhorar a saúde e o desempenho do corpo e da mente.

> *Mas tem paciente que realmente não é o perfil, já recebi vários encaminhamentos: paciente quer ganho de massa muscular – você não vem na nutricionista do posto para te suplementar Whey protein. Eu falo "olha, desculpa, não é o foco, não sou da área de esporte, aqui a gente trata saúde, e aí você procura outra". Muitos não gostam, mas é a nossa realidade. Mas é bem interessante, bem gostoso, quando a gente percebe que ajuda, quando o paciente volta e fala "realmente isso me ajudou bastante" ou "controlei minha glicemia", "minha pressão diminuiu".* (E1)

No relato acima é possível perceber que a especialista reconhece a demanda do usuário como não sendo de competência da atenção básica à saúde, uma vez que se tratava de uma ambição para melhorar o desempenho do corpo através da nutrição. No entanto, a negação ao usuário não se dá por uma concepção sobre alimentação e nutrição distinta do nutricionismo por parte da profissional.

Apesar da nutricionista rejeitar a demanda do usuário, definindo-a como relacionada a uma perspectiva do nutricionismo funcional e por isso fora do escopo do trabalho da nutricionista na UBS, a trabalhadora aponta para outras facetas do mesmo paradigma ao mencionar o que é um resultado satisfatório de seu trabalho, dando como exemplo o controle da glicemia de pacientes.

A abordagem redutora da ciência da nutrição em relação aos alimentos e nutrientes é acompanhada por uma compreensão igualmente redutora do corpo e da saúde. Assim como o nutricionismo quebra os alimentos em partes componentes, o corpo também é visto em suas partes, como os processos bioquímicos. No paradigma do nutricionismo, biomarcadores são muitas vezes interpretados por especialistas em nutrição não apenas como fatores de risco ou indicadores de possíveis problemas com a dieta ou o estado de saúde de um indivíduo, mas como representações definitivas da saúde, ou ainda como determinantes dela. [19]

> *A gente tem que coordenar em todos os aspectos, o paciente é obeso, aumenta a resistência à insulina devido a essa gordura abdominal, e como eu falei já tem uma diabete, já tem uma hipertensão, já tem um colesterol elevado, que é o caso da síndrome metabólica, que vai juntando todas essas patologias, que juntando tudo vira uma síndrome, então você tem que regular o paciente de uma forma geral.* (E3)

Abordagens dietéticas com foco em nutrientes reduz os alimentos e seus efeitos sobre a saúde em nutrientes-chave ou biomarcadores, sejam eles gordura, carboidratos, calorias, níveis glicêmicos ou insulina. Assim, apresentam explicações simplificadas, descontextualizadas e deterministas para as causas do ganho de peso e de doenças crônicas. [19]

"Porque são alimentos que prejudicam todas as outras patologias, seja para o hipertenso, porque é um alimento cheio de sódio, seja para o diabético porque tem muita gordura que também influencia no metabolismo." (E1)

É importante que não se invalide as informações produzidas pela ciência ao longo do tempo acerca das relações entre os nutrientes, os alimentos e o corpo, mas é preciso reconhecer que informações foram frequentemente interpretadas de forma reducionista e traduzidas em diretrizes dietéticas igualmente reducionistas, em um processo que descontextualiza e simplifica o papel dos nutrientes como determinantes da saúde. [19]

Com isso, o aconselhamento nutricional é conduzido tendo o perfil de nutrientes dos alimentos como referência e os alimentos são vistos primordialmente como veículos para a entrega de nutrientes isolados.

> *Então, proteína, por exemplo, nós temos uma necessidade mínima – gramas por quilo de peso - que a pessoa precisa, eu ensino uma medida caseira, você precisa de uma proteína: carne, frango ou peixe, do tamanho da palma da sua mão para o dia inteiro, isso para as nossas necessidades fisiológicas. (E1)*

Dessa forma, as orientações e o aconselhamento nutricional são enquadrados em termos da necessidade de consumir mais ou menos nutrientes e componentes alimentares específicos.[19]

> *"Fizemos alguns cartazes com embalagens, por exemplo, para ficar mais educativo, mostrando a quantidade sal, açúcar e gordura presentes em cada alimento. Com esses conceitos nós levamos as informações para os grupos, palestras, na fila de espera (...) tínhamos uma pirâmide que eu mostrava e aproveitava o espaço, o tempo disponível, sempre em uma linguagem bem simples, mas sempre, claro, com informações científicas, baseadas nos guias."* (E1)

A Pirâmide Alimentar mencionada pela entrevistada representa graficamente recomendações sobre alimentação. No trecho a seguir ela explica o uso que faz desse recurso:

> "*Eu gosto de usar a pirâmide, principalmente pra mostrar substituições dos alimentos que são equivalentes e noção de porção mesmo, para a pessoa saber o que pode substituir e a quantidade. (...) a gente utilizou pirâmide algumas vezes, pirâmide grande pra fazer até gincana com grupo de idosos, explicando os grupos. Aí eles pegavam o alimento e tinham que pregar na pirâmide, era muito legal. Agora com a ausência dos grupos, eu tenho um material educativo impresso com cardápio com a pirâmide, inclusive tem a vegetariana também para esses pacientes específicos."* (E1)

À primeira vista se imagina que a pirâmide faz referência principalmente aos alimentos e nesse sentido, não parece se tratar de um guia nutricional baseado em nutrientes. No entanto é, de fato, estruturada em termos da hierarquia de macronutrientes, com os carboidratos dominando a base da pirâmide, alimentos ricos em proteínas no meio e gorduras no topo. Assim, ela ilustra visualmente e traduz em nível alimentar os conselhos sobre a dieta pobre em gorduras e rica em carboidratos que dominou as recomendações ao longo dos anos 1980 e 1990. [19]

Ainda que a representação gráfica da pirâmide mencione principalmente alimentos e grupos alimentares, e não nutrientes, ela sugere que o problema da dieta contemporânea é um desequilíbrio nas quantidades de alimentos que a população consome entre os vários grupos alimentares, desconsidera a qualidade dos alimentos de cada grupo, não fazendo menção, por exemplo, aos níveis de processamento e práticas de produção. [19]

Fome, desemprego, falta de saneamento básico, dificuldade de acesso à educação, são exemplos de aspectos que determinam o processo saúde-doença no Brasil, esses aspectos requerem formas mais amplas de intervir em saúde no SUS, pois se evidencia a saúde como resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. [20]

Assim, a concepção reducionista da alimentação que se alinha ao aparato biomédico, inserida em um modelo de atenção e cuidado marcado pela centralidade em nutrientes/patologias, não consegue atuar sobre condicionantes nem determinantes mais amplos do processo saúde-doença. A promoção da saúde, como uma estratégia de produção de saúde, exige a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. [20]

A Política Nacional de Promoção da Saúde, assim como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, aponta a diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável como uma prioridade e, como tal, devendo ser implementada pelos gestores e profissionais do SUS em parceria com atores de outros setores, privilegiando a participação popular. Essa diretriz compreende um conjunto de estratégias que objetivam proporcionar aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas. [21]

A Alimentação Adequada e Saudável sob a perspectiva do Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014, [21] material que responde à diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável, filia-se a um paradigma diferente do nutricionismo, conceituando que

> "*A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis."* (Brasil, 2014)

Sobre a utilização deste Guia em sua prática como nutricionista do NASF, a entrevistada discorre:

> "*Eu utilizei bastante o Guia, principalmente nas imagens ilustrativas que ele tem de refeições regionais. Porque nós temos pessoas de todo canto, então, gente do nordeste, gente do sul, muitas vezes eles trazem um hábito alimentar que é diferente. Muito nordestino come cuscuz, então dentro dessas imagens eu mostrei que também é saudável, também é adequado. (...) Não foi levado para as reuniões com os profissionais, porque as reuniões eram mais focadas em doenças mesmo, e aí a gente já utilizava as diretrizes. Mas nos grupos mesmo, com paciente, utilizei sim, eu cheguei a imprimir essas imagens, a estagiária colocou, pelo menos pegou alimentos muito parecidos para fazer cartazes e foi bem útil.* (E1)

A partir deste relato, nota-se que o Guia Alimentar foi utilizado enquanto recurso didático, fazendo uso de suas imagens ilustrativas para ações educativas na UBS. No entanto, ainda que a partir deste relato seja possível perceber a dimensão cultural da alimentação sendo considerada, o que demonstra conhecimento sobre o material, parece não ter assimilado a sua proposta em totalidade, de forma a reconhecer e disseminar um paradigma distinto sobre a alimentação e nutrição.

Questionada sobre possíveis conflitos entre o uso da Pirâmide e do Guia, a entrevistada faz a seguinte afirmação:

> "*Enquanto o Guia fala mais da questão de qualidade, variedade, segurança alimentar, a pirâmide traz opções. Porque as pessoas têm muita dificuldade de pensar em substituição, parece algo simples para gente que é profissional da área da saúde, mas é muito difícil de algumas pessoas entenderem que qualquer outro carboidrato pode substituir o arroz, por exemplo. Então a pirâmide traz essa informação de uma maneira mais interativa, noção de porções, por exemplo de leite e derivados, de carnes e ovos que é mais reduzida, ela ajuda a gente a combater um pouco das dietas da moda. Muitas vezes a pessoa vem dizendo que quer um cardápio low carb, eu digo: _ desculpa, eu não sigo essa linha, pelo menos não é foco aqui da UBS. Mostro a pirâmide, a diferença de recomendação de proteína que está mais no topo e a base que seriam os carboidratos. É claro que a gente orienta os integrais, os mais saudáveis."* (E1)

Diante do trecho acima, percebe-se o paradigma do nutricionismo enraizado, conduzindo a prática na atenção nutricional, posto que não se vislumbra a possibilidade de uma conduta de aconselhamento nutricional que não seja focada em nutrientes.

Ainda que o Guia Alimentar para População Brasileira não tenha sido indicado como o principal material orientador da atenção nutricional, os entrevistados se aproximam nos discursos de alguns elementos apresentados na definição de alimentação adequada e saudável citada, como a adequação à aspectos biológicos e sociais dos indivíduos e ser acessível do ponto de vista físico e financeiro.

> *Melhorar a alimentação não é fazer uma dieta rápida porque você quer perder peso, fazer dietas loucas. Por que não melhorar já durante a sua vida essa alimentação? A alimentação não deve trabalhar só na fase adulta, é desde o nascimento, da amamentação exclusivamente até seis meses (...).* (E5)

> *Eu creio que a alimentação saudável deve se adequar no que o paciente tem disponível para ele naquele momento, é ter o seu arroz, o seu feijão, eu não posso querer que a família adere a carne, ainda mais nesse momento que quase ninguém está conseguindo comprar carne.* (E4)

A partir dessa perspectiva dos discursos se abre caminho para a pensar a concepção de SAN junto aos profissionais.

Todos os trabalhadores entrevistados foram questionados a respeito do conhecimento sobre o conceito de "Segurança Alimentar e Nutricional", apenas uma profissional, sendo essa

a nutricionista, estava familiarizada com o conceito. Durante sua fala, ainda que detalhando mais os aspectos ligados a questões biológicas da saúde e alimentação, a entrevistada destaca o acesso como principal questão da SAN:

> *A Segurança Alimentar tem vários fatores, então, eu entendo primeiro - desde o acesso, se essa pessoa tem o acesso a alimentação; segundo – se esse alimento é seguro higiênico-sanitário mesmo, se ele procede de um local onde foi utilizado uma água potável, se esse alimento não é rico em agrotóxicos, por exemplo. Não deixa de ser uma questão de segurança, se esse alimento não estiver cheio de conservantes e gorduras ruins que também vão trazer um prejuízo para a saúde. São vários fatores, se esse alimento é seguro microbiologicamente, ou seja, se ele não foi exposto a temperatura e deterioração, e qual o benefício que esse alimento vai trazer a sua saúde. Mas principalmente na questão do acesso mesmo, eu entendo dessa maneira.* (E1)

Em seguida, para esclarecer sobre o que entendia como "a questão do acesso", a entrevistada explica que se refere à "*pessoa ter condições financeiras de comprar em uma variedade e quantidade adequada*".

Ao buscar elementos da SAN nos discursos dos demais profissionais é possível identificar que, ainda que sem o conhecimento conceitual da questão, os trabalhadores se deparam com e identificam alguns desses elementos na prática do trabalho em saúde, como por exemplo, aspectos relacionados à produção dos alimentos, intersetorialidade, acesso e direito à informação.

> *Há pacientes que plantam sua própria verdura, os pés de fruta e tudo mais. E isso ajuda a gente, porque não é um custo e ao mesmo tempo eles têm condições de ter uma alimentação melhorada, uma alimentação diferenciada; não só frutas, verduras, mas também criam galinha, porco, então, eles têm esse acesso também a uma alimentação um pouco melhor.* (E3)

> *Agora com a volta às aulas, a gente entende que isso (acesso e qualidade da alimentação de crianças) vai melhorar em consequência. A gente entende que aquele pai, aquela mãe não tenha condições de dar alimentação para o seu filho integral e a escola ajuda.* (E4)

> *Nós conhecemos o nosso território e a população é muito carente, muito carente mesmo. Então, geralmente a gente procura adequar as recomendações ao nosso território, (...) faz através de desenho, porque tem paciente que tem dificuldade de entendimento.* (E6)

Abordar a alimentação como direito é uma estratégia para promoção da saúde. O direito humano à alimentação adequada (DHAA) e o direito à saúde estão intimamente relacionados,

já que constituem condições básicas para o bem-estar e a dignidade humana. Entende-se que a violação do DHAA pode acarretar consequências ao bem-estar social, mental e comprometimento do estado nutricional. [22]

Sendo a SAN a realização do DHAA, constitui um conceito abrangente, alinhado à uma concepção ampliada de saúde, de natureza interdisciplinar, que envolve questões de acesso a alimentos de qualidade, práticas alimentares saudáveis, práticas sustentáveis de produção, cidadania e direitos humanos. [5]

O trabalho em prol da SAN na atenção básica se apresenta como uma demanda urgente no serviço, no entanto, percebe-se que trabalhadores e usuários ainda estão imersos em um paradigma reducionista da alimentação e nutrição. Tal cenário provoca contradições no processo de trabalho relacionado à nutrição dentro da UBS.

É reconhecido pelos profissionais que diferentes aspectos, como por exemplo as condições socioeconômicas, afetam a alimentação

> *A questão do acesso, se a pessoa tem condições financeiras de comprar em uma variedade e quantidade adequada. Muitas vezes a pessoa não tem condição, pelo menos a nossa população que eu identifico. Muitas vezes a pessoa vai comer arroz puro, feijão com farinha, em alguns bairros isso é muito recorrente. E aquela necessidade fisiológica básica não é atendida e isso acaba trazendo alguns prejuízos. Então, eu penso dessa maneira, que o acesso muitas vezes é prejudicado por conta do financeiro mesmo.* (E1)

Ao mesmo tempo, trabalhadores relatam que se veem de "mãos atadas" ou à procura de novas ações diante de circunstâncias onde a SAN se apresenta como necessidade.

> *Teve alguns casos mesmo que a gente atendeu que o paciente não tinha comido fazia dois dias. (...) Então, a pessoa vinha aqui, a gente oferecia um café com leite, um pãozinho, mas, assim, é naquele momento, não é algo que vai resolver o problema dele, entendeu? O problema dele não é a vitamina, o problema dele é comer! Tem esses casos sociais que a gente precisa encaminhar e a gente fica de mãos atadas, porque falta um pouco esse apoio, essa comunicação no município.* (E3)

"Esse paciente, ele não tem condições financeiras, ele não tem uma cesta básica, ele não tem nada; onde que eu vou buscar isso?" (E2)

A atuação sob o paradigma da nutrição com foco redutivo nos nutrientes, desvinculada da perspectiva da alimentação e nutrição como direito, não se mostra capaz de ampliar o trabalho considerando a SAN. A partir desse contexto emergem discursos contraditórios, de culpabilização dos usuários e sobre impossibilidades.

> *Entendo desta forma que a segurança alimentar neste território é comprometida por muitos fatores: financeiro, higiênico sanitário pelas condições de muitas residências, mas principalmente nutricional, pelos maus hábitos alimentares praticados pela família.* (E1)
>
> *Realmente as pessoas caíram no prato, diante dessa pandemia. Tem o lado que é da obesidade, das alimentações incorretas. A gente pode se alimentar bem, eu sou prova disso. Era para eu fazer cirurgia bariátrica e nunca dava certo, até eu fazer a reeducação e dar certo. Então, eu sou prova disso, que a reeducação alimentar é importante mesmo.* (E2)
>
> *Tem muitas coisas que são até meio utópicas, não é? Há boa intenção, assim, a prefeitura poderia fornecer – não uma cesta básica completa, mas pelo menos um arroz e feijão para população; tentar fazer algum acordo de distribuição de gás, um desconto para população. Mas eu entendo que, como eu falei, é meio utópico. Acredito que seja do desejo deles, assim como é o meu.* (E3)

Guerra, Botelho e Cervato-Mancuso [10] em um estudo que visou compreender as formas de atuação profissional e as propostas de ações para a efetivação do direito humano à alimentação adequada (DHAA) no contexto da atenção primária à saúde, concluíram haver diferentes formas de atuação profissional em relação à problemática da alimentação, porém ancoradas em noções de alimentação muito similares. A perspectiva mais simplista, e consequentemente mais insuficiente para responder o problema posto, se sustenta nos conhecimentos biomédicos para tratar questões sociais, não restritas à esfera morfofuncional do corpo. [10]

Outra forma de atuação se refere à quando ações de alimentação e nutrição são vistas como aprisionadas pelas desigualdades sociais numa perspectiva insolucionável, onde a transformação da realidade social parece impossível [10], assim como demonstrado no trecho da entrevista com E3 apresentado acima.

As autoras também demonstram que a atuação dos profissionais tem graus diferentes de responsabilização com a construção de ações que promovam a efetivação do DHAA, no entanto, não se atinge o pleno reconhecimento e responsabilização com este direito. Mesmo quando se parte do trabalho em equipe e da relação interpessoal baseada na realidade do usuário, a não concretização do DHAA é removida da esfera coletiva e passa a ser olhada como um problema específico de um ou outro usuário [10], como pode ser observado na UBS estudada quando a ação visando a garantia da SAN se resume ao encaminhamento de usuários para o Centro de Referência em Assistência Social ou doações de cestas básicas conseguidas pelo trabalho de articulação de uma ACS com associações beneficentes.

Em meio às contradições e desafios, é importante salientar a importância de profissionais esclarecidos e capacitados a atuar com uma visão ampliada de saúde, sob o paradigma da alimentação adequada e saudável enquanto direito. Expor o pensamento sobre problemas alimentares é fundamental para que se possa pensar sobre eles, é ainda uma condição para resolvê-los. O debate sobre a SAN à nível local possibilitaria a ampliação do próprio pensamento dos trabalhadores e usuários, contribuindo para o enfrentamento da situação alimentar. [23]

4.3 A ATENÇÃO NUTRICIONAL

A alimentação é identificada como um dos principais determinantes modificáveis associados às doenças crônicas não transmissíveis, excesso de peso e obesidade, e enquadrada no critério de melhor relação custo-efetividade. Considerando ainda o DHAA e a SAN, alimentação e nutrição são requisitos para a proteção e promoção da saúde. [24]

A atenção nutricional, primeira diretriz da PNAN, é descrita como conceito ancorado na promoção da alimentação adequada e saudável, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e controle de agravos nutricionais.[4] Corresponde aos cuidados referentes à alimentação e nutrição que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS. [25]

Na atenção básica à saúde (ABS), é requerido que a atenção nutricional dialogue com demandas e necessidades de saúde do território, considerando frequência e relevância dessas demandas e observando critérios de risco e vulnerabilidade, fazendo parte do cuidado integral na rede de atenção à saúde. [25]

Nesse sentido, a ABS, por sua proximidade com as questões alimentares e nutricionais das populações em seus territórios, e pelos princípios e diretrizes que a norteiam, como a universalidade, integralidade, longitudinalidade e continuidade, é apontada por órgãos internacionais como espaço estratégico para a oferta de cuidados primários relativos à alimentação. No Brasil, as ações de alimentação e nutrição na atenção básica foram impulsionadas pela implantação da ESF e ampliadas pelo apoio do NASF. [24]

A seguir será apresentada a caracterização da atenção nutricional na UBS estudada buscando identificar e discutir a inserção da SAN, considerando a organização da atenção nutricional, as ações para promoção da alimentação adequada e saudável, a vigilância alimentar e nutricional, a formação/capacitação dos trabalhadores.

4.3.1 Organização da Atenção Nutricional

Um importante aspecto da organização da atenção nutricional na UBS é o seu vínculo com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que conta com uma nutricionista compondo a equipe. Então, a fim de compreender esta categoria em um espectro mais amplo é preciso que primeiro se compreenda como a organização da atenção nutricional acontece ao nível do NASF no município, para em seguida abordar como acontece ao nível específico da unidade.

4.3.1.1 Organização da Atenção Nutricional no NASF

O NASF é uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atua em conjunto com os profissionais das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de referência para os usuários, se constitui como uma estratégia para a melhoria da qualidade da ABS. [26]

O trabalho do NASF é orientado pelo apoio matricial, isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família, se materializando por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, tendo em vista a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de AB e dos diferentes profissionais do NASF. [26]

A organização dos processos de trabalho dos NASF deve ter como foco o território sob sua responsabilidade e ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos. [26]

Dessa forma, essa equipe se constitui em uma retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no lócus da própria AB. O NASF deve desenvolver um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes.

A composição da equipe NASF é definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de AB, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais. [26]

Assim, a política de implantação do NASF estabelece a possibilidade concreta de contratação do profissional nutricionista pelo poder público municipal para atuar na atenção básica. [27] A implantação do NASF com a participação desse profissional foi considerada como fundamental para o fortalecimento da atenção nutricional no SUS, processo essencial para possibilitar o diálogo com o campo da SAN. [28]

Na realidade do município de Franco da Rocha, no que se refere à atenção nutricional pelo NASF, identificou-se uma organização centrada na nutricionista, seguindo uma lógica de encaminhamentos e atendimento individual, com fragilidades na prática do matriciamento, como será apresentado e discutido a seguir.

Sobre a atuação do NASF junto à UBS estudada, considerando a participação da nutricionista da equipe, é descrito

"O NASF vem segunda-feira, têm a agenda deles, porque é encaminhado pelo médico. (...) Tem uma agenda do nutricionista que é de segunda-feira e essas pessoas passam com ele e aí o nutricionista mesmo já marca retorno." (E5)

Este e outros relatos demonstram a presença de uma lógica de "encaminhamento para o especialista" no que se refere à atenção nutricional: *"Aqui nós temos a nutricionista que faz esse papel, mas a gente sempre encaminha"* (E4)

"Eu já tenho uma agenda definida conforme os encaminhamentos dos médicos." (E1)

Dessa forma, ainda que o NASF e a ESF, enquanto política implementada no município, estejam presente na UBS, suas transformações no que se refere a lógica de trabalho parecem inibidas.

"Eu vim trabalhar na Atenção Básica com uma expectativa, mas a gente acaba fazendo um pouco mais de ambulatório do que tanto os grupos, do que matriciamento." (E1)

Como também aponta Juliana de Jesus, em seu estudo sobre as contradições intrínsecas ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo, mesmo que o modelo assistencial da ESF esteja nos documentos oficiais e implantado nas UBS do país, no cotidiano do serviço existe uma permanência de características do modelo biomédico e essas características são reproduzidas nas práticas em saúde. [16]

É possível perceber, de acordo com as entrevistas, que o formato ambulatorial de atuação do NASF é uma realidade que se acentuou diante da pandemia devido às transformações na organização do trabalho.

> "*Antes da pandemia nós fazíamos reuniões para discutir casos e tentar atendimento compartilhado, um tratamento mais multidisciplinar*. (...) *Nesse momento ficou um pouco mais ambulatorial, um atendimento mais individualizado, poucas orientações para funcionários em grupos, porque os funcionários ficaram mais focados na Covid, nas vacinas, algumas buscas ativas da demanda deste momento. Agora, nesses últimos meses, os grupos das UBS estão retornando, mas com uma quantidade reduzida de pessoas, não é o mesmo número de pessoas que nós tínhamos antes."* (E1)

O referido contexto exigiu mudanças no serviço, entre essas se nota que a atenção nutricional também foi afetada. A estratégia de grupos terapêuticos foi dificultada, tornando o atendimento individual e o uso de tecnologias de comunicação remota uma prática vigente no serviço.

> "*Antes da pandemia elas faziam os grupos, roda de conversa na sala de espera, aí ela fala um pouquinho sobre alimentação saudável e na live mesmo que é o nosso meio de comunicação hoje em dia. (...) a cada dois meses eles costumam fazer, aqui a gente tem a nutricionista que compõe a equipe. Então ela faz isso*." (E4)

No entanto, ainda que a partir de 2020, com a pandemia de COVID-19, novos desafios tenham surgido para prática do modelo que se preconiza ao NASF, é importante destacar que outros desafios antecedem e se somam à realidade atual. Entre esses desafios, destaca-se a

sobrecarga de trabalho dos profissionais, decorrente da necessidade de a equipe lidar com um número de unidades que não se adequa à proposta de matriciamento.

> *"Hoje eu faço alguns atendimentos junto com alguns desses profissionais (colegas do NASF), quando a agenda bate. Porque são 13 UBS, eu sou só uma nutricionista, temos só de segunda a sexta-feira e eu faço só meio período. Então, a minha agenda inclui uma UBS por dia, metade delas eu consigo fazer duas visitas ao mês e a outra metade é uma visita só. Então, nessas visitas quinzenais eu já tenho uma agenda definida, segunda-feira, conforme os encaminhamentos dos médicos. Então, esses pacientes já estão agendados, eu só chego e atendo."* (E1)

Com isso, apesar do avanço com a implementação do NASF no município, tendo ainda incluído o nutricionista em sua equipe, tanto o credenciamento de equipes, quanto a inserção deste profissional, tem se mostrado em números insuficientes.

Figura 4. Modalidades de NASF, conforme a Portaria no 3.124/2012.[4]

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
Nasf 1	**5 a 9** eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	**Mínimo 200** horas semanais. Cada ocupação deve ter, no **mínimo, 20h e, no máximo, 80h** de carga horária semanal.
Nasf 2	**3 a 4** eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	**Mínimo 120** horas semanais. Cada ocupação deve ter, no **mínimo, 20h e, no máximo, 40h** de carga horária semanal
Nasf 3	**1 a 2** eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	**Mínimo 80** horas semanais. Cada ocupação deve ter, no **mínimo, 20h e, no máximo, 40h** de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

**Equipe Consultório na Rua.

*** Equipe Saúde da Família.

**** Equipe de Atenção Básica.

A expansão no número de unidades de atenção básica no município não tem sido acompanhada pelo aumento de equipes ou profissionais do NASF. Segundo o relato da entrevistada, quando passou a compor a equipe eram atendidas 12 (doze) UBS, atualmente são 13 (treze), prestes a ser incluída à décima quarta unidade. Ainda que seja um avanço a ser

[4] Quadro 1 do Cadernos de Atenção Básica, N° 39 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.

comemorado, é importante considerar o impacto do aumento da demanda de trabalho para os profissionais do NASF. Tal cenário corrobora para o represamento das várias demandas existentes, o que pode levar à violação do direito da população ao cuidado e à atenção nutricional. [28]

À exemplo dessa questão, pode-se mencionar o discurso da nutricionista sobre a presença de uma estagiária no serviço, o que agregou ao trabalho a possibilidade de desenvolver materiais orientativos e representou uma oportunidade para realização de ações diversificadas, como visitas, coordenação de grupos educativos, entre outras ações que atualmente são mais difíceis de desenvolver, segundo a entrevistada, por falta de tempo e recursos humanos, já que a equipe não conta mais com um estagiário.

A compreensão sobre a dinâmica de trabalho da nutricionista é importante uma vez que esta é a profissional responsável pelo matriciamento para a atenção nutricional na UBS, mas vale salientar a necessidade da corresponsabilização pelo trabalho de atenção nutricional no âmbito do SUS, deste modo, é necessário que a atuação do profissional nutricionista seja também articulada à uma ação conjunta com os demais profissionais. [28]

Segundo Guerra, Botelho e Cervato-Mancuso, a falsa impressão de que as ações de alimentação e nutrição estão somente sob a realização do profissional nutricionista, no contexto da ABS, pode impedir o avanço para atuação coletiva de todos os profissionais de saúde, no sentido de evocar os serviços e as ações cotidianas (como visitas domiciliares, reuniões de equipe, grupos educativos, consultas individuais) para o enfrentamento das questões sociais que afligem a população brasileira, como a fome e a pobreza, e que impactam diretamente em sua saúde. [10]

A matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde, [29] elaborada pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília, propõe tomar como sujeito de ações os indivíduos, a família e a comunidade considerando o contexto/território de inserção desses sujeitos. Essa matriz elenca ações prioritárias, sendo que algumas delas dizem respeito ao conhecimento técnico específico da formação do nutricionista, e outras são atribuições a serem compartilhadas entre os membros da equipe de saúde, podendo o nutricionista assumir o papel de profissional-referência para o desenvolvimento das ações, tendo a responsabilidade de orientar a abordagem mais adequada, estabelecer protocolos de atenção em nutrição, de referência e contrarreferência. [29]

Nesse sentido, as reuniões de equipe do NASF e de matriciamento junto a UBS são ações necessárias, no entanto, muitas vezes não acontecem pela dificuldade em conciliar a demanda de agendamentos para atendimento da população em consultas individualizadas ou nos chamados "grupos terapêuticos" com a presença em reuniões. Como demonstra o trecho a seguir:

> *"Antes da pandemia ficou estabelecido que em todas as reuniões de equipe da UBS era pra existir um profissional do NASF, para a gente se inteirar das ações das UBS e também contribuir, não deixar de ser um matriciamento. Porém, com a pandemia isso acabou se perdendo (...). Então, no momento, existem algumas reuniões usuais das UBS, mas, pelo menos eu, não tenho participado por falta de tempo, de inclusão, de demanda, enfim, que eu saiba meus colegas também não estão inclusos. (...) Eu faço o meu melhor, eu faço o meu máximo, mas é dentro da agenda que a gente tem, das possibilidades."* (E1)

Mesmo diante do conflito entre a agenda de atendimentos e a disponibilidade para participação de reuniões de equipe e matriciamento, a perspectiva da profissional integrante do NASF é que esse cenário dificulta, mas não impossibilita que o matriciamento aconteça. É demonstrada uma possível incompreensão sobre o que de fato caracteriza seu papel como profissional do NASF, ao validar tão somente as orientações aos profissionais no espaço "informal" como matriciamento.

> *"Ao invés de fazer reuniões, a gente dilui isso no nosso dia a dia. A comunicação é muito boa, pelo menos eu tenho com todas as UBS, claro que conforme o tempo disponível. Às vezes, no horário que eu tenho disponibilidade o ACS já foi para rua, mas sempre tem ali um tempinho, no intervalo da consulta, me traz um caso, a gente orienta, então isso acontece bastante. (...) Inclusive, todos os profissionais do NASF, seja o pessoal da farmácia, os colegas psicólogos fazem bastante, no meu caso é mais quando me chamam mesmo para tirar alguma dúvida, ou pedir alguma informação. (...) É informal mesmo."* (E1)

Diante disto, também se apresenta uma questão importante referente a formação e capacitação dos profissionais para atuar nesse modelo de atenção. A entrevistada expõe:

"Na verdade, quando eu entrei não sabia nem o que significava matriciamento. Mas aí a gente busca informação, a gente estuda e foi um trabalho muito interessante." (E1)

Mais à frente a discussão sobre a formação/capacitação dos trabalhadores da saúde será estendida, mas cabe neste ponto sinalizar que esse aspecto interfere na organização da atenção nutricional, como um desafio para realização da atenção nutricional em um modelo diferente

da clínica individualizante e que considere o conceito ampliado de saúde e de alimentação adequada e saudável conforme apresentado no atual Guia Alimentar para População Brasileira, uma vez que tanto a profissional do NASF, quanto os demais profissionais das equipes de referência, relataram nas entrevistas não terem participado de formações nesse sentido.

4.3.1.2 Organização da Atenção Nutricional na Unidade Básica de Saúde

Nota-se que na UBS a atenção nutricional acontece a partir de orientações em consultas médicas e com a equipe de enfermagem, ou em visitas domiciliares do ACS, o atendimento individual com a nutricionista demonstra ser o recurso para casos ditos mais complicados.

Ainda que a lógica de encaminhamento se mostre predominante nos discursos dos profissionais sobre a responsabilidade da atenção nutricional, todos os profissionais entrevistados reconhecem a inserção de aspectos relacionados à alimentação e nutrição em seu trabalho. A nutricionista reconhece que cabe também aos seus colegas trabalhar em prol da promoção da alimentação adequada e saudável e da SAN.

Orientações dietéticas demonstraram ser o recurso mais utilizado pelos diferentes trabalhadores para a atenção nutricional. O trecho a seguir é um recorte da entrevista com o gerente da unidade e explicita um resumo sobre a organização da atenção nutricional na UBS:

> *"Hoje nós temos quatro médicos da estratégia de saúde da família, que é o médico mais próximo da população, é o médico que sempre faz essa orientação (sobre alimentação adequada e saudável). Orienta quanto a alimentação correta, adequada, sobre as alimentações que fazem mal à saúde. (...) Geralmente os usuários passam em consulta ou com o enfermeiro, ou com o médico, muitas das vezes até o agente de saúde também faz essa orientação. (...) Quando nós temos uma coisa muito exorbitante, geralmente, a gente junta com o ACS, médicos, enfermeiros, técnicos e nutricionista e discutimos o plano terapêutico de cada paciente. Quando nós temos uma coisa que um paciente está apenas com a disfunção alimentar leve, geralmente, o médico orienta quanto a alimentação correta, às vezes mais a medicação, fala da importância da alimentação correta, pela ajuda que vai dar com o medicamento, resolve aí. Quando não há solução, a gente pede para que*

> *seja passado em consulta individual com nutricionista e ele faz todo esse processo."* (E6)

Ainda que a discussão de um plano terapêutico seja mencionada, no que se refere à atenção nutricional, pela análise das entrevistas não foi possível identificar que as abordagens desse plano ultrapassem o paradigma do nutricionismo.

As orientações dos profissionais se baseiam em materiais orientativos contendo cardápios pré-elaborados de acordo com a patologia que se apresenta em questão, esse material é utilizado nas consultas individuais com a nutricionista e no atendimento dos demais profissionais médicos, enfermeiros e ACS.

> *"A nutricionista fez umas tabelas nutricionais que a gente imprime. Inicia o tratamento e a gente distribui de acordo com a patologia, nós temos para diabetes, hipertensão e também para dislipidemias, aumento do colesterol e etc. Essas tabelinhas, essas dietas, nós dizemos os alimentos que podem, os que não podem, os que devem ser evitados, os que podem, mas com moderação, entendeu? É montado um cardápio de modelo sugestivo para o paciente."* (E3)

> *"Existe esse público bem carente, porém existem pessoas bem estruturadas que você pode oferecer um cardápio melhor, embora eu não faça um cardápio individual. (...) Eu tenho dietas conforme a patologia, então, tem uma orientação para diabéticos, tenho um cardápio padrão; tem uma orientação para hipertenso; e assim para cada tipo de paciente. Então, eu tento observar o que essa pessoa precisa, o que ela está disposta a fazer e as condições dela."* (E1)

Essas orientações dietéticas foram elaboradas a partir de materiais hospitalares, como cardápios e recomendações de alta. Segundo a entrevistada essas orientações foram adaptadas de acordo com as atuais diretrizes de patologias e Guias Alimentares em um trabalho conjunto com a estagiária de nutrição. A nutricionista menciona que ao longo de dois anos foram elaboradas mais de cinquenta orientações específicas.

Apesar de a elaboração de materiais orientativos para os profissionais e usuários ser necessária, e de ser fundamental que recomendações dietéticas sejam adaptadas às diferentes necessidades do corpo fisiológico, é importante que se questione o paradigma em que tais recomendações são elaboradas, de forma a não reproduzir a lógica reducionista da alimentação e nutrição. Recomendações da clínica individual, traduzidas em cardápios gerais conforme patologias, muitas vezes podem desconsiderar aspectos importantes do conceito ampliado de saúde e de alimentação adequada e saudável.

Considerando também que todo material elaborado se origina de orientações primeiramente planejadas para outros níveis de atenção, torna-se importante se atentar ao que compõe o escopo de materiais orientativos para atenção nutricional na UBS, de forma a atender o enfoque da atenção primária e que não haja um défice no que se refere a abordagem para promoção da saúde e SAN.

De forma geral, é possível observar que a organização da atenção nutricional no SUS, em especial no âmbito da atenção básica, tem se deparado com desafios comuns da produção do cuidado em saúde.[4]

Juliana de Jesus reafirma em sua dissertação [16] que dentro do SUS, os trabalhadores de saúde convivem em seu cotidiano com todas as contradições presentes na organização social capitalista e suas manifestações na saúde da população. Assim como foi possível notar na descrição sobre a organização da atenção nutricional na UBS estudada, a autora menciona em seu trabalho que, apesar das diretrizes e princípios apresentados pelas políticas de atenção básica e da expansão da ESF, ainda existem desafios para sua implementação idealizada.

A mesma autora também aponta que esses desafios estão ligados à falta de financiamento; às formas de contratação dos profissionais de saúde; à formação dos profissionais em desarmonia com o modelo da ESF e a falta espaços formativos no serviço; à dificuldade de efetivação do trabalho em equipe; ao acesso dificultado pelo excesso de demanda e déficit de pessoal; às dificuldades no desenvolvimento de ações intersetoriais na coordenação do cuidado na RAS; à gestão do processo de trabalho de forma participativa, entre outros. [16]

A partir do olhar para o cuidado da pessoa com obesidade, Juliana de Jesus demonstra a possível existência de um descompasso entre as expectativas da gestão, dos trabalhadores e dos usuários sobre o cuidado da ESF. Entre os elementos que a autora menciona dar pistas sobre os motivos desse descompasso, estão elementos que também foram identificados nesta investigação, a dizer:

> *O atravessamento da lógica privada na gestão do sistema de saúde e os reflexos sobre a organização dos processos de trabalho, orientados por metas e indicadores voltados para as doenças; o pouco espaço para a reflexão da rotina de trabalho e a sobrecarga para a resolução dos problemas de saúde da população, a deficiência de uma formação mais ampliada e crítica sobre a determinação da obesidade e da insegurança alimentar, e as dificuldades para a implementação de modelo assistencial da ESF com o trabalho em equipe e articulação de uma rede de serviços para o cuidado integral dos indivíduos.* (De Jesus, 2020)

Rigon, Schmidt e Bógus [28] ao discutirem os desafios da nutrição no SUS para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional também argumentam que a insuficiente inserção de nutricionistas no SUS, assim como a dificuldade relativa à adequação da formação necessária na área de alimentação e nutrição por parte das equipes de saúde e de gestores aliadas à fragilidade da institucionalidade da área, sobretudo em nível municipal, avolumam as dificuldades existentes no que se refere à consolidação do trabalho da área de nutrição no SUS. Os aspectos mencionados geram uma visibilidade restrita da temática de alimentação e nutrição no âmbito da saúde, especialmente em relação à potencialidade do trabalho que necessitaria ser desenvolvido. [28]

4.3.2 Ações para Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

A promoção da alimentação adequada e saudável é entendida como um conjunto de estratégias que proporcionam aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares sustentáveis que sejam apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais. [25] Espera-se que ações de alimentação e nutrição na ABS contribuam para qualificar e garantir a integralidade da atenção à saúde prestada à população. [29] Neste tópico buscar-se-á descrever o conjunto de ações realizadas na UBS estudada identificadas pelos entrevistados como tendo o objetivo de promover a alimentação adequada e saudável.

O retardo de crescimento intrauterino e o ganho de peso excessivo nos primeiros anos de vida têm sido associados em muitas pesquisas com desfechos desfavoráveis na vida adulta, entre esses o risco aumentado para obesidade e morbimortalidade cardiovascular. [17] Em virtude do grupo educativo para gestantes instituído na unidade, o acompanhamento da saúde materno-infantil é repetidamente mencionado pelos profissionais da UBS.

Além de ações educativas que se relacionam com a educação alimentar e nutricional, orientações sobre aleitamento materno em consultas para pré-natal e com puérperas são mencionadas como uma prática recorrente no serviço. No entanto, assim como tem aumentado a cada ano a parcela da população infantil brasileira que apresenta excesso de peso, [30] em nível local a realidade não demonstra ser diferente.

> *"Apesar de ser um bairro carente, o diagnóstico mais frequente é, além de idosos com doenças crônicas, a obesidade, principalmente infantil. Consigo identificar esta característica em boa parte das crianças que atendo, a obesidade vem desde os pais e as crianças seguem o hábito da casa."* (E1)

Dessa forma, o fomento ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, complementar até o segundo ano de vida, somando-se ainda a promoção da alimentação complementar adequada, devem ser priorizadas e fortalecidas no serviço. [17]

O trecho acima evidencia a necessidade das ações de promoção da alimentação adequada e saudável também no âmbito da saúde materno-infantil, bem como demonstra a necessidade de mudança do paradigma na atenção nutricional de forma a considerar a SAN no cuidado, visando a proteção das crianças e o apoio às famílias que provavelmente se encontram em situação de insegurança alimentar e nutricional.

A escola representa um espaço propício para a formação e a discussão de práticas saudáveis, [25] o que é reconhecido pela UBS. O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286 em 2007, que surge como uma política intersetorial entre Saúde e Educação, é apontado pelos entrevistados como uma oportunidade para o desenvolvimento de ações visando a promoção da alimentação adequada e saudável. A realização recente do PSE pela UBS foi mencionada nas entrevistas, sem aprofundamento, ainda assim é importante que seja reconhecido o espaço do PSE como potência para ações nesse sentido.

As práticas educativas foram identificadas como ações de maior frequência e abrangência na unidade, incluindo entre essas as orientações em consulta individual com nutricionista e outros profissionais, os grupos educativos e demais ações de educação alimentar e nutricional, como palestras na sala de espera.

Porém, faz-se necessária a revisão dos paradigmas que norteiam as práticas educativas, tanto no que se refere à concepção sobre alimentação adequada e saudável trabalhada, dando atenção ao conteúdo trabalhado nessas práticas, quanto em termos da perspectiva que se tem sobre educação, refletindo sobre os métodos educativos utilizados.

""HIPERDIA" é um evento aqui da UBS, você orienta hipertensos, diabéticos, pessoal do colesterol alto." (E1)

> *"Dificilmente a gente vai fazer um grupo ou uma orientação de alimentação saudável para uma pessoa que não tem uma patologia associada, é bem raro. Muitas vezes, vem um grupo de crianças, mas nós temos crianças obesas; vem um grupo de idosos, polifarmácia a gente brinca, toma medicamento para tudo."* (E1)

> *"Fizemos a pirâmide, pegamos as revistas e colocamos todinho os alimentos da pirâmide. E na mesa, dentro dos potinhos, nós fizemos também os alimentos com as calorias, com o que alimentos transgênicos, alimentos orgânicos, as tabelas deles. O paciente se servia no prato aquela alimentação e ali, não tinha certo, nem errado, mas a Dra explicava a importância de todo alimento da pirâmide."* (E2)

As entrevistas revelam, como demonstrado nos trechos acima, uma predominância na UBS de práticas educativas verticalizadas e centradas em patologias, ainda mais quando se trata de abordagens grupais.

As ações coletivas, sendo espaços nos quais as pessoas encontram redes de apoio, que se conformam no território, podem impulsionar avanços nessas ações, bem como fomentar sua sustentabilidade no tempo. Entretanto, a construção desses espaços é desafiante em muitos sentidos, por exemplo, quando se depara com uma lógica nos serviços de saúde, onde os profissionais estão reféns de agendas lotadas de consultas e de procedimentos individuais, enquanto as ações coletivas também demandam tempo de preparo, organização e capacitação.[10]

Ainda, cabe às equipes da ABS a realização de ações educativas e aconselhamento nas consultas individuais ou em grupos, que estejam apoiadas nas diretrizes oficiais para alimentação adequada e saudável apresentadas no Guia Alimentar para Guia Alimentar para a População Brasileira e no Guia para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos, já tendo evidências dos benefícios de sua implementação.[4] No entanto, esse aspecto permanece também como desafio na UBS.

Sabendo que E1 foi a única profissional a alegar conhecimento a respeito da SAN, a entrevistada foi questionada sobre como percebia a inserção de práticas relacionadas à temática no serviço. A seguir se observa a resposta:

> *"Para melhorar essa Segurança? Eu não vejo nada muito específico. Assim, dentro das ações que existem, por exemplo, dentro dos grupos que aconteciam, nós conseguimos inserir esse tema, mas de uma maneira um pouco mais subjetiva e não "hoje vamos falar de Segurança". Mas falando em relação a acesso, por exemplo, existe o bolsa família, existe uma distribuição – o pessoal arrecada alimentos para distribuir. Eu já fiz, poucos, mas já fiz grupos sobre utilização integral dos alimentos, para que as pessoas pudessem consumir partes não usuais que muitas vezes iriam para o lixo. Outros grupos onde a gente fala mais da higiene mesmo, então, de manipulação, de evitar contaminação. Então, dentro dos grupos do dia a dia isso é inserido sim, não de uma maneira específica."*

Ações educativas na ABS seriam essenciais para o trabalho em prol da SAN. De forma singular, a educação alimentar e nutricional é capaz de sensibilizar os usuários quanto à

alimentação como direito e quanto à problematização da pobreza, da fome, do consumo de alimentos de baixa qualidade e das desigualdades sociais e econômicas como geradoras dessas condições. [22]

Essa educação deve, no entanto, contemplar o diálogo entre profissionais e usuários e visar à autonomia do sujeito. No que se refere à disponibilidade e acesso, segundo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde, a ABS facilita o DHAA quando realiza ações de promoção da alimentação adequada na perspectiva dos direitos humanos. [22]

Ainda que a alimentação e nutrição sejam direitos sociais, tal fato não é reconhecido ou não embasa concepções, formas de atuação e as ações propostas pelos profissionais que muitas vezes têm exercido sua atuação de forma despolitizada. [10]

4.3.3 Vigilância Alimentar e Nutricional

Segundo a PNAN, identificar e atender situações individuais e coletivas de risco nutricional e obter informações representativas do consumo alimentar está entre as atribuições da gestão municipal. [29]

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é definida como a descrição contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, bem como de seus fatores determinantes para subsidiar o planejamento de ações para prevenção e enfrentamento dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, contribuindo com a organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde. [25]

Compõe a VAN desde inquéritos populacionais até a avaliação das condições de alimentação e nutrição nos serviços de saúde, especialmente na ABS. A despeito de a alimentação inadequada ser o fator de risco que mais impacta na carga de doenças no Brasil, a incorporação da avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar na rotina das equipes da ABS ainda é um grande desafio. [25]

No serviço de atenção básica cabe aos profissionais avaliar o estado nutricional (peso, altura e outros indicadores) e o consumo alimentar por meio de marcadores de consumo, para

isto é disponibilizado a todos os municípios brasileiros o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). [25]

No que se refere a UBS estudada, o SISVAN não apareceu como uma ferramenta utilizada no serviço. Dos profissionais entrevistados, nenhum pontuou o uso do sistema. A nutricionista demonstrou apenas ter conhecimento sobre sua existência.

> *Quando eu entrei me foi apresentado um impresso onde tinha todas essas informações do SISVAN, inclusive as apoiadoras disseram que futuramente eu seria encarregada disso. Tinha vários dados de peso, altura e hábitos alimentares, mas não me foi trazido depois. Eu não sei quem está responsável pelo SISVAN no momento, mas eu acredito que seja o pessoal da Vigilância, eles devem ter acesso, mas eu não consigo te dar certeza, realmente não sei.* (E1)

A partir dos dados coletados no SISVAN, as equipes de saúde e os gestores municipais, estaduais e federais poderiam monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional da população, e com isso organizar ações para prevenção e controle dos principais agravos relacionados à alimentação e nutrição em seu território. [25]

Nesse sentido, a ABS tem grande potencial para proteger o DHAA, principalmente na identificação de suas violações se utilizando das informações dentro do território. A UBS contribui para proteção do DHAA quando dispõe de mecanismos para detectar situações de insegurança alimentar e os utiliza sem discriminação. [22]

Da mesma forma que a ABS pode monitorar, via vigilância em saúde, doenças infecciosas por exemplo, pode também monitorar o estado de efetivação do DHAA, via vigilância alimentar e nutricional. O serviço também pode atuar na identificação de situações de negligência em ambientes institucionais e na família. Ressalta-se também que as ferramentas de identificação de insegurança alimentar podem revelar diferentes faces de violações do DHAA. [22]

As ações de alimentação e nutrição no SUS são historicamente marcadas por programas desenhados para dar respostas a um determinado problema de saúde em um grupo populacional específico, como programas de prevenção e controle de deficiência de micronutrientes e o atrelamento da vigilância alimentar e nutricional aos programas de transferência de renda.[4]

Percebe-se essa marca na VAN da UBS: *"As UBS mantêm um controle de peso de crianças por conta do bolsa família."* (E1)

Tecnologias como o Prontuário Eletrônico e o uso de tablets no acompanhamento dos usuários são mencionados como facilitadores para a vigilância.

> *"Devido ao prontuário eletrônico que nós temos hoje em ligação com o Bolsa Família, hoje nós temos acesso à informação, por exemplo, de qual é a renda per capita da família. Isso facilitou, visto que o cadastro individual do paciente é modificado toda vez que o agente de saúde vai no território, então é muito mais fácil a gente diagnosticar a qualidade de vida e o fator nutricional."* (E6)

No entanto, a VAN na unidade parece estar atrelada unicamente ao acompanhamento das famílias cadastradas no, agora extinto, Programa Bolsa Família.

A VAN não alcança todo seu potencial quando realizada somente no atrelamento com o acompanhamento das famílias beneficiárias, mas cabe a ressalva para destacar a importância do modelo de transferência condicionada de renda, que representou uma mudança de paradigma na intervenção governamental no campo da alimentação e nutrição. Os impactos do Programa Bolsa Família nas condições de vida e saúde das famílias beneficiárias envolvem, entre outros, melhor acesso à atenção básica em saúde e redução do baixo peso ao nascer, da desnutrição e da mortalidade infantil.[4]

O baixo peso, por exemplo, foi um dos indicadores indiretos mais usados para avaliar a insegurança alimentar até o começo da década de 1990, mas embora a medida antropométrica seja importante para avaliar e entender a SAN, se for considerada como único indicador para este fim, obscurece consequências psicossociais potenciais na condição de insegurança alimentar. [5]

Essa perspectiva limitada para avaliação da SAN, também obscurece a compreensão da SAN como um direito humano alinhado, assim, a uma questão de bem-estar e saúde ampliada. Isso é ainda mais importante quando se considera que a insegurança alimentar pode não se expressar, como acontece muitas vezes, em carências nutricionais e suas consequências físico-biológicas. [5]

A VAN na UBS ofereceria uma reflexão sobre como ampliar a capacidade de resposta da ABS frente aos problemas alimentares vivenciados pela população. Na ABS, além da possibilidade de identificação de situações de insegurança alimentar e nutricional no território, é também um espaço para atuação em prol da efetivação de direitos humanos visando à superação das desigualdades. [22]

4.3.4 Formação/Capacitação dos Trabalhadores

Promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar o elenco de atividades específicas na área de alimentação e nutrição de forma produtiva e eficaz é outra responsabilidade da gestão municipal, conforme determina a PNAN.[2]

Nas entrevistas, foi possível identificar que a capacitação/formação dos trabalhadores da UBS estudada acontece por meio de capacitações temáticas chamadas por alguns dos entrevistados de matriciamento, bem como cursos oferecidos pelo Ministério da Saúde e teve destaque, também, as ações em parceria com o Instituto de Saúde. Em uma das entrevistas a trabalhadora menciona o papel propulsor das ações com o Instituto de Saúde:

"Foi começar a ter uma educação continuada quando o Instituto entrou, então fomos ter um grupo de roda de conversa, de trocas de saberes." (E2)

No entanto, as formações que se relacionam com a temática de alimentação e nutrição demonstram foco em uma abordagem do modelo biomédico,

"Aqui nós tivemos contato com a cardiologia, inclusive nós fizemos um matriciamento com a cardiologia sobre os casos, alterações cardíacas, arritmias, incluindo também as hipertensões. Sobre orientações, como é o início de tratamento." (E3)

ou são descritas em termos gerais como *"capacitamos todos os profissionais sobre a importância da alimentação saudável"* (E6)

A qualificação no sentido da SAN foi identificada no serviço somente com a realização do curso Amamenta e alimenta Brasil, uma iniciativa do Ministério da Saúde que pretende estimular a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS. [31]

Ainda assim, o caráter biomédico e a concepção reducionista da nutrição se mostraram predominantes em diferentes ações da atenção nutricional, entre elas também a formação e capacitação dos profissionais da área da saúde.

Segundo Rigon, no âmbito da formação dos nutricionistas, ainda existem deficiências na incorporação de conceitos e conteúdo da saúde coletiva que conferem ao profissional maior condição de ter uma atuação mais resolutiva. Tal situação, de predomínio do enfoque clínico,

no entanto, não é exclusiva do nutricionista, ocorrendo na formação da maior parte das categorias profissionais que atuam na área da saúde comprometendo a sua atuação e o próprio serviço de saúde. [28]

A Matriz de ações de alimentação e nutrição na ABS, menciona a necessidade do empreendimento ativo em um processo de formação profissional e do próprio sujeito nessa direção de se envolver efetivamente com o trabalho que se pretende executar. [29]

Mesmo que seja de fundamental importância a busca pessoal/individual dos trabalhadores pelo conhecimento em temáticas que se apresentam necessárias na prática do trabalho em saúde, como uma das entrevistadas relata *"Mas aí a gente busca informação, a gente estuda e foi um trabalho muito interessante, me ajudou a crescer demais como pessoa, como profissional, porque tive que estudar."* (E1) Esse processo de formação individual, de maneira isolada, não é suficiente para transformar paradigmas e as práticas no serviço.

Entre os motivos que corroboram para o foco da atenção nutricional para demandas exclusivamente relacionadas a patologias e a abordagem em grupos educativos que dá ênfase ao trabalho com a alimentação e nutrição sob a perspectiva do nutricionismo, está a escassez em nível de formação para consolidar o modelo de atenção preconizado pela ESF/NASF, bem como para tornar vigente a perspectiva de alimentação adequada e saudável apresentada pelo atual Guia Alimentar para População Brasileira.

Guerra, Botelho e Cervato-Mancuso em um estudo sobre as formas de atuação profissional e as propostas de ações para a efetivação do DHAA no contexto da atenção primária à saúde, apontam que dentre as possibilidades para o debate e a transformação da prática está a formação profissional da área da saúde. Tal formação precisa estar orientada e direcionada para uma atuação coerente com o enfrentamento das questões sociais que afligem a população, sendo essa um caminho para a prática profissional que requer consciência política na compreensão das necessidades de saúde da população. [10]

Em outro artigo, Botelho e França Júnior, também afirmam a importância de recursos humanos qualificados e condições estruturais na ABS para que a proteção do DHAA seja factível. Mencionam a necessidade de treinamento para abordar a segurança alimentar, bem como a imprescindível destinação de tempo de trabalho para a execução dessas tarefas, de forma a não se tornar mais uma atribuição impraticável na rotina de trabalho. [22]

Atentar-se à formação crítica do profissional de saúde é imprescindível uma vez que essa está intimamente relacionada ao seu potencial para contribuir com o desenvolvimento humano e social das pessoas e comunidades pelas quais é responsável. [32]

O direcionamento em prol da promoção da saúde, que apresenta entre os seus princípios o fortalecimento da autonomia de sujeitos e de grupos sociais, torna necessária a formação que capacita os profissionais da área da saúde para a atuação no âmbito da integralidade e visando a autonomia. Assim, requer-se do trabalhador um saber que não apenas integra, mas que transcende diferenças e peculiaridades com vistas a formular uma nova prática, um novo saber.[33]

É nesse contexto que ações para capacitação dos profissionais com práticas educativas dialógicas possibilitam a inserção da SAN na organização do cuidado no âmbito da ABS. Referindo-se a UBS estudada, uma das trabalhadoras finalizou sua entrevista a fala abaixo, que demonstra o interesse na temática da alimentação e nutrição e a possibilidade de ações transformadoras, com qual também se encerra este tópico:

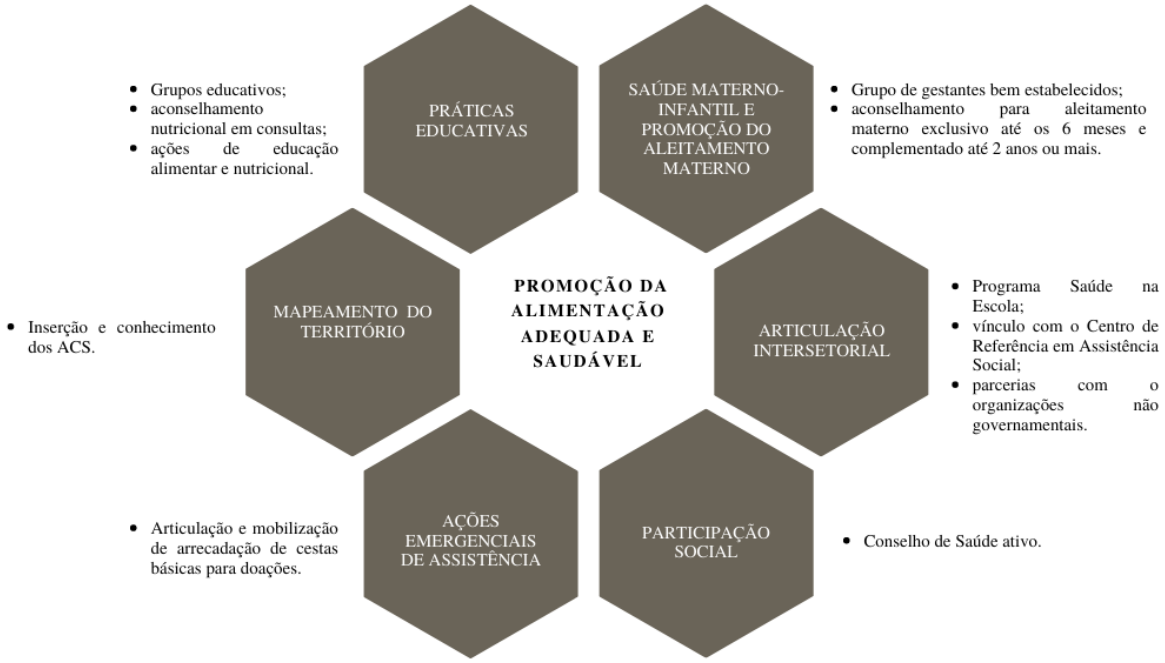
"Eu espero que desenvolvam outras atividades para nós, para eu poder aprender. Agora com a dica da alimentação, é muito importante." (E2)

4.4 POTENCIALIDADES

Uma reflexão de Botelho e França Júnior sobre como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina, propõe repensar as práticas de saúde na ABS em uma perspectiva dos direitos humanos, resgatando o potencial emancipatório da atenção primária. [22]

Nessa perspectiva, a partir de ações já iniciadas na UBS estudada se identificou potencialidades para a inserção da SAN na organização do cuidado em saúde, discussão que se apresenta neste tópico.

Figura 3. Modelo representativo de ações já desenvolvidas na UBS com potencial para a promoção da alimentação adequada e saudável sob a perspectiva ampliada de saúde e alimentação/nutrição.



Considerando o caráter interdisciplinar da SAN, uma das grandes potencialidades para a atenção nutricional na ABS está na articulação intersetorial. Além do PSE já instituído, onde idealmente as equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada realizam, entre outras ações, práticas visando à promoção da alimentação saudável. [8] Outra articulação intersetorial da UBS que se apresenta, ainda que com a necessidade de fortalecimento, é a parceria com a assistência social.

> *"Muitos estão abaixo da linha da pobreza, então uma coisa muito importante é a nossa parceria com o CRAS. Porque o CRAS tem um serviço social que também está dentro do território, e passa essas informações para a gente."* (E6)

A pobreza e condições de renda são focos temáticos para a compreensão da alimentação como um direito humano e, além disso, são elementos para diferentes estratégias de ação em segurança alimentar e nutricional. [10]

A discussão sobre a fome, promovida pioneiramente por Josué de Castro, traz em sua essência a disputa política, econômica e social que é travada permanentemente entre a classe trabalhadora e o sistema capitalista, para a garantia e efetivação dos direitos sociais. No entanto, essa discussão ainda faz parte timidamente do repertório dos profissionais na ABS. É necessário

que os profissionais da área da saúde não estejam fixados ao tradicional paradigma biomédico para responder aos problemas alimentares complexos. [10]

Pensando ainda em ações intersetoriais, além das já mencionadas até aqui, também se mostra presente a articulação com setores não vinculados ao poder-público, como relata E2: *"eu vejo a participação da pastoral da criança, junto com a Unidade Básica de Saúde. Até o líder e outra pessoa de lá faz parte agora do Conselho"*

A participação social também se constitui como uma importante potencialidade na UBS. Os Conselhos de Saúde, instituídos a partir do SUS coincide com movimentos de redemocratização que abriram espaço para o fortalecimento de direitos e da participação social na saúde pública. [22] Ações coletivas que mobilizem tanto profissionais quanto à população para a emancipação humana são apontadas entre os caminhos possíveis para a transformação das práticas em saúde e a efetivação dos direitos humanos, como o DHAA. [10]

Segundo E2, o Conselho Municipal de Saúde da região é ativo e exerce influência nas decisões políticas, a entrevistada fala com orgulho da sua participação social e conta sobre uma conquista marcante do conselho:

> *"A maior das conquistas participando do Conselho foi a nossa unidade do bairro Pretoria, falar das dificuldades daqueles pacientes de vir até a UBS. (...) Pretória, uma área bem vulnerável, onde os pacientes buscam muito e é distante, então tendo uma Unidade ali, nossa, é um ganho maravilhoso."*

Nesse sentido, entre esse e outros relatos sobre o conselho de saúde do município, é notável a importância e potência da participação social para promoção da saúde no território. Contudo, no que se refere às pautas relacionadas à SAN, a temática, ainda que emergente no serviço de saúde, parece não entrar em questão. Um fato que, infelizmente, chama a atenção em relação a participação social, no que se refere a SAN, é que o Conselho Municipal de SAN de Franco da Rocha encontra-se inativo, de acordo com o Diagnóstico Paulista sobre Conselhos Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional. [34] Ainda assim, vale ressaltar neste trabalho que a participação social, já aparentemente fortalecida no serviço, tem grande potencial para o desenvolvimento de ações que visem a promoção da alimentação adequada e saudável e a garantia do DHAA.

Outro ponto que fortalece essa perspectiva é a realização de ações de assistência a partir da mobilização social no serviço. Uma ação emergencial para auxílio às famílias em

insegurança alimentar e nutricional foi citada pelos trabalhadores como uma iniciativa de grande importância no município. A campanha de doação de alimentos durante a vacinação contra a Covid, chamada "vacina contra fome" ou "vacina solidária"

> *"As pessoas vêm tomar a vacina, depositam o alimento e aí geralmente este alimento vai para o serviço social e eles fazem a distribuição através de cadastro, através de programas, eles fazem a distribuição. Durante a pandemia, isso daí foi muito, muito importante e teve uma adesão muito grande por parte da população."*

No entanto, cabe mencionar a fragilidade de iniciativas como essas, que como apontada por outro trabalhador, não se sustentam e/ou promovem transformação social.

"Mas a gente percebeu que parou a doação, independentemente de estar tendo ou não campanha. As pessoas deixaram de contribuir, acho que também por causa da condição geral."

Outra ação importante é a identificação de parceiros e recursos no território para o desenvolvimento de ações intersetoriais que possam estimular a criação de ambientes propícios à alimentação adequada e saudável e a SAN. [25]

A prática de mapeamento do território se mostrou presente entre os trabalhadores da UBS no que se refere à atividade física. Nas entrevistas os trabalhadores mencionam praças e outras áreas para realizar caminhadas, oferecimento de práticas esportivas pelo município, entre outros.

No que tange a alimentação, na entrevista com a ACS, a trabalhadora demonstrou conhecimento acerca do território no que se refere à equipamentos disponíveis para o desenvolvimento de atividades diversas e pontos de venda de alimentos.

Assim, identifica-se ser possível realizar esse mapeamento também no que se refere ao ambiente alimentar do território, ainda que seja necessário fazer uma provocação para reflexão acerca da promoção da alimentação adequada e saudável.

Em um artigo especial na Revista Panamericana de Saúde Pública sobre ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil Bortolini et al. [25] afirmam que para o desenvolvimento de ações para a promoção da saúde é importante identificar no território locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, assim como costumes e tradições alimentares locais que possam se relacionar aos hábitos alimentares e ao estado nutricional da população. Desta forma, com base na realidade local observada, as equipes de

saúde podem incentivar e apoiar a criação de ambientes promotores da alimentação adequada e saudável, afetando também sobre a oferta de alimentos saudáveis nas escolas, nos ambientes de trabalho e no comércio local, além de articular com a agricultura local a criação de hortas comunitárias. [25]

Todas as ações citadas e discutidas até aqui poderiam somar-se às práticas educativas da UBS no campo da alimentação e nutrição, de forma a ampliar as abordagens de ações para promoção da alimentação adequada e saudável.

5. CONCLUSÃO

Compreende-se que a ampliação da cobertura e os investimentos na rede de atenção básica à saúde nos últimos anos no município de Franco da Rocha representam uma oportunidade para estimular e apoiar a inclusão de práticas de promoção da saúde nos processos de trabalho das equipes de saúde.

Na UBS estudada, as práticas referentes à atenção nutricional demonstraram a predominância de uma concepção sobre alimentação e nutrição que se alinha ao paradigma reducionista, o que limita, ou mesmo impossibilita, a inserção da SAN na organização do cuidado em saúde, sendo que tal concepção é incapaz de dar resposta à complexidade da situação alimentar.

A organização da atenção nutricional se apresentou amparada principalmente por uma lógica focada em prescrições dietéticas em atendimentos individualizados, ainda que ações coletivas de educação alimentar e nutricional se façam presentes, demonstraram um caráter verticalizado, não dialógico, com ênfase em patologias.

Dessa maneira, a integração da SAN às diferentes linhas de ação do SUS para resposta à situação alimentar e nutricional da população se mostrou limitada na UBS, ao mesmo tempo que necessária sua expansão, uma vez que tem se apresentado ao serviço demandas que se relacionam à situação de insegurança alimentar e nutricional no território - como a fome, o aumento da obesidade e agravos relacionados, entre outros.

Dado o contexto local, que reflete a situação macropolítica econômica, torna-se urgente na ABS que os processos relacionados à organização da atenção nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, vigilância alimentar e nutricional, e de qualificação dos profissionais, passem a visar a garantia da SAN em seu território e sejam fortalecidas.

De fato, muitos desafios se apresentam para a efetivação do DHAA e no trabalho em saúde, no entanto, a ABS a partir de seus princípios e considerando suas diretrizes, tem grande potencial para agir em prol da SAN no território. Para isso, faz-se necessário que os trabalhadores estejam esclarecidos e capacitados para atuar com uma visão ampliada de saúde, sob o paradigma da alimentação adequada e saudável enquanto direito, de forma que sua atuação e as ações propostas não sejam despolitizadas, mas capazes de dar respostas efetivas a complexidade da situação alimentar e nutricional no território.

6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO

O presente trabalho possibilitou uma aproximação com a prática profissional na rede de atenção básica à saúde. No que se refere à atenção nutricional no serviço, permitiu conhecer desafios inerentes ao trabalho descobertas a partir desta pesquisa demonstraram ser imprescindível à prática do nutricionista no SUS um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, valendo-se de práticas educativas dialógicas, a partir da concepção da alimentação enquanto direito, com ações vinculadas à participação social.

7. REFERÊNCIAS

1. Gamba JCM, Montal ZMC. O direito humano à alimentação adequada: revisitando o pensamento de Josué de Castro. Vol. 11, n°95. pp. 52 a 81. Brasília, 2010.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1. ed. Brasília, 2013.

3. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BR). Lei de Segurança Alimentar e Nutricional. Lei N° 11.346, de 15 de setembro de 2006. / Decreto N° 7.272, de 25 de agosto de 2010.
4. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Oliveira e Silva D, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva 23(6): 1829-1836. São Paulo, 2018.
5. Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. Ciência e Saúde Coletiva 16(1): 187-199. Campinas (SP), 2011.
6. Segall-Corrêa AM. Alimentação e educação II, Estud. av. 21 (60): Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. Ago 2007.
7. Cátedra Josué de Castro (FSP/USP). Da fome à fome: a volta da insegurança alimentar. Disponível em: http://geografiadafome.fsp.usp.br/geografia-da-fome-e-da-inseguranca-alimentar/ Acesso em: 02/12/2021.
8. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.
9. Alpino TMA, Santos BRC, de Barros DC, de Freitas CM. COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. Cad. Saúde Pública; 36(8):e00161320. Rio de Janeiro, 2020.
10. Guerra LDS, Botelho FC, Cervato-Mancuso AM. "Se você pegar locais de maior periferia, esqueça!": a (falta de) atuação pelo direito humano à alimentação adequada na atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública; 37(8):e00235120. São Paulo, 2021.
11. Jaime PC. Pandemia de COVID19: implicações para (in)segurança alimentar e nutricional. Editorial 2504, Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo, 2020.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed, São Paulo: Hucitec, 2014.
13. IBGE. Cidades: Franco da Rocha (SP). Panorama. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/franco-da-rocha/panorama Acesso em: 07/02/2022.
14. Prado M. et al. Instituto de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha: análise de situação de saúde (2011-2017). Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/aprimoramento/relatoriosituacaosaudefrancorocha2014.pdf>
15. Duarte LS, Lucena FS, Viana MMO. Atenção Básica de Franco da Rocha: estrutura, financiamento e organização do cuidado no período de 2014-2020. In: Fortalecendo o SUS: experiência de formação profissional no município de Franco da Rocha. Org Lucena te al. São Paulo: Instituto de Saúde
16. de Jesus JGL. As contradições intrínsecas ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: um olhar a partir do cuidado da pessoa com obesidade. Dissertação. São Paulo, 2020.
17. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008.
18. Machado AD, Bertolini AM, Brito LS, et al. O papel do Sistema Único de Saúde no combate à sindemia global e no desenvolvimento de sistemas alimentares sustentáveis. Ciência e Saúde Coletiva, 26(10):4511-4518. São Paulo, 2021.
19. Scrinis G. Nutricionismo. Editora Elefante. 2021.
20. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM no 687, de 30 de março de 2006. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2015.

21. Ministério da saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção Básica. Brasília, 2014.
22. Botelho FC, França Junior I. Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina? Rev Panam Salud Publica, 42:e159. 2018.
23. Soares S. O nutricionista esclarecido para a defesa do direito humano a alimentação adequada: contribuições kantianas. Holos. Ano 36, v.5, e9425, 2020.
24. Magalhães LM, Amparo-Santos L. Multiplicidade, heterogeneidade e coordenação: a produção do cuidado em alimentação e nutrição a partir das práticas de apoio matricial. Cad. Saúde Pública. 36(7):e00127819. Salvador (BA), 2020.
25. Bortolini GA, de Oliveira TFV, da Silva SA, et. al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 44: e39. 2020.
26. Ministério da Saúde (BR). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2014.
27. Vieira CM. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde: intitucionalização e desafios. Dez 2011. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br
28. Rigon SA, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 32(3):e00164514. São Paulo, 2016.
29. Ministério da Saúde (BR). Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009.
30. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Secretaria de Atenção Primaria à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília, 2019.
31. Ministério da Saúde (BR). Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável: Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/promocaosaude/amamenta Acesso em: 07/02/2022.
32. Figueiredo GO. Currículo, política e ideologia: estudos críticos na educação superior em saúde. Trab. Educ. Saúde, 18(s1):e0024880. Rio de Janeiro, 2020.
33. Erdmann AL, Schlindwein BH, de Sousa FGM. A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. Rev Bras Enferm jul-ago; 59(4): 560-4. 2006.
34. Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (CONSEA/SP). Diagnóstico paulista sobre conselhos municipais de segurança alimentar e nutricional: ações prioritárias na perspectiva econômica. São Paulo, 2017.

8. APÊNDICES

Apêndice 1. Roteiro de entrevista com a Nutricionista do NASF.

1	Você poderia se apresentar e contar um pouco de sua formação e há quanto tempo trabalha no município de Franco da Rocha?

2	Como é a organização do trabalho do NASF no município?
3	Descreva seu papel como nutricionista em uma equipe de NASF em Franco da Rocha?
4	Você poderia falar um pouco como entende a Segurança Alimentar e Nutricional?
5	Como você percebe a inserção de práticas relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional nas UBSs de Franco da Rocha? (explorar aqui os desafios e as possibilidades relacionadas)
6	No período que você trabalha no município, você já participou ou realizou alguma atividade de formação com a temática da SAN? Como foi?
7	Nos últimos anos você percebeu se houve mudanças em relação a SAN das famílias dos territórios onde atua? (explorar impacto Covid-19)
8	Em sua percepção, questões relacionadas a acesso e qualidade da alimentação fazem parte do diagnóstico de saúde do território, feito pelas equipes? Por exemplo, as equipes de ESF possuem informações de quais famílias têm dificuldade no acesso à alimentos? Como isso é feito?
9	A vigilância alimentar e nutricional faz parte das práticas na AB? Como?
10	Em sua percepção, quando se pensa ou se propõe o cuidado às famílias e às pessoas, a SAN é levada em consideração? Como isso é feito? (nas consultas; discussões de equipe, etc)
11	Você consegue se lembrar de atividades que sejam realizadas sobre promoção de alimentação adequada e saudável? (explorar o uso do Guia Alimentar)
12	No município há ações intersetoriais para que as famílias tenham sua SAN garantida? Como são? (explorar ações com a assistência social)

Apêndice 2. Roteiro de entrevista com o(a) gerente da unidade

Questões introdutórias (sobre o entrevistado)	
1	Você poderia se apresentar e contar um pouco de sua formação e há quanto tempo trabalha no município de Franco da Rocha?

2	Descreva seu papel como gerente de uma UBS em Franco da Rocha?
3	Como você entende o conceito de “alimentação adequada e saudável”? O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional é conhecido pra você?
Sobre a organização do trabalho na UBS e SAN como como necessidade de saúde	
4	Como as atividades da UBS são organizadas? E quais diretrizes seguem para organização das agendas dos profissionais?
5	Como se dá a atenção nutricional nesta UBS? (explorar aqui os desafios e as possibilidades relacionadas) (se necessário nomear: VAN; Promoção da alimentação adequada e saudável; Prevenção das carências nutricionais; Manejo dietético da obesidade, diabetes e hipertensão arterial sistêmica)
6	Questões relacionadas ao acesso e qualidade da alimentação fazem parte do diagnóstico de saúde do território feito pelas equipes? Descreva as ações de vigilância alimentar e nutricional na unidade.
7	No cuidado às famílias e às pessoas, questões como acesso à alimentação adequada, promoção da alimentação saudável, são levadas em consideração? (nas consultas; discussões de equipe, etc) Como? (explorar o uso do Guia Alimentar)
8	Na unidade há ações intersetoriais relacionadas a alimentação? Quais? Como são? (explorar ações com a assistência social)
9	Você tem exemplos de atividades que sejam realizadas sobre promoção de alimentação adequada e saudável? Como são feitas? (explorar o uso do Guia Alimentar)
10	No período que você trabalha no município, você já participou ou realizou alguma atividade de formação com a temática de alimentação? Como foi? (explorar o uso do Guia Alimentar)
11	Nos últimos anos você percebeu mudanças em relação à alimentação, nutrição e agravos relacionados, das famílias do território? (explorar impacto Covid-19)

Apêndice 3. Roteiro de entrevista com o(a) ACS.

Questões introdutórias (sobre o entrevistado)	
1	Você poderia se apresentar, falar um pouco se já teve outros trabalhos anteriores a

	ser ACS e há quanto tempo trabalha no município de Franco da Rocha?
2	Descreva seu papel como ACS de uma equipe de estratégia saúde da família em Franco da Rocha?
3	Descreva seu papel como ACS?
4	Para você, o que é uma alimentação adequada e saudável? O que você acha que é preciso pra ter uma alimentação assim (saudável)? (explorar se conhece o Guia Alimentar)
Sobre alimentação/nutrição e trabalho do ACS	
5	Assuntos relacionados à alimentação das famílias ou indivíduos fazem parte do seu trabalho? Como? (explorar se faz algum tipo de orientação relacionada a alimentação e o uso do Guia Alimentar)
7	Questões relacionadas ao acesso e qualidade da alimentação da população do território fazem parte das discussões em seu trabalho? Como?
8	No período que você trabalha no município, você já participou de alguma atividade de formação com temática relacionada à alimentação? Como foi? (explorar o uso do Guia Alimentar)
9	Você tem exemplos de atividades que sejam realizadas para promover uma alimentação adequada e saudável? Como são feitas? (explorar o uso do Guia Alimentar)
10	Você tem conhecimento sobre o trabalho da UBS com outros setores (como assistência social, escolas, etc.) para que as pessoas tenham acesso a alimentação?
Sobre alimentação e o território	
11	Como você descreveria a alimentação da população no território onde você atua?
12	Como você acha que essa alimentação influencia na saúde desses indivíduos?
13	O que você acha que precisaria mudar?
14	Onde as pessoas que moram no seu território compram alimentos/comida? (ex.: mercado, mercearia, feira, comida de rua…) (explorar se precisam sair do território para comprar comida) Que tipo de alimentos as pessoas conseguem comprar nesses lugares?

15	Nos últimos anos você percebeu mudanças em relação à alimentação e nutrição das famílias do território? (explorar impacto Covid-19)

Apêndice 4. Roteiro de entrevista com enfermeira(o) e médica(o)

1	Você poderia se apresentar e contar um pouco de sua formação e há quanto tempo trabalha no município de Franco da Rocha?
2	
3	O que você entende por uma alimentação adequada e saudável? Na sua visão, o que é necessário para ter uma alimentação assim?
4	Assuntos relacionados à alimentação e nutrição fazem parte do seu trabalho? Como? Quais tipos de orientações relacionadas a alimentação você costuma fazer? (explorar o uso do Guia Alimentar)
5	No período que você trabalha no município, você já participou ou promoveu alguma atividade de formação com essa temática? (explorar o uso do Guia Alimentar)
6	
7	Você tem exemplos de atividades que sejam realizadas na UBS para promover uma alimentação adequada e saudável? Como são? (explorar o uso do Guia Alimentar) (explorar as ações de combate à desnutrição, prevenção da anemia e hipovitaminose A)
8	Como você descreveria a situação de alimentação e nutrição da população adscrita hoje? O que acha que precisaria ser diferente?
9	Questões relacionadas ao acesso e qualidade da alimentação da população do território fazem parte das discussões em equipe? De que forma?
10	Você tem conhecimento sobre o trabalho da UBS com outros setores (como assistência social, educação, etc.) visando garantir que as pessoas tenham acesso a alimentação? Como isso é feito?

11	Nos últimos anos você percebeu mudanças em relação à alimentação, nutrição e agravos relacionados, das famílias do território? (explorar impacto Covid-19)

9. ANEXOS

Anexo 1. Autorização para divulgação do trabalho.

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Saúde

AUTORIZAÇÃO

Inclusão/divulgação de Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização na Biblioteca Virtual em Saúde Rede de Informação e Conhecimento - BVS RIC– SES-SP

Nome autor(a): Jaqueline Dourado Lins		
Tel.: Res. ( )	**Com. ( )**	**Celular: 11 985690766**
Email: jaquelinedl@alumni.usp.br		

Instituição:	Instituto de Saúde
Departamento:	
Nome do Curso de Especialização	Especialização em Saúde Coletiva
Docente Orientador (a)	Fabiana Santos Lucena

Título em Português:

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE. Investigação a partir da experiência de uma Unidade Básica de Saúde no município de Franco da Rocha/SP.

Título em inglês:

FOOD SECURITY IN THE ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE. Investigation from the experience of a Basic Health Unit in the city of Franco da Rocha/SP.

Descritores de Assunto (pesquisar em http://decs.bvs.br/)
(Clicar em "Consulta ao DECS", seguido de "Consulta por Índice – Permutado")

Descritores		Qualificadores
1. Saúde Pública	/	ED, MT, ST, TD
2. Segurança Alimentar e Nutricional	/	ED, MT, ST, TD
3. Atenção Primária à Saúde	/	ED, MT, ST, TD
4. Sistema Único de Saúde	/	ED, MT, ST, TD
5. Nutrição	/	ED, MT, ST, TD

X	AUTORIZO A REPRODUÇÃO DO CONTEÚDO DO TRABALHO
	NÃO AUTORIZO A REPRODUÇÃO DO CONTEÚDO DO TRABALHO

Assinatura do Autor (a)

Assinatura do Docente Orientador (a) (c/carimbo)

Assinatura do Coordenador (a) do Curso – (c/carimbo)

Instituto de Saúde
Rua Santo Antonio, 590 | CEP 01314-000 | São Paulo, SP
Fone: (11) 3116-8504

INSTITUTO DE SAÚDE