



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E
SAÚDE**

LUZIA VILMA DELGADO

**ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA BAHIA**

**Salvador
2016**

LUZIA VILMA DELGADO

**ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA BAHIA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde, Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde.

Área de concentração: Segurança Alimentar e Nutricional

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Chaves dos Santos

Salvador
2016

Delgado, Luzia Vilma
Atenção Nutricional na Atenção Básica à Saúde: concepções e práticas na perspectiva de médicos do Programa Mais Médicos na Bahia / Luzia Vilma Delgado. -- Salvador, 2016.
85 f.

Orientador: Sandra Maria Chaves dos Santos.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde) -- Universidade Federal da Bahia, Escola de Nutrição, 2016.

1. Atenção Nutricional. 2. Programa Mais Médicos. 3. Atenção Básica à Saúde. 4. Grounded Theory. I. Santos, Sandra Maria Chaves dos. II. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

Luzia Vilma Delgado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Escola de Nutrição, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde.

ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS SOB O OLHAR DE MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA BAHIA

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Sandra Maria Chaves dos Santos

Doutorado em Administração Pública pela Universidade Federal da Bahia
Professora da Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo

Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo
Professora da Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos

Doutorado em PhD in Pathology pela University of Tennessee System
Professora da Universidade de Brasília

Salvador – Bahia, 29 de novembro de 2016

Aos

Poetas do Sistema Único de Saúde (SUS), que sonham, choram,
acreditam e constroem cotidianamente novas formas de alegria e
resistência.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Rita e Valdemir, por me ajudarem a ver com encantamento as cores da leitura, mesmo quando as letras lhes eram estranhas.

À Profa. Dra. Sandra Chaves, minha orientadora, pelo incentivo à boa aprendizagem, apoiando-me em todo o processo de dissertação com competência técnica e cuidado, inspirando-me e fazendo-me sua admiradora.

À coordenação do projeto de pesquisa nacional “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, em nome da Profa. Pós-Dra. Leonor Pacheco, pelo apoio que tornou possível essa pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Saúde/ Departamento de Ciências e Tecnologia (DECIT), pelo auxílio financeiro concedido ao projeto nacional que viabilizou a investigação em campo.

À Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia e toda sua equipe técnica, pela dedicação e produção de conhecimento que tanto tem contribuído para a humanidade.

Às médicas e aos médicos do Programa Mais Médicos da Bahia, pelo compartilhamento dos saberes e conhecimento que os envolviam no fazer cotidiano da Atenção Básica à Saúde.

À Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), pelo incentivo e compreensão das ausências como produtoras de processos de educação permanente essenciais à formação presente.

À Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), pelo acolhimento e incentivo à aprendizagem significativa, mesmo que temporário, recheada de *práxis* no diálogo com os estudantes, fazendo-me aproximar mais do objeto de pesquisa.

Às amigas e aos amigos de trabalho da FESF-SUS e da UFRB, por no fazer cotidiano laboral fizeram-se instrumentos de apoio mais do que institucional, em territórios diversos.

Aos meus companheiros de sempre, Viviane Delgado, Valdecio Delgado, Valdeir Delgado, Suzana Dantas e sobrinhos, por me inspirarem a busca pela justiça.

À Nadson Oliveira, pelo amor e cuidado gestados no mesmo período que essa dissertação se fazia, presenteando-me com a sua família baiana.

Às amigas e ao amigo parceiras(o) de vida, Lana Mércia, Gisella Cristina, Juçara Accioly, Michelle Medeiros, Vera Pinto, Liliane Bittencourt, Vitória Góis e Fábio Resende, por de vários lugares fazerem-se presentes no cultivo intelectual da aprendizagem e do cuidado.

Ao universo, por conspirar, contribuir, e ajudar-me na produção de sentidos durante meu caminhar por este curso.

Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência.

Boaventura de Souza Santos, 1987

DELGADO, Luzia Vilma. Atenção Nutricional na Atenção Básica à Saúde: concepções e práticas na perspectiva de médicos do Programa Mais Médicos na Bahia. 85f. 2016. Dissertação (Mestrado) – Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

A situação alimentar e nutricional da população no Brasil vem mobilizando a atenção de estudiosos e a ação pública na direção de solucionar os efeitos da transição nutricional e epidemiológica, com a emergência crescente das doenças crônicas não transmissíveis e a permanência da desnutrição e carências nutricionais. A atenção básica tem se fortalecido como o espaço privilegiado de enfrentamento desse quadro na perspectiva de potencializar as ações de promoção da saúde. Um dos desafios para efetivação da atenção básica à saúde é a dificuldade de fixação de profissionais médicos em municípios localizados à maior distância dos grandes centros urbanos e em condições de maior vulnerabilidade social, o que faz supor maiores problemas também em termos de insegurança alimentar e nutricional. Com a implementação do Programa Mais Médicos, passa-se a contar com médicos nessas áreas. Assim, o objeto do estudo é discutir, na perspectiva de médicos do Programa Mais Médicos, a atenção nutricional nesse contexto, investigando as concepções e práticas que estão incorporando a esse título em sua atuação na atenção básica à saúde ao serem inseridos no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória, com entrevistas semiestruturadas realizadas com médicos do Programa em duas etapas, quatro deles no primeiro momento, acrescidos de mais três depois de um ano, totalizando sete médicos, em três municípios selecionados do interior do estado da Bahia. Para análise dos dados foi utilizado o *software* Atlas.ti como suporte, integrado à *Grounded Theory*, resultando na emergência de quatro categorias conceituais: I- Caracterização dos profissionais do Programa Mais Médicos; II- Contexto da prática; III- Concepções de atenção nutricional pelos médicos do Programa Mais Médicos; IV- Práticas de atenção nutricional na atenção básica à saúde. Os resultados demonstraram um perfil de profissionais preocupados com as limitações do Sistema Único de Saúde que reconhecem a importância dessa política na assistência dos brasileiros. Suas práticas e concepções sugerem a indissociabilidade da atenção nutricional da atenção integral, apesar de algumas dificuldades tanto pela falta de recursos materiais disponíveis e estrutura adequada na execução das ações, como por associação do conceito de atenção nutricional à compreensão da Nutrição “biologicista”. Ainda, considera-se que a concepção e as práticas estão mais próximas da lógica preventivista do que de promoção da saúde, repetidas sob a ordem das orientações nutricionais.

Palavras-chave: Atenção Nutricional. Programa Mais Médicos. Atenção Básica à Saúde. *Grounded Theory*.

DELGADO, Luzia Vilma. Nutritional Attention in Health Basic Services: practicals and conceptions by the perspective of the doctors of the More Doctors Program. 85p. 2016. Thesis (Master in food, Nutrition and Health) – School of Nutrition, Federal University of Bahia. 2016.

ABSTRACT

The food and nutritional situation of Brazilian people it is bringing attention from the studiers and public power to solve the effects of nutritional and epidemiologic transition that shows the emergencie increasing of chronic diseases and the belonging of malnutrition and nutrition deficiency. Health basic service has been strengthened as a place to coping this perspective, boosting health promotion actions. One of the challenges of the Heath Basic Services are the fact of doctors don´t go to countryside laces, especially when they are very far from big cities, which increases vulnerabilities of people and supports bigger health problems and food insecurity. With the implementation of More Doctors Program the countryside areas starts to count with the presence of doctors. So the aim of this study is to discuss the nutritional attention under perspective of these doctors, and the practical that those professionals are doing in Health Basic Services in Brazilian Health System (SUS). It is a qualitative, exploratory study, that used semi - structured interviews with doctors in two different periods; four doctors were interviewed in the first moment and then three in the second moment, year later, totalizing seven doctors interviewed in three country cities of Bahia state. Data was analyzed using Atlas.ti software and Grounded Theory, resulting in four categories: I- More Doctors professional description; II- Practical context; III- More Doctors nutritional attention understanding; IV- Nutritional Attention in Health Basic Services. Results shows that doctors understand that Brazilian health system presents some limitations about nutritional attention and comprehend how important is the Nutrition Police in Brazil to adequate assistance in Brazil. Their practices and conceptions suggest the inseparability of nutritional care in integral care, despite some difficulties due to the lack of available material resources and adequate structure in the execution of the actions, as well as the association of the concept of nutritional attention with the understanding of "biological" Nutrition. Thus, conception and practices are considered to be closer to preventive than to health promotion, repeated in the order of nutritional guidelines.

Keywords: Nutritional Attention. More Doctors Program. Health Basic Services. Grounded Theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Concepções sobre atenção nutricional, distribuídos de acordo com os sujeitos de abordagem e níveis de intervenção, considerando os relatos dos médicos do Programa Mais Médicos.55
- Figura 2 - Práticas de atenção nutricional por sujeito de abordagem e nível de intervenção, de acordo com os relatos dos médicos do Programa Mais Médicos.61
- Figura 3 - Distribuição das concepções e práticas de atenção nutricional considerando os sujeitos de abordagem e níveis de intervenção, de acordo com os relatos dos médicos do Programa Mais Médicos.62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN	Atenção Nutricional
ABS	Atenção Básica à Saúde
A&N	Alimentação e Nutrição
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
GT	Grounded Theory
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Programa de Nutrição e Saúde
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
UFBA	Universidade Federal da Bahia
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	Unidade Federativa

UNB Universidade de Brasília
USF Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	17
1.1 ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	22
1.2 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A ATENÇÃO NUTRICIONAL	23
2. METODOLOGIA	25
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO	25
2.2 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	26
2.3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	27
2.4 PLANO DE ANÁLISE.....	28
3. RESULTADOS	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS QUE COMPÕE A AMOSTRA	31
3.2 SITUAÇÃO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO RELATADA PELOS MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	31
3.3 CONCEPÇÕES DE ATENÇÃO NUTRICIONAL.....	37
3.4 PRÁTICAS DE ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE..	40
4. DISCUSSÃO	47
4.1 CONTEXTO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	47
4.2 O DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO.....	50
4.3 DIMENSÕES DAS CONCEPÇÕES E DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO NUTRICIONAL	51
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturado para médicos do Programa Mais Médicos (específico) – 1º e 2º anos	72
APÊNDICE B - Lista de identificação dos entrevistados	73
ANEXO A - Roteiro de entrevista semiestruturado para médicos do Programa Mais Médicos (Projeto nacional) – 1º ano	74

ANEXO B - Roteiro de entrevista semiestruturado para médicos do Programa Mais Médicos (Projeto nacional) – 2º ano.....	77
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética.....	82

APRESENTAÇÃO

A situação alimentar e nutricional da população no Brasil mobiliza a atenção de estudiosos e a ação pública na direção de solucionar os efeitos da transição nutricional e epidemiológica, com a emergência crescente das doenças crônicas não transmissíveis e a permanência da desnutrição e carências nutricionais. Este é um cenário que exige a modulação das práticas de atenção à saúde, de modo que a atenção básica se fortaleça como o espaço privilegiado de enfrentamento desse quadro, na perspectiva de potencializar as ações de promoção da saúde.

Um dos desafios para efetivação da atenção básica à saúde é a dificuldade de fixação de profissionais médicos em municípios localizados distantes dos grandes centros urbanos e em condições de maior vulnerabilidade social, o que faz supor maiores problemas também em termos de insegurança alimentar e nutricional. Com a implementação do Programa Mais Médicos, passa-se a contar com médicos nessas áreas.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) define a alimentação adequada e saudável como um dos temas a ser priorizado pelo governo brasileiro, que compreende promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável.

Nesse contexto, o objeto desse estudo é discutir a perspectiva de médicos do Programa Mais Médicos sobre a atenção nutricional, investigando as concepções e práticas que estão incorporadas a esse título em sua atuação na atenção básica ao se inserirem no cotidiano do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, neste trabalho, analisa-se a atenção nutricional na perspectiva dos médicos do Programa Mais Médicos, atuantes em três municípios do interior da Bahia, à luz da *Grounded Theory*. A dissertação está organizada em Introdução, na qual se delimita o problema de estudo. Em seguida o capítulo de Metodologia aborda todo o percurso investigativo, apresentando o campo, e ao final um plano de análise.

Na sequência, os Resultados estão organizados de acordo com categorias conceituais, que emergiram da análise, e concentram os resultados encontrados nos seguintes eixos: Caracterização dos profissionais do Programa Mais Médicos que compõe a amostra; Contexto da prática em situação de saúde e nutrição relatada pelos médicos; Concepções de Atenção

Nutricional pelos médicos do Programa Mais Médicos; e Práticas de Atenção Nutricional na Atenção Básica à Saúde.

Em seguida, são discutidos o contexto da atenção nutricional na atenção básica à saúde; o processo metodológico da pesquisa; as concepções e as práticas de atenção nutricional. Por fim, considerando a complexa malha causal que envolve a alimentação e nutrição de indivíduos e coletividades, são feitas algumas considerações sobre a pesquisa e seus resultados.

1. INTRODUÇÃO

A situação alimentar e nutricional da população no Brasil, pelo menos desde os anos 30 e 40 do século passado mobilizaram a atenção de estudiosos como Josué de Castro e ensejaram a ação pública na direção de solucionar os efeitos mais graves àquela época, o déficit calórico e de nutrientes. Além disso, este autor revelou que a fome e a má alimentação não eram fenômenos naturais, mas sociais e, por isso, somente por meio de ações sociais e coletivas, como a implantação progressiva de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional, poderiam transformar em realidade o direito humano a alimentação (LEMOS; MOREIRA, 2013).

O encontro do campo da alimentação e nutrição (A&N), com a saúde como parte de uma política nacional de alimentação, tardou. Em 1973 é criado o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), cuja segunda versão marcou o início do processo de institucionalização de ações de nutrição no interior da rede pública de serviços de saúde em todo território nacional (LEMOS; MOREIRA, 2013).

De acordo com Silva (1995) o II PRONAN (1976-1979) ofereceu o primeiro modelo de uma política nacional incluindo suplementação alimentar, amparo ao pequeno produtor rural, combate às carências específicas, alimentação do trabalhador e apoio à realização de pesquisas e capacitação de recursos humanos. Dentre os programas que integravam o PRONAN, o Programa de Nutrição em Saúde (PNS) compunha o elenco de ações básicas de saúde, distribuía alimentos *in natura* cobrindo 45% das necessidades nutricionais diárias de crianças, gestantes e nutrízes por meio da rede de serviços das Secretarias da Saúde dos estados (ARRUDA; ARRUDA, 2007; SANTOS, 2001).

A área prioritária de atuação foi o Nordeste, em virtude da prevalência dos problemas nutricionais e das perspectivas de incremento da potencialidade produtora dos pequenos agricultores, acreditando-se que aumentariam sua renda e o consumo de alimentos, reorientando a sua produção para o mercado ao invés de produzirem predominantemente para subsistência (ARRUDA; ARRUDA, 2007). O cenário epidemiológico caracterizava-se pela desnutrição, considerado como o principal e mais agudo problema.

Nas décadas seguintes foi defendido e orientado o enfrentamento da desnutrição e outros problemas carenciais em diversos documentos de organismos oficiais com o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde (ABS) (VIEIRA, 2011). São documentos que respaldam a organização das ações preliminares de nutrição nesse campo de práticas de saúde.

Essas ações são moduladas num contexto de transições, que no cenário brasileiro assume características singulares. De um lado se assiste um processo de aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e de outro persistem velhos males, como as doenças típicas da pobreza, endemias, além de emergência de novas epidemias (MEDEIROS, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT são as principais causas de morte no mundo, responsáveis por 63% dos óbitos ocorridos em 2008 e um terço deles em pessoas com idade inferior a 60 anos, com predominância em populações de baixa e média renda, chegando a 80% nestes casos (BRASIL, 2011). No Brasil, as DCNT corresponderam a 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem de forma intensa indivíduos das camadas socioeconômicas pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

Apesar do elevado percentual de mortalidade por DCNT, observou-se redução de 20% na última década, especialmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas, sendo esta atribuída, em parte, à expansão da atenção básica à saúde, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas (BRASIL, 2011).

Ramos (2011) discute que o Brasil comporta uma singularidade epidemiológica ao sobrepor-se duas situações nutricionais: a fome, a desnutrição e carências nutricionais de um lado, convivendo com situações de excesso e falta de qualidade alimentares, comumente associadas à DCNT, a chamada dupla carga de doenças, que compreende um dos maiores desafios atuais para as políticas públicas nacionais e exige um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade das ações e uma abordagem centrada na promoção da saúde.

O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2011) propõe, dentre as estratégias, ações de estímulo à atividade física, alimentação adequada e promoção da saúde, que segundo Malta et al. (2016) já apresentaram alguns avanços referentes à vigilância, promoção da saúde e cuidado integral, de modo que amplia uma resposta de abordagem das DCNT.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) define oito temas prioritários, evidenciados pelas ações de promoção já realizadas e compatíveis com os pactos interfederativos e planejamento estratégico do Ministério da Saúde, bem como acordos internacionais firmados (BRASIL, 2014a). Dentre eles encontra-se a promoção de ações para a alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a

inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2014a).

Apesar de tantos anos de desenvolvimento destas ações, ainda é possível identificar desafios na consolidação do conjunto de conceitos e práticas de Alimentação e Nutrição (A&N) no serviço público de saúde, especialmente na ABS. As políticas de alimentação e nutrição se estabeleceram inicialmente em face da necessidade de criar condições para a regulamentação das relações entre capital e trabalho, estando ao longo de 70 anos predominantemente pautadas pelo enfoque assistencialista e pelo planejamento normativo (MEDEIROS, 2013). O Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), nos primórdios da implantação das práticas de alimentação e nutrição, revelam o caráter normativo das ações de nutrição, como se o déficit alimentar da classe trabalhadora pudesse ser resolvido com orientações alimentares, ensinando-se o pobre a comer (MEDEIROS, 2013).

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de abordar os problemas do campo da alimentação e nutrição em sua totalidade. A promoção da saúde denuncia essa necessidade e chama a atenção em uma de suas diretrizes para a necessidade de incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais (BRASIL, 2014a).

O Brasil tem buscado estruturar a ABS e utiliza a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ordenadora do modelo, compreendida enquanto meio/estratégia de reestruturação da atenção à saúde, por meio da organização das redes. Avançou-se na formulação de uma ABS acolhedora, resolutiva e na qualificação da gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais redes de atenção (BRASIL, 2012a).

Um dos desafios para efetivação dessa estratégia é a dificuldade de fixação de profissionais médicos em municípios distantes geograficamente dos grandes centros urbanos e em condições de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2013a). Existe, portanto, uma população desassistida pelo sistema de saúde, ainda que se entenda que os problemas do Sistema Único de Saúde (SUS) vão além da presença do médico. O profissional médico é necessário para garantir o princípio da integralidade, ou seja, para prestar assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.

Nessa perspectiva, em 2013, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, instituíram o Programa Mais Médicos (PMM), por meio da Lei Nº 12.871, com o objetivo central de formar recursos humanos na área médica para o SUS (BRASIL, 2013b). Neste programa trabalha-se em diferentes frentes, desde políticas educacionais nos cursos de

medicina, estímulo à pesquisa aplicada ao SUS e inserção de médicos em regiões prioritárias para o SUS, sendo esta última o foco neste estudo (SILVA et al., 2015).

Compreendida enquanto espaço privilegiado de atuação junto à comunidade e pela longitudinalidade das ações, a ABS, na qual estão inseridos esses profissionais, realiza ações que vão desde a promoção da saúde, prevenção de agravos à cura e reabilitação. Nesse contexto, a alimentação e a nutrição aparecem como requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, para afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania por meio da atenção nutricional (JAIME et al., 2011).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012b) conceitua atenção nutricional como:

Os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (BRASIL, 2012b, p. 68-69).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a) reforça que os fatores de riscos relacionados à alimentação devem ser priorizados entre os grupos de risco com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis, visando à promoção da alimentação saudável.

Ao considerar-se a trajetória da estruturação da ABS no Brasil, apesar da sua relevância, observa-se que a atenção nutricional (AN) não se mostra consolidada, seja no âmbito teórico, seja no âmbito prático (RECINE, 2013). Com a implementação do Programa Mais Médicos, passa-se a contar com profissionais médicos em municípios com maior vulnerabilidade social, o que faz supor maiores problemas em termos de insegurança alimentar e nutricional. Tendo em vista as múltiplas dimensões que envolvem a alimentação e a nutrição, contemplando desde a disponibilidade de alimentos até aspectos de cultura alimentar, considerando também que são profissionais com formação profissional inespecífica em Nutrição e com experiências em outros contextos socioculturais e sanitários, neste caso os estrangeiros, pode-se então problematizar como estes profissionais médicos estão abordando a atenção nutricional na ABS.

Dessa forma, o objeto de estudo é a AN na Atenção Básica, investigando as concepções e práticas que médicos do PMM estão incorporando, a esse título, em sua

atuação no SUS, e tendo como pergunta de partida: Qual a concepção e que ações são praticadas por médicos do PMM ao desenvolver AN na ABS?

Pretende-se discutir o tema no contexto do SUS em que os profissionais entrevistados estão inseridos, em relação à prática de atenção nutricional realizada por eles, a partir de sua perspectiva sobre o serviço público de saúde e sobre a atenção nutricional nesse cenário.

Ao se analisar a Atenção Nutricional, enquanto conjunto de ações e princípios a partir de profissionais que as estão executando, pode-se contribuir para o seu reconhecimento na ABS, tendo em vista as dificuldades históricas e socialmente determinadas enfrentadas nesse campo para se inserir na política de atenção à saúde.

1.1 ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Historicamente as ações de alimentação e nutrição (A&N) são caracterizadas por serem pouco efetivas e fragmentadas. Com o objetivo de fortalecer e unificar essas ações, em 1999, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) como referência para as ações de alimentação e nutrição do setor saúde. Em 2009 a PNAN completou 10 anos e naquela oportunidade foi atualizada e aprimorada suas bases e diretrizes, de forma a consolidar-se como uma referência para os novos desafios no campo de alimentação e nutrição no SUS. Esse processo resultou na publicação de nova versão da PNAN em 2012 (BRASIL, 2012b).

O propósito da PNAN é a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira por meio de um conjunto de políticas públicas que se somam para o estabelecimento da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional, como a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção à Saúde, que são orientadas nesse sentido. Para alcançar seu propósito, a PNAN coloca a Atenção Básica à Saúde enquanto espaço estratégico das ações de alimentação e nutrição e, como apontado por Jaime et al. (2011), suas ações tendem a crescer à medida que o próprio modelo de atenção básica se fortalece no país, agregando a racionalidade da organização do cuidado integral em saúde nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde.

Na matriz de ações de alimentação e nutrição (BRASIL, 2009), que tem por objetivo fortalecer as ações de A&N e do cuidado nutricional para integrarem o rol de ações de saúde desenvolvidas na ABS, está representado o esforço convergente e complementar da atenção nutricional (AN) às demais ações que já vêm sendo implementadas pelos diversos programas públicos de saúde ofertados, em especial a Estratégia Saúde da Família, indicando ações a serem desenvolvidas nos âmbitos individual, familiar e da comunidade.

Dentre as justificativas para a existência de uma matriz de ações de A&N para ABS está destacada a oferta limitada de ações primárias de A&N na rede de unidades básicas de saúde ou a sua baixa incorporação na atuação das equipes de saúde, o que implica em limitar o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde (BRASIL, 2009). Para superar esse contexto, argumenta o documento sobre a necessidade de ser fomentada a inserção das ações de A&N no âmbito das estratégias de atenção à saúde, de forma multidisciplinar, e de ser promovido o apoio e a incorporação qualificada do nutricionista, especialmente na rede básica de saúde (BRASIL, 2009).

Pesquisas sugerem, no entanto, que a presença do nutricionista e a própria consolidação do componente alimentar e nutricional na ABS tem sido insuficientemente abordadas (RECINE, 2013; MEDEIROS, 2013; VASCONCELOS et al., 2015). Assim, constrói-se a problemática deste projeto em torno dos conteúdos e práticas de alimentação e nutrição que médicos do PMM estão incorporando ao SUS.

1.2 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A ATENÇÃO NUTRICIONAL

Em 2011 o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e o Conselho Federal de Medicina iniciaram estudo sobre a demografia médica no Brasil. Segundo os dados apurados na pesquisa, o Brasil assistiu a um crescimento exponencial histórico do número de médicos em atividade, resultado da conjunção de vários fenômenos: a) maior crescimento da população de médicos do que da população em geral, b) maior entrada do que saída de médicos do mercado de trabalho, c) aumento expressivo na oferta de vagas e cursos de Medicina; d) juvenização da Medicina, com conseqüente aumento da “sobrevida” profissional; e) multiplicidade de vínculos e longa jornada de trabalho. No entanto, o aumento do número de médicos no Brasil foi marcado por profundas desigualdades em três dimensões: a) distribuição geográfica, b) inserção nos setores público e privado da saúde, c) especialização profissional (CREMESP; CFM, 2011).

Quando se analisa os dados por unidade da Federação destacam-se piores proporções nos estados do Maranhão, que juntamente com os estados do norte, Amapá e Pará, possuem menos de um médico por mil habitantes, índices comparáveis a países africanos (CREMESP; CFM, 2013). Com tais dados, ações com efeito de longo prazo foram adotadas com a intenção de expandir as faculdades de medicina no país, além de ampliar o número de vagas nos cursos de graduação e residência médicas. Medidas de curto prazo também foram adotadas para amparar as regiões mais necessitadas do País e gerar impactos sobre seus indicadores de saúde, proporcionando o provimento de médicos nessas áreas.

Tais ações compõem frentes estratégicas do Programa Mais Médicos, criado pela Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, para enfrentar os problemas decorrentes da má distribuição e acesso aos cuidados médicos na atenção básica (BRASIL, 2013b; Santos et al., 2015). Segundo Santos et al. (2015), desde sua implantação até julho de 2014, o programa efetuou o provimento de 14.462 médicos em 3.785 municípios com áreas de vulnerabilidade, e o relatório de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (TCU), de 2014, indicou que houve crescimento de 33% no número de consultas realizadas

e de 32% nas visitas domiciliares, ambos representando aumento na oferta dos serviços de saúde. .

Nesse contexto, pressupõe-se que qualquer estratégia que incida sobre a ABS repercute sobre a forma de operara a AN, especialmente considerando a chegada de médicos com outra formação e experiência. A maioria da população possui um estilo de vida que tem se tornado um desafio, ao passo que ao longo dos anos tem aumentado o número de casos de pessoas com doenças associadas ao excesso de peso, devido ao consumo de alimentos altamente calóricos e sedentarismo, resultando no aumento do número de casos de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (ROCHA et al., 2012). Agrega-se a esse perfil outro importante aspecto, o envelhecimento da população e as consequentes mudanças no perfil epidemiológico (SANTOS et al., 2015).

Dessa maneira, o perfil de morbimortalidade da população brasileiro representa a consequência das transições nutricional, epidemiológica e demográfica, que apontam para a necessidade de redesenhar a assistência à saúde. Cabe refletir sobre as informações existentes, chamando a atenção para a necessidade de respostas urgentes dos sistemas de saúde, por se tratar de um quadro que vem se estendendo globalmente em velocidade ímpar (OPAS; OMS, 2011). Daí a necessidade de analisar as concepções e práticas desses médicos sobre a AN na rede de ABS em municípios selecionados.

2. METODOLOGIA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO

O subprojeto que deu origem aos resultados aqui analisados integrou a pesquisa nacional intitulada “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Ministério da Saúde/Departamento de Ciências e Tecnologia (DECIT). Assim, o trabalho de campo foi realizado em três municípios do interior da Bahia com um número de médicos atuando menor que cinco e densidade menor do que 0,5 médico/1000 habitantes, atendidos pelo Programa Mais Médicos (PMM). A coleta de dados foi feita em duas etapas, no período entre 18 de janeiro e 23 de fevereiro de 2015 e 16 de fevereiro e 09 de março de 2016. Estes municípios foram escolhidos por fazerem parte da amostra intencional da Região Nordeste do projeto de pesquisa nacional.

Foram então selecionados municípios com características de maior vulnerabilidade social. Dos três que integraram esta pesquisa, um contava com 10.222 habitantes, um segundo com 8.776 habitantes e um terceiro com 18.112 habitantes (IBGE, 2010). Todos, portanto, de menor porte e com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) igual a 0,555, 0,592 e 0,608 (IBGE, 2010). Cada município integrava uma região diferente do estado, a saber, o sudoeste, centro-norte e extremo oeste baianos.

Segundo dados de abril de 2016 nos municípios pesquisados registrava-se 100% de cobertura populacional estimada pela equipe de saúde da família, atendendo a 9.879 pessoas no município 1, 8.835 e 17.963 pessoas nos municípios 2 e 3. De 2013 (início do PMM) até abril de 2016 houve a implantação de mais uma equipe de saúde da família nos municípios 1 e 2, e de mais três equipes de saúde da família no município 3.

Em termos de capacidade instalada, os municípios 1 e 2 possuem seis estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde, cada um, e o município 3 tem oito estabelecimentos de saúde SUS (IBGE, 2010).

2.2 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Os dados foram analisados a luz da *Grounded Theory* (GT), com o suporte do *software* Atlas.ti, compreendendo três etapas: 1- Codificação Aberta, livre; 2- Codificação Axial, formação e desenvolvimento de códigos conceituais; 3- Codificação Seletiva. A GT pode ser traduzida como “Teoria Fundamentada em Dados”, consistindo em uma abordagem metodológica utilizada na pesquisa qualitativa originada nas Ciências Sociais, especificamente no Interacionismo Simbólico da Psicologia Social e da Sociologia (NICO et al., 2007).

Essa abordagem metodológica foi desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser (Universidade de Columbia) e Anselm Strauss (Universidade de Chicago), que compreendiam a GT como uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa, proporcionando modos de conceituação para descrever e explicar os fenômenos da ação humana (NICO et al., 2007).

Esses autores construíram uma metodologia com o objetivo de que ela fosse capaz de descrever variações na interação ao redor do fenômeno ou problema estudado, e apresentaram um método de análise comparativa constante, em que o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados (incidentes, acontecimentos, atividades, objetos, ações, e todo tipo de informação coletada sobre o fenômeno em estudo), estabelece categorias conceituais que servem para explicar o evento investigado a partir dos próprios dados (NICO et al., 2007).

Nesta investigação, assume-se a possibilidade de interação dos dados com o referencial teórico do pesquisador, que participou desde o momento de elaboração das questões dos roteiros para as entrevistas.

Essa interação faz parte da busca pela compreensão e explicação do fenômeno a partir dos dados coletados, como objetivou Glaser e Strauss, à medida que o pesquisador a todo momento esforça-se para evidenciar no processo de construção das categorias conceituais o fenômeno sob a perspectiva dos entrevistados, e é consciente de que já possui outros referenciais teórico-práticos a respeito do que está investigando. Dessa forma, utiliza esses referenciais à medida que dialoga com os dados para melhor explorá-los e, durante a análise, compreendê-los.

Destaca-se que reconhecer a possibilidade de interação com referenciais teórico-prático durante o desenvolvimento da metodologia não é o mesmo que assumir que já se possuía uma teoria formulada antes de ir a campo. Ou seja, ao ir a campo não se partiu de

qualquer construção teórica dada a *priori* a respeito do fenômeno investigado ou produzida externamente, como uma hipótese a ser testada, mas de referenciais teóricos e práticos relacionados com o fenômeno que impulsionaram a pesquisa, como o conceito de atenção nutricional já estabelecido pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, as práticas previstas pela matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde e a experiência da pesquisadora como nutricionista da ABS. Esses colaboraram para melhor exploração dos dados durante as entrevistas e análise crítico-reflexiva, posteriormente, no desenvolvimento das categorias conceituais.

Logo, foi-se a campo sem teoria para buscar provar ou refutar hipóteses ou pressupostos em relação ao fenômeno, mas com a intenção de pesquisar a atenção nutricional realizada pelos médicos do PMM na ABS. As questões de pesquisa foram abertas e gerais, e, evidentemente, não formalizadas na forma de hipóteses específicas (PINTO; SANTOS, 2012).

Sendo a atenção nutricional realizada por médicos do PMM um fenômeno inexplorado, escolheu-se um referencial metodológico que possibilitaria uma investigação que considera a perspectiva dos atores sociais em interação com o fenômeno. Nesse sentido, a escolha dessa abordagem metodológica se fez pelo caráter exploratório dessa pesquisa, à medida que a GT possibilita refletir a complexidade da vida social, e expor os fenômenos investigados a partir dos dados encontrados, também previsto por ela.

Além disso, essa abordagem foi definida pelo projeto nacional como referencial metodológico a ser utilizado pela pesquisa. Logo, não destoando das características metodológicas desejadas para essa investigação, fez-se a mesma escolha do projeto nacional.

2.3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

O foco da pesquisa foram as concepções e o conteúdo das práticas dos médicos do Programa Mais Médicos atuantes nos municípios em torno do componente alimentação e nutrição na ABS. Foram então realizadas entrevistas semiestruturadas com os médicos, fazendo uso de dois roteiros: o primeiro atendendo aos objetivos da pesquisa nacional, voltado para a visão e avaliação dos mesmos quanto ao funcionamento do SUS e a experiência do profissional no PMM, no contexto do município; o segundo, específico, compõe-se de perguntas sobre a atenção nutricional realizada por eles. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

O trabalho de campo ocorreu em duas etapas, tendo em vista que o PMM, em sua primeira implementação previa três anos de contrato dos médicos. Assim, com duas coletas, pressupôs-se captar um momento inicial e após 12 meses a experiência acumulada. A primeira coleta ocorreu entre 18 de janeiro e 23 de fevereiro de 2015 e a segunda entre 16 de fevereiro e 09 de março de 2016.

No segundo ano do trabalho de campo, mais uma vez, foram aplicados dois roteiros com algumas modificações. Para a pesquisa nacional as questões focaram para a avaliação deles da experiência do primeiro ano de atuação e, para a pesquisa sobre atenção nutricional, as perguntas foram no sentido de trazer para cena elementos cujas lacunas foram identificados na primeira análise. São eles: a relação desses profissionais com a nutricionista e outros profissionais de saúde para realização da Atenção Nutricional; suas concepções de atenção nutricional; quais eram os sujeitos e níveis de intervenção das ações; outras experiências com atenção nutricional. Novamente as entrevistas foram transcritas.

Dessa forma, foram entrevistados no primeiro ano quatro médicos, e no segundo ano, sete. Todos os médicos entrevistados na primeira etapa eram cubanos, incorporados ao programa por meio de cooperação entre os governos brasileiro e cubano, via Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Na segunda etapa foram entrevistados também dois médicos brasileiros que não estavam atuando quando da primeira etapa. Os médicos foram questionados quanto ao nome de um poeta pelo qual gostariam de ser identificados no trabalho, de forma a garantir o anonimato negociado no termo de consentimento. Assim, na apresentação dos resultados, ao invés de serem utilizados números para identificá-los, foram adotados os nomes dos poetas sugeridos, qual sejam: José Martí, Fina García, Carilda Oliver, Gertrudis Gómez, e Gabriel Garcia. Aos médicos que não responderam a essa pergunta, foram dados os nomes de Nísia Floresta, e Manuel de Barros, ambos poetas brasileiros.

2.4 PLANO DE ANÁLISE

A partir da adoção da Teoria fundamentada nos dados com uso do Atlas.ti, durante a codificação aberta os dados foram “desdobrados”, ou seja, buscou-se o máximo de categorias possíveis a partir dos dados, sendo construídas 23 categorias relacionadas ao objeto de pesquisa, investigadas com o objetivo de transpor o máximo de incidentes ou fatos que o caracterizassem, e codificadas como um conceito ou abstração do dado.

As subcategorias foram: 1 - AN: Situação x Concepções x Princípios; 2 - Concepções de atenção nutricional; 3 - Dificuldades da prática em AN; 4 - Formação médica e AN; 5 - Práticas de atenção nutricional; 6 - Princípios e parâmetro gerais; 7 - Princípios e parâmetros orientadores (AN); 8 - Rede; 9 - Relação com a ESF; 10 - Relação com a gestão; 11 - Relação com a nutricionista; 12 - Situação de saúde e doença (AN); 13 - Relação com os profissionais; 14 - Avaliação da alimentação dos usuários; 15 - Princípios que emergem da prática; 16 - Retorno da prática; 17 - Dificuldades; 18 - Avaliação do SUS; 19 - Caracterização – formação dos médicos; 20 - Situação de saúde; 21 - Vulnerabilidades; 22 - Expectativas quanto ao PMM / ao SUS; 23 - Relação com os gestores e com os usuários.

Em seguida as categorias foram analisadas e comparadas entre si, sendo organizadas em famílias e identificadas as ideias que melhor explicassem cada grupo familiar. A este processo denomina-se de codificação axial, na qual ocorre uma redução das categorias e é identificada a ideia que melhor explica o fenômeno daquele grupo de categorias. Essa ideia passa a ser a categoria “central”, aquela com a qual todos se relacionam, e as demais chamadas de subcategorias, ou componentes de cada família. Foram elas: 1 - Concepções de atenção nutricional; 2 - Práticas de atenção nutricional; 3 - Dificuldades; 4 - Relação com os atores do SUS; 5 - Princípios que emergem da prática; 6 - Avaliação do SUS; 7 - Situação de Saúde; 8 - Caracterização dos médicos.

Esse processo foi construído com os dados do primeiro ano da pesquisa. Naquele momento, percebeu-se que algumas categorias não estavam bem desenvolvidas em termos de suas propriedades e deveriam ser mais exploradas durante a segunda entrevista. Estas eram a relação com os atores do SUS, concepções e práticas de atenção nutricional.

Pinto e Santos (2012), ao relatarem sua experiência de campo com a GT, reconhecem que no processo de refinamento e desenvolvimento conceitual das categorias é comum encontrar uma série de “espaços em branco” nos dados, tornando-se necessário voltar ao campo para coletar novos dados que sejam capazes de fornecer as peças que faltam para montar o quebra-cabeça. Ao fazer esse retorno, chamam a atenção de que o pesquisador já tem (ou já deveria ter) uma ideia das informações que ele precisa para completar a *estória* que está tentando contar.

Feitas as entrevistas e transcrições do segundo ano, o material foi trabalhado buscando integrar os incidentes ou fatos às categorias e subcategorias existentes, a fim de compreender a lógica temporal dos dados e, simultaneamente, atentava-se à possibilidade de descoberta de novos incidentes e fatos para além delas. As categorias foram colocadas à

prova com os novos dados. Neste caso, não foram observados dados novos que não se enquadrassem em categorias e subcategorias já existentes.

Terminada a análise dos dados coletados nas segundas entrevistas, todo o material foi novamente lido a fim de encontrar alguma incoerência na organização das categorias e subcategorias e iniciou-se o processo de codificação seletiva, tendo por objetivo refinar e integrar categorias. Neste processo revisaram-se todas as famílias de categorias comparando-as, de forma que algumas delas foram agregadas e assim chegou-se aos cinco códigos finais, categorias conceituais que representam um grupo teórico do fenômeno pesquisado e concentram melhor e didaticamente os resultados encontrados: I- Caracterização dos profissionais do PMM; II- Contexto da prática; III- Concepções de AN pelos médicos do PMM; IV- Práticas de AN na ABS.

Durante a análise das respostas, foram consideradas, além das leituras do fenômeno investigado feitas pelos entrevistados, organizados em categorias conceituais, alguns referenciais teórico-práticos para atenção nutricional na atenção básica à saúde.

O conceito de atenção nutricional assumido como referência é o mesmo previsto pela PNAN (BRASIL, 2012b, p. 26):

compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

Dessa forma, durante a análise buscou-se apreender as concepções e práticas dos médicos do PMM relacionados à atenção nutricional. Para tanto, foram incluídos sob o título de concepções os conceitos, princípios e valores atribuídos pelos profissionais ao campo da alimentação e nutrição, e sob o título de práticas as atitudes, atividades realizadas, formas de operar por dentro da rede, da unidade, e nas relações com usuários, demais profissionais e comunidade em torno da problemática alimentar e nutricional, das políticas e programas deste campo.

Os resultados estão apresentados de acordo com as categorias conceituais finais.

3. RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS QUE COMPÕE A AMOSTRA

Dos sete médicos entrevistados, quatro foram mulheres com 29, 42, 51 e 53 anos de idade e três homens com 30, 44 e 47 anos de idade, dentre os quais uma das mulheres e um dos homens são de nacionalidade brasileira e os demais naturais de Cuba. Exceto os brasileiros, que não possuíam pós-graduação antes de serem inseridos ao Programa Mais Médicos, os demais possuíam especialização em Medicina Geral e Integral. Os profissionais cubanos, exceto dois deles, relataram mais de uma pós-graduação, contemplando especializações e mestrado. Duas das médicas cubanas tinham experiência em docência no curso de Medicina em Cuba. As especializações e mestrados compreendiam estudos sobre *Atenção integral a saúde da mulher e em saúde da família, Ciclo de Vida do Adulto, Osteologia, Pediatria, Nutrição e Alimentação, Oftalmologia e Pé diabético*. Todos os cooperantes, antes do Brasil, participaram de missões em pelo menos outro país, sendo eles: Venezuela - comum a todos, Bolívia, Timor-Leste e Haiti.

3.2 SITUAÇÃO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO RELATADA PELOS MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Destaca-se que os médicos do PMM foram alocados em unidades de saúde da família localizadas, em geral, em áreas rurais dos municípios. Em apenas um deles o profissional foi integrado a uma unidade na zona urbana. A avaliação que fizeram do SUS nas unidades de saúde comporá a discussão do contexto das práticas de atenção nutricional na atenção básica.

Todos os entrevistados referiram como principais problemas de saúde nos municípios as doenças crônicas não transmissíveis, especialmente a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, o sobrepeso, a obesidade e as doenças gastrointestinais. Espontaneamente os médicos cubanos estabeleceram relações entre o processo saúde-doença e o perfil alimentar da população atendida. As frases a seguir expressam essa avaliação e chama a atenção para o consumo alimentar do brasileiro:

E geralmente toda casa tem um paciente hipertenso ou paciente diabético (...) (José Martí);

Acho que um dos principais problemas do município e do Brasil é a nutrição, temos muitos casos de obesidade, de sobrepeso aqui no município (...), e é relacionado ao mau hábito alimentar que tem a população (José Martí);

Vocês gostam de comer coisas que não é bom para saúde; mortadela é muita gordura, é muita coisa frita (Gabriel Garcia).

Pelo menos dois ou três dos médicos relataram ainda como problemas de saúde a hipercolesterolemia, gravidez na adolescência, doenças respiratórias, alergias, transtornos mental, acidentes de moto, e lesões relacionadas ao trabalho (doenças da coluna). Outros problemas de saúde referidos por apenas um entre eles foram a desnutrição infantil por falta de acesso adequado ao alimento, as gripes, as verminoses, a síndrome osteomioarticular, a hanseníase, a violência contra a mulher e crianças, o câncer de mama e picadas de animais peçonhentos. Destaca-se que um dos médicos, brasileiro, ainda trouxe que o problema de saúde de maior prevalência é a doença mental, ressaltando a falta de ansiolíticos e antidepressivos na unidade de saúde da família:

Algumas doenças mais prevalentes, aqui principalmente saúde mental, tem muitos casos. Dislipidemias... Como lhe disse, temos uma situação de boa à regular. Temos hipertensos, diabéticos, pacientes de atenção continuada. Estão controlados, sempre estão vindo aqui no posto para renovar as medicações, aferir a pressão arterial. De forma geral, é isso mesmo. O que mais se destaca é a questão de saúde mental. Não só aqui na vila, mas o município. (...) Estou dependendo dos medicamentos antidepressivos, ansiolíticos eles pegam na sede (Manuel de Barros).

Sobre o consumo alimentar do brasileiro, exceto um entrevistado (Manuel de Barros), todos o caracterizou como “excessivo¹”, sendo comum entre as falas a referência ao excesso de álcool, de frituras ou alimentos gordurosos, a ingestão regular de café e refrigerantes (sendo dada ênfase à *coca-cola*²), estes em maior quantidade até mesmo que a água, que é bem pouco ingerida, e de alimentos ricos em sódio, como os industrializados ou quando adicionados de mais sal e açúcar do que o recomendado. Ainda sobre a água, em dois municípios relatou-se a má condição para o consumo, seja porque a que tinha disponível estaria salgada ou porque era ingerida sem nenhum processo de purificação.

¹ Termo escolhido durante a análise dos dados para expressar falas que chamavam a atenção ao consumo alimentar “errado” do brasileiro, sempre associadas ao excesso de alguns alimentos, especialmente, gordurosos e/ou industrializados.

² Termo utilizado para designar refrigerantes do tipo cola, e em algumas vezes a própria marca de um deles.

Seguem partes de trechos que exemplificam alguns desses resultados, e também algumas preparações que, segundo os entrevistados, estariam integrando o consumo alimentar dos usuários, com prejuízos para sua saúde:

Alimentação errada, bebe mais café que suco natural, que água, bebe muito álcool, come muito salgado (Fina García);

(...) porque já são hábitos que eles têm, de alimentação, sobretudo gordurosa, ingestão de muita carne vermelha, ingestão de bebida alcoólica... Tem pouca cultura em consumir verdura, fruta (José Martí);

(...) não cozinham bem as carnes. É... Não lavam direitinho os alimentos, essas coisas (Fina García);

Brasil não come muito pouco. (...) Aqui come muita galinha de quintal. A galinha de quintal ela tem muita gordura. Ela é gostosa, mas tem muita gordura. Tem que quitar³ a pele, tem que quitar toda gordura (Gabriel Garcia);

Aquele feijão tropeiro se não usam a gordura do porco não gostam. Falam que refrigerante é digestivo... (Carilda Oliver);

Tudo é com farinha, farofa. Jantam com farinha (Gertrudis Gómez);

No geral é que os pacientes se alimentam muito mal.(...) eles têm um consumo de carne suína e a gordura de origem suína muito grande. Foi uma das coisas que coloquei no TCC, preparo de alimento é com tocinho (...) Em relação ao grande consumo de carboidratos, grande quantidade de gordura, as crianças consomem guloseimas demais (...) (Nísia Floresta).

Além desses, foi referido como preocupação pelos entrevistados o consumo de mocotó, *rabada*⁴ e alimentos enlatados.

Manoel de Barros, brasileiro, quando referia algum conteúdo sobre alimentação relacionava-o às carências nutricionais e as doenças crônicas não transmissíveis, chamados por ele de *pacientes de atenção continuada*, e falava em adequação/inadequação alimentar, mas não caracterizava o consumo, podendo ser observado nos trechos seguintes:

De forma geral não tenho observado grandes problemas de carência nutricional aqui não. Talvez algumas crianças, deficiência de ferro, poucas de baixa de peso, mas de forma geral não acho grandes problemas aqui não. (...) e da mesma forma explico os malefícios da alimentação inadequada, os riscos à saúde, ne? É mais isso mesmo. (...). O paciente que tem uma alimentação adequada, claro que vai adoecer menos (...).

³ Termo utilizado pelo entrevistado para expressar a “retirada” da pele da galinha antes de ir para o cozimento, ainda no pré-preparo, mas que normalmente é cozida com a pele.

⁴ Prato preparado do rabo de boi, cozido típico do nordeste, podendo ser acrescentada a mandioca.

Quanto aos serviços de saúde pública dos municípios, os entrevistados cooperantes avaliaram o SUS como pouco integrado, sendo esta uma referência marcante entre as falas. Segundo eles haveria desintegração desde a relação entre os profissionais nos diversos níveis de atenção e até mesmo pela falta ou desuso de mecanismos institucionais que produzam integração no sistema e/ou a coordene. Um deles ainda relacionou esse problema à falta de recursos humanos. Tais análises estão expressas nos trechos transcritos:

Eu acho que... É... Que deve ser mais integrado. Assim... Os níveis de atenção devia se integrar mais. Nível primário de atenção, nível secundário, terciário. Falo assim, o posto de saúde, hospitais básicos, hospitais mais institutos, referência e contrarreferência. Os profissionais deveriam se integrar mais. Sempre el... El.. Em Atenção pré-natal é uma dificuldade quando encaminhamos uma gestante, já que necessita o parto, necessita ser internada, e não tem vaga nos hospitais. É algo que não entendo (José Martí).

Alguns médicos relataram que adquiriram a rotina de ir ao hospital ou entrar em contato com o mesmo quando um dos usuários precisa da assistência desse nível de complexidade, para acompanhar a terapêutica e garantir melhores resultados. Nesses casos, foram relatadas situações que envolveram dificuldades em dialogar com os profissionais de referência, mas outras em que foi possível dialogar bem e tirar até mesmo dúvidas sobre o diagnóstico e condução do tratamento. A referência às dificuldades foi mais frequente entre os entrevistados, conforme observado no relato a seguir:

Tenho que contar essa história... Uma vez mandei uma paciente que mora aqui, com dor de parto, mas ela tinha risco de pré-eclâmpsia, ela estava com dor e encaminhei ela para o hospital. Quando chegou o doutor olhou para ela e falou tatata e vai para casa que você não tem nada, e ela veio de novo para cá com dor. Encaminhei de novo, falei “você está com dilatando (sic), com contração”, volte. Liguei para ele, com muito respeito e falei – bom dia doutor, quem está falando é doutor “fulano”, eu tenho uma gestante aqui que o senhor atendeu e eu acho que ela está em trabalho de parto, mas o senhor mandou para casa. O senhor não sabe onde ela mora, de onde ela mora demora 40 minutos e se ela pare no caminho pode acontecer alguma coisa com o menino e com ela, pegar uma infecção e tal... ele não gostou... Ele perguntou quem era eu para mandar ele fazer o que tem que fazer. Ele não gostou. Quem é você para mandar em mim. Aí eu mandei ela voltar para o hospital e mandei ela falar com a secretária... Ela chegou e 10 minutos depois ela pariu (Gabriel Garcia).

Já os médicos brasileiros avaliaram positivamente a integralidade do sistema “dentro do possível”, sendo referido por Manoel de Barros como um *sistema operacional bom*, e por

Nísia Floresta que *a situação de saúde no município em termo de serviços é satisfatória*. É possível também verificar essa análise no trecho a seguir:

Eu considero um município bem organizado (...) A gente não tem essa dificuldade em relação a fazer esses exames, ultrassom, raio x. Esses exames mais básicos. (...) A unidade ter sua própria ambulância que serve tanto para levar o paciente, para fazer exames fora do domicílio, como aqui dentro se tiver uma emergência, seja ela grande ou pequena a gente consegue essa ambulância. Tem um carro disponível para a gente fazer as visitas domiciliares, a gente só não consegue fazer na sexta feira se o carro for levar algum paciente para Vitória da Conquista, surgir alguma intercorrência, mas o carro está aqui disponível para qualquer emergência e eu considero isso um ponto à frente dos municípios do interior. (Nísia Floresta).

Foram relatadas, por todos os entrevistados, dificuldades com a falta de medicamentos, seja porque não se encontravam disponíveis na unidade ou porque não compunham o elenco do SUS. Um dos médicos, Carilda Oliver, relatou no segundo ano da entrevista que este problema teria melhorado:

Olha... a nível de estado foi feito uma redução do grupo de medicação. Hoje está ótimo, mas há um mês atrás estava péssimo, tanto medicamento para emergências, doenças crônicas e para infecções também.

Outras dificuldades identificadas pelos entrevistados estiveram relacionadas à demora na marcação e na entrega dos resultados de alguns exames clínicos e laboratoriais - quanto mais complexo maior a dificuldade; e demora na marcação de outras especialidades clínicas, tendo muitas vezes o usuário que se deslocar para outros municípios porque a rede não dispõe ou é insuficiente para demanda, sendo referidas as especialidades em *neurologia, pediatria, ortopedia, psicologia, mastologia, proctologia, ginecologia, oftalmologia* – neste caso para exames mais complexos. Esta situação, segundo os médicos, chega a comprometer o cuidado em alguns casos quando o usuário em situações de demandas específicas de outro nível de atenção não tem condições de custear a realização do exame ou a consulta do especialista. Para expressar essa percepção dos profissionais segue uma das falas dos entrevistados (Gabriel Garcia):

Eu aplico muito a clínica, eu penso mais clinicamente do que complementar; complementar pode colaborar para um diagnóstico, como já sei esse problema no SUS, é complicado demais. Muitas vezes não tem vaga. Mando fazer um raio x e não tem como, mando fazer um eletro, pois tem uma arritmia cardíaca, e se não fizer esse eletro, daqui três meses já morreu, porque você pode ter uma insuficiência cardíaca e morre. Se eu encaminho um paciente, pois tenho uma dúvida, ele está sangrando pelo ânus, pode ter um pólipó hemorroidário, ou ter uma hemorroida e precisa

de uma cirurgia, tá sangrando muito e tem anemia, e para marcar uma consulta com um proctologista tem que esperar seis meses. Você acha isso humano? Hoje isso é um problema para o Brasil, o exame pelo SUS. Então, muitas vezes, eu falo para fazer particular, se tiver como (...). Você tem que fazer uma mamografia e na mamografia fala que tem que fazer um ultrassom de mama, então a pessoa gasta muito dinheiro e não tem dinheiro para fazer (Gabriel Garcia)..

De uma forma geral os médicos entrevistados identificaram qualidades e problemas do SUS no âmbito da gestão e dos processos de trabalho, conforme evidenciado nos extratos a seguir:

Penso que o SUS é bem planejado, só falta implementar melhor (José Martí);

Olha, claro que o SUS tem muito que melhorar ainda, neh?! Dentro do possível eu acho que resolve muito os casos da população. Imagina a população sem o SUS, seria um caos, a saúde estaria muita mais complicada. Tem muito que melhorar é claro, o SUS está em crescimento, neh?! De uma forma geral o SUS resolve para o que ele veio, tem dado conta de muita coisa, resolve muita coisa das questões de saúde da população. (Manoel de Barros);

Fina García ressalta:

(...) sobre o SUS acontece que ele é uma criança, ainda está caminhando. Falta um fortalecimento em experiência e resolutividade das consultas.

Eu acho que nesta unidade está se trabalhando muito pouco. (...) você trabalha só até meio dia, os profissionais de saúde. (...) eu acho que temos que cumprir mais o horário de trabalho, porque estamos aqui para trabalhar em benefício da população e de na comunidade que trabalhamos. (...) nós temos que trabalhar oito horas por dia. Eu acho que se tem que cumprir sim.

Chega um doente, chega. Como posso ter um pedido? Como posso arrumar uma vaga? O que eu tenho que fazer? 'Não sei não'. Para mim, isso é maltrato ao doente.

Ainda referente à avaliação geral dos entrevistados sobre o SUS, um deles chamou a atenção para a necessidade de flexibilidade de protocolos para aumentar a resolutividade do SUS:

(...) muitas vezes precisamos de mudança no protocolo de saúde que atendemos, que muitas vezes impede o melhor trabalho. Muitas vezes quando faço um trabalho me falam... não pode porque o protocolo não permite. Tem que fazer mudança em muita metodologia que impede melhorar o sistema de saúde brasileiro (Gabriel Garcia).

De toda forma, ao questioná-los sobre a avaliação de suas ações junto às equipes, além dessas considerações, todos falaram de resultados positivos que estão conseguindo alcançar no âmbito da ABS, expressos em algumas das falas a seguir:

(...) mais uma ampola, em um minuto eu salvo alguém. E esse dia que eu peguei remédio, eu salvei uma vida. Foi. Tenho salvado vida aqui. (Entrevistada apresenta lágrimas nos olhos) Fui feliz. Falam que eu dou remédio direitinho, que dá certo. Falam. Escuto. Escuto (Fina García);

(...) elas não tomavam o medicamento certo, esqueciam. Por meio de uma educação para a saúde, toda a equipe, no labor conjunto, tratamos e fizemos mudanças na população. Hoje eu me sinto orgulhosa. (...) Quando acha que eles estão aprendendo, a gente sente-se muito feliz (Carilda Oliver).

À vista disso, a situação de saúde e nutrição relatada pelos médicos do Programa Mais Médicos é caracterizada pelo predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidade, e doenças gastrointestinais, sendo referidas ainda como problemas de saúde-doença compondo o cenário de práticas da atenção nutricional a hipercolesterolemia, a gravidez na adolescência, doenças respiratórias, alergias, transtornos mental, acidentes por causas externas (especialmente de moto), lesões relacionadas ao trabalho (doenças da coluna), dentre outros problemas de saúde que foram referidos por pelo menos um médico entre os entrevistados.

O consumo alimentar que estrutura a situação de saúde e nutrição relatada pelos médicos trouxe para o contexto das práticas a predominância do uso de álcool, frituras ou alimentos gordurosos, café e refrigerantes, estando menos presente nos relatos, mas de igual importância a ingestão diária da farinha, a presença das guloseimas, carne vermelha, mocotó, e dos enlatados.

3.3 CONCEPÇÕES DE ATENÇÃO NUTRICIONAL

São várias as categorias conceituais que fundamentam a concepção dos médicos sobre a atenção nutricional, alguns comuns às duas etapas da pesquisa. Quando questionados sobre o conceito de atenção nutricional foi possível observar que era comum, em ambas as etapas, uma tendência em delinear a partir do conceito introjetado de Nutrição, a saber:

Acho que a nutrição, a alimentação é fazendo promoção de saúde, prevenção de saúde, e assim evitamos muitas doenças (...) (José Martí);

Você me fala de conceito de nutrição? (...) Humm... Bueno. Eu estou pensando um conceito como atenção em... aquelas medidas, aqueles fatores, aqueles programas de trabalho, que faz menção de uma alimentação saudável. Tudo o que você faz em função de uma alimentação saudável é esse conceito. (...) eu acho que a nutrição é um pilar, sabe o que é um pilar? Condição muito importante para você dar saúde (Gabriel Garcia);

Atenção nutricional, acredito que seja tudo que está envolvido na nutrição que vai trazer benefícios ou malefícios para saúde do paciente, nen, desde orientação aos cuidados até os paciente que já tem alguma doença que necessita de mudanças no hábito nutricional dele para melhorar, enfim, o tratamento, ne!? Desde a prevenção ao tratamento e a promoção dos cuidados nutricionais. (Manoel de Barros).

Não obstante, destaca-se uma distinção na primeira etapa da pesquisa de campo quando no primeiro ano os médicos cooperados não respondiam de imediato ao questionamento específico do conceito. Esses demonstravam inicialmente que a pergunta não fazia sentido para eles, ao externarem dúvidas, expressões e falas de estranhamento sobre a pergunta. Os trechos abaixo podem expressar essa análise:

*Acho que agora não tenho não. (um conceito de atenção nutricional, Risos)
Como falar isso que a senhora perguntou para mim? Desculpa (Fina García);*

Vixi, pergunta difícil. (perguntada o que é atenção nutricional) (Nísia Floresta);

Você fala assim em que aspectos, em qual sentido? (foi perguntado se tem trabalhado com atenção nutricional) (Manoel de Barros).

Os médicos cooperantes, quando se expressavam dessa forma e faziam um esforço para conceituar a atenção nutricional, referiam-na dentro da atenção integral a saúde. Não fazia sentido para eles dissociá-la da integralidade do cuidado. Já os brasileiros relacionavam-na ao processo saúde-doença. É possível ilustrar essa compreensão nas seguintes falas:

Significa a saúde do indivíduo, uma pessoa que não está bem nutrida nem bem alimentada, ela não tem saúde física nem mental. Então, por aí começa a saúde (Carilda Oliver);

A atenção alimentar e nutricional se faz em conjunto e integral. Existe uma integralidade na consulta, se faz uma avaliação completa do usuário, verifica-se não só aspectos alimentares, da doença biológica, também psicossociais, da relação do usuário doente com a família, da família com o usuário, do usuário com ele mesmo, dentre outros aspectos. Exploro todos os fatores de risco, exemplos: hábitos alimentares nas grávidas, higiene, etc. (José Martí);

Até que pretendo fazer meu TCC na questão (sic) das dislipidemias que são bem prevalentes aqui. Tem pacientes aqui que chegam com exames

que eu vejo que já estão alterados, ou que não está com alterações, mas que eu vejo que tem uma tendência de diabéticos, entre outros, crianças. A gente tem tentado despertar neles a necessidade do cuidado alimentar. (...) Por que interfere no processo de saúde-doença do paciente, fundamentalmente por causa disso. (...) É nesse sentido aí, se é isso que estão me perguntando a resposta é essa. Nutrição é fundamental na situação de saúde-doença (Manoel de Barros).

Ademais, observou-se a compreensão desse conceito relacionando-o ao tipo de alimentação que as pessoas fazem:

Atenção nutricional é como se alimenta a pessoa, entendeu? Para evitar que... (Fina García).

Perspectiva similar a esta foi sugerida por outro médico, mas, relacionando o tipo de alimentação feita pelos usuários às orientações dadas pelos profissionais de saúde:

Atenção nutricional é a atenção que se dá a população relacionada com a nutrição que deve levar o indivíduo e a população em geral. São todas as orientações que se dar tanto no posto de saúde, numa visita domiciliar, como no NASF para a população em geral, para melhorar a nutrição deles. (José Martí).

Nesse sentido, ainda quando o tipo de alimentação do usuário esteve na centralidade do conceito, foi feita referência à qualidade da alimentação do brasileiro e a falta de higienização dos alimentos consumidos.

Outro ponto abordado quando questionados sobre sua compreensão do conceito de atenção nutricional esteve ligado às medidas e parâmetros de avaliação nutricional, já expressado na fala de Gabriel García, sendo que uma das entrevistadas, Gertrudis Gómez, ainda referiu sobre a necessidade de acompanhamento dessas medidas e referências. Análise essa observada nos trechos a seguir:

É tudo que tem que ver com a vida saudável, medição, para ver o IMC. Tem que trabalhar com isso, porque tem umas medidas, percentis que precisam ser acompanhadas... Ver como está a regra e depois você vai dando a orientação. Você tem que focar nos pacientes, e todos os pacientes não são iguais (Gertrudis Gómez);

E aí, ela ia para escola, fazia aferição de peso e altura para fazer avaliação das crianças. Foi um percentual enorme de crianças obesas e com sobrepeso e que aparentemente a gente olha e não acha nada. A gente ficou horrorizado. Ela trouxe os papéis para a gente ver, e a gente aqui “gente fulano de tal tem sobrepeso!” A gente olha e não parece, mas quando joga na curva já tem sobrepeso. Eu fiquei espantada (Nísia Floresta);

(...) aquelas medidas, aqueles fatores, aqueles programas de trabalho, que faz menção de uma alimentação saudável. Tudo o que você faz em função de uma alimentação saudável é esse conceito (Gabriel García).

Neste caso, a compreensão está relacionada, também em outras falas, às orientações que são dadas aos usuários sobre alimentação e nutrição. Falaram também em planejamento das ações de atenção nutricional para a promoção da saúde e prevenção de agravos:

(...) mas acho que falta de planejamento, de sentar e ‘olha gente vamos fazer alguma atividade em relação a isso?!’. (...) E quando falo na atenção nutricional eu vou trabalhar principalmente a promoção e prevenção, nem que seja uma prevenção secundária, o paciente já tem a doença instalada, mas eu consigo evitar complicações (Nísia Floresta).

Nísia Floresta acrescentou que vai além da orientação nutricional, associando-a ao desenvolvimento de grupos estruturados e de programas voltados ao cuidado nutricional, mas ainda específicos à adequação alimentar:

Eu acho que engloba tudo, não só a questão de orientar o paciente como já falei, mas também de criar um programa dentro da unidade que seja específico para isso, para o paciente saber o que deve comer, por que comer. E em relação às questões de peso, a gente tem bastante paciente com sobrepeso, então, pensar em relações também não só da saúde física, mas estética, porque a gente tem que paciente aqui que a gente tem que encaminhar para o psicólogo (Nísia Floresta).

Assim, estive no bojo das concepções categorias do conceito de Nutrição, da Integralidade, do tipo de refeição realizada, das medidas e parâmetros de avaliação nutricional, do planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, e das orientações sobre alimentação e nutrição. Assim, as concepções de atenção nutricional são indissociáveis da concepção de integralidade ou aproximadas da abordagem biologicista da adequação nutricional.

3.4 PRÁTICAS DE ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Incluem-se em práticas de atenção nutricional na atenção básica à saúde as atitudes e atividades, formas de operar por dentro da rede de atenção à saúde, da unidade de saúde da família e nas relações com os usuários, demais profissionais e comunidade em torno da problemática alimentar e nutricional, políticas e programas do campo. Além dessas, serão descritos os princípios e pressupostos que emergiram dessa prática.

As formas de operar a atenção nutricional na ABS em sua maioria envolvem, segundo os entrevistados, as orientações sobre alimentação saudável e alimentação específica para patologias durante palestras, atendimento ambulatorial, visitas domiciliares, e salas de espera:

Temos feito palestras, conversas, aqui na sala de espera, também na consulta sempre orientamos sobre nutrição, alimentação saudável. Pacientes que estão no Programa de Hipertensão. Crianças, na consulta de crescimento e desenvolvimento, damos orientação sobre nutrição, sobre alimentação (José Martí).

Nas orientações aqui no atendimento? Eu geralmente, eu vou pela necessidade maior do paciente, se o paciente for hipertenso aí já vou falar sobre consumo de sal, consumo de carboidrato e consumo de gordura (Nísia Floresta).

Nas orientações, os profissionais referiram chamar a atenção para o consumo alimentar do brasileiro, fazendo sugestões de modificações de acordo com a patologia ou se para um grupo de risco ou específico, abordando ainda a higiene e o modo de preparo dos alimentos. Os médicos relataram existir necessidade de continuidade das orientações, exigindo-lhes paciência, vigilância e a sua repetição. É possível verificar parte dessa análise no trecho que se segue:

Além de encaminhar para a nutricionista faço uma continuidade da saúde mensal, e registro em prontuário. Além da consulta com a nutricionista, acontece que quê (sic) quando eu examino, olho a alimentação, eu faço uma continuidade, eu vou controlando o peso e vigio os hábitos alimentares. (...) Também converso com a nutricionista sobre os casos de doenças crônicas não transmissíveis (Carilda Oliver).

E é assim, de hipertensão tem que falar todos os dias, de diabetes tem que falar todo dia, porque a educação ela tem a melhorado as dúvidas pra saúde, educando o pessoal. Há que falar de nutrição (Gabriel Garcia).

Sempre vejo a condição do paciente e nunca oriento a tirar nada de vez e nem incluir nada de vez, são orientações que acaba sendo bem específicas com o problema do paciente, e não tão geral (Nísia Floresta).

Alguns médicos relacionaram a realização da atenção nutricional ao realizarem o encaminhamento do usuário para consulta com o nutricionista. Expressaram, a maioria deles, sobre a necessidade de aproximação com esta categoria profissional para qualificar o atendimento. As doenças crônicas não transmissíveis eram os problemas de saúde que sempre apareciam nos relatos quando referiam o nutricionista.

Além disso, alguns referiram terem realizado conversas com o nutricionista para discussões de casos, tirar dúvidas, e apenas um dos médicos comentou sobre o desejo de que realizassem mais atividades de orientação coletiva. Relataram ainda que o nutricionista nem

sempre está na unidade, o que dificultava, segundo os médicos, o trabalho com esse profissional. Tais análises podem ser observadas nos seguintes trechos:

Aqui tem nutricionista, sim, no CRAS. Trabalhamos também. Quando precisamos aqui, trabalhamos na equipe também com a nutricionista. (...) Sim, trabalhamos sempre com o grupo de pacientes, grupos de risco, sobretudo paciente de hiperdia, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, pacientes que tem desnutrido, baixo peso. Levamos o caso para reunião de equipe e também orientamos o paciente para uma alimentação, nutrição saudável. (...) Porque dúvida que eu tenha também quanto a melhor orientação fazer também na reunião de equipe. Também, na reunião de equipe também avaliamos e posso dar a melhor orientação para o paciente (José Martí).

O que vou fazer? Como eu... a um... doente que está desnutrido, que tem muitos meninos, como vou interconsultar com ele e nutricionista? O que vou fazer? Como posso melhorar a alimentação dele? O que eu posso falar pra ele que ele me aceitem sim? Porque é difícil ainda mudar essas coisas sim. Mas, devagarzinho, dia a dia, se tentar, dá sim certo. Dá sim (Fina García).

A gente pediu para que eles fizessem mais atividades aqui, principalmente com a nutricionista, porque, como lhe falei, diabetes, hipertensão são problemas bem prevalentes aqui. Que eles falassem sempre, porque acaba que tenho que falar muito individualmente aqui dentro da sala. O paciente chega e eu tenho que dizer o quê que deve comer, o que não deve comer, fazer as orientações de atividade física e às vezes fica até maçante, porque toda vez que o paciente vem tenho que falar individualmente. Vejo que está, assim, um pouquinho distante essa relação. Acho que poderia aproximar mais um pouco (Nísia Floresta).

Alguns deles afirmaram existir dificuldade de espaço adequado para a realização das palestras, exposta no trecho a seguir:

Por exemplo, você ver como a sala de procedimento é pequena, quando você tem que falar de hipertensão, diabetes, dar alguma conferencia, dá uma sala educativa... É difícil porque a pessoa fica fora. Não tem onde sentar todo mundo se você quer falar de uma doença (Gabriel Garcia).

Quando referem às consultas de ambulatório, acrescentam as medidas antropométricas como uma das atividades que compõe a atenção nutricional, e outras “medições”, percentis, e regras. Medidas que não estavam inseridas na rotina do atendimento. Tais análises estão expressas nos trechos abaixo transcritos:

As meninas já me conhecem como eu trabalho. É hipertenso? Estatura, peso, PA, temperatura, essas coisas. No início quando cheguei, não colocavam nada. Já um menino meu de um ano, eles me dão

circunferência cefálica, torácica, peso, e eu vou fazendo uma valoração. É... E é assim. Entendeu? (Fina García).

Tem que trabalhar com isso, porque tem umas medidas, percentis que precisam ser acompanhadas... Ver como está a regra e depois você vai dando a orientação (Gertrudis Gómez).

Além desses conteúdos, os médicos cooperantes abordam outros temas quando questionados sobre a prática da atenção nutricional, como a higiene corporal e dos alimentos, fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, ganho de peso na gestação, problema familiar e atuação do agente comunitário de saúde:

A equipe programava, a enfermeira, o agente de saúde programava os casos de necessidade na comunidade. Assim, acamado, pacientes hipertensos, diabéticos, quem tinha problema familiar também, que identificávamos na reunião de equipe, e aí fazíamos a visita já programada (José Martí).

Já eles estão acostumados a eu (sic). Eu dia a dia falo direitinho. Uma ou duas vezes por semana chego e dou uma palestra lá na frente, sobre muitas coisas, como falei pra vocês. Quando eu chego a uma visita domiciliar além de doenças estratégicas, eu dou uma palestra de forma geral, e além disso, aqui em consulta dia a dia eu falo. Aí eles estão tomando consciência sim (Fina García).

Já os médicos brasileiros, mesmo quando transcendem a prática ambulatorial, referem praticar a atenção nutricional relacionando essa prática à atenção biologicista e com as patologias que envolvem alimentação e nutrição, apesar de reconhecerem a possível interferência da relação familiar, higiene e do acesso ao alimento nas condições de saúde. Tal perspectiva é possível ser observada nos trechos abaixo:

Quando eu vou visitar um paciente acamado que eu já conheci acamado, me deixa de coração partido, porque a gente sempre pensa 'o que poderia ter sido feito?' (...). E as vezes poderia ser alguma coisa na atenção nutricional que é uma coisa simples de ter orientado, como esse paciente deveria se alimentar e poderia não ter desenvolvido a doença arterial coronariana, poderia não ter um AVC, poderia tá levando uma vida normal, se ele tivesse sido orientado, embora nem sempre a orientação seja efetiva, mas eu preciso fazer minha parte, então, acho importante por isso (Nísia Floresta).

Muitas vezes um paciente que na sua casa não tem condições de higiene, e ele vem adoecer, ou enfrenta problemas familiares, tudo isso interfere, neh... no processo situação saúde-doença (sic). Muitos outros, mas aqui a gente tem muito isso... Essa questão da carência financeira que querendo ou não interfere muito nesse processo de saúde-doença, muitas vezes eles não tem acesso a uma alimentação saudável. Problemas familiares, que

acabam interferindo na saúde mental... (logo em seguida, ao ser questionado sobre sua conduta diante do que havia exposto): Dentro do possível... É questão de orientação mesmo. Para te falar assim... Ah tentar ajudar a eles como conseguir alimentos é mais difícil. Aqui de verdade eu não... É mais questão da orientação mesmo (Manoel de Barro).

Dentre essas práticas, destacaram-se nas falas dos profissionais as orientações sobre alimentação e nutrição dadas em ambulatório, comum a todos os entrevistados, podendo ser a orientação um dos princípios emergentes das práticas desses profissionais, reforçando-a com a ideia de adequação às condições de vida e/ou saúde-doença:

Eu geralmente, eu vou pela necessidade maior do paciente. (...) Eu nunca faço a orientação de alimentação do paciente primeiro, antes de saber a realidade dele (Nísia Floresta).

Nesse sentido, algumas afirmações que fizeram ao relatarem suas práticas em atenção nutricional podem ser compreendidas como princípios e/ou conceitos que os orientavam na realização do trabalho que descreviam.

O trabalho cotidiano de educação em saúde é um orientador da prática desses profissionais. Eles relacionaram a educação em saúde ao trabalho cotidiano de orientação aos usuários.

(...) de hipertensão tem que falar todos os dias, de diabetes tem que falar todo dia, porque a educação ela tem a melhorado as dúvidas pra saúde, educando o pessoal (Gabriel Garcia).

Porque a medicina não só tem a ver com saúde, tem a ver também com educação. Quando você educa, você está dando saúde (Gabriel Garcia).

Nesses relatos é possível visualizar a dedicação e amor como orientadores:

(...) são coisas que nós podemos controlar com nosso trabalho e com mais dedicação, e mais amor a la profissão (Fina García).

Outro ponto referido pelos médicos cooperantes quando falam sobre educação em saúde é a necessidade de identificação e o trabalho com fatores de risco para obtenção de melhores resultados no cuidado em saúde:

Tenho que trabalhar com ela enquanto fatores de risco, de não fumar perto dela, de trocar mosquiteiro, de jogar com poeira, de jogar com ... (Fina García).

Contribuindo com a identificação dos fatores de risco, esses veem a visita domiciliar intimamente ligada à melhora da saúde dos usuários, pela possibilidade de entrar em contato

com outros aspectos que compõe o processo saúde-doença, além de compreenderem o domicílio como um espaço de educação contínua:

E a visita melhora a saúde de las pessoas, porque conhecemos como moram, alimentação, se tá errado ou não, é... (Fina García).

(...) se trabalhando bem com as enfermidades crônicas no domicílio, desde seu início, desde sua prevenção, e o futuro tende a uma população sã (Gabriel Garcia).

Porque é difícil ainda mudar essas coisas sim. Mas, devagarzinho, dia a dia, se tentar, dá sim certo. Dá sim (Fina Garcia).

Os médicos cubanos defendem o trabalho em equipe e multiprofissional. Acreditam que existe uma integração do cuidado que se exercido de forma coletiva, cada profissional desempenhando seu papel com um objetivo único – saúde dos usuários, e o trabalho tem melhores resultados:

Com o trabalho dos agentes comunitários que dia a dia está direitinho com esse doente. Só com o trabalho deles melhora o seu trabalho, melhora tudo (Fina García).

Só que precisa de um trabalho em conjunto, juntos com a equipe, não só de saúde, de educação também, de atores políticos. Se todo mundo tem que trabalhar em função de saúde (Gabriel Garcia).

Além disso, chamam a atenção para a necessidade de integração da rede de serviços, da oferta adequada de insumos e exames complementares para a assistência à saúde. Compreendem esse tipo de deficiência do sistema como um problema de saúde:

Há que trabalhar mais em essa rede (Gabriel Garcia);

Se você vai olhar um paciente, por exemplo, um hipertenso, você tem que saber como está seu colesterol, seu triglicérides, entendeu? Como tá a ureia, como tá a creatinina, como tá funcionando o rim, como tá o fígado. Você precisa de fazer alguns exames (Gabriel Garcia).

Daí um problema de saúde. Quando você não tem um remédio no hospital para uma emergência é um problema de saúde (Gabriel Garcia).

Assim, constituíram-se práticas referidas de atenção nutricional as discussões de caso clínico, a realização de visita domiciliar, salas de espera, palestras e consultas ambulatoriais, a solicitação de exames laboratoriais e o encaminhamento para o nutricionista, estando as orientações sobre alimentação saudável transitando sobre todas essas. Para os médicos cooperantes essas práticas aproximavam-se de abordagens ampliadas da compreensão de

saúde para além de conteúdos específicos da adequação alimentar e nutricional, estes mais presentes nas falas dos brasileiros.

Foram princípios e/ou conteúdos orientadores das práticas da *educação continuada* através do pressuposto da orientação sobre alimentação saudável presente em todas elas, a *dedicação e amor à profissão* para o bom trabalho, a *identificação de fatores de risco* especialmente em visitas domiciliares, e a inferência do *trabalho multiprofissional e em rede*.

4. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados está apresentada em quatro tópicos: *contexto da atenção nutricional na atenção básica à saúde*, que discute os resultados da situação de saúde e nutrição relatada pelos médicos; *o desenvolvimento metodológico*, abordando os limites e avanços do desenvolvimento da metodologia realizada; e *dimensões das concepções e práticas de atenção nutricional*, para discussão das concepções de atenção nutricional, também uma categoria conceitual dos resultados, e das práticas realizadas na atenção básica, referidas pelos médicos.

Dentro das categorias conceituais levantadas para a organização dos resultados, a "caracterização dos profissionais do programa mais médicos que compõe a amostra" é a única que não está sendo discutida separadamente, porque ela compõe dados que transversalizam todos os outros tópicos propostos para organização da discussão.

4.1 CONTEXTO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A avaliação sobre as condições estruturais e do desenvolvimento das práticas que os médicos realizaram no Sistema Único de Saúde (SUS) nas unidades de saúde da família comporá a discussão do contexto das práticas de atenção nutricional (AN) na atenção básica à saúde (ABS).

É possível observar a preocupação dos entrevistados com as limitações que o SUS enfrenta. Além disso, há variação na presença e gravidade de um ou outro problema de acordo com a área, município e período. Do primeiro ao segundo ano do Programa Mais Médicos alguns relatos (também de médicos presentes no mesmo município) demonstraram a resolução de alguns problemas e ao mesmo tempo a manutenção de outros, sendo que quando um médico referia ter resolvido determinado problema no município que atuava, outro referia que ele estava presente na sua área, mesmo que em município igual.

A falta de medicação é um problema que representa bem essa variabilidade, sujeito a temporalidade na manutenção da situação, quando se faltava determinado medicamento numa Unidade de Saúde da Família (USF) havia sido resolvido no mês anterior em outra e/ou apesar da falta dele havia o relato de que teria sido resolvido se a equipe tivesse solicitado o fármaco à gestão. Neste caso, pergunta-se: faltou recurso financeiro aceitável para a compra dos medicamentos? Faltou planejamento do uso do recurso financeiro pela

gestão? Faltou organização do processo de trabalho da equipe para solicitação do medicamento à gestão em tempo hábil? Ou, ainda, são insuficientes os recursos humanos para realizar essas ações?

Não é possível responder a essas perguntas com exatidão à medida que não foi feita uma imersão no cotidiano das equipes de gestão e serviço para construção das respostas, mas, estas são por si só possibilidades conjunturais no SUS. Carvalho (1993), Viana (2008), Sousa e Hamann (2009) apontam alguns empecilhos para concretização efetiva dos serviços públicos de saúde, dentre os quais são o financiamento insuficiente do SUS e o quadro de insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho, estando, ainda, muitos deles despreparados para atuar especialmente nos serviços básicos de saúde.

Outros problemas referidos pelos médicos foram a falta de garantia da realização dos exames laboratoriais em tempo hábil para o devido tratamento e de realização da consulta com especialistas sempre que solicitado. Esses não cumprem a lógica da variabilidade, estando mais presentes entre os médicos sua referência mesmo que depois de um ano de trabalho na unidade. Há variabilidade de acordo com o município da categoria de especialista, mas todos referiam não conseguir determinada categoria.

De acordo com os relatos, esses são problemas que motivaram alguns dos médicos a utilizarem mais ainda a avaliação de sinais clínicos na condução do tratamento, a fim de garantir o melhor cuidado ao usuário, sendo esta uma fala presente entre os médicos cubanos.

Em pesquisa de caráter exploratório com médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade, Nóbrega-Therrien et al. (2015) afirmam que médicos formados no Brasil há mais de dois anos não se sentiam preparados para trabalhar com a estratégia saúde da família, enquanto que os grupos de médicos formados no último ano, em vigência do novo currículo de uma escola local, sentiam menos dificuldades, e os médicos formados em Cuba se achavam preparados para atuar com a ESF.

Os médicos também reconhecem o SUS como uma política promissora e muito importante para o brasileiro, e chegam a citar algumas vezes, especialmente os médicos cubanos, que falta empenho dos trabalhadores e dos gestores para melhor efetivá-la, seja no cumprimento da carga-horária, na mudança da centralidade do cuidado para o bem-estar do usuário e não só para o profissional, na orientação correta e apoio aos usuários nos fluxos de marcação de consultas e exames, ou mesmo pela melhor organização de processos de trabalho tanto na gestão quanto no serviço.

Esse é um contexto que vem interferindo na prática de atenção nutricional. À medida que a integralidade da atenção à saúde é prejudicada pela falta de profissionais que saibam utilizar melhor os recursos disponíveis e falta condições “mínimas” para o desenvolvimento do trabalho desses, persistem práticas predominantemente centradas na doença e no atendimento individual. Não basta diagnosticar que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) predominam entre os problemas de saúde e utilizar os mesmos modos de assistência já tão mecanizados na atuação profissional, mas se faz necessário compreender como estão interagindo com os sistemas alimentares da comunidade, município, estado, país e do mundo, e interferir nesses sistemas. A atenção nutricional não se dá realizando somente palestras sobre alimentação saudável, e orientação nutricional em atendimento ambulatorial e domiciliar, ela tem o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população brasileira para a promoção da saúde.

O processo saúde-doença é a manifestação social dos modos de produção da vida cotidiana. Logo, o modo como as sociedades produzem e consomem seus alimentos interferem no processo de adoecimento e nas representações que se formam a partir deles, intimamente relacionadas e geradoras da compreensão de saúde pelos usuários.

O consumo excessivo de gordura e de sal, a baixa ingestão de alimentos reguladores e mesmo o consumo inapropriado de água são dados referidos que estão inseridos no território. Há que incidir sobre as condições de vida e favorecer a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham para ampliação e fortalecimento da atenção básica (MEDEIROS, 2013).

Inspirado nas contribuições de Milton Santos para a geografia da saúde, Marandola Jr. (2007, p. 496) defende que:

O território pode funcionar como um amálgama que nos permite associar os processos que o constroem para melhor compreender a própria iniquidade social no campo da produção sócio-espacial, de um lado, e as alternativas e movimentos de contra-razionalidade que combatem a ordenação territorial hegemônica que criam outras territorialidades, não raro produzindo novas escalas geográficas de ação política, para diminuir sua vulnerabilidade e enfrentar os perigos que são produzidos globalmente e distribuídos de maneira desigual no mundo.

Nesse sentido, as ações de saúde precisam ser guiadas pelos territórios de acordo com suas especificidades, e não o contrário, como naturalmente ocorre nos serviços. Os usuários tem se moldado ao serviço, mas este deveria organizar-se de acordo com eles, em

resposta às vulnerabilidades sociais e, portanto, de saúde. A vida cotidiana define e conforma práticas adequadas às singularidades do território, assim, garantindo maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

4.2 O DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

Não é o conhecimento científico que é rigoroso. A rigorosidade se acha no método de aproximação do objeto. A rigorosidade nos possibilita maior ou menor exatidão no conhecimento produzido ou no achado de nossa busca epistemológica (FREIRE, 2003, p.78).

É nessa perspectiva que o processo investigativo desse trabalho caminhou. A todo momento os pesquisadores buscaram se aproximar das lentes dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM), especialmente uma delas, aquela que lia a atenção nutricional (AN). O que estavam vendo? Como compreendiam AN? Que práticas de AN enxergavam no dia a dia que viam do SUS? Que dia a dia era esse? Optou-se pela *Grounded Theory* para se fotografar essas lentes.

Dantas et al. (2009), ao estudar a aplicabilidade da GT em pesquisas na área da enfermagem, defende essa abordagem metodológica como um referencial na realização de pesquisas em quaisquer âmbitos, que objetivem a construção de conhecimento de realidades pouco exploradas, uma vez que possibilita nova perspectiva sobre a realidade e, assim, a busca pelas questões que estão veladas mediante a compreensão de significados que atores sociais atribuem às suas próprias ações e interações, corroborando com a escolha feita nessa investigação.

Nesse mesmo estudo, os autores ainda destacam, quando se referem à análise e a comparação constante dos dados, a necessidade de associação à sensibilidade teórica dos pesquisadores no processo de descoberta das categorias conceituais, para possibilitar a compreensão dos significados das ações e interações que o entrevistado desenvolve com o fenômeno investigado. Assume-se, assim, a possibilidade de interações teórico-práticas com o campo de investigação para melhor explorá-lo, no sentido de melhor ler o que estava sendo apresentado pelos médicos, e cuidando-se para que a curiosidade dos investigadores não alterassem suas lentes.

Paulo Freire (1996) discute que a curiosidade ingênua transforma-se em epistemológica num processo “cognoscente”, a medida que se aproxima “criticizando-se” do

objeto cognoscível. Acredita-se que o processo de investigação foi se aprofundando à medida que os pesquisadores se aproximavam mais da fala dos médicos, já nas entrevistas e perdurando-se nas transcrições, leituras e releituras do material coletado, permeadas pelo processo de construção das categorias.

Pinto e Santos (2012), ao relatarem sua experiência de campo com esse tipo de abordagem metodológica apresentam algumas dúvidas, dilemas, dificuldades e angústias vivenciadas por pesquisadores ao escolherem a GT. Um deles é o sentimento de desamparo do pesquisador baseado no viés positivista que precisa de uma estrutura teórica escolhida *a priori* para balizar seus achados e suas conclusões, por isso a dificuldade em evitar que ideias pré-concebidas advindas da literatura assumam o controle do processo de interpretação e na construção das categorias conceituais. O pesquisador deve se manter fiel ao que foi coletado no campo e dialogar com a literatura, não para ratificar um pressuposto teórico, mas identificar na literatura as lacunas nas quais os achados podem ser acomodados.

Garantir esse diálogo sem a indução dos achados foi difícil, mas com a vivência do campo e a implicação dos pesquisadores com o objetivo da investigação em refletir a AN realizada por médicos do PMM a partir da perspectiva deles, acredita-se que se conseguiu expressar e dialogar com eles.

4.3 DIMENSÕES DAS CONCEPÇÕES E DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO NUTRICIONAL

Entendendo a atenção nutricional como as ações de cuidado relativas à alimentação e nutrição voltadas ao diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento dos diversos sujeitos abordados - indivíduo, família e comunidade -, é possível discutir em que medida a perspectiva dos médicos corrobora com essa compreensão.

Percebe-se que existe uma dimensão do conceito que sugere relação com todos os processos que envolvem a alimentação, e outra relacionada com a adequação nutricional, na qual são propostas ações voltadas e organizadas sistemicamente para o cuidado dos indivíduos, estejam eles organizados em coletivos ou não.

A dimensão do conceito que envolve todos os processos relativos à alimentação, é compreendida especialmente a partir de dados encontrados na primeira etapa da pesquisa. Os médicos cooperantes colocavam no bojo na atenção nutricional categorias relacionadas tanto ao sistema alimentar que o sujeito está inserido como abordavam esse conceito como

se o tivessem relacionando-o a integralidade do cuidado. Além disso, havia um estranhamento inicial ao serem questionados sobre a AN, o que sugere algumas análises.

A AN não fazia sentido para eles porque havia outro tipo de entendimento anterior que se sobrepunha, trazendo na resposta concepções da atenção integral. Nesse caso, possivelmente o estranhamento inicial estava relacionado com a falta de sentido de se abordar a atenção nutricional como um componente externo à noção de integralidade, sendo esta não raramente defendida e introduzida nas falas. Dessa forma, não fazia sentido para eles perguntarem sobre um conceito que não existe separado do outro.

O estranhamento com os termos “Atenção” e “Nutricional” associados, ainda pode sugerir relação com a formação dos médicos; se cooperantes, a graduação, no exterior, está centrada nos conteúdos da medicina geral e integral, incluindo a Nutrição nos conteúdos da integralidade. Já no Brasil ocorre o inverso, existe um componente curricular para Nutrição e a integralidade é discutida em outros componentes, ou seja, se brasileiros, a AN é pouco abordada e/ou aprofundada nas disciplinas, que na maioria das vezes são restritas a conceitos básicos de Nutrição em uma disciplina específica deste conteúdo, e não necessariamente para o estudo da integralidade da atenção à saúde.

Boog (1999) identificou algumas dificuldades que médicos e enfermeiros encontram ao abordar os problemas alimentares na prática profissional, como a falta de embasamento teórico adequado à análise de problemas alimentares, falta de critérios para identificá-los, falta de parâmetros para discernir problemas alimentares de problemas econômicos, desconhecimento de técnicas para abordar problemas alimentares, percepção do problema alimentar como facticidade, necessidade de trabalhar com dietas padronizadas, conflitos entre conhecimento teórico e prática vivencial e desconhecimento do papel do nutricionista.

Sabe-se que a integralidade não se resume ao acesso da população a diversos níveis de serviços de saúde, mas também não pode ser confundida com totalidade, presumindo-se a formação de generalistas capazes de assumir todas as funções da clínica, sem levar em conta a complexidade do processo saúde-doença, e a necessidade de constituição de equipes multiprofissionais (ARAÚJO et al., 2007). Tal concepção privilegia a atenção médica, quando se deveria compreender as limitações das possibilidades de atuação das diversas categorias profissionais, assim como mudar as relações de poder entre elas e também entre estas e os usuários (ARAÚJO et al., 2007).

Nesse sentido, é necessária discussão acerca da compreensão do que seria a atenção nutricional na perspectiva da integralidade do cuidado, e como os “problemas alimentares” que cotidianamente os profissionais de saúde se deparam poderiam ser melhor enfrentados,

em relação ao território e suas singularidades. Tal prática exigiria o aprimoramento e desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe, independente da centralidade em uma determinada categoria profissional e muito mais organizada na lógica da comunicação e da longitudinalidade do cuidado, e com a comunidade, de forma integrada, dialógica e crítico-reflexiva.

Outro ponto é a relação direta das concepções de AN com o que compõe o consumo alimentar dos sujeitos - *Atenção nutricional é como se alimenta a pessoa...*, o que pode sugerir o (re)conhecimento da interferência da dieta no processo saúde-doença. Questiona-se, uma vez que se refere ao “como” se alimenta se está sendo previsto nessa abordagem outros aspectos do tipo acesso, inocuidade, quantidade, e a formação dos sistemas alimentares.

Observou-se que se falou em alimentação saudável, o que parece atrair o conceito para uma definição não tão sistêmica que pense o alimento desde o acesso, modos de produção, e mesmo condições nutricionais e sanitárias adequadas para a alimentação. Corroborando com essa perspectiva, pode-se acrescentar a referência comum pela maioria deles a alguma medida antropométrica, que, apesar de não estar na rotina da consulta em alguma medida conduz o conceito a aproximar-se mais da dimensão biologicista e menos integrada aos modos de vida da população.

Essa tendência sugere relação com o processo histórico de construção e realização das ações de alimentação e nutrição no campo da saúde coletiva, especialmente desenvolvidas na ABS com características do sanitarismo campanhista e normativa de orientação dos usuários sobre alimentação saudável e suplementação de deficiências nutricionais.

Observa-se que a valoração das orientações sobre alimentação e nutrição é comum a todos os entrevistados, e são fortemente consideradas por eles como uma forma de melhorar a saúde dos usuários. Nesse caso, apesar de Nísia Floresta referir os grupos estruturados e a necessidade de programas na própria unidade de saúde, Fina Garcia apresenta-os tendo como horizonte *ensinar* o que o usuário deve comer – *criar um programa dentro da unidade que seja específico para isso, para o paciente saber o que deve comer, por que comer*.

Estudos apontam para o fortalecimento da autonomia dos sujeitos nas escolhas e práticas alimentares, e sugerem a substituição das regras de disciplinamento e prescrição de condutas dietéticas por instrumentos e estratégias de comunicação e educação em saúde que apoiem os sujeitos na decisão por práticas promotoras da saúde e menos normativas.

De acordo com a PNAN (BRASIL, 2012b, p 23):

Diante dos interesses e pressões do mercado comercial de alimentos, bem como das regras de disciplinamento e prescrição de condutas dietéticas em nome da saúde, ter mais autonomia significa conhecer as várias perspectivas, poder experimentar, decidir, reorientar, ampliar os objetos de investimento relacionados ao comer e poder contar com pessoas nessas escolhas e movimentos. Há uma linha tênue entre dano e prazer que deve ser continuamente analisada, pois leva os profissionais de saúde, frequentemente, a se colocarem nos extremos da omissão e do governo exacerbado dos outros.

O fortalecimento e a ampliação dos graus de autonomia para as escolhas e práticas alimentares implicam no aumento da capacidade de interpretação e análise do sujeito sobre os alimentos e suas escolhas (MAZOCCO, 2015).

Dessa forma, é possível afirmar que as concepções de atenção nutricional estão bem próximas da compreensão que os médicos elaboram sobre Nutrição, ora mais próxima da adequação alimentar e nutricional, ora inserida na integralidade do cuidado sem motivos para distingui-la, estando os médicos brasileiros mais próximos da primeira dimensão e os cooperantes da segunda. Portanto, são perspectivas que dialogam com o conceito apresentado pela PNAN, mas não se restringem as ações de cuidado relativas à alimentação e nutrição voltadas ao diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento dos diversos sujeitos abordados no SUS, como proposto pela Política em vigor.

De acordo com essa análise, é possível observar na Figura 1 um panorama gráfico das concepções dos médicos do PMM sobre a atenção nutricional, de um lado uma dimensão da perspectiva que denuncia a falta de sentido para separá-la da atenção integral, e de outro uma perspectiva biologicista que mecaniza a compreensão do cuidado, relacionando-a à adequação nutricional, ambas concentrando-se em abordagens individuais. Os círculos que destoam desse lugar representariam a relação direta das concepções de AN com o que compõe o consumo alimentar dos sujeitos e as orientações sobre alimentação saudável abordando famílias e algumas vezes a comunidade.

Figura 1 - Concepções sobre atenção nutricional, distribuídos de acordo com os sujeitos de abordagem e níveis de intervenção, considerando os relatos dos médicos do Programa Mais Médicos.

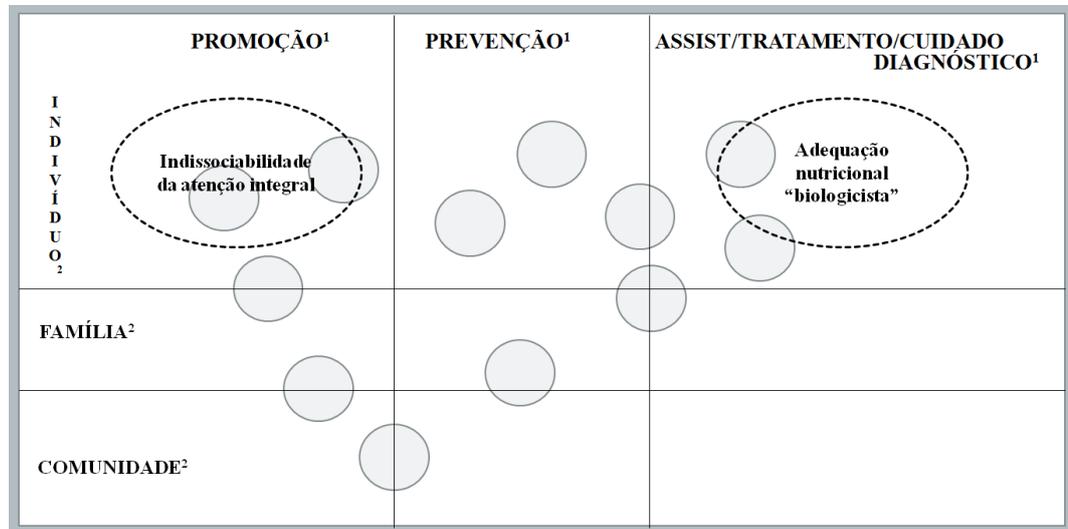


Figura construída baseada na Matriz de ações de ações de A&N na ABS (BRASIL, 2009).

Legenda:

Círculos = Concepções

Elipse tracejada = Fundamentos das concepções

(1) Níveis de intervenção

(2) Sujeitos de abordagem

Para a discussão das práticas, se tomou como base os níveis de intervenção da matriz de ações de A&N na ABS para organizá-las (BRASIL, 2009): diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, e assistência/tratamento/cuidado. As ações práticas relatadas pelos médicos e analisadas são: orientações sobre alimentação e nutrição, que estavam inseridas em todas as outras práticas, a visita domiciliar, o atendimento ambulatorial, salas de espera, discussão de casos, atividades de orientação coletiva, palestras e “trabalhos” com o nutricionista.

De acordo com a matriz (BRASIL, 2009) o *diagnóstico* nutricional é definido como as ações e atividades que visam a identificação e a avaliação do estado nutricional do usuário, elaborado com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos combinado a dados sociais, econômicos e culturais, obtidos quando da avaliação nutricional e durante o acompanhamento do “sujeito” abordado.

Observou-se nas práticas relatadas uma preocupação em identificar as condições de saúde e fatores de risco para o estado nutricional dos usuários, especialmente no atendimento ambulatorial. Tais relatos expressavam a necessidade de acompanhamento de medidas antropométricas e de conhecer a história familiar das doenças crônicas.

Acrescenta-se a preocupação de alguns médicos cooperantes em observar fatores de risco para além do atendimento ambulatorial, como na visita domiciliar, sobre as condições higiênico-sanitárias para compor a análise do estado nutricional.

Segundo Vasconcelos et al. (2008) o estado nutricional é produto da manifestação biológica do conjunto de processos que operam sobre o corpo social; é a síntese orgânica das relações entre homem, alimento e sociedade. Dessa forma, para o melhor diagnóstico faz-se necessário observar os diversos fatores (bioquímicos, antropométricos, ambientais, econômicos, sociais, culturais, religiosos etc.) que interferem e determinam o estado nutricional do usuário.

Nesse sentido, percebe-se que houve abrangência de mais fatores entre as atividades relatadas pelos cooperantes e uma brasileira. Já o médico brasileiro, apesar de reconhecer a necessidade de observar se o usuário teria acesso ao alimento, restringiu sua prática à abordagem biologicista e relatou não trabalhar com a dimensão de acesso ao alimento.

Quanto mais fatores são considerados no processo de diagnóstico nutricional com mais elementos pressupõe-se que o profissional poderá trabalhar, e mais efetiva será sua intervenção. Ainda mais se for considerado que são usuários moradores de regiões de maior insegurança alimentar e expostos a maiores riscos, que exige intervenções complexas que considere toda a composição dos problemas.

Com relação a *promoção da saúde*, toma-se como referência para análise a compreensão de que são estratégias de produção da saúde que promovem “a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2014b, p. 13).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) uma ação é caracterizada de promoção da saúde se tiver de acordo com os princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998).

Considerando as práticas relatadas e o conceito de promoção da saúde, as orientações sobre alimentação e nutrição presentes em praticamente todas as atividades relatadas, sejam para indivíduos ou coletivos, é a ação mais frequentemente referida e realizada pelos médicos.

Os médicos reconheciam a interferência das situações de vulnerabilidade no estado de saúde, e quase todos eles referiram que as situações de vulnerabilidade precisavam ser

superadas para que fosse possível provocar qualquer mudança na perspectiva da melhoria da saúde. Contudo, ao realizar as orientações de saúde assumiam posturas mais prescritivas e normativas do que de enfrentamento das situações-problema. Fina García e Gabriel Garcia relataram buscar construir as condições necessárias para reduzir os limites impostos pelas situações de vulnerabilidade instaladas na comunidade local.

Cabem à promoção da saúde ações de âmbito coletivo no cotidiano da população que extrapolem o campo específico da assistência médico-curativa, para o enfrentamento efetivo da determinação social, econômica e ambiental mais do que puramente biológica ou mental da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Nesse sentido, quando se avalia o caráter das orientações de saúde dadas aos usuários questiona-se em que medida está havendo promoção da saúde, dado que os médicos relataram abordagens mais prescritivas e normativas do que de compreensão/enfrentamento das situações-problema envolvendo a alimentação e nutrição. Os sistemas alimentares onde estão inseridos os usuários exigem respostas capazes de dar conta da situação complexa alimentar e nutricional do brasileiro, quando o acesso ao alimento contrapõe-se ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis e, a informação sozinha não promove saúde.

A disseminação da informação e a educação são bases para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção de saúde, contudo, garantir o acesso à informação e ampliar o conhecimento em saúde sem aumentar a capacidade de controle e perspectivas de mudança apenas contribuem para gerar ansiedade e fomentar a sensação de impotência, o que não promove saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Dessa forma, considerando os princípios da promoção da saúde, entende-se que se faz necessário investir mais na superação de barreiras que limitam o exercício da democracia e desenvolver sistemas flexíveis que reforcem a participação social e a cidadania, produzindo o empoderamento de fato dos usuários.

Outra ação relatada pelos médicos que pode ser associada à promoção da saúde é a sala de espera, e nesse caso também é importante observar o modo como estão orientando os usuários sobre alimentação e nutrição, se “ensinando-os” o que devem comer ou exercitando práticas promotoras de autonomia e autocuidado para alimentação saudável.

As visitas domiciliares e as palestras são relatadas como ações de promoção da saúde. Acredita-se que elas promoveram saúde à medida que dialogaram e interagiram com as realidades dos usuários, contudo, questiona-se àquelas que possivelmente foram realizadas para o cumprimento da caderneta de ações previstas para a equipe de saúde da família.

Ainda é possível analisar as práticas realizadas pelos médicos do PMM quanto a sua proximidade com a prevenção. A matriz de ações de alimentação e nutrição define *prevenção de doenças e distúrbios nutricionais* como “toda medida que, tomada antes do surgimento ou agravamento de uma dada condição mórbida (ou conjunto delas) visando afastar a doença do doente ou vice-versa, para que tal doença não se manifeste - ou manifeste-se de forma menos grave nos indivíduos ou na coletividade” (BRASIL, 2009, p. 17).

Dentre as ações relatadas observou-se que as práticas de promoção da saúde e para o diagnóstico/tratamento de doenças quando referidas, tinham relação com o fomento de ações preventivas, dirigidas a grupos ou fatores de risco a fim de evitar o surgimento ou agravamento da doença. E quando o nível de intervenção era individual em ambulatório, Carilda Oliver chamou a atenção para a importância de se trabalhar com os fatores de risco para o não desenvolvimento de doenças.

A prática está afinada com o que propõe a prevenção de agravos e doenças. Em todas as ações relatadas havia a intenção que determinada doença não se instalasse ou se agravasse, logo preventivista, e por isso faziam a indicação de determinadas condutas: comer determinado alimento ou deixá-lo de comer, mudar um comportamento ou passar a fazê-lo diferente etc. Contudo, ainda muito baseadas no repasse unilateral de informações e controladoras de hábitos, muito embora, em alguns relatos, mesmo em nível individual, referiam também difundir informações relacionando-as com as condições de vida, aspectos culturais, históricos e políticas públicas.

Tal proximidade das práticas com a prevenção de agravos e doenças pode ser explicada com a história de constituição dos modelos de atenção à saúde no Brasil. Numa perspectiva histórica, desde o século XIX, o modelo assistencial preventivista e sanitarista campanhista marca as práticas de saúde pública brasileiras, caracterizando-o com ações de desinfecção de espaços públicos e domiciliares, campanhas sanitárias para combater as grandes epidemias da época (febre amarela, peste bubônica e varíola) e programas de vacinação obrigatória. Essas ações seguiam uma lógica “higienista”, centrada em normas, recomendações e medidas que, se aplicadas fariam com que os indivíduos se mantivessem em estado de saúde até a morte natural, lógica que ainda pode refletir nas práticas de saúde atuais (AROUCA, 1975; MATTA; MOROSINI, 2009).

Apesar do modelo preventivista permitir uma análise dos processos de adoecimento em escala social a fim de identificar os fatores que determinam a doença, reforçava-se na época o domínio do profissional sobre a saúde de cada indivíduo e manutenção do caráter

doutrinador do higienismo, em que o profissional de saúde tem o papel fundamental de servir como “esclarecedor” dos fatores de risco para a vida da população. Racionalidade que se contrapõe aos processos educativos baseados nos pressupostos da promoção da saúde e da medicina preventiva (AROUCA, 1975; PENTEADO et al., 2005).

Sérgio Arouca (1975), em sua tese de doutoramento, ao discutir o movimento da medicina preventiva, defende já naquela época uma nova atitude preventivista a ser incorporada à prática médica, que envolve uma prática consciente de educação para a saúde, e proclama o encontro do médico com o homem no pleno espaço e tempo de sua vida.

Dessa forma, a intervenção que melhor se expressa deixa de ser uma conduta natural diante das exigências da doença, e passa a ser muito mais uma atitude construída diante de uma problemática, sistematizando, inclusive, como propõe a matriz de A&N, medidas de prevenção e manejo de problemas de nutrição em escala individual, familiar e comunitária. Lógica que se expressou ainda bem frágil nas práticas relatadas, os fatores de risco até são identificados pelos profissionais na maioria das ações, mas nem sempre são trabalhados (enfrentados) ou mesmo colocados em discussão com os sujeitos em contato.

Já com relação a *assistência/tratamento/cuidado* em atenção nutricional, que compõe um único bloco na matriz, apesar de representarem conceitos e práticas distintas, caracteriza-se por todo conjunto de procedimentos terapêuticos para a assistência ambulatorial, envolvendo o tratamento e a reabilitação das pessoas com problemas relacionados ou associados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2009).

Considerando as ações relatadas, expressivamente centradas no atendimento ambulatorial, observou-se a preocupação de todos em fazer avaliações de sinais clínicos e exames laboratoriais, além da necessidade de “paciência”, vigilância e repetição das orientações sobre A&N, sendo sugerida sua adequação à condição de saúde. Também, alguns, cubanos, relataram realizar a investigação da história clínica da patologia.

Em consonância com essa prática, estudos indicam e apontam para a utilização crescente da medicina laboratorial no auxílio ao diagnóstico, com impacto nos diferentes estágios da cadeia de saúde: prevenção, diagnóstico, prognóstico e acompanhamento terapêutico (CAMPANA et al., 2011). Os médicos relataram observar os sinais clínicos para a definição do diagnóstico e tratamento, em especial os cubanos, porque nem sempre era possível realizar os exames laboratoriais solicitados.

Outro ponto levantado pelos médicos e que vem ganhando cada vez mais destaque nas pesquisas é a importância do trabalho multiprofissional em saúde para o tratamento adequado das patologias (TAVARES et al., 2012; COSTA, 2007). A necessidade de

aproximação com o nutricionista para qualificar o cuidado foi bastante referido pelos médicos, sendo que por vezes indicavam o encaminhamento do usuário para atendimento, que não garante nem a interdisciplinaridade e muito menos a transdisciplinaridade, podendo aproximar-se da multidisciplinaridade. A discussão multiprofissional da condição clínica foi referida por alguns deles, havendo relatos também de tentativas de contato do profissional médico com o nutricionista.

Há confusão pela maioria deles no labor inter, multi e transdisciplinar em saúde, mesmo que todos eles tenham reconhecido a importância de incluir outras categorias na assistência/tratamento/cuidado do usuário. Segundo Costa (2007, p. 109):

Apesar de ser teoricamente correto considerar a saúde como campo transdisciplinar, pela complexidade de seu objeto, ao observarmos os serviços de saúde que contam com atendimento de equipe multiprofissional, percebemos que a organização de serviços se faz de forma fragmentada. Não queremos fazer coincidir aqui, a terminologia trabalho em equipe multiprofissional com interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade, mas o trabalho de equipe multiprofissional pode expressar a possibilidade de integração das disciplinas científicas, pois elas se apóiam e se operacionalizam em tecnologias que se refletem no fazer cotidiano.

Dessa forma, é possível sugerir que na prática cotidiana das unidades de saúde da família as disciplinas científicas podem interagir, e que vem produzindo resultados positivos, como até referido por José Martí quando discutiu com a equipe e a nutricionista determinada condição clínica de uma usuária e por isso foi construída *a melhor orientação para o paciente*. Contudo, há que se compreender a diferença prática inter, multidisciplinar e transdisciplinar no trabalho em equipe, seja devido à complexidade de seu objeto ou como forma de relativizar e trabalhar as relações de poder implícitas na disciplinarização (COSTA, 2007).

Por fim, para sistematizar a análise das práticas propõe-se a Figura 2, a seguir, que apresenta um panorama gráfico das práticas relatadas pelos médicos do PMM distribuídas de acordo com sua relação com a promoção, prevenção e assistência/tratamento/cuidado e diagnóstico, e os sujeitos de abordagem.

Figura 2 - Práticas de atenção nutricional por sujeito de abordagem e nível de intervenção, de acordo com os relatos dos médicos do Programa Mais Médicos.

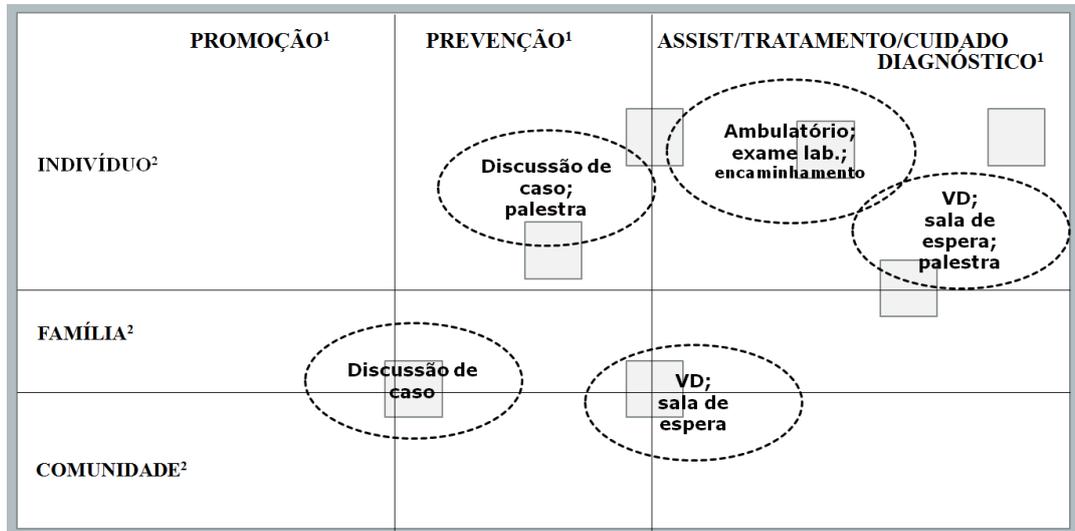


Figura construída baseada na Matriz de ações de ações de A&N na ABS (BRASIL, 2009).

Legenda:

Quadrados = Práticas

Elipse tracejada = Exemplos das práticas

VD = Visita Domiciliar

(1) Níveis de intervenção

(2) Sujeitos de abordagem

Evidencia-se nessa figura (2) que algumas práticas se repetem mesmo em lugares distintos da figura, isso porque são exemplos de práticas que se modelam de acordo com a abordagem desenvolvida relatada. Observa-se também na figura, como discutido, que elas se distanciam mais da abordagem da promoção da saúde do que da lógica ambulatorial onde produz o diagnóstico e a assistência à doença. A prevenção de doenças e agravos relacionados à alimentação e nutrição está bem presente nas práticas de AN, adentrando conjuntamente algumas práticas de tratamento, outro nível de intervenção.

Além disso, dada a importância das concepções e práticas de atenção nutricional para este trabalho, propõe-se a Figura 3, a seguir, que apresenta a distribuição da densidade tanto das concepções, em forma de círculos, como das práticas, em forma de quadrados, de acordo com os níveis de intervenção e sujeitos de abordagem presentes na matriz de ações de alimentação e nutrição para a atenção básica à saúde.

Figura 3 - Distribuição das concepções e práticas de atenção nutricional considerando os sujeitos de abordagem e níveis de intervenção, de acordo com os relatos dos médicos do Programa Mais Médicos.

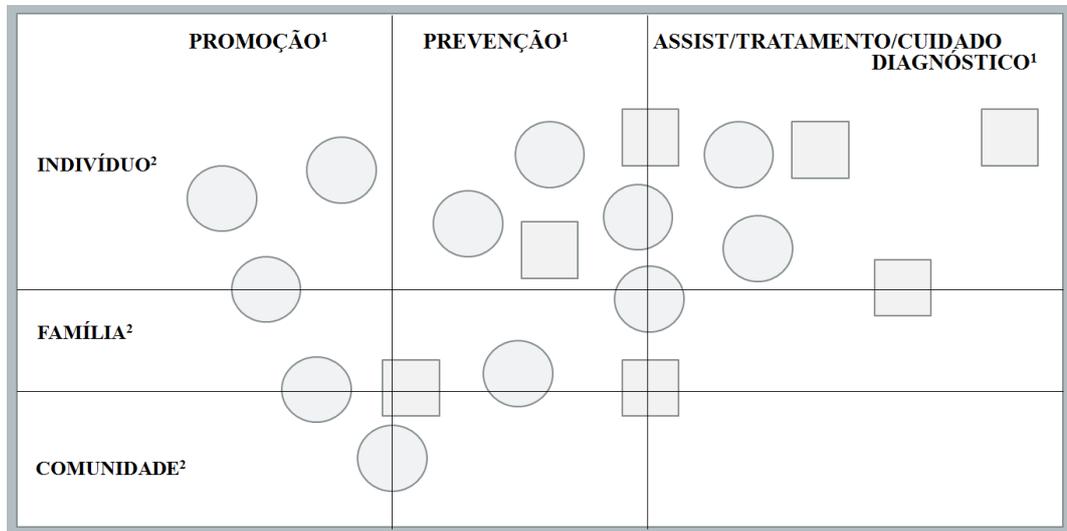


Figura construída baseada na Matriz de ações de ações de A&N na ABS (BRASIL, 2009).

Legenda:

Círculos = Concepções

Quadrados = Práticas

(1) Níveis de intervenção

(2) Sujeitos de abordagem

Assim, ao analisar essa figura (3) é possível observar que tanto as concepções como as práticas estão em sua maioria concentradas na abordagem individual, com alguns relatos que as transportam para o nível comunitário e familiar. Já com relação ao nível de intervenção as Concepções aproximam-se mais da promoção enquanto que as Práticas do diagnóstico e assistência/tratamento/cuidado. Contudo, ambas trazem elementos que chamam para a necessidade de aproximação do trabalho em saúde com os usuários e o espaço social que estão inseridos, tanto em nível familiar (já com relatos práticos) como comunitário (relatos mais tímidos comparados às demais abordagens) a fim de qualificar e ampliar o cuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando como horizonte a discussão da atenção nutricional na Atenção Básica à Saúde, o estudo investigou as concepções e práticas que médicos do PMM estão incorporando a esse título em sua atuação, a partir da perspectiva deles e em diálogo com o contexto do SUS onde estão inseridos.

Considerando a complexa malha causal que envolve a alimentação e nutrição de indivíduos e coletividades, é possível fazer algumas considerações acerca dos achados. O comportamento alimentar e as escolhas que daí decorrem, os diferentes potenciais de acesso ao alimento e as interferências do que representam a nutrição e a alimentação para a população brasileira, singulares em história, território e convivendo com várias concepções de saúde, transcendem a compreensão biologicista e procedimental da ações de A&N na rede de atenção à saúde, especialmente na atenção básica à saúde.

Os médicos entrevistados demonstraram que há necessidade de aproximar-se mais dos usuários no que tange ao cotidiano deles para apreender melhor quais necessidades e daí adequar as estratégias ao território, sendo a visita domiciliar uma das formas referidas, pela possibilidade de entrar em contato com outros aspectos que compõem o processo saúde-doença, além de compreenderem o domicílio como um espaço de educação contínua. O consumo elevado de alimentos ricos em gordura e sódio, pouca ingestão de água, dentre outras características alimentares expressadas pelos médicos, estariam, assim, intimamente relacionadas com os modos de produção da vida, não somente inferindo fisiologicamente no estado de saúde do usuário.

A ABS é sugerida como centro de comunicação da atenção à saúde, visto que aproxima os profissionais dos usuários, vice-versa, e dos reais problemas que envolvem o cotidiano do processo saúde-doença da população brasileira, conjugado pela atual dupla carga de doenças – crescente prevalências de sobrepeso/obesidade convivendo com situações de excesso e falta de qualidade alimentares.

As doenças crônicas não transmissíveis, especialmente a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, o sobrepeso, a obesidade e as doenças gastrointestinais, estavam sempre entre os primeiros problemas de saúde identificados pelos médicos quando eram questionados sobre a avaliação da situação de saúde do município. A alimentação e nutrição são, entre outros, temas prioritários para enfrentamento e superação dessa situação na promoção da saúde.

Dessa forma, poderiam compor os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis as situações de vulnerabilidade individual e familiar. Além de abordarem, especialmente os médicos cubanos, a doença que os demandava para a visita domiciliar, também falavam sobre questões relacionadas à violência, condições higiênico-sanitárias do domicílio, acesso à alimentação, a fim de que outras doenças não se instalem ou ainda para o controle das que já estão presentes.

Essa é uma postura pertinente que consegue se aproximar da complexidade que envolve a alimentação e nutrição, cujo potencial de transformação dos modos negativos de produção da saúde pode ser bem significativo. Em contrapartida, é preocupante o que pode surgir a partir daqui. Neste caso, ao identificarem o fator de risco, ele parecia ser mais elemento de correção do comportamento do outro, no qual o médico detentor do conhecimento e centralizador do cuidado doutrina o outro (mais presente na consulta em ambulatório); e menos dialógico com o território, no qual poderiam ser identificadas com o usuário quais as melhores mudanças ou incorporação de algum comportamento que poderiam, de fato, reduzir a efeito negativo na saúde do usuário, da família, do território, na dependência do grupo que está se trabalhando.

Nesse sentido, demonstraram mais proximidade com a medicina preventiva. Foram as orientações nutricionais sobre alimentação saudável e específicas para patologias em palestras, atendimento ambulatorial, visitas domiciliares, e salas de espera, que conjugavam essas práticas, se de promoção da saúde e/ou de prevenção de doenças e agravos à saúde.

Além das orientações sobre alimentação e nutrição que estavam presentes em praticamente todas as ações relatadas, a visita domiciliar, o atendimento ambulatorial, as salas de espera, a discussão de casos, palestras e “trabalhos” com o nutricionista, quando abordavam a complexa malha causal que envolve a alimentação e nutrição de indivíduos e coletividades, compõem atividades também de diagnóstico e assistência/tratamento/cuidado na atenção nutricional na ABS. Na visita domiciliar, por exemplo, identificam-se intervenções de diagnóstico, e/ou de assistência/tratamento/cuidado, e/ou de prevenção de doenças e agravos e/ou de promoção da saúde.

É possível considerar que os modos de fazer um ou outro tipo de ação incorporam à atenção nutricional alguns princípios e/ou pressupostos para sua prática. Esses foram identificados a partir de afirmações que os médicos faziam ao descreverem seu trabalho como orientadores na realização dele: antes de fazer uma orientação nutricional é preciso conhecer a realidade do usuário; há necessidade de educação em saúde cotidianamente - as orientações precisam ser repetidas diariamente; é preciso trabalhar com fatores de risco; se

faz necessário trabalhar no domicílio; o profissional precisa ser dedicado e ter amor à profissão.

Sobre a compreensão do que seria atenção nutricional, é possível verificar duas dimensões do conceito, uma que sugere relação com todos os processos que envolvem a alimentação e nutrição, logo não existiria separada da atenção integral; e outra dimensão voltada para a adequação nutricional, organizada sistemicamente para o cuidado dos indivíduos, estejam eles em coletivos ou não.

Suas práticas e concepções sugerem a integralidade da atenção, independentemente da atenção nutricional, apesar de algumas dificuldades tanto pela falta de recursos materiais disponíveis e estrutura adequada na execução das ações, como por associação do conceito de atenção nutricional à compreensão da Nutrição “biologicista”.

É nessa perspectiva que é possível entender “a falta de sentido” dos médicos cooperantes quando questionados sobre a Atenção Nutricional, conceito que para eles não poderia existir fora da atenção integral, tão necessária para atenção básica à saúde e para o enfrentamento do quadro epidemiológico do país e a problemática que o compõe. Não dá para pensar a atenção nutricional separada da compreensão gerada pela integralidade do cuidado.

A integralidade não se resume à garantia de acesso aos diversos níveis de atenção, nem pode ser confundida com a capacidade do profissional assumir todas as funções da clínica. Faz-se necessário levar em conta a constituição de equipes multiprofissionais que conjuguem a multi/inter/transdisciplinaridade capaz de “dar conta” da complexidade do processo saúde-doença que demandam os territórios, conscientes da sua interação com a produção social dos problemas de saúde coletiva.

É, nos diversos lugares onde a vida acontece, que os profissionais precisam compreender as limitações das suas possibilidades de atuação. Não basta encaminhar o usuário quando não se tem as ferramentas; é preciso interagir com outros profissionais (e com os usuários). É possível encontrar alguns relatos que refiram a interação com outro profissional para definição da melhor terapêutica, em paralelo, identificou-se confusão pela maioria dos médicos no labor interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar em saúde, mesmo que todos eles tenham reconhecido a importância de incluir outras categorias no cuidado do usuário, tendo em vista que a inclusão de outra categoria não garante esse tipo de labor.

Outro ponto pertinente às considerações que se fazem é sobre o processo investigativo desse estudo. A *Grounded Theory* configurou-se como uma abordagem

metodológica interessante e adequada ao objetivo da pesquisa, mediando o processo investigativo de caráter exploratório. Os pesquisadores vivenciaram algumas angústias dadas pela pouca exploração da realidade estudada, como também pelo desejo de não indução dos achados. Angústias que foram se resolvendo à medida que os pesquisadores se aproximavam do campo e reconheciam as interações epistemológicas que inevitavelmente ocorreram no processo “cognoscente” da pesquisa, com as leituras e experiências profissionais dos investigadores, à medida que se aproximavam “criticizando” o objeto cognoscível.

Acredita-se que essa interação faz parte da busca pela compreensão e explicação do fenômeno a partir dos dados coletados, à medida que os pesquisadores, a todo momento, esforçaram-se para trazer no processo de construção das categorias conceituais o fenômeno sob a perspectiva dos entrevistados, e é consciente de que já possui outros referenciais teórico-práticos a respeito do que está investigando. Dessa forma, utiliza esses referenciais à medida que dialoga com os dados para melhor explorá-los e, durante a análise, compreendê-los.

Diante do exposto, e assumindo a atenção básica à saúde como espaço privilegiado para o enfrentamento dos problemas crônicos de saúde, observar o campo de práticas de alimentação e nutrição a partir do conjunto de ações e princípios emergidos dos profissionais que estão realizando-as, é dar visibilidade ao que está pulsando nesse campo no cotidiano dos serviços. O reconhecimento da atenção nutricional na ABS enfrenta dificuldades históricas e socialmente determinadas por práticas de saúde cartesianas, próprias do processo de constituição da saúde pública no Brasil (modelos de atenção) como também das dificuldades na luta pelo direito humano à alimentação adequada e saudável.

A Política Nacional de Promoção da Saúde já incluiu dentre os temas prioritários a alimentação adequada e saudável, que compreende promover ações visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. O Programa Mais Médicos demonstrou poder colaborar na promoção da integralidade da atenção nutricional no cotidiano dos serviços, à medida que a alimentação e nutrição passam a ser menos um tabu ou orientação nutricional para o outro, e mais ferramenta para a produção da saúde, da vida com o outro.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, B. K. G.; ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 3, p. 319-326, jul./set., 2007.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, Supl. 1, p. 20-31, jun. 2007
- AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 261f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 1975.
- AZEVEDO, E. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 6, p. 717-723, 2008.
- BOOG, M. C. F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-272, set./dez., 1999.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Pacto Nacional Pela Saúde. Mais Médicos para o Brasil. Mais Saúde para Você. Brasília, DF, 2013a.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF, 2013b.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).. Brasília, DF, 2014a
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília, DF, 2009.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde – PnaPS. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006..Brasília, DF, 2014b.
- CAMPANA, G. A.; OPLUSTIL, C. P.; FARO, L. B. Tendências em medicina laboratorial. **J Bras Patol Med Lab.**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 399-408, agosto 2011.

CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS... A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993.

CASSIANI, S. H. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev. Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 75-88, dezembro, 1996.

DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); Conselho Federal de Medicina (CFM), São Paulo, SP, 2011.

DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL. Cenários e indicadores de distribuição. Relatório de Pesquisa. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); Conselho Federal de Medicina (CFM). v. 2. São Paulo, SP, 2013.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, Barbacena, ano V, n. 8, p. 107-124, jun. 2007

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. (revisada e atualizada) In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

DANTAS, C. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S.; STIPP, M. A. C. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 573-579, jul./ago., 2009.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **R. RA E GA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. UFPR.

FONSECA, A. B.; SOUZA, T. S. N.; FROZI, D. S.; PEREIRA, R. A. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3413-3419, 2011.

FREIRE, P. *À Sombra desta Mangueira*. 5. ed. São Paulo: Olho d'Água, 2003.

_____. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2010.

JAIME, P. C.; SILVA, A. C. F.; LIMA, A. M. C.; BORTOLINI, G. A. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, Dec., 2011.

JUNQUEIRA, T. S.; COTTA, R. M. M. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1459-1474, 2014.

LEMOS, J. O. M.; MOREIRA, P. V. L. Políticas e Programas de Alimentação e Nutrição: Um Passeio pela História. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 4, p. 377-386, 2013.

LESSA, M. Nutrição na Atenção Básica: uma visão integrada. In: ENCONTRO NACIONAL DA REDE DE NUTRIÇÃO NO SUS. 2008. Brasília, DF. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, DF, 2008..

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T. P.; SANTOS, M. A. S.; ANDRADE, S. S. C. A.; SILVA, M. M. A. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-390, abr./jun. 2016.

MARANDOLA JR., E. Novo olhar sobre o espaço: território e vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup. 4: S475-S501, 2007.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária a Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, RJ, 2009.

MAZOCCO, L. **Avaliação de estratégia de educação nutricional em Unidade de Alimentação e Nutrição**. 2015. 148f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

MEDEIROS, M. A. T. **Desafios do campo da alimentação e nutrição na Atenção Básica**. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. (Coord.). Mudanças alimentares e educação nutricional - (Nutrição e Metabolismo). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 173-180.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.621-626, Mar., 2012.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **O Território na Promoção e Vigilância em Saúde**. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. A. (Orgs.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NICO, L. S.; BOCCHI, S. C. M.; RUIZ, T.; MOREIRA, R. S. A Grounded Theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 789-797, jun., 2007.

NÓBREGA-TERRIEN, S. M.; SOUZA, P. M. M.; PINHEIRO, F. M. C.; CASTRO, V. S. Formação para a Estratégia Saúde da Família na Graduação em Medicina. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 112-118, 2015.

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRIÇÃO (OPSAN). Projeto: Inserção das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde. Reunião com as Referências Estaduais em Alimentação e Nutrição. Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

PENTEADO, R. Z.; CHUN, R. Y. S.; SILVA, R. C. Do Higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 9-17, abril, 2005.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-5567,. 2003.

_____. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PINTO, M. R.; SANTOS, L. L. S. A Grounded Theory como abordagem metodológica: relatos de uma experiência de campo. **O&S**, Salvador, v. 19, n. 62, p. 417-436, Julho/Setembro, 2012.

RAMOS, N. F. S. **O Nutricionista da Atenção Básica à Saúde do Distrito Federal: um olhar sobre si mesmo e as ações de atenção nutricional**. 2011. 113f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

ROCHA, E. M. B. et. al. Situação nutricional de crianças em município de privilegiado Índice de Desenvolvimento Humano do semiárido brasileiro e sua relação com Insegurança Alimentar. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 17-29, 2012.

RODRIGUÉZ, C. A.; CASSIAS, A. L.; KOLLING, M. G. Proposta de um Programa para a Formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 40-48, 2008.

RECINE, Elisabetta; MORTOZA, Andrea Sugai. Consenso sobre habilidades e competências do nutricionista no âmbito da saúde coletiva. Brasília: **Observatório de Políticas de Segurança e Nutrição**, 2013.

SANTOS, S. M. C. **Fome de Cidadania: O Comunidade Solidária e a Participação em Programas de Nutrição em Municípios Baianos**. Tese (Doutorado) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2001.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic, Saúde, Educ, Botucatu**, v. 7, n. 12, p. 101-22, fev. 2003.

SILVA, A. C. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 23, p. 86-107, 1995.

SILVA, R. P.; BARCELOS, A. C.; HIRANO, B. Q. L.; IZZO, R. S.; CALAFATE, J. M. S.; SOARES, T. O. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19 Supl., p. 1005-14, 2015.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M.. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, out. 2009.

TAVARES, S. O.; VENDRÚSCOLO, C. T.; KOSTULSKI, C. A.; GONÇALVES, C. dos S. Interdisciplinaridade, multidisciplinaridade ou transdisciplinaridade. **5ª Interfaces no fazer psicológico: direitos humanos, diversidade e diferença**. UNIFRA: Santa Maria, maio 2012.

TEIXEIRA, E. Tratamento e cura: as alternativas de assistência à saúde. (Resenha de livro) **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, p. 193-197, jul. 1995.

VASCONCELOS, A. C. C. P.; PEREIRA, I. D. F.; CRUZ, P. J. S. C. Práticas educativas em Nutrição na Atenção Básica em Saúde: reflexões a partir de uma experiência de extensão popular em João Pessoa-Paraíba. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 334-340, jul./set. 2008

VASCONCELOS, I. A. L.; SOUSA, M. F.; SANTOS, L. M. P. Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: a contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família de 2007 a 2013. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 28, n. 4, p. 431-450, jul./ago., 2015

VIANA, A. L. D. Financiamento da saúde: impasses ainda não resolvidos. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 599-612, 2008.

VIEIRA, C. M. **Ações de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde: institucionalização e desafios.** Exercício didático para participação da autora em concurso público. Rede SANS, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen, 1998.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturado para médicos do Programa Mais Médicos (específico) – 1º e 2º anos⁵

Dados de identificação

Data: / /

Nome do (a) entrevistado (a): _____

Idade: _____ Telefone de contato: () _____ Município que atua: _____

Unidade de Saúde da Família de Referência: _____

Entrevistador (a): _____

Apresentação do propósito da entrevista e acordos (tempo, gravação e utilização do material produzido).

BLOCO I – Experiências do profissional acerca da Atenção Nutricional na Atenção Básica

1. O (a) senhor (a) conhece a situação de saúde e nutrição do seu município e território?
2. Tem trabalhado com atenção nutricional na atenção básica? Como tem sido?
3. Tem tido facilidades e dificuldades para desenvolver seu trabalho em atenção nutricional na atenção básica? Como tem lidado com elas?
4. O que influencia seu trabalho, e que princípios e pressupostos o orientam?
5. Participou de algum treinamento e/ou capacitação para operacionalização do elenco de atividades específicas na área de alimentação e nutrição na atenção básica? Avalie-o (a).
6. O (a) senhor (a) trabalha com nutricionista na atenção básica? Trabalhou? Gostaria de trabalhar? Como tem sido?

BLOCO II – Compreensão do conceito

Como o (a) senhor (a) definiria a atenção nutricional na atenção básica?

BLOCO III – Abertura para “o não dito”

Gostaria de acrescentar algo sobre a sua experiência com a atenção nutricional na atenção básica que talvez tenha nos passado despercebido durante a entrevista?

⁵ No segundo ano da pesquisa não foram feitas todas as perguntas aos médicos que estavam respondendo pela segunda vez o questionário, adequando-as de acordo com a necessidade de ênfase em uma ou outra questão (detalhes na metodologia).

APÊNDICE B - Lista de identificação dos entrevistados

- Médico 1 – José Martí (nome escolhido pelo médico), sexo masculino, natural de Cuba, 44 anos de idade – Especialista em medicina geral e integral.
- Médico 2 – Fina García-Marruz (nome escolhido pela médica), sexo feminino, natural de Cuba, 42 anos de idade – Especialista em medicina geral e integral, oftalmologia, pediatria clínica, osteologia, pé diabético e mestrado ciclo de vida adulto maior.
- Médica 3 - Carilda Oliver Labra (nome escolhido pela médica), sexo feminino, natural de Cuba, 53 anos de idade – Especialista em atenção integral a saúde da mulher, em Nutrição e alimentação, e experiência em docência no curso de Medicina em Cuba.
- Médico 4 – Gertrudis Gómez de Avellaneda (nome escolhido pela médica), sexo feminino, natural de Cuba, 51 anos de idade – Especialista em medicina geral e integral e experiência em docência no curso de Medicina em Cuba.
- Médico 5 – Gabriel Garcia Marquez (nome escolhido pelo médico), sexo masculino, natural de Cuba, 47 anos de idade – Especialista em medicina geral e integral.
- Médico 6 – Nísia Floresta (nome escolhido pela pesquisadora), sexo feminino, natural do Brasil, 29 anos de idade – Sem pós-graduação anterior à inserção ao Programa Mais Médicos.
- Médico 7 – Manuel de Barros (nome escolhido pela pesquisadora), sexo masculino, natural do Brasil, 30 anos de idade – Sem pós-graduação anterior à inserção ao Programa Mais Médicos.

ANEXO A - Roteiro de entrevista semiestruturado para médicos do Programa Mais Médicos (Projeto nacional) – 1º ano



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

“ Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde” .

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Data: ___/___/___

Município: _____

Estado: _____

Pesquisador: _____

Entrevistado _____

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Qual a sua cor/raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena

Formação profissional:

Tem Pós graduação? Não () Sim () especialização () mestrado () doutorado

ANTES DE INICIAR A ENTREVISTA TEM QUE TER ASSINADO O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sobre aspectos motivacionais e do processo do trabalho.

1. Qual é o motivo que levou você a participar do Programa mais médicos?
 - a. Explore com experiência profissional anterior
 - b. Explore o que conhecia sobre o Brasil (nesse caso, se o profissional for brasileiro, perguntar se conhecia o município em que está trabalhando)
 - c. Explore as experiências de outras missões, se tiver (se o médico for brasileiro perguntar se este é seu primeiro trabalho ou se já trabalhou em outro programa, ou município, que outra experiência profissional como médico ele já teve)
2. Quantas horas você trabalha nesta unidade por dia? Como divide sua carga horária de trabalho? (Explore: atendimento ambulatorial, educação em saúde, formação, planejamento/reunião em equipe etc)
3. Quantos pacientes você atende em média, por dia?
4. Em média, quanto tempo você fica com cada paciente?

5. Você faz visita domiciliar?
 - a. Explore quando, quantas visitas faz, quem pediu, por que faz.
6. Qual sua avaliação sobre a situação de saúde e doença deste município?
7. Este perfil de saúde doença da população do município é aquele que você esperava?
 - a. Explique
8. Você considera que a situação de vulnerabilidade social da população tem comprometido o desenvolvimento do seu trabalho?
 - a. Em caso positivo, explore como.

Sobre aspectos logísticos e relacionais

9. Qual sua avaliação sobre a organização dos serviços de saúde do município?
10. Como você avalia seu trabalho junto a equipe do SF
11. Como você avalia sua relação de trabalho com os gestores e os outros profissionais de saúde que integram a equipe de saúde da unidade?
12. Qual sua avaliação sobre a comunicação entre os profissionais de saúde, gestores e usuários?
13. Quando você precisa de transporte, ou material de consumo, equipamentos, para realizar o seu trabalho quem você procura? Tem sido atendido?
14. Qual sua avaliação sobre a infraestrutura desta unidade e se ela está adequada para o desenvolvimento de seu trabalho. Explique.
15. Quais as principais dificuldades para sua atuação na unidade?

Sobre o funcionamento da rede do SUS.

16. E quanto ao SUS e sua rede de serviços, qual sua avaliação? (se esta avaliação tiver sido já colocada nas respostas das duas questões anteriores.... nesta questão busque explorar (se não tiverem sido ressaltados) aspectos mais amplos e não locais sobre o SUS... explorar o funcionamento da rede e da integração com os serviços de média e alta complexidade para garantia da integralidade da atenção a saúde)
 - a. Explore aspectos de infraestrutura e o seu funcionamento em redes.
 - b. Explore a integração com outros profissionais e equipes (odontólogos, farmacêuticos, psicólogos etc)
17. Quando necessário, o paciente consegue fazer os exames que você solicita?
18. Quando necessário, o paciente recebe em tempo todos os medicamentos prescritos?
19. Você considera que o elenco de medicamentos disponibilizado nesta unidade é satisfatório em relação aos problemas de saúde dos pacientes atendidos nesta unidade?
20. Quando você encaminha o paciente para outro serviço ele tem sido atendido? Você tem esta informação?
21. O paciente retorna para nova consulta depois deste encaminhamento?
22. Você tem conseguido acompanhar seus pacientes com diagnósticos de doenças crônicas?

Sobre as expectativas e percepções sobre o Programa Mais Médico

23. (Diante de todos estes aspectos que você considerou) Como você avalia hoje o trabalho que está desenvolvendo nesta unidade de saúde?
24. O Programa Mais Médicos vem atendendo às suas expectativas?. Explique
25. Como você avalia as condições materiais para viver e se manter neste município? (tanto para os cubanos como para os brasileiros. Explore: habitação, alimentação, transporte etc)
26. Está participando do curso de especialização/aperfeiçoamento? Caso sim, como tem sido a experiência e se tem dificuldades
27. Quais as suas expectativas com relação à continuidade do programa Mais Médico e a sua permanência nele?

28. Melhoraria alguma coisa do programa?
29. Você recomendaria a algum amigo médico para participar do programa? (Tanto para amigos brasileiros como estrangeiros)

Contato do Médico (Email): _____

Nome do arquivo onde foi gravada a entrevista: _____

ANEXO B - Roteiro de entrevista semiestruturado para médicos do Programa Mais Médicos (Projeto nacional) – 2º ano



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

“ Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde” .

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Data: ___/___/___

Município: _____

Estado: _____

Pesquisador: _____

Entrevistado _____

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Qual a sua cor/raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena

Formação profissional:

Tem Pós graduação? Não () Sim () especialização () mestrado () doutorado

E a mesma pessoa que foi entrevistada na primeira fase? (preencher o pesquisador)

Sim: ___ Não: ___

Tempo de atuação no município: _____ **Tempo de atuação na USF em exercício:** _____

ANTES DE INICIAR A ENTREVISTA TEM QUE TER ASSINADO O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sobre como avalia a situação de saúde do Município

30. Qual sua avaliação sobre a situação de saúde e doença deste município?

31. Houve mudanças no processo de saúde doença da população atendida nesta unidade?

Sobre aspectos logísticos e relacionais

32. Qual sua avaliação sobre a organização do sistema de serviços de saúde do município? Por quê?

33. Depois do tempo transcorrido, como você avalia seu trabalho junto a equipe do SF? Por quê?

34. Como você avalia sua relação de trabalho com os gestores? Houve mudanças? Por quê/Quais?

35. Como você avalia sua relação de trabalho com os NASF? Houve mudanças? Por quê/Quais?
36. Qual sua avaliação sobre a comunicação entre os profissionais de saúde, gestores e usuários? Houve alguma mudança no processo de comunicação desde a sua chegada na unidade? Por quê/ Quais/ Como?
37. Quando você precisa se deslocar, ou precisa material de consumo, equipamentos, você tem sido atendido em suas demandas? Como?
38. Em sua avaliação a infraestrutura desta unidade está adequada para o desenvolvimento de seu trabalho? Explique.

Sobre o funcionamento da rede do SUS.

39. E quanto ao SUS e sua rede de serviços, qual sua avaliação? (se esta avaliação tiver sido já colocada nas respostas das duas questões anteriores.... nesta questão busque explorar (se não tiverem sido ressaltados) aspectos mais amplos e não locais sobre o SUS... explorar o funcionamento da rede e da integração com os serviços de média e alta complexidade para garantia da integralidade da atenção a saúde)
 - a. Houve mudanças nos últimos meses na infraestrutura? Quais?
 - b. Houve mudanças na integração com outros profissionais (odontólogos, farmacêuticos, psicólogos etc)? Como/ Quais?
40. Quando necessário, o paciente consegue fazer os exames que você solicita? Houve mudanças desta situação em seu tempo de atuação?
41. Quando necessário, o paciente recebe em tempo todos os medicamentos prescritos? Houve mudanças nesta situação desde que chegou à equipe saúde da família? Quais?
42. Você considera que o elenco de medicamentos disponibilizado nesta unidade é satisfatório em relação aos problemas de saúde dos pacientes aqui atendidos? Houve mudanças no elenco desde que chegou à equipe saúde da família? Em caso positivo, explore as mudanças.
43. Se não é satisfatório, quais medicamentos você considera que deveriam ser solicitados?
44. Existem medicamentos disponíveis nesta unidade que não são utilizados?
45. Quais seriam estes? (listar)
46. Qual o mecanismo utilizado no município para fazer encaminhamentos à capital do Estado ou outros serviços de saúde?
47. Quando você encaminha o paciente para outro serviço ele tem sido atendido? Você tem esta informação?
48. Quais mudanças tem percebido no sistema de referência e contrarreferência no município?
49. Como você avalia o funcionamento da rede do SUS?
50. Houve mudanças no funcionamento do SUS desde a sua chegada? Quais?

Sobre as expectativas e percepções sobre o Programa Mais Médico

51. (Diante de todos estes aspectos que você considerou) Como você avalia hoje o trabalho que está desenvolvendo nesta unidade de saúde?
52. O Programa Mais Médicos vem atendendo às suas expectativas? Explique
53. As suas expectativas com relação ao programa Mais Médicos mudaram desde que você está neste município? Por quê?
54. Como você avalia as condições materiais para viver e se manter neste município? (tanto para os cubanos como para os brasileiros. Explore: habitação, alimentação, transporte etc).
55. Houve mudanças nestas condições desde que você está no município? Quais?
56. Está participando do curso de especialização/aperfeiçoamento? Caso sim, comente se houve mudanças na sua experiência de participação no curso nos últimos tempos

(relacionada ao acesso a internet, ao vínculo com os docentes, aos tempos para apresentar trabalhos... etc) Já concluiu? Em caso de conclusão, registrar quando.

57. Quais as suas expectativas com relação à continuidade do programa Mais Médicos e a sua permanência nele?

58. Que aspectos você gostaria de modificar no programa? Por quê?

Contato do Médico (Email): _____

Nome do arquivo onde foi gravada a entrevista: _____

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E COMITÊ DE ÉTICA EM PEQUISA
TELEFONE (061) 3107-1947 E-mail: cepfs@unb.br <http://fs.unb.br/cep/>

Termo de consentimento livre e esclarecido e de utilização do som de voz para fins de pesquisa

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “Avaliação da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil”. O objetivo desta pesquisa é avaliar a implementação do Projeto, permitindo estudar a linha de base e as repercussões desta iniciativa, visando a sua ampliação e/ou aperfeiçoamento. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será por meio de entrevistas que serão gravadas e posteriormente transcritas para análise por pesquisadores experientes na metodologia qualitativa, quando ocorrerá a sistematização dos seus conteúdos. Você será visitado no futuro no município onde vai atuar como médico. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, Ministério da Saúde e CONASEMS, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Autorizo também a utilização do som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) na pesquisa. Meu som de voz pode ser utilizado apenas para análise por parte da equipe de pesquisa. Tenho ciência de que não haverá divulgação do som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitada acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr(a). Leonor Pacheco na Universidade de Brasília, telefone: (61) 3107-1951, no horário: 08:00hs às 22:00h. Alternativamente pelo

celular (61) 9161-2440. Esta pesquisa foi Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947. Este documento foi elaborado em duas vias uma ficará com o pesquisador responsável e outra com você.

Brasília, 10 de setembro de 2013.

Leonor Maria Pacheco Santos

_____, ____ de _____ de 20__.

Nome do Participante de Pesquisa (legível) Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do pesquisador

ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética

	FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - CEP/FS-UNB													
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP														
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA														
Título da Pesquisa: Avaliação da implementação do "Projeto Mais Médicos para o Brasil"														
Pesquisador: leonor maria pacheco santos														
Área Temática:														
Versão: 1														
CAAE: 21688313.9.0000.0030														
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília														
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio														
DADOS DO PARECER														
Número do Parecer: 399.461														
Data da Relatoria: 10/09/2013														
Apresentação do Projeto:														
<p>O Brasil assistiu a um crescimento do número de médicos, porém o fenômeno foi marcado por profundas desigualdades tanto na distribuição geográfica como na inserção nos setores público e privado da saúde. Atualmente pelo menos 700 dos 5.564 municípios brasileiros não contam com nenhum médico em atividade. Em 8 de julho de 2013 foi publicada a Portaria Interministerial No 1.369, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação. Esta pesquisa quali-quantitativa tem como objetivos realizar uma avaliação ex-ante da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil; mapear a distribuição nacional dos médicos incorporados ao SUS pelo Projeto, segundo perfil epidemiológico e demanda estruturada dos municípios; analisar a evolução dos serviços de atenção à saúde prestados à população e o progresso de alguns indicadores de internações por condições sensíveis à atenção primária, nos municípios onde não havia médicos, num período de dois anos, empregando, como grupo controle, os municípios que continuarem sem médicos; estudar a motivação e o grau de aderência dos profissionais estrangeiros ao Projeto; avaliar in loco das condições de infraestrutura de trabalho em municípios selecionados que receberam os médicos estrangeiros; investigar a aceitabilidade e repercussão do Projeto junto aos usuários do SUS, Conselho Municipal de Saúde, profissionais de saúde e o gestor municipal nos municípios selecionados; analisar a forma e o</p>														
<table border="0"> <tr> <td colspan="3">Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Asa Norte</td> <td>Município: BRASILIA</td> <td>CEP: 70.910-900</td> </tr> <tr> <td>UF: DF</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (61)3107-1947</td> <td>Fax: (61)3307-3799</td> <td>E-mail: cepfs@unb.br</td> </tr> </table>			Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro			Bairro: Asa Norte	Município: BRASILIA	CEP: 70.910-900	UF: DF			Telefone: (61)3107-1947	Fax: (61)3307-3799	E-mail: cepfs@unb.br
Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro														
Bairro: Asa Norte	Município: BRASILIA	CEP: 70.910-900												
UF: DF														
Telefone: (61)3107-1947	Fax: (61)3307-3799	E-mail: cepfs@unb.br												
														
Página 01 de 04														



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 399.481

conteúdo os marcos jurídicos e legais. A coleta de dados envolverá análises epidemiológicas de dados secundários referentes à linha de base e um período de seguimento de 24 meses; estudo de caso longitudinal com médicos selecionados na linha de base e que serão visitados em campo nos municípios onde estarão atuando até 24 meses após o início do Projeto; pesquisa documental para análise da estrutura normativa. É relevante planejar a avaliação ex-ante da implementação deste Projeto, considerando o estudo da linha de base e as repercussões da iniciativa, visando contribuir para o aperfeiçoamento desta política pública.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil no período de 2013 a 2015.

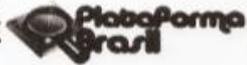
Objetivo Secundário:

- 1 - Mapear nacionalmente a distribuição de médicos brasileiros, intercambistas e cooperantes incorporados ao SUS gradualmente, em função do Projeto, segundo perfil epidemiológico e a demanda estruturada dos municípios
- 2 - Analisar a evolução dos indicadores de serviços de atenção à saúde prestados à população no âmbito da Atenção Primária após a implementação do Projeto nos municípios onde não havia médico
- 3 - Analisar a evolução de indicadores de internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre a população dos municípios onde não havia médico após a implementação do Projeto
- 4 - Analisar a evolução dos indicadores de serviços de atenção à saúde e das internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre a população, após a implementação do Projeto, empregando, como grupo controle, os municípios que continuarem sem médicos
- 5 - Analisar a motivação inicial da adesão dos médicos cooperantes ao Projeto
- 6 - Investigar o grau de aderência dos médicos cooperantes e a sua avaliação sobre as condições sociais, sanitárias e institucionais para o desempenho do trabalho pretendido ao Projeto e fatores determinantes, por meio de duas visitas de seguimento em municípios participantes que receberam

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 399.461

o grupo de médicos cooperantes incluídos no Estudo de Caso

7 - Avaliar in loco as condições de infraestrutura de trabalho em municípios participantes que receberam o grupo de médicos cooperantes incluídos no Estudo de Caso

8 - Investigar a aceitabilidade do Projeto junto aos usuários, Conselho Municipal de Saúde; profissionais de saúde locais e gestor municipal em municípios participantes que receberam o grupo de médicos cooperantes incluídos no Estudo de Caso.

9 - Analisar a forma e o conteúdo dos marcos jurídicos e legais do Programa e do Projeto

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apesar da pesquisador não referir riscos diretos, cabe salientar que deve haver cautela quanto ao sigilo, privacidade e confidencialidade nos procedimentos, salvo nas exceções previstas no protocolo de pesquisa.

Não há benefícios diretos aos voluntários. Há benefícios indiretos previstos, como o aperfeiçoamento do Programa Mais Médicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos solicitados pelo CEP-FS, em conformidade com as resoluções específicas. O TCLE está claro e em forma de convite. Todos os documentos estão devidamente assinados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br





FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 399.461

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária do CEP-FS reconhece a relevância do Protocolo de Pesquisa e encaminha pela aprovação do estudo.

BRASILIA, 18 de Setembro de 2013

Assinado por:
Natan Monsore de Sá
(Coordenador)



Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br