

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
Curso de Graduação em Nutrição

PAULINE MÜLLER PACHECO

Entendimentos e Percepções da Atuação do Nutricionista em Atenção Primária:
uma visão a partir do olhar do usuário do SUS

Porto Alegre, 2009

PAULINE MÜLLER PACHECO

Entendimentos e Percepções da Atuação do Nutricionista em Atenção Primária:
uma visão a partir do olhar do usuário do SUS

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de
Nutrição da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maurem Ramos

Porto Alegre, 2009

PAULINE MÜLLER PACHECO

**Entendimentos e Percepções da Atuação do Nutricionista em Atenção
Primária: uma visão a parti do olhar do usuário do SUS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de
Nutrição da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, de dezembro de 2009.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Nutrição, elaborado por Pauline Müller Pacheco, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Profª. Drª. ----- (Instituição)

Prof. Dr. ----- (Instituição)

Prof. Dr. ----- (Instituição)

Prof. Dr. ----- Orientadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os comentários relevantes, pertinente e motivadores, que vieram dos amigos, colegas, namorado, família e professores.

Agradeço aos mesmos amigos, colegas, namorado, família e professores que entenderam minhas ausências e momentos difíceis.

Às amigas revisoras deste trabalho.

À Mayna e Tia Léo, que o leu muitas vezes para que este chegasse até aqui. À Tia Léo, mais uma vez, por ser minha principal incentivadora, pois da análise às considerações finais, estive ao meu lado.

À Professora Doutora Maurem Ramos, minha orientadora, por acreditar na minha curiosidade científica e conduzir este trabalho.

A todos os sujeitos da pesquisa que forneceram suas considerações preciosas, aos nutricionistas e coordenadores, que concordaram em ter suas unidades de saúde participando dessa pesquisa.

A todas as manifestações divinas, que me dão fé, amor e força todos os dias, elementos que me permitiram construir este trabalho e por isso também fazer parte dele.

EPÍGRAFE

Em minha dialógica, nenhum elemento destrói o outro. É dessa forma que assumo o problema. Assumo mesmo a contradição entre uma curiosidade que me leva à dispersão e a necessidade de me reconcentrar para produzir o fruto de minha experiência e de meu pensamento...

(MORIN, 1999)

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo conhecer a percepção dos usuários do SUS sobre a atuação dos nutricionistas em atenção primária, além de identificar se o usuário reconhece o trabalho do nutricionista como importante para a sua saúde e também identificar as suas expectativas em relação ao mesmo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas individual com usuários de Unidades Básicas de Saúde, com atendimento ou não com o nutricionista da unidade. As entrevistas foram transcritas e realizada uma análise textual discursiva. O nutricionista foi corretamente associado ao alimento e a alimentação e nutrição, entretanto os limites de sua atuação são tênues apontando para uma fraca identidade profissional. O trabalho desenvolvido foi avaliado sempre positivamente e reconhecido como importante para a saúde dos usuários. As expectativas da prática apontam para a necessidade de um atendimento humanizado e integral, com mais ações voltadas para o coletivo – comunidade e trabalho em equipe-, concordando com as políticas de saúde vigentes. Sugere-se que para alcançar as expectativas depositadas pelos usuários e avançar no processo de profissionalização, são necessários a escuta e observação das demandas, reavaliando o processo de formação e o cotidiano da prática, com vistas aos novos paradigmas da atenção básica e da promoção da saúde.

Palavras-chave: Nutricionista. Atenção Primária à Saúde. Percepção. Participação do Paciente. Relações Profissional-Paciente.

ABSTRACT

The aim of this paper is to find out the perception of the users of the Health Unified System (SUS) about the role of nutritionists in primary health care, besides identifying if the user recognizes the importance of the work of the nutritionist for his/her health and also verify what are their expectations in relation to it. Semi-structured individual interviews were applied to users of Primary Health Units, under follow up or otherwise with the unit nutritionist. The interviews have been transcribed and submitted to a discursive textual analysis. The nutritionist has been correctly associated to food, feeding and nutrition, although the boundaries of their field of action are subtle, suggesting a weak professional identity. The work developed has always been positively evaluated and recognized as important for the users' health. The expectations related to the practice point to the need of a humanized and integral care, including more actions for the collectivity – community and team work-, in accordance with present health policies. To meet users' expectations and advance in the professionalization process it will be necessary to listen and to fulfill the demands, as well as assess the education process and the daily practice, taking into account the new paradigms of primary care and promotion of health.

Key words: Nutritionist. Primary Health Care. Perception. Patient Participation. Professional-Patient Relations.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABS – Atenção Básica em Saúde
- CFN – Conselho Federal de Nutricionistas
- DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis
- DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- HIV – *Human Immunodeficiency Virus*
- NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
- PSF – Programa de Saúde da Família
- RS – Rio Grande do Sul
- SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
2.1 Saúde Coletiva e Saúde Pública	10
2.2 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária	12
2.3 O Nutricionista e a Atenção Primária	13
2.4 O Usuário da Atenção Primária do SUS	16
2.5 A Profissionalização do Nutricinista e o Usuário	18
3 JUSTIFICATIVA	22
4 OBJETIVOS	23
4.1 Objetivo Geral	23
4.2 Objetivos Específicos	23
5 PROCESSOS METODOLÓGICOS	24
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
6.1 O Nutricionista e Suas Interfaces na Perspectiva do Usuário do SUS	27
6.1.1 Como o seu Papel Profissional é Percebido	27
6.1.2 Características Atribuídas a Profissão do Nutricionista	31
6.1.3 A Prática Social do Nutricionista	33
6.2 Importância do Nutricionista em Atenção Básica	35
6.3 Expectativas da Prática Social do Nutricionista	38
6.4 Limitações do Estudo e Propostas Para Estudos Futuros	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA	52
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	53

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende trazer a visão do usuário do SUS sobre a atuação do profissional nutricionista na atenção básica em saúde. As inferências produzidas - através da discussão realizada a partir dos dados obtidos e da revisão bibliográfica - dirão respeito às percepções dos usuários nas unidades estudadas da rede básica de saúde de Porto Alegre, durante o período de realização do mesmo.

A revisão bibliográfica apóia as reflexões propostas no trabalho, primeiramente com um breve relato sobre os conceitos de saúde pública e saúde coletiva, que trazem no seu entremeio a história e os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desses preceitos, abordamos, num segundo momento, a atenção primária em saúde como um dos níveis de assistência do SUS, inserido no modelo proposto de saúde como a principal estratégia em contraposição ao modelo “hospitalocêntrico”, predominante no antigo modelo de saúde do país. Com uma base do que é atenção primária, abordamos na terceira parte como o nutricionista se insere neste nível de atenção do sistema. Na quarta parte da revisão bibliográfica, foi abordado o perfil dos usuários do SUS, bem como uma série de estudos que tratam sobre a opinião deles sobre o atendimento e o sistema. Por fim, encontram-se alguns conceitos sobre profissionalização e os seus aspectos que envolvem o reconhecimento da sociedade. Os estudos foram selecionados focando apenas na atenção primária, visto que estudos específicos sobre a percepção do usuário sobre o trabalho dos nutricionistas neste nível de atenção não foram encontrados.

Em seguida, destaco os objetivos e a metodologia utilizada para coleta e elaboração dos dados. A análise das falas dos usuários entrevistados para esta pesquisa são apresentadas e discutidas no item 6. Nas considerações finais, trazemos uma compilação dos resultados encontrados e os principais frutos das discussões abordadas, bem como as expectativas das repercussões do trabalho e orientação de uma continuidade para o mesmo.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Apresenta-se, aqui, a base teórica deste trabalho, conceitos e idéias necessários para pensar os objetivos e resultados apresentados posteriormente.

2.1 Saúde Coletiva e Saúde Pública

A saúde pública tem origem na implementação de medidas sanitárias por parte das organizações governamentais, onde saúde se traduz como um processo de disciplinamento dos corpos e constituição de intervenções sobre os sujeitos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). O objetivo era o controle de epidemias, as quais atingiram grande significância a partir da Revolução Industrial, com o crescimento e urbanização das cidades, aglomeração de pessoas e pouco ou nenhum recurso de higiene e saneamento básico (PALMA, 2003). Por isso, privilegia ações profiláticas como saneamento e imunização, destinadas principalmente aos pobres e setores excluídos da população (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Este modelo, também adotado no Brasil, tem no nosso país um episódio emblemático em 1904, que exemplifica o processo. Nesse ano, foi instituída a vacinação obrigatória contra a varíola, organizada pelo sanitário Oswaldo Cruz, na época, chefe do Departamento Nacional de Saúde Pública. A vacinação compulsória foi apenas o estopim político que desencadeou a Revolta da Vacina, no Rio de Janeiro – capital do país na época. Inúmeros problemas atingiam a população, tais como o desemprego, reforma urbana e alto custo de vida, provocando alto grau de insatisfação das pessoas (PALMA, 2003).

Com a ascensão do neoliberalismo, adotado pelos países capitalistas no período Pós-Guerra Fria, a saúde pública sofreu uma crise; entre outros fatores, pela política de Estado mínimo – no qual esse se desobriga do bem-estar social da população -, em um modelo de saúde que enfocava a doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu então, uma reflexão articulada sobre uma "Nova Saúde Pública". O contexto de crise não era privilégio da área da saúde, pois, paralelamente, os Estados se organizavam em reformas político-ideológicas em todas as áreas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

No âmbito da América latina, nos últimos trinta anos desenvolveu-se, com base nesses novos

paradigmas e propostas de ação, formulados a partir da constatação da crise, um movimento denominado “saúde coletiva” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Nunes (1996) descreveu que o termo “saúde coletiva” passou a ser empregado, no Brasil, no ano de 1979. O termo passou a ser utilizado por um grupo de profissionais (da saúde pública e da medicina preventiva e social), que buscava criar um campo científico, cuja orientação teórica, metodológica e política privilegiasse o social como categoria analítica. Para Paim e Almeida Filho (1998, p. 309):

De fato, o marco conceitual da saúde coletiva, tal como vem sendo construído a partir da década de 70, resulta, de um lado, da crítica aos diferentes movimentos e projetos de reforma em saúde ocorridos nos países capitalistas e, de outro, da elaboração teórico-epistemológica e da produção científica, articuladas às práticas sociais.

A saúde coletiva pode ser entendida como um campo científico, no qual se produzem saberes e conhecimentos sobre saúde, além do seu âmbito prático (CAMPOS, 2000). Para Paim (1982, p. 03):

O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações [...].

Essa idéia remete à saúde coletiva como ampla, na sua forma de percepção do ser humano: suas dimensões biológicas, sociais e culturais. Também traz o autor a idéia de interdisciplinariedade, que se torna essencial para entender o processo de saúde nas diversas perspectivas. Seriam as disciplinas básicas: “[...] a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde”. As complementares: “[...] a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras.” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 310). Ainda acrescentam que o campo da saúde coletiva se fundamenta: “[...] no âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transitorial.” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 310).

2.2 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária

O conceito de atenção primária pode ser encontrado na Declaração de Alma Ata:

É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 2001, p. 33).

A utilização do termo atenção básica é mais recente e para o Ministério da Saúde:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b, p. 10).

Os conceitos de atenção primária e atenção básica são permeados de muitas controvérsias, ora sendo usados como sinônimos, ora com significações distintas. Neste trabalho optamos por utilizá-las como sinônimos, significando: “[...] uma estratégia de organização do primeiro nível do sistema de saúde do país”, conforme Gil (2006, p. 1177) que destaca, como uma das interpretações dos significados atribuídos, a atenção básica nos textos buscados em sua pesquisa.

A atenção primária ganha destaque quando da criação do SUS no Brasil em 1988, sendo uma grande conquista e um avanço no campo da saúde para o país. O sistema tem sua organização dirigida por cinco princípios: a regionalização e a hierarquização, a resolutividade, a descentralização, a complementariedade e a participação dos cidadãos. Destacamos a hierarquização como um importante fator para promoção de saúde. Segundo Oliveira et al. (2008, p. 198), junto ao princípio da regionalização, a hierarquização do SUS permite: “[...] um conhecimento maior dos problemas de saúde em uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade”. Tais princípios rompem com a lógica assistencial ainda predominante no Brasil, como refere A. Santos (2005), a qual se caracteriza por uma prática centralizada na abordagem biológica e intra-hospitalar, resultando em baixa cobertura e resolutibilidade em muitas situações.

2.3 O Nutricionista e a Atenção Primária

O nutricionista, como profissional da saúde, está habilitado a atuar na interação do ser humano com o alimento, em diversas áreas: na produção de alimentação coletiva (Unidades de Alimentação e Nutrição), nutrição clínica, saúde coletiva, docência, indústria de alimentos, nutrição em esportes e Marketing de alimentos e nutrição, de acordo com a resolução CFN nº 380, de 2005, que estabelece as áreas de atuação e as atribuições dos nutricionistas do (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2005).

Em todas as áreas o nutricionista tem um importante papel, visto que alimentação e nutrição constituem direitos humanos fundamentais, como consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, e confirmam Ferreira e Magalhães (2007, p. 1676) ao afirmarem: “[...] são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde”. Argumentando que são necessários a um desenvolvimento biológico e social pleno.

A importância da alimentação e nutrição para promoção da saúde e qualidade de vida tem sido reconhecida internacionalmente, como se constata na Declaração de Adelaide, resultado da II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1988 na Austrália (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 2002). Nessa declaração, a alimentação e nutrição já são colocadas como prioritárias para a promoção da saúde e entre as metas estabelecidas para melhoria da qualidade de vida das coletividades: a eliminação da fome, da má nutrição e dos agravos relacionados ao excesso de peso.

De acordo com estes princípios e metas, o Ministério da Saúde do Brasil assume o compromisso com a promoção da alimentação saudável, devido à intrincada situação nutricional da população brasileira, onde ainda se processa uma transição nutricional e por isso coexistem crescentes índices de obesidade e prevalência importante de situações carenciais, como a deficiência de vitamina A e anemia ferropriva, assim como situações de fome. Em 1999, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que dedica suas diretrizes a promoção da saúde nutricional. O profissional nutricionista deve estar habilitado a trabalhar de acordo a transformar essas diretrizes em ações (BRASIL, 2003).

No campo da saúde coletiva, entre as atribuições dos nutricionistas em atenção básica em saúde, estão: planejar e executar ações de educação alimentar e nutricional; coletar, consolidar, analisar e avaliar dados de Vigilância Alimentar e Nutricional, propondo ações de

resolutividade; identificar grupos populacionais de risco nutricional para Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT); participar do planejamento e execução de cursos de treinamento e aperfeiçoamento para profissionais da área de saúde; participar da elaboração, revisão e padronização de procedimentos relativos à área de alimentação e nutrição; promover, junto com a equipe de planejamento, a implantação, implementação e o acompanhamento das ações de Segurança Alimentar e Nutricional; integrar pólos de educação permanente visando o aprimoramento contínuo dos recursos humanos de todos os níveis do Sistema Único de Saúde; desenvolver, implantar e implementar protocolos de atendimento nutricional adequado às características da população assistida; discutir com gestores de saúde, em parceria com outros coordenadores/supervisores da atenção básica, a efetiva implantação de fluxos e mecanismos de referência e contra referência; elaborar o plano de trabalho anual (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2005). Neste trabalho, vamos destacar a atuação do nutricionista na atenção primária e/ou atenção básica em saúde, pela óptica do usuário.

O papel do nutricionista em atenção básica e atenção primária mostra-se relevante, visto que a alimentação está na base da prevenção de DCNT e de agravos advindos de doenças carenciais, que se configura por um mosaico de situações de má nutrição devido à sub ou supernutrição. Este conjunto de fatores argumenta a favor da inclusão sistemática do nutricionista na atenção básica, pois este é o profissional habilitado para atuar na problemática que diz respeito à alimentação e nutrição, tanto na prevenção e tratamento de doenças relacionadas, como na recuperação e promoção da saúde.

Entretanto, de acordo com Boog (2008) – analisando trabalhos realizados em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Santa Catarina – a inclusão do nutricionista na atenção básica é recente e pequena. Segundo a mesma autora, mesmo o nutricionista tendo capacidade técnica para solucionar grande parte dos problemas de nutrição existentes em saúde pública, a sua atuação é “tímida e incipiente”. A autora justifica a afirmação, demonstrando que este campo de atuação absorve uma minoria dos egressos dos cursos de graduação em nutrição. A inserção neste campo, por exemplo, não se dá pela equipe básica do Programa de Saúde da Família (PSF)¹. Já com a criação no ano de 2008 do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o nutricionista ganhou mais um espaço e um incentivo para atuar na saúde pública no nível básico.

¹ Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que o conceito de “estratégia” ultrapassa o de “programa”. O termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Já a estratégia significa uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, sem um tempo para finalizar esta reorganização. (BRASIL, 2004a)

Em pesquisa bibliográfica realizada e conforme Ypiranga (1989), são escassas as informações a respeito da prática dos nutricionistas em Saúde Pública. Mesmo atualmente, embora muitos anos tenham passado, a discussão sobre o assunto não cresceu e poucos trabalhos têm sido publicados.

Ainda que não existam muitos estudos sobre a atuação do nutricionista, sua atuação pode estar sendo subestimada. Como exemplo, apresenta-se a capital do Rio Grande do Sul (RS), Porto Alegre, que desde os anos 1980, possui nutricionistas atuando em diversas unidades de atenção primária, no modelo de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) tradicionais.

Os poucos artigos localizados sobre a atuação do nutricionista em saúde pública, apontam para a superação das práticas convencionais e fragmentadas (consequência do modelo de formação), indicando que a adoção de um modelo com enfoque na integralidade e onde o profissional acrescente, aos conhecimentos técnicos, os saberes populares, é um caminho para atender melhor as demandas de alimentação e nutrição do país (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007). Ferreira e Magalhães concluem, em seu artigo de 2007, que o nutricionista para contribuir no avanço da redução das iniquidades em saúde deve, entre outros aspectos, discutir a efetividade de suas ações.

A. Santos (2005) afirma em seu trabalho, após justificar a importância da atuação do nutricionista na estratégia de saúde da família, que estes ainda não atuam em todas as UBSs e não estão incluídos na equipe básica da estratégia de saúde da família (ESF). Neste trabalho, o autor traz a opinião de trabalhadores da saúde que atuam em ESF em um município do Paraná, sobre a importância da inserção do nutricionista na Estratégia de Saúde da Família. Ao final do trabalho, ele sintetiza os principais aspectos encontrados:

- a) a maioria dos trabalhadores da amostra desconhece a real função do nutricionista;
- b) onde havia residentes de nutrição, havia mudança no comportamento dos profissionais em relação à nutrição dos indivíduos;
- c) a falta de um nutricionista na equipe abre espaço para uma abordagem superficial da orientação sobre alimentação por outros profissionais;
- d) a pouca inserção do profissional nutricionista no PSF, segundo os demais trabalhadores, está ligada à falta de vontade política dos gestores públicos.

Boog (2008) traz, no estudo sobre a atuação do nutricionista em saúde pública e promoção da alimentação saudável, que a inserção do nutricionista em saúde pública é pequena, visto o baixo percentual de egressos em nutrição que atuam na área. Em um estudo promovido pelo CFN (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2006), o campo da saúde coletiva abrange cerca de 8,8% dos nutricionistas no Brasil. Boog (2008) também

afirma que há um descrédito dos demais profissionais de saúde em relação às atividades educativas em nutrição, argumentando que o que subsidia esta forma de pensar é que o problema alimentar é visto como facticidade, algo dado, estruturado.

2.4 O Usuário da Atenção Primária do SUS

Neste trabalho, objetivou-se entender a perspectiva do usuário sobre a atuação do nutricionista. A definição proposta para usuário no dicionário é o: “Que, por direito proveniente de uso, frui as utilidades da coisa.” (USUÁRIO, 2007, *online*), ou seja, quem usa. Entretanto o usuário do SUS deve ser visto de forma mais ampla.

Para Silva (1999), o usuário do SUS é mais que um consumidor dos serviços, é um cidadão, que pode mobilizar-se para conseguir o que quer e precisa. Da mesma forma, o usuário é mais que uma categoria generalizável sob a perspectiva do profissional de saúde, visto que os cidadãos que buscam o SUS têm as origens e necessidades diversas. Portanto, se faz necessário compreender esta diversidade e buscar neles, através de diagnósticos (individuais e coletivos) os objetivos e metas para as ações em saúde.

Os cidadãos que utilizam o sistema de saúde têm papel muito importante na construção e manutenção do próprio sistema, pois representam metade da representação nos Conselhos de Saúde, sejam eles locais, distritais, municipais, regionais estaduais ou, por fim, nacional. Os Conselhos têm caráter deliberativo, sendo ferramenta para tomada de decisões, acompanhando e fiscalizando as ações em saúde. Este modelo foi possível e bem estabelecido pela Lei nº 8.142, 28, de dezembro de 1990, a qual dava a outra metade (50%) do poder decisório a: entidades dos trabalhadores de Saúde (25%), e representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (25%). Este é o Controle social, que se traduz em o usuário escolher diretamente os rumos da saúde na sua comunidade e em esferas mais amplas (BRASIL, 2006a).

A criação deste espaço inclui também a idéia de capacitação dos conselheiros de saúde e o estímulo à participação da população. Isso porque não basta a criação do espaço, é necessário que se garanta o pleno funcionamento dos Conselhos de saúde e um efetivo controle social.

Pode-se dizer que os usuários têm cada vez mais abertura para imprimir suas características e necessidades ao serviço e às políticas de saúde. É necessário apontar aqui que

esta é a intenção, ou seja, que existe uma legislação e uma teoria que legitima e pretende estimular a participação social; entretanto, não é a realidade de todas as unidades. De qualquer forma, quando na existência do controle social, esta promove tomada de decisões mais adequadas às necessidades dos usuários, portanto, uma maior resolutividade.

A existência dos mecanismos de controle social não dá conta de emergir tudo o que a população reflete sobre seu serviço de saúde, seja por baixa adesão ou pelas próprias limitações da metodologia de controle social através dos Conselhos de saúde. Desta forma, diversos estudos buscaram entender quem são e o que pensam os usuários, sobre diversos aspectos dos serviços de atenção primária em saúde.

Para Levy (2004), que estudou a percepção de usuário e trabalhadores sobre o programa de agentes comunitários de saúde (PACS) em Bauru, São Paulo, havia uma concordância entre a proposta do PACS e a práxis² dos agentes comunitários – demonstrada pela fala e pela satisfação dos usuários. Também através das falas foi percebido o estabelecimento de um vínculo de relação, o que é essencial para sua função de elo entre a equipe de saúde e a comunidade. A atuação dos agentes de saúde tem repercussões importantes na relação da comunidade com o serviço de saúde e uma fala trazida no artigo exemplifica isso, demonstrando que situações de risco que, anteriormente não se dada importância, passam a ser investigadas. Entretanto, as orientações sobre um ponto específico que era tratado na pesquisa, a saúde bucal, ainda são escassas. Dessa forma, a alternativa considerada para promover esta prática foi a capacitação dos “agentes de saúde”. No capítulo reservado às considerações finais, é ressaltada a importância dessa avaliação pela perspectiva do agente e do usuário, visto a construção coletiva do programa de agentes de saúde comunitários, visando a permanente reconstrução das políticas de saúde.

Ramos e Lima (2003) abordaram a visão dos usuários sobre o acesso e acolhimento em uma unidade de saúde de Porto Alegre, identificando elementos geradores de facilidades e dificuldades, que influenciam a qualidade do atendimento. As autoras trazem a importância dos aspectos estudados para a qualificação do serviço de saúde pelo usuário, através do seu papel como protagonista do sistema de saúde, tendo impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. As formas de deslocamento e a proximidade da moradia em relação à unidade de saúde são importantes facilitadores do acesso. Entretanto, a proximidade geográfica não é o elemento central na escolha do serviço, já que não representa garantia de atendimento. Experiências negativas junto a serviços próximos à moradia dos usuários levam-

² “[...] a práxis, porém, é a ação e reflexão dos homens sobre o mundo, para transformá-lo” (FREIRE, 1983, p. 40). Ou seja, a práxis está para além da simples prática, é a prática com a reflexão, para a mudança/transformação da prática.

nos a optar por outras unidades que tenham acesso facilitado e bom acolhimento, mesmo com maior deslocamento.

Ainda os mesmos autores demonstram que a identificação de profissionais competentes e confiança na equipe quanto à experiência e capacidade, são fatores que exercem grande influência sobre a escolha do serviço de saúde. Experiências bem sucedidas com os usuários e seus familiares também determinam a escolha do serviço. Fatores como competência e interesse do médico (o que pode ser extrapolado para os demais profissionais da saúde) em relação aos pacientes indica para os mesmos a qualidade do serviço. Por fim, acesso e acolhimento se mostram essenciais para pensar o sistema de saúde, porque contribuem para a procura do usuário e que o acolhimento é fator predominante sobre os demais na escolha do serviço.

Shimizu e Rosales (2008) analisam, em seu estudo, a ótica do usuário sobre a atenção à saúde da família, buscando identificar dificuldades e potencialidades para transformação do modelo de atenção à saúde. Afirmam que quando os usuários formam sua opinião sobre o serviço, tomam em consideração um ou mais aspectos combinados: o seu ideal de serviço, a noção de cuidado que o serviço deveria apresentar, experiências anteriores em serviços semelhantes e um nível subjetivo mínimo da qualidade do serviço que encaram como aceitáveis. O estudo demonstrou que as ações de prevenção e promoção da saúde e a relação profissionais-usuários foram avaliadas positivamente, enquanto o acesso aos serviços de saúde, aos medicamentos e aos profissionais foram avaliados negativamente. As ações desenvolvidas na unidade de saúde da família de Brasília, não garantiram os princípios de integralidade, sendo necessário rever estratégias, principalmente as que incrementem a participação da comunidade para o alcance de suas necessidades.

2.5 A Profissionalização do Nutricinista e o Usuário

Para os autores Banduk, Ruiz-Moreno e Batista (2009, p. 111), os quais estudaram como a identidade profissional de nutricionista é trabalhada com estudantes da graduação, “[...] a identidade profissional é objeto de preocupação.” Igualmente Bosi (1996) coloca que a questão da identidade profissional é um dilema central para o nutricionista, visto a falta de clareza do próprio objeto de prática, suas funções, atribuição e compromissos.

Bosi (1996, p. 21) traz o conceito de *identidade profissional* utilizado em seu trabalho:

“[...] o que define um nutricionista no exercício de sua prática. [...] as percepções desse fazer cotidiano, expressa como um conjunto de valores compartilhados pelo grupo.”

Dado esses preceitos, a identidade profissional é em parte motivadora deste estudo, visto que alguns aspectos dos resultados que serão apresentados são diretamente relacionados a questões ligadas à identidade profissional do nutricionista.

Os questionamentos sobre a identidade profissional dizem respeito à razão de ser da profissão como um todo, de forma que se faz necessário pensar também o que é *profissão* e mais do que isso, o processo de profissionalização (BOSI, 1996).

Profissão é um termo complexo, de forma que tem diversas definições a partir da teoria de variados autores. Segundo Wilenski (*apud* BOSI)³: “[...] nem tudo deve ser chamado de profissão”, ou seja, que trabalho, ocupação e profissão não são sinônimos.

A profissionalização, por Bosi (1996, p. 35) é entendida como: “[...] um conjunto de ações através das quais uma ocupação ou semiprofissão busca elevar seu prestígio, bem como seu poder e seus ganhos”. É importante ressaltar que ao final do trabalho a autora afirma que a prática dos nutricionistas corresponde a uma semiprofissão e aí está a relevância de o tema constar na pauta de discussões dos nutricionistas, a fim de fornecer subsídios para entender a situação atual da classe.

Pereira Neto (2000, p. 400), num estudo sobre as identidades profissionais médicas, coloca o processo de profissionalização no patamar de conquista de um determinado grupo social:

[...] profissão é definida como ocupação com prestígio e poder especial. Diferencia-se da ocupação em razão de chegar a adquirir, por meios políticos, culturais e ideológicos, extraordinária autoridade cognitiva e normativa.

Para pensar a profissionalização, é necessário um arcabouço teórico baseado na Sociologia das Profissões. A este trabalho, não cabe deter-se nesta vasta e extensa produção científica, por isso utilizaremos a síntese feita por Bosi (1996) sobre alguns autores que tratam do tema da profissionalização. No quadro abaixo a autora apresenta um quadro com aspectos fundamentais à profissionalização, de acordo com os diversos autores abordados em seu trabalho:

³ WILENSKI, H. L. The Professionalization of Everyone. In: O. e G. MILLER, G. (ed.). The sociology of organizations: basic studies. New York: The Free Press, 1970. *apud* BOSI, 1996, p. 38.

Wilensky, H. (1970)	Good, W. (1969)	Moore, W. (1970)	Larson, M. (1977)	Freidson, E. (1978)
Dois elementos centrais:	Tipo ideal com dois traços geradores:	Escala com seis estágios:	Componentes básicos:	Autonomia
1. Base técnica	1. Corpo do conhecimento	1. Ocupação de tempo integral	1. Base cognitiva	- Técnica (saber)
2. Ideal de Serviço	2. Ideal de serviço	2. Vocação 3. Organização 4. Corpo de conhecimento formal 5. Orientação para o serviço 6. Autonomia	2. Mercado potencial	- Sócio-econômica

Quadro 1 – Aspectos Fundamentais à Profissionalização

Fonte: (BOSI, 1996, p. 141)

A discussão teórica realizada pela autora destaca o papel importante e a estreita relação entre o *saber* – conhecimento – e as profissões, sendo um dos consensos Sociologia das Profissões – área rica em abordagens diversas.

A terminologia adotada na Sociologia das Profissões que traduz o aspecto do conhecimento é base cognitiva: o conhecimento ou doutrina de uma profissão. Esta “[...] é formada por uma combinação de conhecimento teórico com elementos tácitos cujo domínio é alcançado através do treinamento.” (BOSI, 1996, p. 38).

Bosi (1996, p. 142) ainda traz uma lista de seis itens, elaborada a partir de uma síntese de teorias de Wilenski, Goode, Moore e Larson, sobre características que tornam uma base cognitiva favorável à profissionalização.

1. Aplicação prática;
2. Duração e dificuldade do treinamento;
3. Criação, organização e transmissão pelos membros da profissão;
4. Amplitude e profundidade;
5. Caráter “esotérico” (caixa preta);
6. reconhecimento público da eficácia do conhecimento.

Alguns desses pontos podemos ressaltar por ter aspectos importantes, como base ou reflexo de sua condição, ligados a percepção do usuário, objetivo central do trabalho aqui apresentado.

Destaca-se o item 2: “Duração e dificuldade do treinamento”, no qual além dos aspectos relacionados a formação diretamente, Bosi (1996) expõe ainda a necessidade de que a sociedade reconheça que este treinamento, esta formação, torna os membros da profissão em

questão, possuidores de um saber diferenciado. O usuário, no presente trabalho, pode ser considerado representante desta sociedade, e, portanto, é a partir da visão do mesmo que se pode perceber como algumas das características e aspectos fundamentais a profissionalização se encontram em relação ao nutricionista.

3 JUSTIFICATIVA

Com este trabalho, será possível conhecer um pouco do que é o imaginário dos usuários em relação à atuação do nutricionista, como percebe sua atuação em atenção primária e conhecer algumas expectativas em relação à mesma. É relevante a realização desta investigação, visto que são escassas as informações a respeito da prática dos nutricionistas em Saúde Pública, conforme encontrado em pesquisa bibliográfica realizada e segundo Ypiranga (1989). Mesmo atualmente, a discussão sobre o assunto não cresceu e poucos trabalhos têm sido publicados (PAULA, 2009).

Do mesmo modo, nenhum dos trabalhos encontrados na pesquisa bibliográfica realizada, teve como objetivo conhecer a percepção do usuário, sendo encontrados apenas trabalhos que investigaram a percepção de outros profissionais da área da saúde ou do próprio profissional nutricionista sobre a sua atuação em atenção primária (BOOG, 2008; BOSI, 2000, SANTOS, A., 2005). A forma como o usuário percebe o trabalho do nutricionista é fator essencial para pensar a profissão e sua atuação em saúde. Pois, segundo Bosi (1996), uma profissão só existe quando é reconhecida socialmente. Igualmente, a avaliação do usuário sobre a ação do nutricionista é parte do diagnóstico que deve ser incorporado à prática para avançar na resolução dos problemas.

Conhecer as percepções e expectativas dos usuários em relação à prática do nutricionista terá por finalidade indicar bases para pensar essa atuação em atenção primária, tornando-a mais efetiva e eficaz para a população. Ferreira e Magalhães (2007) defendem o tema do pensar a prática profissional, afirmando que a inclusão da nutrição nas práticas de promoção a saúde possibilita, pela inclusão do profissional da rede de atenção básica, repensar a prática enquanto profissionais de saúde, bem como a atuação em saúde pública, a fim de superar os desafios impostos das práticas convencionais e fragmentadas.

Os resultados serão divulgados primeiramente na apresentação e entrega deste trabalho de conclusão de curso, com avaliação por banca. Posteriormente, o trabalho deverá ser divulgado por meio de artigos em revistas científicas da área de nutrição e saúde. Os achados poderão ser utilizados por nutricionistas e gestores em saúde para pensar ações em alimentação e nutrição e repensar as atribuições e práticas do profissional na área.

Tendo em vista os preceitos teóricos apresentados e a relevância dos conhecimentos que serão obtidos, este trabalho pretende identificar como a atuação do nutricionista na atenção primária é percebida pelos usuários do SUS.

4 OBJETIVOS

A seguir são elencados os objetivos deste trabalho.

4.1 Objetivo Geral

Conhecer a percepção dos usuários do SUS sobre a atuação dos nutricionistas em atenção primária.

4.2 Objetivos Específicos

Identificar se o usuário reconhece o trabalho do nutricionista como importante para sua saúde e da comunidade.

Identificar as expectativas dos usuários em relação à atuação do nutricionista na atenção básica.

5 PROCESSOS METODOLÓGICOS

O trabalho desenvolvido constitui-se em um estudo exploratório, de caráter qualitativo, o qual se caracteriza por ser capaz de incorporar a questão dos significados e da intencionalidade aos atos, às relações e às estruturas sociais, compreendendo a realidade social. Uma das características desse tipo de pesquisa é a não preocupação em quantificar dados e sim explicar os meios pelas quais as relações sociais se constroem e ver qual a influência que se pode observar no cotidiano das pessoas, na vivência, como compreendem o senso comum, através do meio em que estão inseridas, como experimentam certas situações e tensões e como reagem a isso (MINAYO, 2004).

A saúde, enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém, as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição dos significados. Não se compreende a ação humana independente do significado que lhe é atribuído pelo autor, mas também não se identifica essa ação com a interpretação que o ator social lhe atribui (MINAYO, 2004). Dessa forma, se constata a importância de entender a concepção que os usuários têm do nutricionista e sobre o trabalho do mesmo.

Para conhecer a percepção dos usuários do SUS sobre a atuação dos nutricionistas em atenção primária, procuramos buscar uma amostra de usuários da rede de atenção primária do município de Porto Alegre. Os usuários que compuseram a amostra são oriundos dos Centros de Saúde: Centro de Saúde Modelo, UBS Panorama, Unidade de Saúde Vila dos Comerciários, UBS Rubem Berta, UBS Passo das Pedras I. As unidades foram selecionadas tendo em vista que necessariamente tinham a atuação de um nutricionista e entre essas, as que concordaram em participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada junto aos usuários do SUS e abrangeu dois grupos distintos de usuários: o primeiro deles é o de usuários diretos do serviço de nutrição na atenção primária (em atendimento ambulatorial ou participantes de grupos) e o segundo de usuários indiretos (usuários que não são atendidos diretamente pelo profissional nutricionista, mas que são atendidos na UBS). A finalidade de abordar estes dois grupos era incluir uma visão mais abrangente do nutricionista, evitando um possível viés por dados oferecidos

apenas por usuários com contato direto com o profissional.

O número de usuários entrevistados da amostra foi determinado por critérios de exaustão, ou seja, a recorrência de pensamentos apresentados pelos atores (BOSI, 1996). Para a coleta de dados, os usuários do serviço de atenção básica em saúde foram entrevistados. As entrevistas foram de curta duração, sendo realizado o convite para a participação na pesquisa nas salas de espera das UBSs contempladas pela pesquisa.

Foram entrevistados nove usuários do serviço de atenção primária do município de Porto Alegre em Unidades Básicas de Saúde no modelo tradicional. Predominou o sexo feminino, com idade entre dezesseis e setenta e quatro anos. A presença mais marcante das mulheres está de acordo com a idéia de que as mulheres procuram mais os serviços de saúde (PINHEIRO et al., 2002).

Três dos entrevistados não recebiam atendimento por nutricionista da atenção básica. Dos demais, cinco estavam em acompanhamento há pelo menos três meses e um recém havia tido sua primeira consulta. A procura pelo serviço de nutrição foi predominantemente por encaminhamento de outros profissionais, devido a doenças crônica – entre elas hipertensão e hipercolesterolemia. Entre os usuários que recebiam atendimento, quatro recebiam atendimento clínico individual, um participava de grupo e o outro tinha acompanhamento pelo programa Pré-Nascer – distribuição de insumos como leite para filhos de mãe *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Das que não utilizavam o serviço de nutrição da unidade básica, uma recebia outro tipo de atendimento com nutricionista (especialidade em hospital) e outra já havia recebido atendimento de nutricionista clínica com convênio particular de saúde.

A entrevista iniciava com a apresentação do entrevistador, como pesquisador e estudante de nutrição, o qual possuía um roteiro de pesquisa, que se caracteriza por ter poucas questões e não se tratar de questionário fechado (APÊNDICE A). O roteiro de pesquisa constituiu-se em um instrumento para orientar uma conversa com uma finalidade, como facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação (BOSI, 2004). Os entrevistados discutiram sobre o assunto proposto a partir de uma lógica própria, alcançando conteúdos, em um nível socioemocional mais profundo, que dificilmente emergiriam em uma entrevista do tipo diretiva.

As entrevistas foram gravadas e degavadas e o conteúdo transcrito foi utilizado apenas mediante assinatura de termo de consentimento livre (APÊNDICE B) e esclarecido da utilização e divulgação dos dados por todos os entrevistados. Esta é a condição essencial para que os dados possam ser publicados nessa pesquisa, respeitando a confidencialidade dos indivíduos. É importante destacar a resistência dos usuários no momento de assinar o termo

de consentimento, gerando diversas perdas e um número grande de recusas em duas das Unidades de Saúde nas quais foram realizadas a pesquisa.

Por questões de preservação do anonimato, todos os nomes de pessoas (usuários e nutricionistas), bem como os nomes das UBSs foram omitidos das falas, sendo o nome dos entrevistados substituído por código de acordo com a ordem da realização das entrevistas: primeiro entrevistado, sujeito 1 ou S1.

As entrevistas foram posteriormente transcritas e transformadas em textos, que utilizaram a análise textual discursiva (MORAES, 2003) onde, através da análise de todas estas informações, permitiu a emergência de categorias analíticas fruto do diálogo entre o modelo teórico e os dados. Para cada uma das categorias, na medida em que estas sofriam releituras e análises cíclicas, foi produzido um texto, buscando expressar o conjunto de significados presentes. Após, foi realizada uma análise compreensiva: a articulação da análise descritiva com a visão do referencial teórico e com a compreensão surgida a partir destes, surgindo aí o texto final.

Ao construir este trabalho, foi tomado o cuidado para que fosse o mais fiel possível na análise, evitando contaminar a pesquisa com expectativas próprias ou modificar o sentido de palavras ou frases. É importante reconhecer o envolvimento subjetivo, sentimentos e expectativas que os pesquisadores podem ter em relação ao trabalho, mas buscou-se, a cada momento, retomar o distanciamento necessário para a análise.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante os relatos dos usuários da atenção primária do SUS da rede de Porto Alegre, neste trabalho, busca-se compreender sua percepção em relação à prática social dos nutricionistas, identificando como os sujeitos reconhecem e o que esperam desta atuação profissional nas unidades na qual são atendidos. Foram delimitadas, por intermédio das informações coletadas e dos objetivos da pesquisa, algumas categorias temáticas das quais apresento uma síntese, a seguir:

O nutricionista e suas interfaces na perspectiva do usuário do SUS

- como seu papel profissional é percebido;
- características atribuídas a profissão do nutricionista;
- a prática social do nutricionista;

Importância do nutricionista em atenção básica

Expectativas da prática social do nutricionista

6.1 O Nutricionista e Suas Interfaces na Perspectiva do Usuário do SUS

Este item apresenta como o nutricionista é percebido pelo usuário: quem ele é, como ele é e as atividades que desenvolve.

6.1.1 Como o seu Papel Profissional é Percebido

Na busca por identificar como o usuário percebe o papel do nutricionista, verifica-se a concordância dos achados com os autores Ypiranga e Gil (1989), que referem que o nutricionista: “[...] surge dentro do setor saúde, tendo como objeto de trabalho a alimentação do homem no seu plano individual ou coletivo.” (YPIRANGA; GIL, 1989).

Os entrevistados, usuários diretos do atendimento em nutrição - em atendimento individual ou em grupo - e indiretos, foram unânimes quanto à natureza do trabalho do nutricionista estar relacionada ao alimento e a alimentação. Percebem-se essas evidências nas

falas dos entrevistados: “[...] *orientar a gente a se alimentar um pouco melhor [...] para ter uma boa alimentação [...] a nutricionista cuida da tua saúde, cuida da pessoa...*” (S1 - USUÁRIO INDIRETO).

Como observado no relato acima, além de tratar do cuidado alimentar e nutricional, o profissional também é reconhecido como aquele que tem influência positiva na saúde dos usuários. Reforça S8: “*Ela quer ajudar, quer manter a sua saúde.*”

A promoção à saúde é um dos princípios gerais da Política de Atenção Básica (BRASIL, 2006b). Da mesma forma a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) reforça o papel da alimentação e nutrição na promoção a saúde: “A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania” (BRASIL, 2003). Assim, os profissionais nutricionistas destas unidades são percebidos de acordo com o princípio de promoção a saúde, preconizado pelas políticas de saúde vigentes.

Entre as atividades e competências que os usuários relatam ser de um profissional nutricionista, se encontra a idéia de ensinar. Na entrevistas aparece na forma de “reeducação alimentar” ou de “passar a ciência”. No entanto, não parece claro se esta é apenas uma reprodução do discurso da nutricionista ou se realmente reflete a percepção dos usuários sobre um aprendizado de novas condutas alimentares.

Sobre a idéia de educação e reeducação alimentar S1 ressalta que o nutricionista “*fez uma dieta com reeducação alimentar, [...] dieta pra mim aprender a comer*”. A mesma afirmativa encontra-se no S8 “*me deu uma orientação sobre a dieta, [...] me educou alimentar[alimentarmente]*”.

O conceito de educação alimentar está intimamente ligado à história das ações e políticas de alimentação no Brasil, sofrendo muitas mudanças ao longo do tempo (LIMA, 1997; SANTOS, L., 2005). Inicia como uma idéia, a partir da década de 1940, fundamentada no “mito da ignorância” (SANTOS, L., 2005) da população de baixa renda em relação a sua alimentação, que seria o determinante fundamental da desnutrição. Novas perspectivas consolidaram na década de 1980, como a educação alimentar e nutricional crítica, baseada: “[...] nos princípios da pedagogia crítica dos conteúdos, de orientação marxista, considerando que a educação nutricional não é neutra, como também não pode seguir uma metodologia prefixada.” (SANTOS, L., 2005, p. 682). Já, no momento atual, com a vigência da PNAN, é apresentado um conceito de educação alimentar e nutricional que compreende “elementos complexos e até conflituosos”, preconizando que “deverão ser buscados consensos sobre

conteúdos, métodos e técnicas do processo educativo, considerando os diferentes espaços geográficos, econômicos e culturais” (BRASIL, 2003). De acordo com o referencial exposto, a educação alimentar e nutricional não tem conceito consolidado, visto que este deve ser uma construção coletiva com objetivo na mudança de comportamento num processo integrado a realidade da pessoa, família ou comunidade. Camossa (2005, p. 349) coloca que a educação nutricional:

[...] além de educar para que o indivíduo saia de sua condição nutricional insatisfatória, apresenta ainda uma função social de eliminar os desníveis de conhecimentos técnicos e populares existentes, fazendo com que, através da socialização desses conhecimentos, ocorram alterações significativas nas formas de reflexão e ação não apenas dos indivíduos, mas também dos profissionais de saúde.

Enquanto a educação e reeducação alimentar e nutricional – que se referem à mudança do comportamento alimentar através de processos educativos integrados – apareceram como dominantes nos discursos, o termo “dieta” também se faz presente. Já em 1986, Gil (1986, p. 568) aponta que: “[...] o nutricionista não é apenas um técnico calculador de dietas e planejador de cardápios”. Assim, não deve ser visto dentro desta perspectiva simplista, uma vez que, de acordo com a mesma autora, o profissional formado em Nutrição busca os fenômenos em sua totalidade tendo significativo papel e utilidade do nosso país. É importante ressaltar que o ato de calcular um plano alimentar é atividade privativa do nutricionista (BRASIL, 1991), por isso a prática de efetivamente calcular o plano alimentar tem importante valor, porque representa habilidades técnicas específicas do nutricionista. Ou seja, ser nutricionista está atrelado a ser um “calculador” de dieta, porque é de sua competência técnica – além das atividades de aconselhamento, educação e outras – e não apenas ser um “fazedor” de dietas sem a rigorosidade técnica cabível.

Quando na definição do que é o trabalho do nutricionista ou na referência do mesmo tema em outros momentos da entrevista, o profissional foi erroneamente denominado com o nome de outras profissões. Afirmo S7: “[...] eu acho, que nutricionista já é como um trabalho praticamente, já é uma médica”.

Aparentemente, o papel do nutricionista é corretamente associado ao seu campo do saber e ferramentas de trabalho; entretanto, os limites de sua atuação parecem tênues, não configurando uma identidade bem estabelecida para o usuário. O resultado vai ao encontro da afirmação de Banduk, Ruiz-Moreno e Batista (2009, p. 112):

A existência da profissão do nutricionista no Brasil, há mais de sessenta anos, ainda

não lhe garante uma identidade profissional claramente percebida pela sociedade brasileira.

A confusão entre as profissões de nutricionista e de médico deve-se possivelmente o termo médico ser utilizado como referência para o que se denomina como profissional de saúde. Sendo a identidade do nutricionista pouco clara, as confusões surgem. Bosi (1996) coloca que entre as semiprofissões, as que não se tornarão profissões são as ditas “paramédicas”, na qual está incluída a Nutrição. A autora se baseia na teoria de Goode (1969 *apud* BOSI)⁴ que coloca que apenas medicina e odontologia se constituem como profissões, e que a previsão pessimista sobre as demais ocupações na área da saúde se baseia em dois aspectos: “[...] importância do desenvolvimento do conhecimento profissional e do controle sobre a produção de um conhecimento específico, exclusivo e aplicável”. Além disso, ressalta o autor que ainda existem aspectos fundados nos processo histórico da formação da equipe de saúde que contribui para sua perspectiva. Bosi (1996), por sua vez, deixa claro que não é a favor da classificação do autor porque o processo de profissionalização é dinâmico, o que não viabiliza a classificação de Goode e seu caráter irreversível. Embora o autor apresente uma proposta radical, passível de mudanças, ainda podemos observar o nutricionista numa ocupação aspirante à sombra de uma profissão dominante, que detém o monopólio de um grupo de conhecimentos já reconhecidos pela sociedade, os quais legitimam o domínio que exercem.

O nutricionista também foi citado como passível de realizar atividades de profissionais da área da psicologia e da educação física. Desta forma menciona o S5 *“Bom, assim eu acho que ela tem muito jeito para psicóloga. É, pelo jeito que ela conversa comigo, sabe? Acho que para psicologia também daria certo”*. E do mesmo modo expressa S6 *“ela podia dar [ginástica], ao menos um treinamento, pra treinar a gente, podia dar umas dicas né”*.

A relação estabelecida com a psicologia parece estar associada com o espaço do atendimento nutricional, porque as relações entre o homem e o alimento ultrapassam as questões biológicas e o tratamento envolve a escuta dos problemas e a abertura para questões sociais e emocionais, que implica num cuidado mais integral, para além dos sintomas físicos. Conforme salientam as entrevistadas S1, S4 e S8 respectivamente: *“A nutricionista cuida da tua saúde, cuida da pessoa.”*; *“Ela cuida de tudo, ela cuida o que te faz bem, por exemplo, o que te faz bem para tua saúde”*. E: *“Ela quer ajudar, quer manter a sua saúde.”* Para o

⁴ GOODE, William J. The Theoretical Limits of Professionalization. In: ETZIONI, Amitai. The Semi-professions and their organization. London: The Free Press, 1969. *apud* BOSI, 1996, p. 43.

documento do Ministério da Saúde que trata do cuidado integral de DCNT (BRASIL, 2008a), o cuidado faz parte do viver e conviver do ser humano, e segundo Valla e Lacerda (2004 *apud* BRASIL)⁵: “[...] refere-se a um agir de respeito e responsabilização, constituindo uma ‘atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito’”.

A associação com atividades dos profissionais da área da educação física pode estar ligada às orientações para prática de atividade física por parte do nutricionista como recomendação para uma vida saudável. Esta orientação é coerente com o preconizado nos Dez Passos para a Alimentação saudável, que coloca como o passo dez a prática de atividade física regular, por pelo menos trinta minutos todos os dias (BRASIL, 2007).

Este aspecto pauta questões de delimitação das atribuições das áreas de atuação e de conhecimento de cada profissão, bem como as limitações da composição das equipes de saúde. No caso, o nutricionista pode recomendar a prática de atividade física, mas não pode estabelecer qual e como ela deve ser realizada, visto que compete ao profissional de Educação Física. Importante ressaltar que estes profissionais – psicólogos e profissionais da Educação Física – não estavam presentes nas unidades entrevistadas, embora aparentemente exista demanda para os mesmos nas unidades básicas. Dessa forma, todos profissionais da unidade e não apenas o nutricionista, recebem essas demandas e a resposta que dão a elas (algo que não pode ser adequadamente avaliado com esta pesquisa) pode constituir parte da confusão percebida nas falas encontradas.

6.1.2 Características Atribuídas a Profissão do Nutricionista

A prática da nutrição, no campo da saúde coletiva e atenção primária, tem características específicas. Bosi (2000) traz em seu trabalho, aspectos da relação de trabalho nesta área e constata diversas cargas psíquicas – como medo, frustração –, além de identificar junto aos nutricionistas uma concepção de nutrição que reconhece não só sua dimensão biológica, mas a social, econômica e a dimensão simbólica. Conclui que entre sentimentos de descontentamento e realização, o segundo prevalece por constituir a nutrição social uma

5 VALLA, V. V.; LACERDA, A. As Propostas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. D. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2004. p. 91-103. *apud* BRASIL, 2008a, p. 3.

decisão de vida.

Este trabalho buscou identificar como usuários percebem a prática do nutricionista, ou seja, que características atribuem a sua atuação. E para a totalidade dos entrevistados, o nutricionista sempre foi conceituado com características positivas, não sendo levantados pontos negativos do trabalho. Confirma S1: *“acho assim que o trabalho dela é excelente”*. Assim também menciona S5 *“Mas eu gosto da pessoa, da maneira que ela trata os pacientes dela”*.

Constatam-se, nas falas dos usuários, alguns aspectos destacados como positivos na prática do nutricionista. Foram citadas habilidades pontuais como entender resultados de exames ou realizar avaliação física e triagem. Outro aspecto significativo está relacionado ao vínculo, que aparece de diversas formas como a empatia, o atendimento humanizado, o interesse, o cuidado e até mesmo a exigência. A empatia surgia como afinidade, ressaltada por S4 *“E tudo isso assim, eu acho que as pessoas assim tem mais afinidade, eu acho que por isso ela acertou bem pra mim.”* O sentimento humano está presente na conduta do profissional segundo S4: *“Ela é bastante humana sabe, ela compreende o ser humano”*. A humanização do atendimento que aqui surge de forma clara ganha destaque visto que existe uma política de humanização no SUS, apresentada em 2004, que tem como princípios norteadores a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, o estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos, o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, a atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, e a utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. (BRASIL, 2004b).

O atendimento humanizado é referido pelo usuário como a capacidade de vincular-se do profissional e demonstração de interesse sincero pelas suas demandas. Assegura S4 *“ela é bem interessada, [...] exigente também, ela se impõe.”* Estes aspectos agregadores do vínculo profissional-usuário, a partir do qual há uma abertura maior para o contato, a escuta compreensão e resolução de problemas no momento do diagnóstico e ao longo do tratamento nutricional, são ressaltados pelos sujeitos da pesquisa.. Confirma S5:

Quando ela me chamou, ela abraça, ela beija a gente, ela conversa, ela te trata como se tu fosse uma amiga de muitos e muitos anos. E isso te deixa livre para agir e conversar com ela, e contar... abrir o que tu tá sentindo.(S5)

Denota-se também, que a atenção dispensada, a compreensão por parte do nutricionista dos problemas expostos, a explicação oferecida nas orientações, seu entendimento e como o profissional responde as demandas dos usuários. Comentam S5 e S8: *“Ela te dá atenção, ela te explica o porquê, como fazer, o que ta certo, o que ta errado, como fazer a alimentação correta.”*; e *“Recebi muita atenção, [...]ela se preocupou muito com a gente, não teve pressa, então é muito importante.”*

O nutricionista também é valorizado pelo próprio fato de atuar na resolução dos problemas alimentares. É possível que o fenômeno seja provocado pela satisfação de uma demanda emergente em alimentação e nutrição.

6.1.3 A Prática Social do Nutricionista

Alguns dos usuários indiretos relatam desconhecer as atividades do nutricionista. Entre as atividades citadas estão os atendimentos individuais, acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, programa Pré-Nascer, grupo de educação alimentar.

Quanto aos procedimentos adotados nos atendimentos individuais foram relatadas orientações para alimentação, aumento no consumo de água, redução da alimentação; realização de anamnese, realização de recordatório alimentar, realização de exames, aferição de dados antropométricos, orientação de atividade física com supervisão de outros profissionais ou não, uso de tabelas (não especificadas quais, nem seu uso), orientação sobre alimentos ricos em calorias, orientação sobre alimentação de lactentes.

As modalidades de atendimento citadas nos remetem as cuidados clínicos individuais ou às ações de execução das políticas públicas. Porém há evidências de que estes usuários não percebem as atividades dos profissionais realizadas junto à comunidade, mesmo que essas sejam realizadas efetivamente.

A comunidade é um dos sujeitos de ação⁶ para a Matriz Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica (BRASIL, 2009, p. 11), cujo principal propósito é: “[...] sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional para integrarem o rol de ações de saúde desenvolvidas na atenção básica à saúde”. Por isso, constitui-se em uma ferramenta importante para pensar os dados referentes às ações

⁶ “Entende-se que o indivíduo, a família e a comunidade são três distintos sujeitos da abordagem do cuidado nutricional. Logo, a família e a comunidade não são entendidas aqui como meros lócus (locais) onde os profissionais executam suas ações.” (BRASIL, 2009).

desenvolvidas por nutricionistas encontradas neste estudo. Na Matriz de Ações, quando se coloca a questão da atuação do nutricionista na atenção básica diz-se que, a respeito das suas responsabilidades:

[...] têm por objetivo central contribuir com o planejamento e a organização das ações de cuidado nutricional local, visando qualificar os serviços e melhorar a sua resolubilidade, atuando de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e problemas alimentares e nutricionais que acometem a população daquele território. (BRASIL, 2009, p. 13)

O documento segue afirmando a importância do fortalecimento das ações dos nutricionistas para uma melhoria da qualidade de vida da população, promoção da saúde, promoção de segurança alimentar e nutricional (SAN) e do direito humano à alimentação adequada (DHAA). É destacado que, para que este propósito seja alcançado, é necessária a sua atuação para os três sujeitos das ações: o indivíduo, a família e a comunidade, somando a isso a formação em serviço de profissionais e articulação de estratégias junto aos equipamentos sociais de seu território.

O trabalho, sendo em algumas ocasiões limitado às ações individuais, restrito ao espaço físico da unidade de saúde, ou em outras que seja tão predominante, que é o único percebido pelos usuários, também terá seus resultados limitados a essa esfera. Esta forma parcial de trabalho - herança do modelo de saúde biologicista e individualista - pode resultar numa baixa resolubilidade dos problemas ligados a SAN e ao DHAA.

Ceccim (2008, p. 1569) aponta para problemas na formação:

Um imaginário liberal-privatista atravessa o que se ensina sobre saúde desde a educação infantil até a pós-graduação das áreas clínicas em saúde, uma concepção marcada pela prática de consultório, pelo atendimento individual embasado na diade diagnóstico-prescrição, tendo a doença como referência e o curativismo biologicista como paradigma.

“O trabalho multiprofissional pode contribuir para a efetividade das ações de nutrição, a partir da construção compartilhada de conhecimentos.” (BRASIL, 2009, p.13). Entretanto, este trabalho não pode ser baseado apenas em articulação formal, burocrática – que na realidade dos serviços de saúde pode ser traduzida pelos mecanismos de referência e contra-referência e encaminhamentos para outras especialidades ou para profissionais da própria unidade. As conexões da equipe devem começar já na formação e os profissionais devem se envolver efetivamente com o trabalho que pretendem executar (BRASIL, 2009). Ferreira e Magalhães (2007) concordam, apresentando entre os desafios da prática do nutricionista social a

superação do modelo de formação profissional, gerador de práticas convencionais e fragmentadas, as quais refletem num trabalho de equipe também fragmentado.

Assim, pode-se compreender que os modos de atuação profissional estão intimamente ligados ao paradigma que sustenta sua formação, o que na contemporaneidade vem sendo questionado, apresentando a necessidade da busca de um redimensionamento nos diferentes âmbitos: do conhecimento e formação e da prática.

6.2 Importância do Nutricionista em Atenção Básica

A importância do nutricionista em atenção básica – profissional habilitado para trabalhar com a alimentação e a nutrição das populações – pode ser justificada pela elevada prevalência na população dos problemas decorrentes da má alimentação e a importância da alimentação saudável na promoção da saúde. Doenças como a anemia, deficiência de vitamina A, deficiências de micronutrientes que contrastam com DCNT, tais como obesidade, dislipidemias, hipertensão e diabetes melitos tipo 2. Além das próprias doenças, há os agravos decorrentes, como doenças cardiovasculares, atualmente representantes da maior causa de morte no país e de gigantescos custos para o sistema de saúde. Estes são resultados em parte da mudança no perfil nutricional da população brasileira, a chamada transição nutricional que teve seu processo mais acelerado entre as décadas de 1960 a 1980 (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). A matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde apresenta a mesma idéia:

A atual situação epidemiológica brasileira representada pela dupla carga de doenças é razão que justifica a incorporação das ações de alimentação e nutrição no contexto da Atenção Primária em Saúde em geral e, em particular, da Estratégia da Saúde da Família. (BRASIL, 2009, p. 11)

Importantes documentos internacionais que embasam o ideário de promoção da saúde reforçam a relevância da alimentação e nutrição para a condição de saúde das populações. Entre eles, está a Carta de Otawa (BRASIL, 2002), do ano de 1986, onde a alimentação é elencada entre os pré-requisitos para a saúde; e a declaração de Adelaide (BRASIL, 2002) de 1988, na qual a alimentação e nutrição representam uma das quatro áreas prioritárias para promoção de ações imediatas em políticas públicas saudáveis. A relevância da alimentação no

contexto de saúde e a carga atual de doenças associadas à má alimentação completam um quadro no qual o nutricionista tem ferramentas para atuar positivamente.

No contexto abordado na presente pesquisa, o nutricionista teve fundamental importância de acordo com todos os entrevistados, embora alguns não consigam explicitar suas razões. Argumenta S9: *“Eu acho que é importante ter uma nutricionista. [...] faz diferença sim ter uma nutricionista no posto.”* Também, o fato de não realizar atendimento com a nutricionista não representou um fator impeditivo para que o usuário emitisse sua opinião sobre a importância do profissional na unidade.

Uma das razões apontadas, foi que o nutricionista oferece um suporte, dá orientações específicas e diferenciadas. Afirmam que receberam informações que não obtiveram por outros meios e quando questionados sobre o que pensavam a respeito da unidade de saúde não contar mais com nutricionista, os relatos foram unânimes em salientar que seria uma grande perda para a comunidade. Comenta: S1: *“eu aprendi com [nome do nutricionista] coisas que eu não tinha aprendido em lugar nenhum entendeu.”* S8 acrescenta: *“daí então eu nunca ia ter aquela orientação, ia voltar a comer de tudo que não podia.[...] se não estiver aqui eu vou pedir orientação para quem?”*

Denota-se que os usuários percebem que as atividades e competências dos nutricionistas não podem ser assumidas pelos demais profissionais de saúde da unidade. Isso diz respeito à especificidade do conhecimento. A sociologia das profissões, segundo Bosi (1996, p. 144), considera que os conhecimentos e habilidades de uma determinada profissão devem convencer a sociedade que os membros desta profissão: *“[...] são possuidores de um saber diferenciado do que caracteriza os que não seguiram o mesmo treinamento”*. Esta perspectiva vem ao encontro de um segundo ponto de uma lista elaborada pela mesma autora, a partir de uma síntese de teorias, sobre características que tornam uma base cognitiva⁷ favorável à profissionalização. Este ponto específico diz respeito à duração e dificuldade do treinamento de uma profissão, bem como este treinamento e sua repercussão na sociedade. Assim, embora como já constatado anteriormente, há uma fraca identidade profissional do nutricionista, pode-se observar que os resultados deste trabalho apresentam evidências favoráveis ao processo de profissionalização.

Foi citada a importância da presença do nutricionista, tendo em vista as pessoas que já estavam em tratamento, ou as que viessem a manifestar a demanda pelo profissional. Estes

⁷ Base cognitiva (conhecimento ou doutrina) de uma profissão para BOSI, (1996) *“é formada por uma combinação de conhecimento teórico com elementos tácitos cujo domínio é alcançado através do treinamento”*

indivíduos perderiam suporte e aí se encontraria o aspecto negativo de não contar mais com o profissional nutricionista na unidade. Percebe-se no depoimento de S4: *“Ela vai fazer falta sim, as pessoas vão sentir falta dela.”*

Em relação a este aspecto, foi relatado que alguns não sentiriam diferença, não porque o tratamento não houvesse sido relevante, mas em razão de que a base da mudança de comportamento alimentar e os conhecimentos para ela já haviam sido alcançados. Este resultado pode refletir o alcance da autonomia do usuário em relação ao seu tratamento.

Por outro lado, a importância do profissional nutricionista foi ressaltada em função de problemas de saúde ou doenças específicas presentes na comunidade que justificam a presença do nutricionista na unidade. Argumenta S6 *“é importante para a comunidade né, porque tem muitas pessoas obesas.”* O mesmo pode-se verificar na declaração de S7: *“Aí tá com um acompanhamento, para perder peso, para emagrecer, pra poder melhorar a saúde, aí não vai ter.”*

Isso pode ser traduzido, da mesma forma que foi abordado anteriormente, como que a população sente que não disporia de suporte para resolução de problemas referente a doenças e agravos ligados a questões relativas à alimentação, sendo esta uma competência e habilidade específica do nutricionista.

A importância da presença de profissionais da nutrição na atenção básica em saúde parece ser reconhecida pela sociedade, de acordo com os achados nesta pesquisa. Este é um argumento a mais para a inserção progressiva do cuidado nutricional na atenção primária, que já é prevista na Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2009, p. 13). Neste mesmo documento ainda é argumentado que:

A atuação do nutricionista em grande parte dos municípios brasileiros, precisa ser fortalecida para que a potencialidade do conhecimento da Nutrição e das intervenções neste campo possam, de forma efetiva, contribuir para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população.

Percebe-se que a situação emergente vem traçando um caminho em que a real necessidade de profissionais habilitados para trabalhar a questão da alimentação na atenção básica - de forma integral, humanizada e interdisciplinar – concorda as políticas de saúde vigentes, atentando para a inclusão dos profissionais e o cumprimento das ações propostas nestas políticas, para resolução de problemas e promoção de saúde através da alimentação.

6.3 Expectativas da Prática Social do Nutricionista

As expectativas em relação à atuação do nutricionista mencionadas direta ou indiretamente pelos usuários disseram respeito às ações a serem desenvolvidas e às formas de conduta no cuidado nutricional.

Entre as situações relacionadas à conduta no cuidado nutricional, foram ressaltadas as questões da paciência e da acolhida das ansiedades como fundamentais na relação profissional-usuário nesta mesma ordem. Houve diversos relatos sobre a dificuldade pessoal de cada um dos entrevistados em relação às mudanças de hábitos alimentares e a necessidade de paciência por parte do profissional.

A paciência aparentemente não significou indulgência com essas recaídas no tratamento, diversos usuários afirmaram a importância da cobrança, da “rigoriedade”, que pode se traduzir na importância de contenção, do suporte continente na valorização dos resultados alcançados pelo paciente que o nutricionista está “investindo” – ou seja - que o profissional realmente espera que seu paciente melhore, além de apenas atendê-lo, reconhece-o como sujeito protagonista de sua história. Essa idéia remete a valorização do paciente, S6 relata a importância desse aspecto: *“eu acho que importante assim, tratar bem né, dá valor as pessoas, porque aí elas vão gostar.”*

Outros aspectos da conduta do nutricionista na valorização do usuário foram levantados, tais como comprometimento e coerência na abordagem. Argumentam S2 *“Tem que se levar muito a sério, não é chegar [...] simplesmente passando uma dieta”* e S9 *“é saber tratar essas pessoas mais pobres né, [...] saber falar o que a pessoa vai entender, não falar termos mais difíceis, saber falar assim [...] como se fosse igual àquelas pessoas.”*

A importância da avaliação dos custos da alimentação e da disponibilidade financeira para a elaboração de orientações coerentes para o tratamento foi levantada por vários usuários. Os entrevistados consideram necessária uma análise financeira e planejamento individualizado em relação ao atendimento. Assegura S2:

Ela foi excelente, eu gostei muito dela porque ela, [...] Primeiro analisou as condições financeira [...] A dieta, de acordo com as minhas condições financeiras e também de acordo com o meu organismo. (S2)

A competência técnica foi abordada de formas diferenciadas. Se por um lado o conhecimento técnico era reconhecido como necessário para que o nutricionista atuasse como

agente de transformação através da educação, afirma S3: *“Ela ta usando toda ciência, tudo que ela estudou para passar para eles né, pra poder ajudar.”* Por outro lado, o fazer técnico pode representar um fator negativo para o estabelecimento de uma boa relação entre o usuário e o profissional. Observa S8: *“se ela quisesse saber de levantar a voz, ou não quisesse aceitar, eu já via que ela não era uma pessoa que tinha tanto interesse pela gente, pelo tratamento né. Ela queria ir pelo estudo dela né, não queria aceitar palpite de outros.”* Pode-se deduzir que a competência técnica é reconhecida como essencial e representa característica esperadas de um bom profissional. Isso sem que atrapalhe o espaço de escuta ou interfira na participação do usuário do serviço de atenção básica na escolha do seu próprio tratamento, comprometendo assim sua autonomia.

Outro tema levantado foi o valor atribuído à motivação. Manifesta S7: *“[...] estimular bastante a pessoa para a pessoa ir e voltar sempre, e fazer da nutrição [...] uma coisa prazerosa, uma coisa que dá vontade de vir sempre.”* A elevação da auto-estima é outro modo como a questão da motivação surge nas falas. S4 considera: *“Eu não esperava que eu ia emagrecer. Eu me senti a auto-estima mais pra cima.[...] E eu pra mim foi acima do que eu esperava.”* Os fatores de estímulo não foram listados, mas pode-se entender que todos os aspectos anteriormente abordados como esperados da conduta do nutricionista são motivadores para a adesão ao tratamento, por criar e reforçar o vínculo profissional-usuário.

Em relação às ações do nutricionista, os entrevistados foram questionados sobre que outras atividades poderiam ser desenvolvidas dentro da unidade, além do atendimento individual que era relatado espontaneamente por todos, foi demonstrada estranheza. Alguns usuários afirmaram que outras atividades que não fossem atendimento individual seriam atividades de outros profissionais, como psicólogos ou educadores físicos, concordando com a idéia de que o trabalho com alimentação e nutrição só pode ser realizado na esfera individual. Assegura S5 *“Bom, assim eu acho que ela tem muito jeito para psicóloga”*.

Deduzimos que a percepção dos usuários sobre a ação do nutricionista está restrita ao atendimento individual, o que pode ser reflexo da forma como os serviços de saúde estão organizados, ainda privilegiando o atendimento individual e não oportunizando o atendimento coletivo, de família ou comunitário. A abordagem de grupo na perspectiva do usuário facilitaria o processo de aprendizagem e apropriação de outras formas de cuidar da saúde, conforme argumenta o S7:

A atividade de grupo vai ajudar: “precisa caminhar, vai caminhar sozinha”, essas coisas. Aí junta as pessoas e pelo menos em um certo horário praticar uma atividade. Com todos junto, reunidos, então vai todo mundo acompanhado, todo mundo junto, com esse objetivo. (S7)

A atividade de grupo foi levantada como uma alternativa para ações no âmbito da unidade de saúde, tanto se tratando do aspecto educacional ou de informação, quanto atividades de convivência. Citando S2 e S8 respectivamente:

Eu acho que o posto de saúde, ele deveria fazer [...] as pessoas que estão pouco acima do peso, não esperar que a pessoa vá procurar [...] aconselhar, fazer palestras, conversar com o pessoal. (S2)

Podia ter uma reunião com todas as pessoas que nem eu assim que tem esses problemas,[...] um debate ali e tal, se ela tem tempo, disposição para acompanhar a gente numa atividade assim, reunir tantas pessoas e fazer, uma vez por mês, atividade de uma hora, uma hora e meia mais ou menos. [...] e era nutrição né, passasse um filme, que fosse importante né. (S8)

O assunto “grupo” não emergiu somente como tema relacionado ao usuário, visto que despontou a idéia de o nutricionista envolver a equipe de saúde, seu próprio grupo de trabalho em atividades sobre alimentação e nutrição. A fala de S5 sustenta esse pensamento: “*a alimentação dos colegas, orientá-los como se alimentar melhor, como fazer uma comida saudável*”. O valor do trabalho com a equipe justifica-se de diversas formas. Primeiramente, pela necessidade de treinamento contínuo da equipe, a fim de capacitar os demais profissionais para os temas de SAN. Segundo, por oferecer ferramentas para a qualidade de vida e por isso melhorar a saúde e a força de trabalho. E por fim, pela possibilidade de viabilizar um espaço onde a equipe possa trocar experiências, criar em conjunto e reafirmar seus próprios vínculos.

Sobre as atividades junto à comunidade fora da área física da unidade de saúde, igualmente essas são consideradas estranhas para os entrevistados. Nenhum dos usuários, diretos ou indiretos, sabia citar alguma atividade com esses critérios desenvolvida pelo nutricionista. Alguns citam este tipo de atividade como “voluntariado” ou que dizia respeito “à vida pessoal” do nutricionista, e dessa forma demonstram não perceber como parte da prática profissional na atenção básica o desenvolvimento de ações junto à comunidade, perpetuando a idéia de que a equipe de saúde tem suas ações restritas à área física da unidade de saúde. Ao mesmo tempo, referem que há demanda de trabalho mais abrangente dentro da comunidade. Pode-se verificar na argumentação de S2:

[...] eles deveriam, estar mais junto da comunidade, nas casas ver a situação [...] tem gente que alimenta mal a criança, na comunidade carente, ir lá ver como está a situação, como é que está a alimentação dessas crianças, não só se preocupar com o obeso [...] falta de orientação das famílias, das mães, dos pais que alimentarem corretamente seus filhos. (S2)

Assim como S2 afirma na fala anterior, outros usuários indicaram a importância do trabalho com crianças, citando a escola como espaço privilegiado para a realização das atividades. Confirma S5: *“poderia, acho que, por exemplo, passar nas escolas a alimentação adequada. [...] faria um bom trabalho dando orientação alimentar para as crianças.”* O entrevistado S1 afirma ainda que o trabalho desenvolvido junto às crianças pode ser estendido aos pais: *“eu acho que uma coisa que ela poderia era visitar as escolas, dar orientação para os alunos, de repente os alunos levam para os pais.”*

Outro espaço citado foram os asilos, pela dificuldade de acesso dos idosos a unidade de saúde. Da mesma forma que esses idosos não conseguem chegar à unidade, os entrevistados afirmam que parte da comunidade também não procura o serviço de saúde, por desinteresse ou porque desconhece o trabalho da nutrição. Portanto, o trabalho fora da unidade de saúde facilitaria a aproximação, viabilizando uma maior abrangência e o caráter preventivo das ações. O entrevistado S9 expressa esse juízo: *“[...] poderia fazer alguma coisa por eles lá no meio da comunidade, porque aqui é difícil. Para as pessoas de baixa renda mesmo, [...] é uma área que não é muito procurada. Então é mais fácil eles procurarem um clínico geral que procurar a nutricionista.”*

O tipo de atividade sugerida variou entre atividades educativas, tal como expressa S9:

“[...] poderia dar essa orientação assim pra pessoas [...], podia fazer tipo palestras com o povo. [...] Mas tem que ir mesmo atrás do povo, não fazer eles virem até o posto porque eles não vão vir eu acho. [...] através de associações que devem ter no meio das comunidades. (S9)”

Dentro da proposta de atividades educativas S6 ainda propõe:

“Eu acho que ela devia é ir para a cozinha [...] ensinar como a gente cozinha nossa própria comida entendeu. [...] qualquer nutricionista que um dia desse umas aulas para nós, eu acho que isso seria bem aceito pelo povo, pela comunidade aqui. (S6)”

Atividades recreativas e de convivência foram trazidas, S8 manifesta isso na assertiva: *“[...] fazer um piquenique lá, pra gente passar um tempo lá conversando, se divertindo e contando alguma coisa, e vemos... Fazer uma caminhada junto”*.

Vale lembrar aqui que a comunidade constitui um dos três sujeitos de abordagem da Matriz de Ações (BRASIL, 2009) e que deve ser vista como mais que um somatório de pessoa, mas sim um sujeito coletivo. Segundo o mesmo documento, a definição de ações com foco nesse sujeito: *“[...] permite consonância com o olhar e a estratégia de cuidado pretendidas com a construção de um novo modelo de atenção à saúde.”* (BRASIL, 2009, p.

15), o qual tem por base a atenção básica de saúde. Essas ações têm o potencial de dar maior resolubilidade à atenção à saúde, promovendo integralidade (BRASIL, 2009) e mais do que isso, se coordenada às demais ações em saúde terá impacto no perfil epidemiológico da população brasileira. Cabe inferir que, embora seja um desafio, é dever dos profissionais da saúde trabalhar pela implementação de ações coletivas, no que está incluído o nutricionista.

Foi expresso que o nutricionista poderia colaborar com problemas maiores da comunidade, como porta voz junto aos órgãos do governo. S3 verbaliza: “[...] *ai teria que entrar a prefeitura né, para ajudar. Porque sozinha ela não ia conseguir, teria que ter verbas pra isso.[...] ela poderia representar a comunidade.*” Este pode ser o sintoma da falta de uma liderança da comunidade no controle social ou mesmo a falta da estrutura de controle social – conselho de saúde – para esta comunidade, fazendo com que o usuário busque no profissional no qual se identifica, no que a escuta de seus problemas, uma referência que serviria de porta voz para suas demandas. Essa perspectiva vai contra a questão da autonomia do usuário para as decisões em saúde. Buss e Ferreira (2001) colocam que a promoção da saúde foi se ampliando a partir do estabelecido na Primeira Conferência com novos elementos como a “promoção da responsabilidade social com o ‘empoderamento’ da população”.

Como profissional da atenção básica em saúde, o nutricionista tem a premissa de buscar promover saúde, além do estímulo a alimentação saudável, trabalhar de acordo com seus demais princípios, inclusive estimulando protagonismo através da educação em saúde. Buss (2001, p. 9) aponta para o empoderamento – ou *empowerment* – da população organizada como central na estratégia de promoção da saúde para reivindicação de políticas públicas saudáveis, sendo: “[...] uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas.” O papel da educação em saúde é apontado como mais do que desenvolvimento de conhecimentos, mas como condutor de comportamento e atitudes, entre eles a estimulação da participação comunitária em decisões de saúde como controle social (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009). Importante ressaltar que a educação em saúde promotora de saúde e de empoderamento depende da superação das práticas convencionais e fragmentadas, como apontado por Ferreira e Magalhães (2007), para perceber a necessidade do coletivo e assim promover seu protagonismo.

6.4 Limitações do Estudo e Propostas Para Estudos Futuros

As limitações do estudo são necessárias para entender e analisar os resultados encontrados. Este espírito crítico é imperativo para consagrar o que foi encontrado de melhor no trabalho e transportá-lo para a realidade prática.

Pode-se salientar que neste estudo, o seu caráter qualitativo imprime nas análises - apesar do esforço para o distanciamento – expectativas e sentimentos do pesquisador, no caso um estudante de Nutrição. Portanto, há o envolvimento subjetivo e emocional, que em parte foi a mola propulsora para a curiosidade científica pelo tema.

Se por um lado fatores podem criar algum viés no conteúdo das entrevistas, por outro, percebe-se que há uma riqueza de conteúdos expressos pelos sujeitos de pesquisa, de complexa compreensão e intrincada seleção de categorias a serem consideradas na pesquisa.

Este estudo não pode ser extrapolado como sendo a realidade de toda a comunidade de usuários dos serviços de atenção básica de Porto Alegre em relação à prática de trabalho dos nutricionistas. Ele fornece ferramentas para pensar sob este ponto de vista (do usuário), de como estão sendo percebidas estas práticas dos nutricionistas em atenção básica, sem a pretensão da generalização.

A fim de se obter um quadro mais concreto a respeito da percepção do usuário de atenção básica sobre o nutricionista, mais estudos devem ser realizados, visto a escassa literatura sobre assunto da profissionalização do nutricionista, em especial no campo da saúde coletiva e sob a óptica do usuário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A resposta da revisão bibliográfica deste estudo mostrou a fragilidade da posse de dados armazenados, até o presente momento, sobre a percepção do usuário do SUS de forma geral e especificamente em Porto Alegre, em relação à atuação do nutricionista em Atenção Primária.

As respostas da pesquisa aplicada, no entanto, mostraram que há reconhecimento do nutricionista em atenção primária como profissional da área da alimentação e nutrição, exercendo influência positiva na saúde dos sujeitos da pesquisa inclusive através de ações educativas. Ainda que o nutricionista seja reconhecido dentro do núcleo de suas competências, os limites de sua atuação parecem tênues, demonstrando uma identidade pouco clara.

O nutricionista sempre foi conceituado positivamente pelos usuários, possivelmente devido às questões ligadas ao vínculo, esboçado dentro de várias perspectivas como empatia, atendimento humanizado, interesse, cuidado e mesmo exigência, que refletem a percepção de um interesse sincero pelas suas demandas.

Os achados demonstram o trabalho do nutricionista ainda muito voltado para ações no nível individual e restrito aos limites físicos da unidade de saúde, modo de atuação que parece estar intimamente ligado a uma formação também fragmentada e biologicista, que por sua vez dificulta ações no plano da equipe.

O nutricionista teve fundamental importância, de acordo com todos os entrevistados. A justificativa para essa atribuição de importância parece encontrar-se no oferecimento de um suporte e de orientações específicas e diferenciadas, característica que sendo reconhecida pela população se constitui em fator favorável ao seu processo de profissionalização. O reconhecimento do nutricionista como importante na atenção básica sob a perspectiva do usuário concorda com orientações do Departamento de Atenção Básica de Saúde do Ministério da Saúde.

As expectativas dos usuários em relação à atuação do nutricionista na atenção básica disseram respeito às ações no nível grupal e coletivo, com objetivos educacionais ou de convivência, voltadas para diversos públicos (crianças, pais, idosos, pessoas com doenças e agravos relacionados à alimentação), inclusive dos demais profissionais de saúde da unidade. Foi levantada a necessidade da busca ativa pelos usuários da unidade, que por desinformação ou desinteresse não procuram o nutricionista.

A competência técnica foi abordada como necessária para o trabalho do profissional, mas que a posse dos conhecimentos científicos não impeça o profissional de reconhecer os conhecimentos dos usuários, legitimando seu poder de escolha no tratamento.

Aspectos como paciência, capacidade de lidar com ansiedade, rigorosidade, estímulo/motivação, comprometimento e coerência na linguagem e abordagem, inclusive financeira, aparecem nas falas como formas de conduta no cuidado nutricional esperadas. Estas remetem numa perspectiva mais ampliada à necessidade de valorização do usuário e engajamento real do profissional no processo de tratamento.

O nutricionista foi percebido como possível porta-voz da comunidade, apontando para questões essenciais da atenção básica como desenvolver o empoderamento da comunidade, para sua atuação como controle social.

Diante dos aspectos levantados, em relação à identidade profissional do nutricionista – ainda fraca em seus limites e contornos –, infere-se que é necessário conhecer e pensar como se desenvolve o processo de profissionalização, considerando pontos já levantados que favorecem o reconhecimento profissional, tal como a importância atribuída ao profissional na atenção básica, tanto pela população quanto pelas políticas. Isso com a meta de transformar a formação e a prática, colocando-as a favor do reconhecimento profissional da categoria.

Os desafios da prática também dizem respeito ao trabalho em equipe, que deve ser fortalecido e presente desde o início da formação. A prática integrada em equipe deve refletir em práticas mais integrativas junto à comunidade e a família, fortalecendo processos grupais e coletivos para a promoção da saúde e o desenvolvimento do protagonismo da comunidade.

Importante reconhecer os aspectos positivos da relação profissional-usuário como práticas mais humanizadas e integrais no tratamento, no qual o nutricionista se destaca, e por isso neste trabalho se reconhece e valoriza o esforço do profissional.

Em relação aos usuários, ressaltamos que é essencial escutar a sua fala. Durante a pesquisa, emergiu uma riqueza de detalhes de informações que permitiu traçar o perfil de atuação identificado pelo usuário sobre a ação do nutricionista, com preciosas indicações sobre o que é importante de ser oferecido à comunidade nesse momento e como aquelas pessoas esperam ser tratadas. Os resultados elencados acima constituem um conjunto de ferramentas que apóiam o nutricionista na sua meta fundamental de promover saúde à sua população de referência.

REFERÊNCIAS

BANDUK, Maria Luiza Sampaio; RUIZ-MORENO, Lidia; BATISTA, Nildo Alves. A construção da identidade profissional na graduação do nutricionista. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 111-120, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, sup. 1, p. S181-S191, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a19v19s1.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BOOG, Maria Cristina Faber. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-272, set./dez. 1999.

BOOG, Maria Cristina Faber. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 33-42, jan./jun. 2008.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Profissionalização e Conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 2, ago. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.234, de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista e define suas atividades privativas e as de âmbito geral. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 2008b. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/DO1_2008_01_25.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 287, de 1998. **Cartilha da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Diretrizes nacionais para o**

processo de educação permanente no controle social do SUS. Brasília, DF: MS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional da Política de Alimentação e Nutrição. **10 passos para uma alimentação saudável para pessoas adultas.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/10_passos_alimentacao_saudavel.pdf> Acesso em: 15 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, DF: MS, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Saúde da Família. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde.** Brasília, DF: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Saúde da Família. **Política nacional de alimentação e nutrição.** 2. ed. Brasília, DF: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Saúde da Família. **Política nacional de atenção básica.** Brasília, DF: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Saúde da Família. **Saúde da Família.** Brasília, DF: MS, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, DF: MS, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. **Atenção primária e promoção da saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde. Brasília, DF: MS, 2001. p.7-14.

BUSS, Paulo Marchiori. Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. **Revista Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 107-115, maio/ago. 2000.

BUSS, Paulo Marchiori; MERCADO, Francisco Javier. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

CAMOSSA, A. et al. Educação Nutricional: uma área em desenvolvimento. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 16, n. 4, p. 349-354, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://200.145.71.150/seer/index.php/alimentos/article/view/494/457>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

CECCIM, Ricardo Burg et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/21.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: MS, 2002. p. 33. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução nº 380, de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jan. 2006. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Perfil de atuação profissional do nutricionista no Brasil**. Brasília, DF, 2006.

FERREIRA, Vanessa A.; MAGALHÃES, Rosane. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1674-1681, jul. 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. (Coleção O Mundo Hoje; v. 21).

GIL, Maria de Fátima. Recursos humanos em nutrição no Brasil: nutricionistas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 561-569, 1986.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

LARSON. Magali Sarfatti **The rise of professionalism**: a sociological analysis. Los Angeles: University of California Press, 1977.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, fev. 2004.

LIMA, Eronides da Silva. Gênese e constituição da educação alimentar: uma síntese. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 9-29, jul./dez. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v7n2/02.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

LOPES, Emeline Moura; ANJOS, Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-277, abr./jun. 2009.

MAZZEU, Francisco José Carvalho. Uma proposta metodológica para a formação continuada de professores na perspectiva histórico-social. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 19, n. 44, abr. 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOORE, Wilbert E. **The professions: roles and rules**. New York: Russel Sage Foundation, 1970.

MORAES, Roque. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciênc. Educ.**, Bauru, v. 9, n. 2, p.191-211, 2003. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v9n2/04.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

MORIN, Edgar. **Amor, poesia, sabedoria**. Tradução: Edgar de Assis Carvalho. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 55-69, 1996.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, 2008.

PAIM, Jairnilson S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 9-12, 1982.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2009.

PALMA, Ana. Fio da história: dias de revolta. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Fiocruz de notícias: saúde e ciência para todos**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=223&sid=5>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

PAULA, Ana Cláudia Pereira de. **Atuação do nutricionista: uma análise da produção de conhecimentos publicados de 2001 até 2008**. 2009. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

PEREIRA NETO, A. Identidades profissionais médicas em disputa: congresso nacional dos práticos, Brasil, 1922. **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 399-409, 2000.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2009.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

SANTOS, Anderson Carlos dos. A inserção do nutricionista na estratégia de saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. **Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 257-265, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8033/5656>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, set./out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000500011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 dez. 2009.

SHIMIZU, Helena Eri; ROSALES, Carlos. Family perspective on a family care program. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 5, set./out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_14.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2009.

SILVA, Geovani Gurgel Aciole da; EGYDIO, Maria Vitoria Real Mendes; SOUZA, Martha Coelho de. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 37-42, 1999.

USUÁRIO. In: DICIONÁRIO Michaelis On Line. [S.l.]: Melhoramentos, 2007. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/>. Acesso em: 15 dez. 2009.

YPIRANGA, L., GIL, M.F. Formação profissional do nutricionista: por que mudar? In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE ENSINO DE NUTRIÇÃO, 2., 1989. Goiânia. **Anais...** Goiânia: FEBRAN, 1989. p. 19-36.

APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA

Dados Gerais

Usuário: Direto (há quanto tempo em acompanhamento _____) Indireto

Nome:

Idade: Sexo: F M

Unidade de Saúde:

Tempo de espera pela primeira consulta com a nutrição:

Perguntas

[Afirma aqui tem nutricionista]. O senhor sabe o que ele (a) faz?

O senhor pode explicar o que ele faz e como? Que atividades desenvolve?

O senhor conhece alguma atividade desenvolvida por este profissional na comunidade (fora da unidade de saúde)?

O que o senhor acha desse trabalho?

O que o senhor espera do trabalho do nutricionista? O que você espera que ela fizesse?

O senhor se sente bem atendido, recebeu atenção? Ele lhe dá atenção necessária?

Você entende o que o nutricionista fala? O que ela lhe orienta o senhor consegue entender?

Entende seus problemas? Entende os problemas da comunidade? Desenvolve ações que são relevantes?

Ele consegue resolver seus problemas? Consegue resolver os problemas da comunidade?

Que outro trabalho/atividade o senhor acha que ele deveria realizar? O que falta fazer? O que mais poderia ter?

O senhor acredita que se o nutricionista da unidade sáísse faria diferença na sua saúde e na saúde em geral das pessoas (comunidade)?

Qual a orientação ou dica que você daria para uma nova nutricionista que entrasse na unidade de saúde, a fim de que ela desenvolvesse um bom trabalho junto aos usuários?

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ENTENDIMENTOS E PERCEPÇÕES DA ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA EM
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Objetivo da pesquisa: Conhecer a percepção dos usuários do SUS e dos próprios nutricionistas sobre sua atuação em atenção primária.

Metodologia: Será realizada entrevista individual com os participantes, a entrevista será transcrita e analisada.

Esta pesquisa, bem como o procedimento de coleta de dados não oferece risco a integridade moral ou física dos participantes. Também os participantes não receberão por sua participação na pesquisa.

O participante pode a qualquer momento retirar este termo de consentimento e com isso sua participação na pesquisa sem qualquer prejuízo para este.

Qualquer dúvida entre em contato com Maurem Ramos (tel.: 51-8419-2469) ou CEP SMS (51-3112-4623).

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo *Entendimentos e Percepções da Atuação do Nutricionista em Atenção Primária*, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____