

**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Recursos Humanos
Instituto de Saúde**

**A percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de
Saúde da Família do município de Santa Bárbara
d'Oeste sobre alimentação adequada e saudável**

Hariane Thaine Bueno Rodrigues

**São Paulo
2023**

A percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Bárbara d'Oeste sobre alimentação adequada e saudável

Hariane Thaine Bueno Rodrigues

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Dra. Mariana Tarricone Garcia

São Paulo
2023

FICHA CATALOGRÁFICA

É permitida a reprodução total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos, autorizada pelo autor, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Rodrigues, Hariane Thaine Bueno

A percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Bárbara d'Oeste sobre alimentação adequada e saudável --São Paulo, 2023.

188 f.

Orientadora: Mariana Tarricone Garcia

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

1. Guias Alimentares
 2. Promoção da Saúde Alimentar e Nutricional
 3. Estratégia Saúde da Família
- I. Garcia, Mariana Tarricone.

Dedicatória

Dedico esta dissertação à mulher mais forte e guerreira que conheço: minha mãe.

Você, que me trouxe à vida, me criou e me apoiou em todos os momentos. Uma mãe solo, que enfrentou desafios incalculáveis para criar dois filhos. Mesmo diante das adversidades que a vida nos apresentou, você nunca deixou faltar amor, cuidado, atenção e incentivo para que pudéssemos estudar e crescer. Cada uma das minhas conquistas é um reflexo do seu amor incondicional e da dedicação que sempre nos proporcionou. Sem suas orações, seus esforços imensuráveis e sem o cuidado divino de nosso Deus, seria improvável eu chegar até aqui. Mãe, minha trajetória é um tributo à sua crença em mim e no meu potencial. Obrigada por nunca limitar os meus sonhos e por me impulsionar a sempre buscar mais. Esta conquista é sua tanto quanto é minha. Com amor e gratidão.

Agradecimentos

*“E ao olhar para trás, tudo que passou, venho agradecer quem comigo estava. Ergo
minhas mãos para reconhecer.
E hoje eu sou quem eu sou, pois Sua mão me acompanhava. Mas eu sei, não é o fim, é
só o começo da jornada. Eu abro o meu coração para minha nova história.”*

Trechos da música "Nova história" do compositor Pedro Valença

Desde o momento em que ingressei neste programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde, meticulosamente selecionado e perseguido, venho acalentando esses agradecimentos em meu coração.

Em primeiro lugar, expresso minha gratidão a Deus, fonte de minha vida, inspiração e sabedoria. Até este ponto, o Senhor me sustentou e nunca me abandonou. Ele me capacitou e permaneceu comigo em todos os momentos. Sua presença foi fundamental para superar os obstáculos e concluir esta significativa etapa.

Àqueles que sempre estiveram ao meu lado, dirijo meu agradecimento sincero. Ao meu marido, pela torcida e celebração a cada avanço. À minha mãe, pela inabalável assistência, orações e incentivos sempre presentes.

Minha orientadora, professora Dra. Mariana Tarricone Garcia, é merecedora de um agradecimento especial. Minha admiração e gratidão são eternas por sua crença em mim. Por muitas vezes eu ser excessivamente exigente comigo mesma, em você eu encontrava a calma, confiança e a voz de experiência que me mostrou o caminho. Aprendi muito contigo e, caso permita, sigo sendo uma aprendiz dedicada.

Não posso deixar de estender minha gratidão aos funcionários, à direção e aos docentes do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, que conduzem este programa de forma exemplar. Sinto-me profundamente honrada pela oportunidade de ter sido aluna de cada um dos professores deste programa e grata pela inestimável colaboração ao meu desenvolvimento profissional e acadêmico.

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos à banca de qualificação e defesa pela contribuição valiosa durante este processo. Um agradecimento especial à professora Dra. Denise Coelho, que esteve presente nesses dois momentos e com muita dedicação forneceu pareceres valiosos que aprimoraram esta pesquisa. À professora Dra. Lígia Reis pelos direcionamentos relevantes na qualificação. À professora Dra. Juliana Teixeira pelas excelentes contribuições na defesa. E à professora Dra. Silvia Bastos, cujo conhecimento e apoio moldaram o meu percurso acadêmico nesta pesquisa.

Meus colegas de turma do Instituto de Saúde merecem meus agradecimentos igualmente. A jornada compartilhada foi repleta de aprendizado e companheirismo. Nossa trajetória foi intensa e bela. Admiro e respeito profundamente o trabalho de cada um de vocês.

A toda Secretaria de Saúde de Santa Bárbara d'Oeste, com especial reconhecimento à secretária Lucimeire Rocha (*in memoriam*), expresso minha gratidão pela confiança depositada em meu trabalho. Ela que foi um exemplo de servidora pública, com paixão por seu ofício e dedicação ímpar. E a todos os colegas da APS em especial da ESF que participaram entusiasticamente deste estudo. A honra de fazer parte da equipe do SUS de Santa Bárbara d'Oeste ao lado de todos vocês é uma fonte de alegria e realização.

Agradeço, também, a cada um dos meus pacientes. Dedicar-me aos estudos é um compromisso que assumo com o objetivo de proporcionar a cada um de vocês o melhor cuidado em saúde, de forma integral e dedicada. Seus desafios e histórias me inspiram a buscar sempre a excelência em minha jornada acadêmica.

"O propósito é a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição."

Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Brasil, 2013.

RODRIGUES, HTB. A percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Bárbara d'Oeste sobre alimentação adequada e saudável [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos, Secretaria de Estado de Saúde, 2023.

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção e o conhecimento sobre alimentação adequada e saudável na perspectiva do Guia Alimentar para a População Brasileira dos médicos e enfermeiros da ESF no município de Santa Bárbara d'Oeste/SP. **Metodologia:** Estudo transversal de abordagem qualitativa e quantitativa realizado com todos os médicos (n=11) e enfermeiros (n=9) das nove equipes de ESF do município. Os dados foram coletados no último bimestre de 2022 por meio de entrevistas semiestruturadas, escalas validadas e questionários de autopreenchimento. A análise qualitativa seguiu o referencial de análise de conteúdo temático, enquanto os dados quantitativos foram submetidos a análises descritivas. **Resultados:** Todos os médicos e enfermeiros da ESF abordam rotineiramente questões relacionadas à alimentação e nutrição, reconhecendo a importância de promover a alimentação adequada e saudável no contexto da ESF e nas demandas que enfrentam. Eles demonstram compreender o conceito-chave do Guia Alimentar, porém, este conhecimento foi avaliado como moderado, de acordo com a análise da escala de mensuração de conhecimento. Essa análise revelou lacunas e inseguranças quanto à aplicação prática do Guia Alimentar. Além disso, a falta de confiança na orientação aos usuários foi evidenciada pela baixa autoeficácia e insegurança na equipe em realizar essa ação, refletida pela baixa eficácia coletiva na utilização do Guia Alimentar nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS). As entrevistas reforçaram a constatação de um conhecimento superficial em relação ao conteúdo detalhado do Guia Alimentar. Outro ponto de destaque é que percepções como o custo, a praticidade e o apelo sensorial dos produtos ultraprocessados, bem como a confusão entre uma alimentação saudável e a ideia de restrição alimentar aparecem como desafios aos profissionais, além da ênfase em nutrientes específicos, que entra em conflito com as orientações do Guia Alimentar vigente. A análise revelou também fatores internos e externos que impactam negativamente na PAAS pela equipe da ESF. Entre esses fatores estão limitações de tempo e alta demanda, desalinhamento da equipe, carência em qualificação, falta de nutricionista na equipe ESF, insuficiência de recursos de apoio para educação em alimentação e nutrição. Além disso, a tendência dos pacientes em não buscar ações de promoção e prevenção e a condição socioeconômica dos pacientes também foram identificadas como obstáculos. Por outro lado, fatores propulsores das ações de alimentação e nutrição na ESF incluem a existência de uma política que determina as atribuições da ESF, disponibilidade de uma equipe completa, ambiente de equipe colaborativo e acolhedor aos usuários, realização de visitas domiciliares, realização de atividades educativas e presença de ACS que fortalecem o vínculo com os pacientes, aproximando-os da equipe de saúde. **Conclusão:** Embora a APS seja um ambiente ideal

para promover a alimentação adequada e saudável, é essencial que os profissionais de saúde estejam preparados e qualificados para desempenhar essa função. O conhecimento sobre as diretrizes do Guia Alimentar poderia amenizar os desafios encontrados pelos profissionais nas ações de PAAS. Os resultados deste estudo destacam a necessidade de investir em qualificação para esses profissionais em alimentação e nutrição, bem como em estratégias que reforcem a confiança na aplicação das diretrizes do Guia Alimentar. Essas melhorias fortalecem a atenção nutricional na APS e contribuem para promoção de saúde e prevenção de doenças na comunidade atendida.

Palavras-Chaves: Guias Alimentares; Promoção da Saúde Alimentar e Nutricional; Estratégia Saúde da Família; Equipe de Saúde; Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

ABSTRACT

Objective: To analyze ESF doctors and nurses' perception and knowledge about adequate and healthy eating in the Brazilian Food Guide perspective in Santa Bárbara d'Oeste/SP. **Methods:** This is a cross-sectional study with a qualitative and quantitative approach carried out with all doctors (n=11) and nurses (n=9) from the nine ESF teams in the municipality. Data were collected in the last two months of 2022 through semi-structured interviews, validated scales, and self-completed questionnaires. Qualitative data analysis followed the thematic content analysis framework, and quantitative data were tabulated for descriptive analysis. **Results:** All ESF doctors and nurses routinely address issues related to food and nutrition, recognizing the importance of promoting adequate and healthy eating in the context of the ESF and the demands they face. They demonstrate an understanding of the key concept of the Food Guide. However, this knowledge was assessed as moderate, according to the analysis of the knowledge measurement scale. This analysis revealed gaps and insecurities regarding the practical application of the Food Guide. Furthermore, the need for more confidence in guiding users was evidenced by low self-efficacy and insecurity among the team in carrying out this action, reflected by the low collective efficacy in using the Food Guide in actions to promote adequate and healthy eating. The interviews reinforced the observation of superficial knowledge regarding the detailed content of the Food Guide. Another noteworthy point is that perceptions such as the cost, practicality, and sensorial appeal of ultra-processed products, as well as the confusion between a healthy diet and the idea of dietary restriction are seen as challenges for the professionals, in addition to the emphasis on specific nutrients, conflict with the guidelines of the current Food Guide. The analysis also revealed internal and external factors that negatively impact the ESF team's promotion of adequate and healthy eating. These factors include time limitations and high demand, team misalignment, qualifications deficiency, lack of nutritionist in the ESF team, and support materials for food education insufficiency. Furthermore, the tendency of patients not to seek promotion and prevention actions, patients' socioeconomic conditions were also identified as obstacles. On the other hand, driving factors for food and nutrition actions in the ESF include the existence of a policy that determines the responsibilities of the ESF, availability of a complete team, a collaborative and welcoming team environment for users, as well as home visits, carrying out educational activities, and the presence of CHAs that strengthen the bond with patients, bringing them closer to the healthcare team. **Conclusion:** Although PHC is an ideal environment to promote adequate and healthy eating, health professionals must be prepared and qualified to perform this role. Knowledge about the guidelines of the Food Guide could alleviate the challenges encountered by professionals in actions to promote adequate and healthy eating. The results of this study highlight the need to invest in qualifications for these professionals in food and nutrition, as well as in strategies that reinforce confidence in applying the Food Guide guidelines. These improvements strengthen nutritional care in PHC and contribute to health promotion and disease prevention in the community served.

Keywords: Food Guide; Food and Nutritional Health Promotion; National Health Strategies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Panorama epidemiológico e nutricional brasileiro	13
1.2 Impacto dos Alimentos Ultraprocessados na Saúde da População.....	15
1.3 Evolução do paradigma de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no Brasil.....	18
1.4 As Edições dos Guias Alimentares para a População Brasileira	23
1.4.1 Primeira edição em 2006.....	23
1.4.2 Edição atual – 2014	26
1.5 Fortalecendo a Atenção Primária à Saúde através da Atenção Nutricional.....	32
1.6 A importância do nutricionista na qualificação da Atenção Nutricional.....	36
1.7 O Trabalho Colaborativo na Atenção Primária à Saúde.....	40
2. JUSTIFICATIVA	45
3. OBJETIVOS	46
3.1 Objetivo Geral.....	46
3.2 Objetivos específicos	46
4. METODOLOGIA.....	47
4.1 Local de estudo	47
4.2 População de estudo.....	51
4.3 Desenho do estudo	53
4.4 Abordagem Qualitativa.....	54
4.4.1 Coleta dos dados qualitativos.....	55
4.4.2 Análise dos dados qualitativos	60
4.5 Abordagem Quantitativa.....	64
4.5.1 Coleta dos dados quantitativos.....	64
4.5.2 Análise de dados quantitativos.....	67
4.6 Aspectos éticos	69
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
5.1 Caracterização das unidades de saúde com equipes de ESF.....	70
5.2 Caracterização da população de estudo	74
5.3 Escalas	76

5.3.1 Escala de mensuração de conhecimento sobre o Guia Alimentar Brasileiro – GAB1	77
5.3.2 Escala de Avaliação da Percepção de Autoeficácia e Eficácia Coletiva - GAB2	82
5.4 Dados Qualitativos.....	86
5.4.1 A Relação da Atenção Nutricional na rotina da ESF	86
5.4.2 Entendimento sobre alimentação adequada e saudável.....	100
5.4.3 Abordagem da Matriz FOFA na Realização da promoção da alimentação adequada e saudável na ESF	118
5.5 Limitações.....	143
6 CONCLUSÃO.....	145
REFERÊNCIAS	148
APÊNDICES	160
APÊNDICE A – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS TEMAS QUE SERÃO AVALIADOS	160
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA	162
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES COM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PARA OS GERENTES DAS UNIDADES).....	167
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO AOS MÉDICOS E ENFERMEIROS	174
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO AOS GERENTES	175
APÊNDICE F – RESUMO EXECUTIVO	176
ANEXOS	179
ANEXO A - ESCALA GAB1 - MENSURAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE O GUIA ALIMENTAR BRASILEIRO	179
ANEXO B – ESCALA GAB2 – AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE AUTO-EFICÁCIA E EFICÁCIA COLETIVA	181
ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	184

APRESENTAÇÃO

Meu envolvimento com a saúde pública iniciou ainda durante a graduação, com o desejo de conhecer além da teoria e da posição de usuária do SUS. Comecei me voluntariando para participar das atividades extracurriculares na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Americana em parceria com a faculdade. Desse voluntariado surgiu o convite para a elaboração de materiais educativos a serem usados nas atividades das unidades. Desde o início, minha referência principal para a construção desses materiais foi o Guia Alimentar. Tais materiais passavam por validação pela equipe de profissionais da SMS e, então, eram usados na rotina das ações coletivas do município. Foram ótimas experiências que agregaram muito principalmente no início da minha carreira profissional.

Durante minha formação, aguardei ansiosamente a oportunidade de realizar um estágio curricular em Saúde Pública, que me permitiria acompanhar de perto a rotina de uma Unidade de Saúde da Família por três meses. Essa experiência me proporcionou uma visão mais abrangente das atividades educativas em grupo, bem como do papel das equipes multiprofissionais e intersetoriais na prestação de atendimento de qualidade à população. Percebi que, no campo da saúde pública havia desafios e não seguia uma lógica definitiva, mas era reproduzido uma lógica geral do trabalho em equipe em busca de um produto imaterial, o aprimoramento do cuidado em saúde à população. E era nesse local que eu me sentia muito pertencente, com a certeza de onde queria atuar.

Enfim, em 2011, ainda no último semestre da faculdade, prestei um concurso para nutricionista na cidade vizinha, Santa Bárbara d'Oeste. Alguns dias após a conclusão da graduação, em julho do mesmo ano, fui convocada para assumir o cargo. Quanta alegria, mas também quantos desafios. Eu recém-formada, assumindo um cargo em um município com quase 200 mil habitantes e 11 UBS, sem nenhum trabalho anterior de nutrição desenvolvido na cidade.

Por alguns anos segui sozinha na implantação das ações de alimentação e nutrição no município. Minhas responsabilidades se dividiam entre atividades educativas, atendimentos individualizados, programa de terapia nutricional, atendimento nutricional aos pacientes acamados, apoio e capacitações às equipes, entre outras atividades em parceria às demais secretarias como Educação e Promoção Social. Durante todo o período, destacando a relevância das ações de alimentação e nutrição no âmbito público e o papel essencial do nutricionista na concretização dessas ações em

colaboração com as equipes. Com o passar do tempo, a equipe cresceu, e atualmente a SMS conta com quatro nutricionistas, distribuídos da seguinte forma: uma no setor de Vigilância Sanitária, duas na Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo uma dedicada aos atendimentos domiciliares do Serviço de Atendimento Domiciliar. Eu, por minha vez, atuo como referência técnica no Setor de Nutrição, coordenando e planejando as ações relacionadas à alimentação e nutrição no município. Além disso, desempenho um papel ativo na Atenção Primária à Saúde (APS), conduzindo atividades educativas, colaborando no apoio das equipes, promovendo a educação permanente, entre outras funções. No Centro de Especialidades, presto atendimento a pacientes em Terapia Nutricional e ofereço suporte aos demais programas e áreas técnicas da saúde municipal.

Sigo reforçando sempre que a promoção da alimentação adequada e saudável é uma ação incentivada pelas políticas públicas e tem suma importância na promoção de saúde, prevenção, tratamento e recuperação das doenças tanto a nível individual quanto coletivo. No entanto, nesses anos de prática em trabalho com a equipe, observo a ausência na abordagem sobre questões relacionadas à alimentação e nutrição pelos demais profissionais da equipe que não são nutricionistas. Dessa forma mantenho-me no anseio de que essas informações estejam acessíveis a mais pessoas, de forma adequada e qualificada. E, apesar da alta demanda de serviço, venho elaborando diversos momentos de qualificação aos profissionais juntamente com a Educação Permanente da secretaria.

Nos últimos anos houve a contratação de novos profissionais especialmente e específicos para as ESF. Então, através deste mestrado, pude ampliar meus conhecimentos, qualificar minha prática profissional e assim promover a melhor qualidade da assistência na APS. Além disso, foi possível desenvolver essa pesquisa para analisar de fato a percepção e conhecimento dos médicos e enfermeiros da ESF que estão em maior contato com a população, sobre alimentação tendo como referência o Guia Alimentar que é um instrumento elaborado justamente para a população, como também para que todos os profissionais de saúde possam utilizá-lo na disseminação da alimentação adequada e saudável. Ademais, o produto dessa pesquisa deixará como legado um fluxo de qualificação aos profissionais da equipe, destacando a importância das ações de alimentação e nutrição na APS. Além disso, contribuirá com informações científicas que poderão ser úteis para pesquisadores e gestores no campo da saúde coletiva.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Panorama epidemiológico e nutricional brasileiro

Ao longo das últimas décadas, o panorama epidemiológico e nutricional brasileiro tem passado por transformações significativas, culminando em uma realidade marcada pela chamada "transição nutricional". A partir da década de 1970, através de inquéritos representativos da situação nutricional da população, como o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), foi possível observar uma notável diminuição da desnutrição e, simultaneamente, um preocupante aumento progressivo da obesidade e de outras Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no país (MONTEIRO *et al.*, 1995; TONIAL, 2001). Atualmente, a obesidade é considerada uma epidemia mundial, e sua incidência está diretamente relacionada com os padrões alimentares e o estilo de vida da população brasileira (MONTEIRO *et al.*, 1995; TONIAL, 2001).

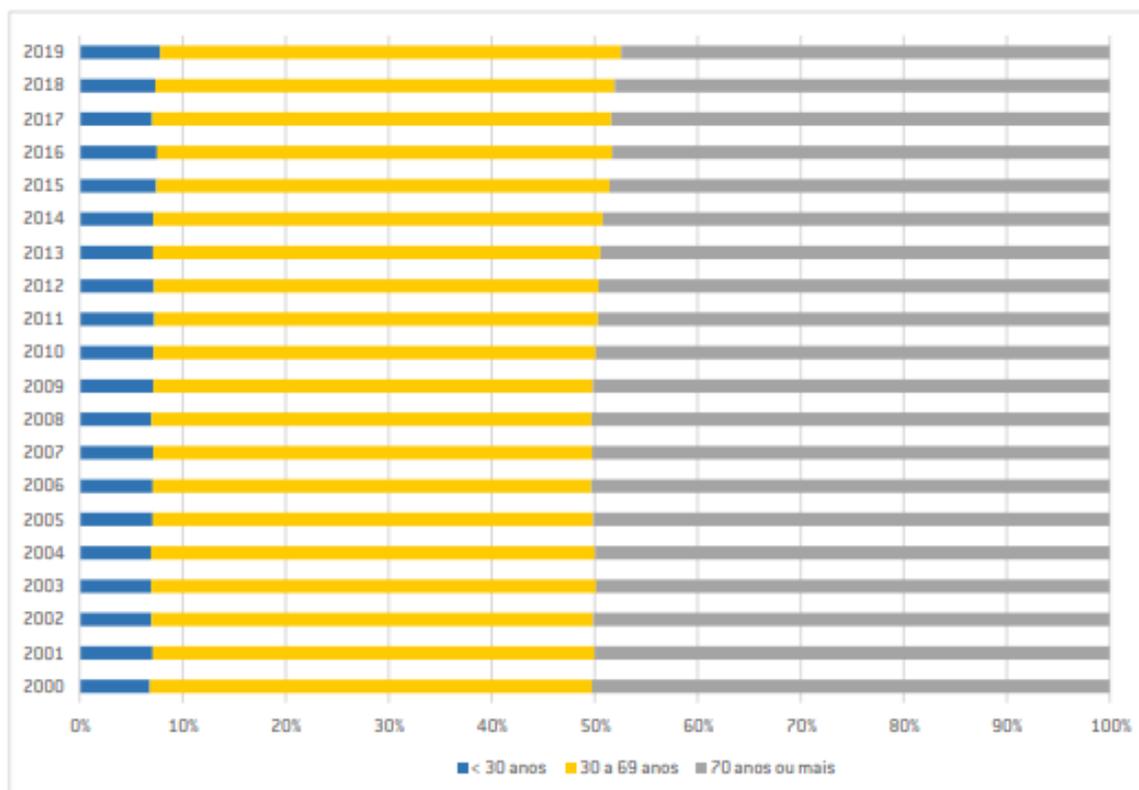
No estudo realizado por MALTA *et al.* (2015) destacou que tanto em 1990, quanto em 2015 a dieta inadequada permaneceu como o principal fator de risco para anos de vida perdidos no Brasil, superando outros fatores modificáveis, como o uso de álcool, drogas, tabagismo e inatividade física. Esses achados reforçam a importância de ações efetivas da saúde pública e intervenções voltadas para beneficiar a população.

Entre as principais DCNT que acometem a população brasileira, encontram-se as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, hipertensão, câncer, diabetes e doenças metabólicas, como a obesidade e dislipidemia. Essas doenças representam uma considerável ameaça à saúde pública mundial e têm atingido, especialmente, populações vulneráveis de média e baixa renda e escolaridade, sendo relacionadas ao restrito acesso às informações e aos serviços de saúde como também à maior exposição aos fatores de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

De acordo com as Estimativas Globais de Saúde da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020), as DCNT foram responsáveis por aproximadamente 7 em cada 10 mortes em todo o mundo no ano de 2019. No contexto brasileiro, mais de 65% dos óbitos registrados nesse mesmo ano foram relacionados às DCNT, sendo que 54,7% foram diretamente atribuídos a essas doenças

e 11,5% representaram agravos relacionados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). É alarmante notar que cerca de 41,8% dessas mortes ocorreram precocemente, entre 30 e 69 anos de idade, destacando a relevância dessas enfermidades na mortalidade prematura (Figura 1).

Figura 1 – Proporção de óbitos por DCNT, segundo faixa etária, Brasil (2000-2019)



Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Entre as DCNT, as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte, já câncer e diabetes são as que ocupam a segunda e quarta posição no país. Constatou-se também o aumento no consumo de medicamentos populares para essas doenças, corroborando com a tendência observada nessa análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

As DCNT representam uma grande carga para os sistemas de saúde devido ao seu crescente custo. Um estudo sobre os custos atribuíveis à hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em 2018, revelou que essas doenças geraram um custo direto de aproximadamente R\$ 3,45 bilhões anualmente. Dentre esses custos, a hipertensão arterial representou 59%, o

diabetes 30% e a obesidade 11% sem considerar os custos de hipertensão e diabetes atribuíveis à obesidade. Esses dados ressaltam a premente necessidade de adotar políticas mais custo-efetivas para enfrentar a dupla carga da má nutrição, fortalecendo as ações em nutrição no âmbito dos sistemas de saúde. Isso inclui a implementação de iniciativas nutricionais nos serviços de saúde, a promoção da educação alimentar e nutricional, a criação de ambientes que favoreçam escolhas saudáveis e o aumento significativo dos investimentos em nutrição (NILSON *et al.*, 2018).

1.2 Impacto dos Alimentos Ultraprocessados na Saúde da População

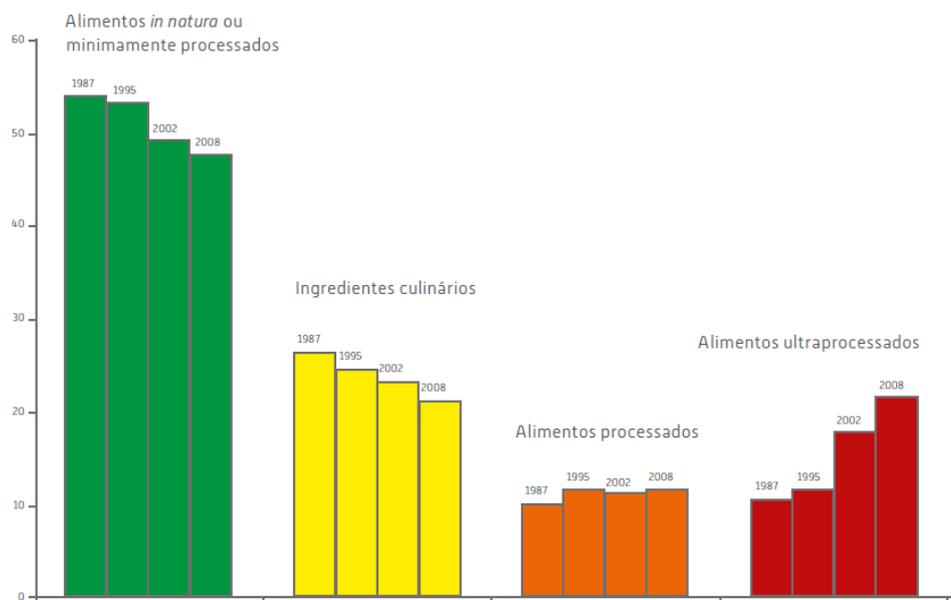
As mudanças nos padrões alimentares da população têm sido um fator central nesse cenário de transição nutricional. Desde a década de 1990, observa-se um constante aumento no consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil e redução na ingestão dos alimentos *in natura* e minimamente processados, conforme apresentado na figura 2 (LOUZADA *et al.*, 2019).

Desde os anos 80, o avanço acelerado das técnicas da ciência alimentar em escala global permitiu a criação de uma variedade de produtos palatáveis utilizando ingredientes e aditivos de baixo custo. Esse cenário impulsionou a expansão do sistema alimentar global, resultando em uma maior produção e consumo de produtos hoje chamados de ultraprocessados. De forma geral, os alimentos ultraprocessados são mais densos em energia, contêm quantidades excessivas de gorduras não saudáveis, açúcares e sal, além de serem deficientes em fibras, proteínas e micronutrientes em comparação com os alimentos não processados ou minimamente processados (MONTEIRO *et al.*, 2013; LOUZADA *et al.*, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem alertado para o crescimento do consumo de alimentos ultraprocessados como embutidos, biscoitos recheados, refrigerantes, macarrão instantâneo, entre outros, considerando-os como um dos principais fatores responsáveis pela epidemia mundial de obesidade, diabetes e outras DCNT (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Figura 2 – Contribuição percentual de alimentos *in natura* ou minimamente processados, ingredientes culinários, alimentos processados e alimentos ultraprocessados no total de calorias adquiridas por domicílio no Brasil, nos períodos de 1987-1988, 1995-1996, 2002-2003 e 2008-2009.

% do total de energia



Fonte: Louzada *et al.*, 2019.

Na América Latina, as dietas inadequadas, caracterizadas pelo baixo consumo de cereais, frutas e hortaliças, e o consumo excessivo de alimentos processados, emergem como os principais fatores de risco para o surgimento das DCNT. Entre os anos 2000 e 2013, o volume comercializado desses produtos ultraprocessados registrou um crescimento de 43,7% em escala mundial, alcançando uma significativa taxa de 48% na América Latina, acompanhado do consumo elevado de sal, açúcar, óleos e gorduras. Para enfrentar essa situação, são exigidas múltiplas políticas (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Equipe do *Global Burden of Disease* desenvolveu um estudo com o objetivo de avaliar o consumo de alimentos e nutrientes em 195 países, relacionando-os com a mortalidade e morbidade das DCNT. Em 2017, constatou-se que mais da metade das mortes estavam associadas à dieta inadequada, sendo dois terços das DCNT atribuídos ao alto consumo de sódio, baixa ingestão de grãos integrais e frutas. A reduzida ingestão de grãos integrais foi identificada como o principal fator de risco dietético para

DCNT em homens e mulheres, especialmente entre mulheres e adultos jovens de 25 a 50 anos, enquanto o sódio liderou a mortalidade em homens e idosos acima de 70 anos, seguido pela baixa ingestão de grãos integrais e frutas (GBD, 2019).

No contexto brasileiro, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) revelou mudanças significativas nas tendências de consumo da população, com uma diminuição na aquisição domiciliar de alimentos *in natura* e minimamente processados, e um aumento no consumo de alimentos ultraprocessados. Embora tenha havido um crescimento constante na disponibilidade doméstica de alimentos ultraprocessados nas últimas três pesquisas, o ritmo de aumento anual apresentou uma desaceleração. Entre os períodos de 2002-2003 e 2008-2009, a proporção de aumento de calorias provenientes de alimentos processados foi de 0,6%, enquanto entre 2008-2009 e 2017-2018, foi de 0,3%. Essa desaceleração foi observada tanto nas áreas urbanas quanto rurais, abrangendo todas as regiões do país e diferentes níveis de renda. É plausível que essa mudança de cenário esteja relacionada à implementação de políticas públicas de promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS), com destaque para o Guia Alimentar para a População Brasileira (IBGE, 2020).

Estudos têm demonstrado que o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados está associado a diversos problemas de saúde, incluindo aumento de peso e da circunferência abdominal, obesidade, doenças crônicas, riscos metabólicos entre outras doenças (LOUZADA *et al.*, 2019). Uma revisão de escopo evidenciou a consistência dessa relação, apontando que a redução do consumo desses alimentos pode trazer benefícios significativos à saúde geral, inclusive reduzindo a mortalidade por todas as causas em adultos de diferentes populações (LOUZADA *et al.*, 2021).

Diante do impacto potencial da dieta inadequada na morbidade e mortalidade por DCNT, é imperativo que as políticas de alimentação se concentrem na promoção de escolhas alimentares mais saudáveis, valorizando a ingestão adequada de frutas, legumes, verduras, cereais integrais e alimentos *in natura* em geral. Essa melhoria na qualidade alimentar previne uma em cada cinco mortes em todo o mundo e requer a colaboração de diversos atores e a implementação de políticas integradas em diferentes setores da saúde e do sistema alimentar que envolve desde a produção, o processamento e a distribuição de um alimento, até sua preparação e consumo (GBD, 2019). Isto posto, a redução no consumo de alimentos ultraprocessados é uma das formas de promoção da alimentação saudável (LOUZADA *et al.*, 2019).

Com base na análise do panorama epidemiológico e nutricional brasileiro e global, fica evidente a urgência de adotar abordagens efetivas para enfrentar o desafio das DCNT. Em resposta a esse cenário, a OMS lançou em 2004 a "Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). O objetivo dessa estratégia é incentivar países a adotarem padrões saudáveis de alimentação e estilo de vida ativo, integrando tais políticas de acordo com suas realidades específicas e com a participação ativa dos profissionais de saúde e demais áreas envolvidas no enfrentamento das DCNT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Dessa forma, no Brasil as políticas públicas têm sido direcionadas para incentivar escolhas alimentares saudáveis, promover a alimentação adequada e saudável, fortalecer a atuação da Atenção Básica e integrar ações intersetoriais que favoreçam a melhoria do ambiente alimentar e nutricional em todo o país como será abordado a seguir.

1.3 Evolução do paradigma de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no Brasil

O SUS desempenha um papel fundamental sobre questões de alimentação e nutrição, bem como no enfrentamento das DCNT, sendo um importante espaço para a implementação de políticas e programas de PAAS. O processo de transição nutricional no Brasil trouxe consigo atualizações nas publicações de alimentação e nutrição no SUS e aproximou a agenda de alimentação e nutrição aos serviços de saúde, facilitando o seu reconhecimento como parte de uma atenção integral à saúde, como discutido por JAIME *et al.* (2018). Diversas iniciativas têm sido adotadas, como ações direcionadas ao cuidado alimentar e nutricional, o fortalecimento dos serviços de Atenção Básica para abordar a prevenção e o tratamento das DCNT e a integração de profissionais da saúde em equipes multidisciplinares para promover mudanças no estilo de vida dos brasileiros.

A alimentação adequada e saudável contribui para a melhoria da saúde e a redução do risco de DCNT, e desde 1990 por meio da Lei nº 8080 (BRASIL, 1990), a alimentação e nutrição é prevista como uma das ações para a promoção de saúde. Além

disso é um direito humano básico, reconhecido por meio da emenda constitucional nº 64 de 2010, conquistada pela luta da sociedade civil no campo da alimentação e nutrição.

Por isso para construir um modelo de atenção à saúde que priorize a qualidade de vida das pessoas e comunidades requer a formulação, a implantação e a concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Contudo, até a década de 1990, questões relacionadas à Educação Alimentar e Nutricional (EAN) foram pouco valorizadas como estratégias de políticas públicas, até que evidências crescentes apontaram os hábitos alimentares como um dos principais fatores determinantes para o aumento das DCNT em todo o mundo. A partir desse momento, a EAN passou a ser considerada uma medida necessária para prevenir e controlar essas doenças e agravos à saúde (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME, 2012).

Inclusive em nível mundial, um maior incentivo à divulgação de informações nutricionais orientadas pelas preocupações de saúde pública foi estimulado pela *Food and Agriculture Organization* (FAO) e OMS a partir da década de 1990 (GONZALES FISCHER & GARNETT, 2016). Publicações técnicas e políticas públicas nacionais reconhecem cada vez mais a importância da alimentação e nutrição para a atenção integral à saúde no SUS. Já no final dessa década, o termo "promoção de práticas alimentares saudáveis" começou a aparecer nos documentos oficiais brasileiros, sinalizando a crescente preocupação com a relação entre alimentação e saúde (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME, 2012).

O Brasil se destaca pela evolução e desenvolvimento de políticas e intervenções alimentares nitidamente ligadas à promoção de práticas alimentares saudáveis. Esse tipo de ação não é evidente em outros países (GONZALES FISCHER & GARNETT, 2016). No quadro 1, são apresentadas as mais relevantes publicações e políticas nacionais que estabelecem um panorama das ações e esforços empreendidos para enfrentar os desafios relacionados à alimentação e nutrição da população brasileira.

Quadro 1 – Principais publicações relacionadas à alimentação e nutrição no SUS até 2022.

Ano	Publicação	Descrição
1999	Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)	Primeira edição da PNAN, estabelece as responsabilidades do setor saúde com o objetivo de promover a melhora das condições de alimentação, nutrição e saúde no país com foco no combate à fome, garantia da qualidade dos alimentos, promoção de práticas

Ano	Publicação	Descrição
		alimentares saudáveis e prevenção de distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999)
2006	Primeira edição do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB)	Lançado pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica com o título “Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável”, e apresentou as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população e teve grande importância para o início das discussões sobre as iniciativas voltadas à alimentação e nutrição no Brasil. A primeira edição do GAPB de 2006 foi um dos instrumentos construídos no âmbito das diretrizes da PNAN. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)
2009	Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição	Também vinculada à PNAN e lançada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e o cuidado nutricional, especialmente na Atenção Básica, destacando a importância do nutricionista na rede básica de saúde e identificando a necessidade de mais ações de alimentação e nutrição nas unidades básicas de saúde para melhor cumprir os princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)
2010	Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	Aprovada pelo Ministério da Saúde, para ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços do SUS, com ênfase no fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família, destacando a promoção de atividade física, hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo e do uso abusivo de bebida alcoólica, e cuidados voltados ao envelhecimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)
2011	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	O Ministério da Saúde aprova a PNAB, estabelecendo normas e orientações para a organização da Atenção Básica no Brasil, incluindo a Estratégia Saúde da Família (ESF). E entre orientações do processo de trabalho da equipe, direciona o foco relacionado às questões alimentares, com objetivo de prevenir o surgimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis por meio de intervenções adequadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)
2011	Atualização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)	Atualização da PNAN, fundamentada nos princípios de reorganização, qualificação e aperfeiçoamento das atividades do SUS para enfrentar os desafios do cenário alimentar e nutricional brasileiro. Introdução de novas diretrizes e foco na promoção da alimentação adequada e saudável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Ano	Publicação	Descrição
2011	Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022	Direcionou o país e fortaleceu os serviços de saúde para a promoção de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco. Um dos pilares de atenção é a promoção da alimentação saudável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)
2014	Segunda edição atualizada do Guia Alimentar para a População Brasileira	Traz uma atualização das orientações para uma alimentação adequada e saudável, levando em conta as mudanças ocorridas na população ao longo do tempo. A segunda edição do GAPB reconhece que a alimentação vai além da ingestão de nutrientes e inclui os alimentos, a forma como são combinados e preparados, o modo de comer e as dimensões culturais e sociais que permeiam as práticas alimentares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)
2017	Atualização da Política Nacional de Atenção Básica	A PNAB é atualizada para estabelecer diretrizes na organização da atenção básica no SUS, enfatizando o papel da Atenção Primária como articuladora das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais, com centralidade no cuidado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)
2018	Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	Revisão da PNPS, visando a articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, mantendo a promoção da alimentação adequada e saudável como um dos temas prioritários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)
2021	Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030	O novo Plano é atualizado, considerando as transformações na estrutura de causas de morte e o padrão etário da população brasileira. Aborda quatro principais grupos de DCNT, sendo as doenças cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes e seus fatores de risco modificáveis que são tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade, definindo três eixos de ações: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021)
2022	Atualização da "Matriz para organização dos cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde"	Atualização da matriz com o propósito de apoiar a estruturação dos cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, proporcionando uma oferta melhor de cuidados em alimentação e nutrição à população para ser usado por gestores e profissionais inseridos na APS conforme cada realidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022)

A primeira edição da PNAN (1999), constituiu um marco orientador da ação governamental relacionado à alimentação e nutrição, fundamentado na consideração da diversidade, baseando-se na análise da situação alimentar e nutricional vigente naquele período. Para alcançar os propósitos estabelecidos, foram definidas sete diretrizes: (1) Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; (2) Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos; (3) Monitoramento da situação alimentar e nutricional; (4) Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; (5) Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; (6) Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; (7) Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Entretanto, à medida que avançavam os esforços do SUS para a melhoria da saúde da população brasileira, com a redução da mortalidade infantil, a expansão da atenção básica, a vigilância e promoção à saúde, desafios permaneceram devido a um cenário epidemiológico complexo que combinava condições agudas e crônicas, juntamente com a alteração do cenário alimentar e nutricional brasileiro. Assim, surgiu a necessidade de atualizar as diretrizes da PNAN para orientar a organização e qualificação das ações de alimentação e nutrição no SUS e modificar determinantes de saúde e promover o bem-estar da população (JAIME *et al.*, 2018). Dessa forma, em 2011, novas diretrizes da PNAN são consolidadas: (1) Organização da Atenção Nutricional; (2) Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; (3) Vigilância Alimentar e Nutricional; (4) Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; (5) Participação e Controle Social; (6) Qualificação da Força de Trabalho; (7) Controle e Regulação dos Alimentos; (8) Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; (9) Cooperação e Articulação para Segurança Alimentar e Nutricional (RECINE, 2015).

É fundamental destacar a relevância da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, que representa a segunda diretriz da PNAN, e desempenha um papel crucial no apoio aos estados e municípios brasileiros para o desenvolvimento de estratégias que promovam e protejam a saúde da população. A PAAS compreende um conjunto de intervenções que atuam sobre os determinantes da saúde, incentivando escolhas alimentares saudáveis entre a população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além disso, a PAAS também reflete a preocupação com a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, abrangendo desde a prevenção de carências nutricionais específicas e desnutrição até a redução da prevalência do sobrepeso, obesidade e das DCNT. Essa diretriz também considera as necessidades alimentares especiais de determinados grupos, como portadores de doença falciforme, hipertensão, diabetes, câncer, doença celíaca, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A PAAS ocupa posição de destaque não apenas como uma das diretrizes da PNAN, mas também como uma das ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Nesse contexto, as ações de alimentação saudável têm como foco central a redução e o controle das taxas de DCNT no Brasil, além da disseminação da cultura da alimentação saudável em toda a população. Inclusive os Guias Alimentares, publicados pelo Ministério da Saúde, são estratégias de implementação dessa diretriz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A consolidação da PAAS e a utilização do Guia Alimentar como ferramenta de orientação para práticas alimentares ressaltam o compromisso do SUS em abordar a questão alimentar e nutricional como um dos pilares centrais para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Estas orientações desempenham um papel fundamental como componentes de uma política alimentar coesa, fornecendo orientações oficiais, acessíveis e compreensíveis sobre hábitos alimentares saudáveis. Para atingirem seu pleno potencial, é essencial que sejam amplamente comunicadas tanto ao público em geral quanto aos profissionais de saúde (GONZALES FISCHER & GARNETT, 2016).

1.4 As Edições dos Guias Alimentares para a População Brasileira

1.4.1 Primeira edição em 2006

A primeira edição do Guia Alimentar de 2006 foi desenvolvida como parte das diretrizes da PNAN regulamentada pela Portaria nº 710/GM, de 10 de junho de 1999 considerando ainda a Portaria nº 596/GM, de 8 de abril de 2004 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999 e 2004). Essa edição foi elaborada com base nas recomendações da Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde, instituídas pela OMS.

Com o intuito de compartilhar formulações e implementações de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as mortes e doenças em todo o mundo, centrando-se em quatro principais objetivos: (1) *reduzir os fatores de risco para DCNT por meio da ação em saúde pública e promoção da saúde e medidas preventivas*; (2) *aumentar a atenção e o conhecimento sobre alimentação e atividade física*; (3) *encorajar o desenvolvimento, o fortalecimento e a implementação de políticas e planos de ação em nível global, regional, nacional e comunitário que sejam sustentáveis, incluindo a sociedade civil, o setor privado e a mídia*; (4) *monitorar dados científicos e influências-chave na alimentação e atividade física e fortalecer os recursos humanos necessários para qualificar e manter a saúde nesse domínio* (OMS, 2004 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Essa primeira edição destaca a importância da capacitação dos profissionais de saúde para fornecer orientações adequadas a grupos populacionais saudáveis a partir dos 2 anos de idade, abrangendo âmbito nacional, regional, estadual, institucional, municipal e da comunidade com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças. No entanto, é importante ressaltar que, no contexto epidemiológico da época, havia preocupações relacionadas às deficiências nutricionais e infecções, mas também às DCNT, que já assumiam importante magnitude como causas mais comuns de morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Ao longo deste Guia, são abordadas sete diretrizes fundamentadas no conceito de pirâmide alimentar, que organiza os alimentos em grupos de acordo com suas fontes de nutrientes, como carboidratos, proteínas e gorduras. Além disso, duas diretrizes especiais são apresentadas de forma concisa no quadro 2.

Quadro 2 – Resumo das diretrizes da primeira edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, Brasil, 2008.

Diretriz 1
Os alimentos saudáveis e as refeições
Descreve sobre os alimentos saudáveis e às refeições no seu conjunto, iniciando com uma contextualização de alguns conceitos que são abordados nas demais diretrizes.
Diretriz 2
Cereais, tubérculos e raízes
Especifica os componentes que correspondem ao grupo dos grãos como arroz, milho e trigo e outros alimentos que são ricos em amido e carboidratos complexos como pães, massas, mandioca e outros tubérculos e raízes.

Diretriz 3
Frutas, legumes e verduras
Abrange os componentes relacionados às frutas e legumes e verduras no geral.
Diretriz 4
Feijões e outros vegetais ricos em proteínas
Abrange o grupo das leguminosas como feijões, como também outros vegetais ricos em proteínas.
Diretriz 5
Leite e derivados, carnes e ovos
Trata dos alimentos de origem animal, destacando os nutrientes e o controle da ingestão para dietas saudáveis.
Diretriz 6
Gorduras, açúcares e sal
Refere aos alimentos e bebidas com altos teores de gorduras, açúcares e sal, relacionando aos prejuízos para a saúde quando ingeridos regularmente e em grandes quantidades.
Diretriz 7
Água
Incentiva a ingestão da água como necessidade vital para a saúde.
Diretriz Especial 1
Atividade física
Estimula a atividade física regular que aliada à alimentação saudável resulta num impacto positivo e protetor à saúde.
Diretriz Especial 2
Qualidade sanitária dos alimentos
Discorre sobre os cuidados para manter a qualidade sanitária dos alimentos desde a compra, conservação, preparação e consumo.

Fonte: Ministério da Saúde, 2008.

A primeira edição do Guia Alimentar apresentava informações sobre as porções e o valor calórico médio por porção com recomendações calóricas para uma dieta de 2000 quilocalorias por dia. Na Diretriz 6 – “*Gorduras, açúcares e sal*”, de forma bem sucinta, havia uma orientação para evitar produtos industrializados, porém, seguindo o foco do material que estava mais voltado para o teor de nutrientes: “*Evite consumir alimentos industrializados que contém altos teores de sal, como embutidos (salsichas, linguiças, salames, presuntos, mortadela), queijos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos. Além disso, alguns geralmente têm alto teor de gordura*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

As classificações convencionais que agrupam os alimentos com base em seus perfis de nutrientes foram de extrema relevância em um período em que a maior parte das doenças relacionadas à alimentação estava vinculada a deficiências de energia e nutrientes. Entretanto, essas classificações foram se tornando obsoletas por várias razões. Dentre elas, destacam-se as transformações na sociedade, como o aumento

significativo das DCNT, o impacto negativo do sistema alimentar global, a rápida expansão da indústria alimentícia com uma diversidade crescente de produtos ultraprocessados, além da mudança nos padrões alimentares com maior consumo desses produtos pela população em geral e, em contrapartida, uma redução no consumo de alimentos *in natura*. Diante desses cenários, tornou-se evidente que o Guia Alimentar necessitava de uma revisão para propor novas recomendações, a fim de acompanhar as alterações na oferta de alimentos e os padrões de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; MONTEIRO *et al.*, 2016; LOUZADA *et al.*, 2019; IBGE, 2020).

É importante considerar que a relação entre alimentação e saúde transcende a mera análise de nutrientes isolados. Os componentes dos alimentos atuam sinergicamente no organismo, de modo que o impacto na saúde não se restringe apenas aos nutrientes, mas também à interação entre eles e com outros elementos presentes nos alimentos. Além disso, a forma como os alimentos são combinados, preparados e consumidos, bem como o contexto em que ocorre a alimentação, desempenham papéis relevantes. Nesse sentido, há de se considerar o conceito de saúde e alimentação mais ampliado, abrangendo não apenas o aspecto biológico, mas também os aspectos simbólicos, emocionais e históricos dos alimentos e suas preparações culinárias. Diante desse cenário, a proposição de um novo Guia Alimentar para a População Brasileira se tornou imprescindível para acompanhar as alterações na condição de vida dos brasileiros (LOUZADA *et al.*, 2019).

1.4.2 Edição atual – 2014

As orientações dos Guias Alimentares devem estar em conformidade com as alterações do cenário da alimentação e das condições de saúde da população (FAO/WHO, 1997). Nesse contexto, em substituição à versão publicada em 2006, foi lançada a segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira em 2014. Essa nova edição foi formulada com uma abordagem mais ampla sobre o conceito de alimentação, ultrapassando as dimensões fisiológicas e biológicas. Foram considerados aspectos pessoais, culturais, sociais, econômicos, políticos e ambientais, reconhecendo a natureza intersetorial da promoção da alimentação saudável. O Guia Alimentar reafirma o compromisso de promover hábitos alimentares saudáveis, incentivando a ampliação da autonomia das pessoas na tomada de decisões e na adoção de práticas alimentares. Isso se traduz em uma maior participação ativa das pessoas no autocuidado,

incentivando diálogos construtivos com os profissionais de saúde e os gestores (LOUZADA *et al.*, 2019).

Como já mencionado, o Guia Alimentar se constitui em uma das estratégias para a implantação da diretriz de PAAS que integra o PNAN, definindo a alimentação adequada e saudável como *“um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Após um processo de consulta pública, que possibilitou um amplo debate envolvendo diversos setores da sociedade e direcionou a construção da versão final, a elaboração do Guia Alimentar seguiu cinco princípios básicos: (1) Alimentação é mais que ingestão de nutrientes; (2) Recomendações sobre alimentação devem estar em sintonia com seu tempo; (3) Alimentação adequada e saudável deriva de sistema socialmente e ambientalmente sustentável; (4) Diferentes saberes geram o conhecimento para a formulação de guias alimentares; (5) Guias alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O Guia Alimentar, ao considerar os múltiplos determinantes das práticas alimentares, reforça o compromisso do Ministério da Saúde em contribuir para o desenvolvimento de estratégias que promovam e garantam o direito humano à alimentação adequada. Diferentemente da primeira edição, a segunda edição do Guia Alimentar adota conceitos inovadores, classificando os alimentos de acordo com seu nível de processamento, em vez do seu perfil de nutrientes, baseando-se na classificação NOVA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A classificação NOVA, proposta em 2009, trouxe à tona a questão do processamento de alimentos, que, até então, havia sido subestimada nas discussões sobre alimentação, nutrição e políticas de saúde pública, já que abordagens anteriores priorizavam o consumo de nutrientes considerados saudáveis, sem considerar o impacto do processamento, a adição de substâncias prejudiciais e a qualidade final do alimento como um todo (MONTEIRO, 2009; MONTEIRO *et al.*, 2010). Apesar de mais de 100 países em todo o mundo possuírem diretrizes alimentares, o Brasil foi pioneiro na

adoção da classificação NOVA considerando a relação entre alimentos ultraprocessados e o desenvolvimento de DCNT (BORTOLINI *et al.*, 2019; LOUZADA *et al.*, 2019).

A NOVA agrupa todos os alimentos e produtos alimentícios, incluindo os itens individuais de preparações culinárias obtidas a partir de receitas em quatro categorias definidas de acordo com o tipo e o propósito do processamento empregado na produção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; MONTEIRO *et al.*, 2016).

No grupo 1 são considerados os alimentos *in natura* e minimamente processados. Os alimentos *in natura* são as partes comestíveis de vegetais (sementes, frutas, folhas, caules, raízes) ou de animais (músculos, vísceras, ovos, leite), incluindo cogumelos, algas e água. Já os alimentos minimamente processados são os alimentos *in natura*, mas que passaram por processos como remoção de partes não comestíveis ou indesejadas, secagem, esmagamento, moagem, fracionamento, filtragem, torrefação, fervura, pasteurização, refrigeração, congelamento, colocação em recipientes, embalagem a vácuo ou fermentação não alcoólica, mas sem a adição de ingredientes ou transformações que os descaracterizam. São exemplos os grãos de feijão, grãos e farinha de trigo e milho, café em grãos ou moídos, leite pasteurizado, carne resfriada ou congelada entre outros.

No grupo 2 estão os ingredientes culinários que são substâncias extraídas de alimentos do grupo 1 ou da natureza por processos como prensagem, refino, moagem, moagem e secagem por pulverização e usadas pelas pessoas para preparar, temperar e cozinhar alimentos. Nesse grupo está o sal, açúcar e melado, mel, óleos vegetais de azeitonas ou sementes, manteiga e banha obtidos a partir do leite e da carne de porco, vinagre entre outros.

Fazem parte do grupo 3 os alimentos processados que são produtos fabricados com adição de açúcar, óleo, sal ou outras substâncias do grupo 2 aos alimentos do grupo 1. A maioria dos alimentos processados tem dois ou três ingredientes. Os exemplos são: vegetais, frutas e legumes enlatados ou engarrafados; nozes e sementes salgadas ou açucaradas; carnes salgadas, curadas ou defumadas; peixe enlatado; frutas em calda; queijos e pães frescos não embalados.

E no grupo 4 estão os produtos ultraprocessados que são formulações industriais que passam por diversas etapas e técnicas de processamento e tipicamente possuem cinco ou mais ingredientes e muitos deles são de uso exclusivo industrial, ou seja, são adicionados açúcar, óleos, gorduras, sal, antioxidantes, estabilizantes, conservantes, corantes, estabilizador de cor, aromatizantes, saborizantes, realçadores de sabor,

adoçantes e outros diversos aditivos para disfarçar qualidades sensoriais indesejáveis do produto final ou mesmo para auxiliar no processamento. Incluem nesse grupo refrigerantes, bebidas lácteas, néctar de frutas, misturas em pó para preparação de bebida com sabor de frutas, salgadinhos de pacote, doces e chocolates, barras “cereais”, sorvetes, pães e outros panificados embalados, margarinas, bolachas e biscoitos, bolos e misturas para bolos, “cereais” matinais, tortas, pratos de massa e pizzas pré-preparadas, nuggets, salsichas, hambúrgueres e outros produtos de carne reconstituída, macarrão instantâneo e muitos outros produtos.

Em resumo, fomentar a ingestão de alimentos *in natura* e minimamente processados, orientar o uso moderado dos ingredientes culinários, aconselhar o limite do consumo dos alimentos processados e desencorajar o consumo dos ultraprocessados, são as recomendações gerais para proteção e promoção de saúde.

A utilização do grau de processamento de alimentos em sistemas de classificação de alimentos proporciona uma valiosa ferramenta na avaliação e acompanhamento dos hábitos alimentares. Esse tipo de classificação desempenha um papel fundamental no entendimento das estratégias de prevenção e controle das DCNT (MOUBARAC *et al.*, 2014). O reconhecimento da importância da disseminação dessa abordagem de classificação de alimentos em relação ao seu grau de processamento vem sendo utilizada em documentos técnicos de organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas para a FAO e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na orientação de políticas públicas de alimentação e nutrição (MONTEIRO *et al.*, 2019). Inclusive, em 2016, a OPAS publicou o “Modelo de Perfil Nutricional”, utilizando o Guia Alimentar para a População Brasileira como referência na descrição dos grupos alimentares (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A nova edição do Guia Alimentar demonstra cuidado em fortalecer a cultura e incentivar hábitos alimentares saudáveis em todo o país considerando a diversidade sociocultural, abordando combinações de alimentos em cada refeição, considerando os hábitos das diferentes regiões do Brasil. Além disso, destaca a importância da comensalidade, fornecendo orientações para comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e na companhia de outros, valorizando a interação social e o prazer no momento das refeições. Outro ponto relevante abordado no Guia Alimentar são os obstáculos que podem ser identificados na adoção das recomendações e como superá-los.

Ao término de cada capítulo, o Guia Alimentar traz um resumo dos assuntos abordados, facilitando a compreensão e assimilação das informações apresentadas. Por fim, encerra com os "dez passos para uma alimentação adequada e saudável" (quadro 3), sintetizando de forma clara e concisa todos os pontos importantes discutidos ao longo do documento. Essa abordagem torna o Guia Alimentar uma ferramenta prática e acessível para a PAAS em toda a população.

Quadro 3 – Dez passos para uma alimentação saudável pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, Brasil, 2014.

1 – Fazer de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação

Em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, alimentos *in natura* ou minimamente processados são a base para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável. Variedade significa alimentos de todos os tipos – grãos, raízes, tubérculos, farinhas, legumes, verduras, frutas, castanhas, leite, ovos e carnes – e variedade dentro de cada tipo.

2 – Utilizar óleos, gorduras, as e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias

Utilizados com moderação em preparações culinárias com alimentos *in natura* ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.

3 – Limitar o consumo de alimentos processados

Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compota de frutas, pães e queijos – alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam. Em pequenas quantidades, podem ser consumidos como ingredientes de preparações culinárias ou parte de refeições baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente processados.

4 – Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados

Devido a seus ingredientes, alimentos ultraprocessados – como biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote”, refrigerantes e “macarrão instantâneo” – são nutricionalmente desbalanceados. Por sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos *in natura* ou minimamente processados. Suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente.

5 – Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia

Procure fazer suas refeições em horários semelhantes todos os dias e evite “beliscar” nos intervalos entre as refeições. Coma sempre devagar e desfrute o que está comendo, sem se envolver em outra atividade. Procure comer em locais limpos, confortáveis e tranquilos e onde não haja estímulos para o consumo de quantidades ilimitadas de alimento. Sempre que possível coma em companhia, com familiares ou amigos. A companhia nas refeições favorece o comer com regularidade e atenção e amplia o desfrute da alimentação. Compartilhe também as atividades domésticas que antecedem ou sucedem o consumo das refeições.

6 – Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados

Procure fazer compras de alimentos em mercados, feiras livres e feiras de produtores e outros locais que comercializam variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Prefira legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente. Sempre que possível, adquira alimentos orgânicos e de base agroecológica, de preferência diretamente dos produtores.

7 – Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias

Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las, principalmente com crianças e jovens, sem distinção de gênero.

Se você não tem habilidades culinárias – e isso vale para homens e mulheres –, procure adquiri-las. Para isso, converse com as pessoas que sabem cozinhar, peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros, consulte a internet, eventualmente faça cursos e... comece a cozinhar!

8 – Planejar o uso do tempo pra dar à alimentação o espaço que ela merece

Planeje as compras de alimentos, organize a despensa doméstica e defina com antecedência o cardápio da semana. Divida com os membros de sua família a responsabilidade por todas as atividades domésticas relacionadas ao preparo de refeições. Faça da preparação de refeições e do ato de comer momentos privilegiados de convivência e prazer. Reavalie como você tem usado o seu tempo e identifique quais atividades poderiam ceder espaço para a alimentação.

9 – Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora

No dia a dia, procure locais que servem refeições feitas na hora e preço justo. Restaurantes de comida a quilo podem ser boas opções, assim como refeitórios que servem comida caseira em escolas ou no local de trabalho. Evite redes de fast-food.

10 – Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais

Lembre-se de que a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos, e não informar ou, menos ainda, educar as pessoas. Avalie com crítica o que você lê, vê e ouve sobre alimentação em propagandas comerciais e estimule outras pessoas, particularmente crianças e jovens, a fazerem o mesmo.

Fonte: Ministério da Saúde, 2014.

O Guia Alimentar é direcionado a toda a população brasileira, incluindo também os trabalhadores envolvidos na promoção da saúde. O documento ressalta a importância desses profissionais em disseminar tal conteúdo, tornando-o acessível e compreensível a todos os cidadãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Para que as informações sobre alimentação adequada e saudável alcancem toda a população, é fundamental que sejam disseminadas por meio da ampla rede de serviços do SUS. Os indivíduos, famílias e comunidades devem ter acesso a um conjunto de cuidados em alimentação e nutrição embasados em políticas públicas sólidas. Embora possam surgir obstáculos na adoção das recomendações, o próprio Guia Alimentar oferece orientações para superá-los no capítulo 5. Tais obstáculos incluem questões

como informação, oferta, custo, habilidades culinárias, tempo e publicidade, exigindo diferentes abordagens para sua superação. Alguns demandarão uma reflexão pessoal sobre a importância da alimentação para a saúde e o valor atribuído ao processo de adquirir, preparar e consumir alimentos, enquanto outros requererão políticas públicas e ações regulatórias do Estado para criar ambientes propícios à adoção das recomendações.

O Ministério da Saúde reconhece e enfatiza a relevância dos profissionais de saúde em conhecer e aplicar as informações e recomendações do Guia Alimentar em suas atividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; LOUZADA *et al.*, 2019). Nesse contexto, vêm desenvolvendo alguns materiais para apoiar e qualificar esses profissionais em relação ao conteúdo das diretrizes alimentares. Dentre os materiais, está a publicação da coleção dos "Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar", em parceria do Ministério da Saúde com o NUPENS e a OPAS. Esses protocolos estão divididos em cinco fascículos, um para cada ciclo de vida – adultos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021c), idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021d), gestantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021e), crianças de 2 a 10 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022d) e adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022e). Adaptações desses protocolos estão sendo lançados direcionados a pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. O objetivo desses materiais é auxiliar os profissionais de saúde na aplicação dos princípios do Guia Alimentar durante os atendimentos de rotina na APS e disseminar de forma qualificada a PAAS pela equipe de saúde. Essa coleção é uma ferramenta valiosas para melhorar a aplicação das diretrizes do Guia Alimentar na prática clínica e, assim, promover a saúde e o bem-estar de toda a comunidade atendida pela ESF.

1.5 Fortalecendo a Atenção Primária à Saúde através da Atenção Nutricional

Diante do atual quadro epidemiológico do país, tornam-se prioritárias as ações preventivas e de tratamento da obesidade, desnutrição, carências nutricionais específicas e DCNT relacionadas à alimentação e nutrição. O papel da atenção básica em saúde na PAAS é de suma importância para o enfrentamento desses desafios e seus impactos na saúde da população. A Organização da Atenção Nutricional, uma das diretrizes da PNAN, reconhece a necessidade de uma melhor organização dos serviços de saúde para

atender as demandas geradas pelos agravos decorrentes da alimentação inadequada, tanto no diagnóstico, tratamento e prevenção, quanto na promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nesse sentido, a atenção nutricional abrange os cuidados voltados à alimentação e nutrição, com foco na promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar integrada às demais ações de atenção à saúde do SUS, visando atender indivíduos, famílias e comunidades de forma integral e humanizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; 2022).

A Atenção Básica também chamada de Atenção Primária à Saúde (APS), por sua capilaridade e capacidade de identificar as necessidades de saúde da população, desempenha um papel crucial na organização da atenção nutricional, a partir das demandas dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A APS oferece atenção em saúde o mais próximo possível do ambiente cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades, englobando ações que vão desde a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças crônicas e agravos, até a proteção da saúde, cuidados paliativos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Ela deve pautar-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A APS é a porta de entrada preferencial e coordenadora da comunicação com toda a Rede de Atenção em Saúde no SUS, sendo o primeiro nível de atenção em saúde. Dessa forma, a inserção universal, sistemática e qualificada de ações de alimentação e nutrição na APS, integrada com as demais ações já garantidas pelo SUS, pode ter um impacto significativo na saúde das pessoas, famílias e comunidades, uma vez que é nesse nível de atenção que geralmente ocorre o primeiro contato da população com o sistema de saúde (RECINE, 2015).

O fortalecimento e a qualificação do cuidado nutricional na APS são considerados abordagens econômicas, ágeis, sustentáveis e eficientes para prevenir doenças relacionadas à alimentação inadequada, e atingir o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. (RECINE, 2015).

Entre as diversas estratégias governamentais relacionadas à APS, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A ESF tem como propósito reorganizar a atenção básica à saúde no país, fundamentando-se nos princípios do SUS. É utilizada pelo Ministério da Saúde, governos estaduais e municipais como estratégia para ampliar, qualificar e consolidar a atenção básica à saúde, buscando reorientar o processo de trabalho para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica. Além disso, visa aumentar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. Para implementar a equipe de ESF é necessário contar, no mínimo, com médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados à equipe multiprofissional os profissionais de saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Além disso, é responsabilidade das equipes da ESF promover e proteger a saúde da população por meio de um cuidado integral. Entre as diversas ações que as equipes de ESF devem desenvolver, é essencial priorizar os grupos de risco e os fatores clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com o objetivo de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Para alcançar essa meta, é fundamental oferecer uma atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, assim como desenvolver ações educativas que influenciem positivamente o processo de saúde-doença da comunidade, promovendo a autonomia individual e coletiva e a busca pela qualidade de vida dos usuários. Essas atribuições são compartilhadas por todos os membros da equipe de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As equipes da ESF precisam ainda identificar as potencialidades e dificuldades para a PAAS no território de atuação. Para obter essas informações, podem aproveitar o momento de territorialização, assim como as visitas, atendimentos e atividades coletivas realizadas no contexto da ESF. Conhecer os hábitos e a cultura alimentar local é fundamental para elaborar estratégias eficazes e contextualizadas, garantindo uma abordagem sensível às necessidades da população e fortalecendo o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Há um conjunto de atribuições relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, que são de responsabilidade de todos os profissionais da equipe de saúde. Nesse contexto, as ações de nutrição também integram esse rol, conforme apresentado na "Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na APS" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; 2022). Portanto, cada membro da equipe de saúde

desempenha um papel fundamental na promoção da alimentação saudável, contribuindo para a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; 2022).

Notoriamente, a APS, organizada primordialmente por meio da ESF, oferece um espaço privilegiado para a implementação de ações de alimentação e nutrição, bem como para a disseminação do Guia Alimentar (LOUZADA *et al.*, 2019).

Um estudo descritivo que analisou experiências classificadas na categoria de alimentação e nutrição, submetidas ao Prêmio APS Forte para o SUS 2019, revelou que as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família demonstraram o potencial da APS em promover mudanças positivas nas práticas alimentares. Nesse contexto, é fundamental que as equipes reconheçam a magnitude e relevância dos problemas de saúde associados à má alimentação na comunidade, buscando acolher e cuidar dessas questões. Além disso, é imprescindível que os profissionais que atuam na APS se sintam preparados para fornecer intervenções adequadas e estruturar ações e programas que ofereçam assistência contínua para intervir sobre essas condições (PIRES *et al.*, 2020).

PIRES e col. (2020) destacam estratégias fundamentais para a efetividade das intervenções de alimentação e nutrição na APS. Entre elas, ressaltam a importância de disponibilizar protocolos de cuidado que legitimem condutas efetivas, bem como a qualificação dos profissionais em relação à comunicação e ao uso de tecnologias do cuidado. Além disso, defendem a necessidade de formações abrangentes, que vão além do diagnóstico e tratamento, para fortalecer todos os atributos da APS e promover a intersetorialidade.

Assim sendo, torna-se essencial que os profissionais e gestores estejam atentos e preparados para reconhecer e agir sobre os aspectos relacionados à alimentação e suas implicações sobre doenças, agravos e demais necessidades dos usuários que procuram os serviços na APS. É fundamental que estejam capacitados para ofertar cuidados que considerem as singularidades dos sujeitos em cada região, já que as equipes da APS atuam como a ponte entre as políticas públicas e a população, buscando ampliar o acesso e oferecer uma atenção integral à saúde, adaptada às diferentes composições das equipes em que atuam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Na busca por uma rede de saúde humanizada e abrangente, o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde lançaram conjuntamente o documento intitulado "Recomendações para o Fortalecimento da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde no Brasil", que consiste em um guia com 35 diretrizes elaboradas com

base em evidências científicas. O principal objetivo desse material é apoiar e aprimorar a estruturação e organização da atenção nutricional na APS, alinhando-se com as demandas atuais relacionadas à alimentação e nutrição, e considerando as particularidades e prioridades de cada região OPAS e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022b).

As recomendações foram divididas em dois blocos: "ações estruturantes da APS para o fortalecimento da alimentação e nutrição" e "ações estruturantes da alimentação e nutrição para o fortalecimento da APS", evidenciando a sinergia entre ambas. Valorizando a presença e o papel do profissional nutricionista, o documento destaca a relevância da abordagem multiprofissional da ESF, reforçando o compromisso em atender às necessidades específicas de cada localidade OPAS e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022b).

Com base em uma perspectiva integrada de saúde, as "Recomendações para o Fortalecimento da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde no Brasil" oferecem um guia passo a passo para aprimorar as ações de alimentação e nutrição na APS, priorizando a qualidade do cuidado oferecido e o impacto positivo na saúde da população (OPAS e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022b). Ao aprimorar a atenção nutricional nesse âmbito a APS é fortalecida.

1.6 A importância do nutricionista na qualificação da Atenção Nutricional

A ênfase na qualificação da atenção nutricional não apenas fortalece a APS, mas também contribui para uma abordagem mais integral e humanizada do atendimento em saúde, alinhada aos princípios do SUS e aos desafios relacionados à alimentação e nutrição da população. Com a APS desempenhando um papel protagonista, é possível promover ações efetivas em PAAS. Entretanto, para que a APS esteja preparada para realizar a atenção nutricional de forma eficiente, é importante o apoio de equipes multiprofissionais, com processos de matriciamento e clínica ampliada, que incluam a participação de nutricionistas. Esses profissionais devem instrumentalizar as equipes de referência, ampliando sua capacidade para desenvolver ações integrais e qualificadas nessa área, respeitando o núcleo de competências de cada profissional envolvido. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O nutricionista assume um papel de relevância nas diversas instâncias do SUS, exercendo funções tanto no atendimento direto ao indivíduo, família e comunidade, como no suporte e colaboração junto aos demais profissionais de saúde no contexto da organização da atenção nutricional. Essa abordagem contribui para a constituição de uma rede de cuidados integrada, caracterizada por sua capacidade resolutiva e orientada pela perspectiva humanizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O nutricionista, embasado em seu conhecimento técnico específico sobre a relação entre o indivíduo e os alimentos, desempenha um papel crucial no cuidado nutricional. Nesse contexto, ele pode atuar como profissional-referência dentro da equipe, liderando a implementação de ações e orientando a abordagem mais adequada para cada caso. Além disso, tem a capacidade de estabelecer protocolos de atenção em nutrição, de referência e contrarreferência, desde que sejam preservadas as suas atribuições privativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O profissional nutricionista possui um amplo espectro de atuação, abrangendo funções essenciais de promoção, prevenção e/ou reabilitação da saúde das pessoas. O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), por meio da Resolução nº 600, datada de 25 de fevereiro de 2018, descreve os diversos campos em que o nutricionista pode exercer suas atividades. Nesse contexto, destaca-se de maneira significativa a relevante atuação na APS, especialmente na área de Saúde Coletiva.

Na atenção à saúde no âmbito coletivo, o nutricionista desempenha um papel crucial contribuindo significativamente para o planejamento e organização do cuidado nutricional local. Seu envolvimento é fundamental para a qualificação dos serviços e o aprimoramento da resolubilidade nessa área específica. No entanto, para garantir a efetividade das ações de nutrição nesse nível de atenção, são imprescindíveis o trabalho multiprofissional e a construção compartilhada de conhecimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Nesta conjuntura, torna-se essencial a promoção de processos de educação permanente, voltados para a formação profissional, além de estudos e pesquisas relacionados às ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN). A abordagem deve considerar a necessidade de formação e desenvolvimento contínuo dos profissionais e o alcance de diversos pontos de atenção em saúde, incluindo as equipes da APS. Valorizar a temática da alimentação e nutrição é fundamental para instigar um olhar diferenciado sobre sua atuação, fomentando a troca de saberes, construção coletiva, autonomia dos

profissionais e a produção de materiais de apoio (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2012).

Ao observar a construção do SUS, suas políticas, programas e ações voltadas ao cuidado integral do indivíduo e da coletividade, com enfoque na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e recuperação, fica evidente a relevância de uma equipe multiprofissional para garantir a qualidade do atendimento oferecido na APS. Diante disso, o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria Ministerial 154, datada de 24 de janeiro de 2008, com o intuito de valorizar a presença de profissionais de nível superior de diferentes áreas de atuação, incluindo a possibilidade de inclusão do nutricionista nessa equipe interdisciplinar. Essa portaria considera o exposto na PNAN e abrange a incorporação das Ações de Alimentação e Nutrição no âmbito da Atenção Básica, de forma a ser consideradas as principais demandas assistenciais, como também fazendo parte dos planos terapêuticos das doenças e agravos não transmissíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Posteriormente a Portaria 154/2008 foi regulamentada pela Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, principalmente nos art. 1º e 2º, que abrange os objetivos do NASF como apoio à Estratégia Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). Com o intuito de ampliar a capacidade de resposta aos principais problemas de saúde da população no contexto além das ESF, mas para toda Atenção Básica, em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é reformulada e nomeia o NASF como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica / NASF-AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Dependendo da construção compartilhada entre os profissionais da equipe que oferece tal apoio matricial e conforme as necessidades do território discutidas em parceria com a equipe de referência na APS, as propostas de condutas terapêuticas são articuladas e a divisão de responsabilidades é definida entre os profissionais envolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Nesse contexto, a atuação do nutricionista deve estar em consonância com os demais profissionais do NASF e das ESF, visando qualificar a atenção à saúde, melhorando a resolubilidade. O Conselho Federal de Nutrição (CFN) reconhece que o nutricionista tem um importante papel a desempenhar tanto em nível familiar quanto comunitário dentro da APS, e destaca que a atenção individualizada deve ser apoiada pelo nutricionista do NASF de maneira indireta, por meio de funções como o

planejamento, organização, elaboração de protocolos e a oferta de formação e educação continuada para os profissionais de saúde das ESF e da área de abrangência (RECINE, 2015).

Para garantir a adequada e abrangente incorporação das ações de alimentação e nutrição no âmbito do SUS, a presença e atuação do nutricionista são de suma importância tanto nos NASF como nas UBS convencionais. Suas atribuições abrangem diversas esferas, permitindo que o profissional nutricionista possa: (1) intervir diretamente junto aos indivíduos, famílias e comunidades, promovendo hábitos alimentares saudáveis; (2) participar ativamente das ações de educação continuada destinadas aos demais profissionais de saúde; e (3) estabelecer articulações estratégicas com os equipamentos sociais presentes em seu território de atuação, visando fortalecer a promoção da alimentação saudável, a defesa do Direito Humano à Alimentação Adequada e a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (RECINE, 2015).

Diante dessa realidade, torna-se imprescindível a organização e qualificação do cuidado nutricional na atenção básica em saúde de forma abrangente. Tal abordagem busca aumentar a resolutividade das ações, considerando a magnitude do problema alimentar e nutricional que afeta a população brasileira (RECINE, 2015). Uma das estratégias fundamentais para alcançar esse objetivo é por meio da implementação do apoio matricial do nutricionista, promovendo sua integração com as equipes e outros profissionais de saúde para ofertar o suporte necessário.

Por meio do apoio matricial, o nutricionista oferece suporte técnico e educacional, capacitando os profissionais da APS no manejo adequado das questões nutricionais. Essa abordagem colaborativa fortalece a atuação interdisciplinar e promove a troca de conhecimentos, possibilitando uma assistência mais integrada e efetiva na prevenção e controle de doenças relacionadas à alimentação inadequada. Além disso, a presença do nutricionista no apoio matricial pode fomentar a adoção de políticas e programas de promoção da alimentação saudável, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde da população atendida pela APS.

Com isso, a colaboração e a complementaridade entre os diferentes profissionais da equipe tornam-se fundamentais para a prestação de um cuidado nutricional abrangente, eficaz e alinhado com os princípios da APS.

O papel do nutricionista no sistema de saúde do país é fundamental para atender aos princípios do SUS de integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Dessa forma seria importante que esse

profissional fosse parte do núcleo da equipe mínima da ESF, e não apenas como integrante de equipes de apoio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b; PEDRAZA *et al.*, 2016). Pois mudanças na gestão pública do governo federal podem resultar em alterações políticas e impactos no SUS.

Inclusive isso ocorreu em janeiro de 2020, que o país contava com 5904 equipes de NASF-AB cadastradas (DATASUS, 2022). Entretanto, o Ministério da Saúde emitiu a nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS informando que não seriam realizados novos credenciamentos de equipes NASF-AB, além de interromper o financiamento para tais equipes. Em virtude dessa mudança, os gestores municipais ganharam autonomia para compor as equipes multiprofissionais, podendo cadastrá-las diretamente nas equipes de Saúde da Família ou de Atenção Básica, mas sem exigências específicas para a inclusão de profissionais nutricionistas e sem contar com o financiamento federal. Como resultado, em 2 anos, cerca de 400 equipes de NASF-AB foram desfeitas, impactando ainda mais a disponibilidade de nutricionistas na atenção à saúde (DATASUS, 2022).

No entanto, com a alteração da gestão federal, em 2023 após mais de 3 anos sem financiamento do NASF, a Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, estabeleceu as diretrizes para a criação das equipes multiprofissionais, chamadas de eMulti. Essa estratégia visa reconstruir e reformular o atendimento prestado por essas equipes, compostas por profissionais de saúde de diversas categorias, incluindo nutricionistas, que atuam de forma integrada para oferecer suporte clínico, sanitário e pedagógico às equipes de Saúde da Família.

1.7 O Trabalho Colaborativo na Atenção Primária à Saúde

A priorização das ações de alimentação e nutrição na APS emerge como um desafio significativo (BORTOLINI, 2021). É comum a compreensão de que os cuidados relativos à alimentação e nutrição nesse âmbito, sejam de responsabilidade somente de nutricionista, esteja esse profissional na equipe de referência da unidade ou na equipe de apoio. No entanto, para alcançar uma atenção à saúde verdadeiramente segura, efetiva e integral, torna-se cada vez mais necessário promover a prática colaborativa entre as diversas categorias profissionais, estimulando a responsabilidade compartilhada, de modo que cada especialista atue sob a ótica do cuidado integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Dessa forma, as ações de alimentação e nutrição, que têm como objetivo a PAAS, devem ser compreendidas como responsabilidades compartilhadas por todos os profissionais de saúde inseridos na dinâmica do trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais voltadas à promoção da saúde (TRAMONTT, 2020).

É certo que as Ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) são incorporadas ao currículo dos cursos de graduação em Nutrição, seja como campo de prática ou como disciplina. Ademais, alguns programas de pós-graduação e de extensão também abordam essa temática, ainda que de forma não muito aprofundada, reconhecendo seu caráter intersetorial e multidisciplinar. Nesse sentido, é relevante salientar que outros profissionais também devem se envolver nessas ações e ter acesso a programas de formação e educação continuada sobre o tema (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME, 2012).

É inegável o reconhecimento do nutricionista como um profissional capacitado para atuar com questões alimentares específicas. Entretanto, é importante destacar que a orientação sobre alimentação adequada e saudável não deve ser exclusivamente atribuída a esse profissional. Outros membros da equipe de saúde também podem ser capacitados para desempenhar essa ação (TRAMONTT, 2020). De fato, um estudo nacional constatou que alguns profissionais de saúde possuem limitações em seus conhecimentos sobre alimentação, o que afeta a realização de orientações nutricionais de qualidade. Portanto, é imprescindível a qualificação de toda a equipe da APS, a fim de aprimorar a abordagem desse tema tão relevante para a saúde da população (HIDALGO *et al.*, 2016, apud BORTOLINI, 2021).

BOOG (2006) aponta que a orientação nutricional pode ser realizada por outros profissionais da saúde, tornando-se impulsionadores de boas escolhas alimentares com o objetivo de prevenir o surgimento de doenças e elevar a qualidade de vida da população, alinhando-se ao princípio da integralidade e sendo considerada uma ação emergencial. Ademais, é importante ressaltar que poucas unidades de saúde contam com um nutricionista em sua equipe fixa, o que acaba resultando na transferência dessa tarefa aos demais profissionais da unidade, uma vez que estão mais próximos dos usuários. No entanto, esses profissionais podem não possuir o embasamento técnico-científico adequado sobre esse tema (LEITE *et al.*, 2012). Dessa forma, a qualificação desses profissionais se mostra essencial para assegurar a efetividade das orientações nutricionais prestadas.

A equipe multidisciplinar da ESF, com seu foco nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, possui uma posição privilegiada ao estar inserida no território e ter a possibilidade de realizar atividades integradas ao cenário em que atendem, tornando-se assim propícia para práticas de orientação alimentar e nutricional (LOUZADA *et al.*, 2019). No entanto, para que essas ações sejam efetivas, é fundamental abordar a temática da alimentação e nutrição na formação e na educação continuada dos profissionais, proporcionando-lhes conhecimentos atualizados e qualificados. Além disso, como já abordado, o apoio matricial e a integração das diferentes redes de atenção são essenciais para fortalecer a atuação da equipe.

Ao estar próxima da realidade da população, a equipe da APS desempenha um papel fundamental na orientação e fornecimento de informações de qualidade, buscando oferecer um cuidado integral e promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da comunidade. Nesse contexto, o conhecimento técnico para orientações alimentares e a implementação de diretrizes de alimentação saudável são elementos-chave para a atuação da equipe da APS, que deve buscar estratégias inovadoras para alcançar uma abordagem abrangente e efetiva (TRAMONTT, 2020).

É de suma importância que os profissionais de saúde possuam conhecimentos sólidos em relação à PAAS, a fim de oferecerem orientações pertinentes durante as diversas atividades realizadas na unidade e no território, como grupos, visitas domiciliares, consultas, oficinas e outros momentos oportunos. Contudo, é válido ressaltar que a formação básica de muitos desses profissionais frequentemente apresenta lacunas no desenvolvimento do conhecimento técnico e das habilidades necessárias para fornecer as orientações apropriadas e fundamentais sobre alimentação saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). Essa limitação pode impactar a qualidade das intervenções nutricionais realizadas no âmbito da APS, reforçando a necessidade de investimentos na formação continuada desses profissionais para aprimorar suas competências nessa área tão relevante para a promoção da saúde da população.

A atenção nutricional representa uma responsabilidade compartilhada não apenas no que se refere à realização direta de práticas pelos profissionais junto aos usuários da APS, mas também no que tange à gestão das ações de alimentação e nutrição. Por isso, torna-se imprescindível garantir a estrutura e a organização necessárias para a efetiva implementação dessas ações na APS. É fundamental destacar a importância da educação permanente dos trabalhadores das equipes, a fim de aprimorar e construir conhecimentos e práticas de cuidado em alimentação e nutrição a

partir do cotidiano das atividades nas unidades e territórios de atuação. A educação permanente surge como uma valiosa ferramenta para ampliar a capacidade clínica das equipes da APS, capacitando-as a oferecer um cuidado mais qualificado e abrangente aos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Dessa forma, investir em programas de educação continuada e em práticas de ensino-aprendizagem contextualizadas às demandas reais das equipes de saúde é essencial para potencializar o impacto positivo das intervenções nutricionais na promoção da saúde e na prevenção de doenças, reforçando o papel estratégico da APS no enfrentamento dos desafios nutricionais da população.

BOOG (1999) destacou as dificuldades enfrentadas por médicos e enfermeiros na abordagem de questões nutricionais na Atenção Básica, enfatizando a importância da nutrição em todos os processos fisiológicos e patológicos, bem como na promoção, manutenção e recuperação da saúde. Entretanto, a formação acadêmica e prática vivencial desses profissionais nem sempre aborda adequadamente esse tema, embora lidem com questões nutricionais em suas práticas profissionais, seja no atendimento aos pacientes ou na condução de grupos educativos (AQUINO, 2006). Esses achados ressaltam a necessidade de um preparo adequado dos profissionais da saúde em relação a esse assunto.

ANDRADE e SANTOS (2018) constataram, após avaliar o conhecimento de médicos, enfermeiros e outros profissionais de UBS, que uma das razões para as dificuldades encontradas por esses profissionais em orientar sobre alimentação é a falta de participação em treinamentos ou cursos específicos sobre nutrição.

Apesar da importância do trabalho colaborativo entre os profissionais da equipe na disseminação da alimentação saudável, alguns estudos destacam a presença de barreiras que podem limitar a atuação desses profissionais. Entre elas, encontram-se a falta da abordagem da nutrição nos planos curriculares dos cursos e a carência de capacitação adequada, resultando em conhecimento insuficiente sobre nutrição. Ao identificar essas barreiras, torna-se possível planejar ações para superá-las, tais como a implementação de atividades de educação permanente, o fortalecimento da atuação multiprofissional e o desenvolvimento de materiais didáticos de fácil aplicação na rotina de trabalho (LOPES *et al.*, 2021).

PIMENTEL *et al.* (2013) destacam que a orientação nutricional para promoção da saúde e prevenção de doenças deve ser conduzida pelos profissionais da equipe de saúde, porém, enfatizam a importância fundamental da qualificação desses profissionais

por um especialista em alimentação e nutrição, ou seja, o nutricionista. Essa parceria enriquece significativamente o trabalho em saúde, possibilitando a realização de formações e processos de educação continuada e permanente da equipe da APS, em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente.

BORTOLINI *et al.* (2020) também enfatiza a necessidade da qualificação dos profissionais da APS, em especial médicos e enfermeiros, para a oferta de orientações sobre alimentação adequada e saudável.

A compreensão das dificuldades enfrentadas pelos profissionais da APS na realização da orientação alimentar e nutricional é de extrema relevância, visto que essa é uma ação de responsabilidade compartilhada. Diante dessa realidade, é essencial oferecer treinamentos e capacitações adequadas para os profissionais, tornando-os aptos a lidar com os desafios da promoção da alimentação saudável no âmbito público.

2. JUSTIFICATIVA

O aumento das DCNT é uma preocupação para a Saúde Pública por ser uma das principais causas de mortes em adultos e a dieta inadequada se destaca entre os fatores de riscos modificáveis para o desenvolvimento dessas doenças.

Nesse cenário, o SUS, através da APS e ESF, tem um papel importante no incentivo à alimentação adequada e saudável para a promoção de saúde, hábitos de vida saudáveis e prevenção de doenças, pois são espaços favoráveis para essas ações. O nutricionista é um profissional relevante nesse contexto, no entanto sua participação nas equipes de APS é bastante reduzida ou inexistente e com isso as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelas equipes podem estar inadequadas, insuficientes ou ausentes, sendo importante que os profissionais que fazem parte dessas equipes e que estão em maior contato com os usuários tenham preparo e formação para oferecer as devidas orientações de forma segura.

Desde 2014 as ações voltadas a PAAS na APS são baseadas nas diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira, portanto é primordial identificar a percepção dos profissionais em relação à alimentação adequada e saudável e as lacunas de conhecimento que interferem na orientação alimentar e nutricional que estes profissionais realizam. Isso pode subsidiar ações para qualificar o trabalho desses profissionais, melhorando a qualidade na assistência ofertada, promovendo a integralidade do cuidado e, assim, aprimorar a equipe para expandir as orientações nutricionais visando à promoção de saúde, prevenção e tratamento das doenças, principalmente as DCNT.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar a percepção e o conhecimento sobre alimentação adequada e saudável na perspectiva do Guia Alimentar para a População Brasileira dos médicos e enfermeiros da ESF no município de Santa Bárbara d'Oeste/SP.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos profissionais participantes da pesquisa;
- Caracterizar o perfil das unidades com ESF do município;
- Mensurar o conhecimento dos médicos e enfermeiros da ESF sobre o Guia Alimentar Brasileiro;
- Identificar a percepção de autoeficácia e eficácia coletiva na aplicação do Guia Alimentar em ações de promoção da alimentação adequada e saudável;
- Descrever as lacunas de conhecimento e dificuldades na rotina dos profissionais da ESF acerca das demandas de atenção nutricional.

4. METODOLOGIA

4.1 Local de estudo

Santa Bárbara d'Oeste está localizada no interior do estado de São de Paulo na região metropolitana de Campinas, possui área territorial de 271,030 km², com população estimada de 195.278 pessoas em 2021. Apresenta 98,5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 97,9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 31,7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada - presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 estava em 0,781, classificado como alto (IBGE, 2021).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13,71 para 1.000 nascidos vivos (2019) e as principais causas de mortalidade geral são doenças do aparelho circulatório; neoplasias (tumores); doenças do aparelho respiratório; causas externas de morbidade e mortalidade. Como principais causas de morbidade hospitalar estão: gravidez, parto e puerpério; transtornos mentais e comportamentais; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho geniturinário.

A rede municipal de saúde dispõe de duas unidades de Pronto Atendimento, o Pronto Socorro “Dr. Edison Daniel dos Santos Mano”, localizado na área central, e o Pronto Socorro “Dr. Afonso Ramos”, na zona leste do município.

O município possui ainda, serviços de atenção ambulatorial especializados próprios, organizados no Centro de Especialidades Médicas e Centro de Exames e Diagnóstico, que contam com as principais especialidades médicas e exames que atendem ao sistema público de saúde local, atuando como serviços de referência para as unidades de atendimento básico e unidades de pronto atendimento do município. Os setores atuam em conjunto com a Central de Regulação Municipal para atendimento ambulatorial, com classificação e encaminhamento dos pacientes que tenham necessidades de realizar consultas ou exames de maior complexidade na rede de referência fora do município, por meio de tratativas junto à DRS (Departamento Regional de Saúde) VII – Campinas.

No CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) são atendidas as demandas especializadas de Saúde Bucal. O fluxo de atendimento para tratamento bucal no município segue a lógica de que os pacientes devem ser primeiramente acolhidos na

Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima do seu domicílio para procedimentos restauradores, limpezas, profilaxias, entre outros. Entretanto, quando necessitam de atendimento especializado, o próprio profissional dentista da UBS avalia e encaminha para o CEO.

O município possui uma unidade de referência para saúde da mulher, o Centro de Referência em Saúde da Mulher, que presta serviço ambulatorial especializado de média complexidade nos ambulatórios de mastologia, cirurgia ginecológica, planejamento familiar, pré-natal de alto risco, saúde da adolescente (ginecologia e obstetrícia), atendimento às vítimas de violência sexual e atendimento às gestantes do sistema prisional.

No Ambulatório Médico de Doenças Infecto Contagiosas (AMDIC) é realizado trabalho para detecção e tratamento de IST (Infecção Sexualmente Transmissível)/AIDS, por meio da prevenção, divulgação dos tratamentos e suas formas de transmissão.

A Saúde Mental do Município passou nos últimos anos por reestruturação e descentralização, passando a contar com sedes próprias, com CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e Núcleo Infantil – Juvenil em um prédio e CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas) em outro. As UBS são a porta de entrada para os usuários que necessitam de cuidados gerais em saúde, inclusive em Saúde Mental.

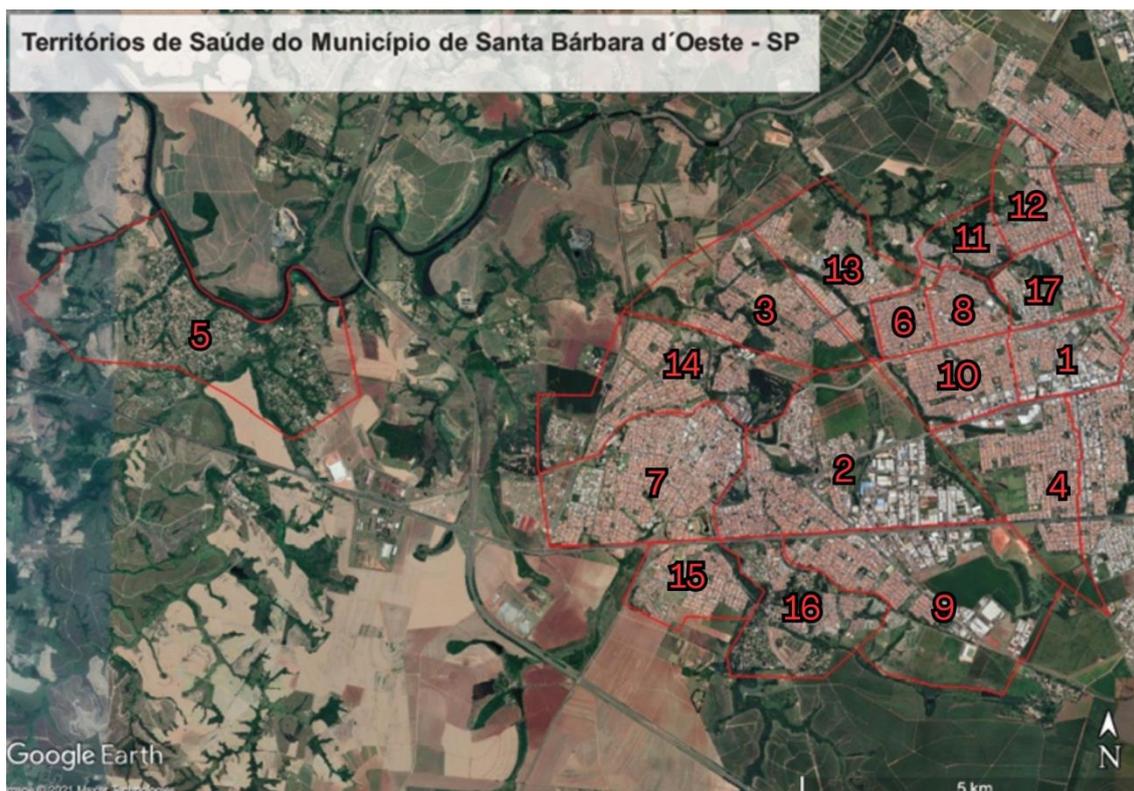
O município possui, também, o serviço de Vigilância em Saúde, dividido em: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Zoonoses. A Vigilância Sanitária realiza ações que visam eliminar ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde. A Vigilância Epidemiológica é responsável pelo controle das Notificações Compulsórias de Doenças e Imunização (Vacinação), além de centralizar todas as informações de indicadores de saúde, e ainda faz a articulação dessas informações com as diferentes esferas de governo. Já o Centro de Controle de Zoonoses tem como finalidade a execução das ações de vigilância, prevenção e controle das doenças classificadas como zoonoses e a prevenção de agravos causados por animais de relevância à saúde pública.

Em relação ao transporte de pacientes, inclui o serviço de ambulância (192), transporte sanitário e apoio do Resgate do Corpo de Bombeiros (193).

Na atenção hospitalar, conta com a Santa Casa de Misericórdia de Santa Bárbara d'Oeste, instituição filantrópica que dispõe de 140 leitos, sendo 10 leitos de UTI, e

serviços credenciados em alta complexidade, neurocirurgia e terapia nutricional. Disponibiliza serviço de traumatologia e ortopedia, atenção materno-infantil, clínica médica, cirurgia geral, pediatria e serviços de apoio diagnóstico terapêutico, todos contratualizados e funcionando de modo ininterrupto, constituindo-se em retaguarda fundamental para o município.

Figura 3 – Territórios de Saúde do Município de Santa Bárbara d'Oeste/SP, 2021.



Nota: 1 – UBS Anália Salvador Dal Bello; 2 – UBS Centro de Saúde II; 3 – UBS Dr. Carlos Peres; 4 – UBS Dr. Felício Fernandes Nogueira; 5 – UBS Dr. Paulo Pereira Fonseca; 6 – UBS Elizeu Vilha; 7 – UBS Dr. Célio de Farias; 8 – UBS Dr. Hélio Furlan; 9 – UBS Dr. José Togueiro de Andrade; 10 – UBS Dr. José Wenceslau Junior; 11 – UBS Dr. Sérgio Moricazu Miyazato; 12 – UBS Dr. Simão Gandelman; 13 – UBS Dr^a Nair S. Nobuyasu Guimarães; 14 – UBS Elias David Fernandes; 15 – UBS Gabriel Rubens Pimentel; 16 – UBS Dr. Joel Lincoln May Keese; 17 – UBS Rubens Ribeiro.

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Santa Bárbara d'Oeste, 2021.

O município é dividido em regiões de saúde conforme figura 3, contando com 17 UBS, sendo que cada região possui uma UBS de referência e junto com o SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar) compõe a Rede de Atenção Primária à Saúde, com estimativa de cobertura de 41,7% da população. Dessas UBS, seis são ESF, que teve início em maio de 2014, com cobertura populacional estimada de 20.700 pessoas,

ou seja, 10,6% da população geral (e-Gestor, 2020). O município contava também com NASF que suspendeu as atividades em 2020. No município de Santa Bárbara d'Oeste as unidades de saúde do modelo "Tradicional UBS" não possuem nenhuma equipe de ESF, concentrando a assistência à saúde do indivíduo na figura do médico com atendimento por especialidades focais – clínico, ginecologista e pediatra, juntamente com a equipe de enfermagem e odontologia que atendem toda a região de saúde equivalente ao território. Já as unidades "Pura ESF" é o modelo em que a unidade conta com equipes de ESF para atender toda população adscrita no território de abrangência. E no modelo "Mista UBS e ESF", a unidade possui ao menos uma equipe de ESF que atende um número de pessoas de acordo com a capacidade da equipe e a outra parte do território recebe assistência pela equipe do modelo tradicional de UBS. As unidades estão apresentadas no quadro 4.

Quadro 4: Descrição das UBS de Santa Bárbara d'Oeste por bairro e modelo de atendimento, 2022.

Unidade	Bairro	Modelo de atendimento
1- UBS Anália Salvador Dal Bello	São Fernando	Pura ESF
2- UBS Centro de Saúde II	Vila Linópolis	Mista UBS e ESF
3- UBS Dr. Carlos Peres	31 de Março	Mista UBS e ESF
4- UBS Dr. Felício Fernandes Nogueira	Mollon	Mista UBS e ESF
5- UBS Dr. Paulo Pereira Fonseca	Cruzeiro do Sul	Pura ESF
6- UBS Elizeu Vilha	Planalto do Sol I	Pura ESF
7- UBS Dr. Célio de Farias	Laudisse	Tradicional UBS
8- UBS Dr. Hélio Furlan	Cidade Nova	Tradicional UBS
9- UBS Dr. José Togeiro de Andrade	São Francisco II	Tradicional UBS
10- UBS Dr. José Wenceslau Junior	Esmeralda	Tradicional UBS
11- UBS Dr. Sérgio Moricazu Miyazato	Jardim Europa IV	Tradicional UBS
12- UBS Dr. Simão Gandelman	Jardim Europa	Tradicional UBS
13- UBS Dr ^a Nair S. Nobuyasu Guimarães	Planalto do Sol II	Tradicional UBS
14- UBS Elias David Fernandes	Vila Grego	Tradicional UBS
15- UBS Gabriel Rubens Pimentel	Boa Vista	Tradicional UBS
16- UBS Dr. Joel Lincoln May Keese	Santa Rita	Tradicional UBS
17- UBS Rubens Ribeiro	Dona Regina	Tradicional UBS

Essas UBS contam com um total de 365 profissionais (até o primeiro semestre de 2022), distribuídos da seguinte forma: 42 enfermeiros, 62 técnicos de enfermagem, 4 auxiliares de enfermagem, 77 médicos de diferentes especialidades (englobando

generalistas, pediatras, ginecologistas e médicos da ESF), 21 cirurgiões dentistas, 9 auxiliares de saúde bucal, 7 farmacêuticos, 9 técnicos em farmácia, 9 assistentes sociais e 54 agentes comunitários de saúde (ACS). Os demais profissionais correspondem aos gerentes, recepcionistas e trabalhadores responsáveis pelos serviços de conservação e limpeza.

Atualmente o quadro de nutricionistas na Secretaria de Saúde do município é composto por uma profissional como referência técnica e gestora das ações de alimentação e nutrição do município, contando com o apoio de uma profissional para os atendimentos ambulatoriais e atividades educativas nas UBS; outra que compõe a equipe do SAD e uma profissional no setor Vigilância Sanitária em Saúde. Os pacientes são encaminhados para atendimentos individuais ao serviço de nutrição pelos diversos setores da rede de atenção à saúde (RAS) e por meio da Regulação são priorizados pacientes em maior vulnerabilidade nutricional conforme os ciclos de vida ou condição clínica como pacientes em tratamento oncológico, com nefropatias, hepatopatias, cardiopatias, doenças inflamatórias intestinais, disfagia, em terapia nutricional oral e enteral, obesidade e demais DCNT. E a participação nas atividades educativas é agendada com os gerentes das unidades de saúde.

Vale destacar que o município utiliza um sistema de prontuário eletrônico próprio e os registros de informações são transmitidos para o e-SUS APS (Sistema Eletrônico de Informações da APS). E, ainda, ações como encaminhamentos, solicitações de exames, autorizações de exames e consultas são realizados exclusivamente via sistema eletrônico municipal.

4.2 População de estudo

A população de estudo foram os médicos, enfermeiros e gerentes das nove Equipes de Estratégia de Saúde da Família (EqSF) das UBS do São Fernando, Centro de Saúde II, 31 de Março, Mollon, Cruzeiro do Sul e Planalto do Sol I, conforme apresentados na quadro 5.

Essa população foi escolhida, pois, os médicos e enfermeiros são essenciais na composição da EqSF, são os profissionais de referência e de coordenação do cuidado da saúde dos pacientes do território, seja no âmbito individual ou coletivo, e são eles os responsáveis na assistência direta da saúde da população adscrita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Sendo a APS o primeiro nível de atenção em saúde, os médicos e

enfermeiros são os profissionais que reconhecem e diagnosticam os primeiros fatores de risco de paciente e familiares, tendo a oportunidade de intervir precocemente, mediante ao cuidado integral, que inclui a promoção de alimentação adequada e saudável.

Quadro 5 – UBS de Santa Bárbara d'Oeste com equipe de ESF.

Unidade	Número de EqSF	Número de profissionais médicos e enfermeiros da ESF
UBS Anália Salvador Dal Bello	2 equipes	2 médicos 2 enfermeiros
UBS Centro de Saúde II	2 equipes	2 médicos 2 enfermeiros
UBS Dr. Carlos Peres	1 equipe	2 médicos 1 enfermeiro
UBS Dr. Felício Fernandes Nogueira	2 equipes	2 médicos 2 enfermeiros
UBS Dr. Paulo Pereira Fonseca	1 equipe	1 médico 1 enfermeiro
UBS Elizeu Vilha	1 equipe	2 médicos 1 enfermeiro

Além disso, a maioria desses profissionais foi contratada recentemente e, devido à pandemia, até a realização desta pesquisa, não recebeu treinamento em Alimentação e Nutrição no município, destacando-se como um grupo significativo para a realização deste estudo para que sejam levantadas as necessidades de qualificação sobre PAAS da APS uma vez que são esses profissionais que realizam essas ações. Ademais são os profissionais de nível superior mais presentes nas EqSF, que realizam atendimentos clínico aos pacientes no território e são os principais profissionais a fazerem encaminhamentos ao serviço de nutrição de casos que normalmente poderiam ser orientados ainda na APS se esses profissionais estiverem qualificados para isso. Mas considerando a importância de toda EqSF na orientação alimentar qualificada, a não inclusão dos demais profissionais da equipe foi determinada principalmente por razões práticas relacionadas ao escopo do trabalho e a gestão do tempo disponível para conduzir a pesquisa.

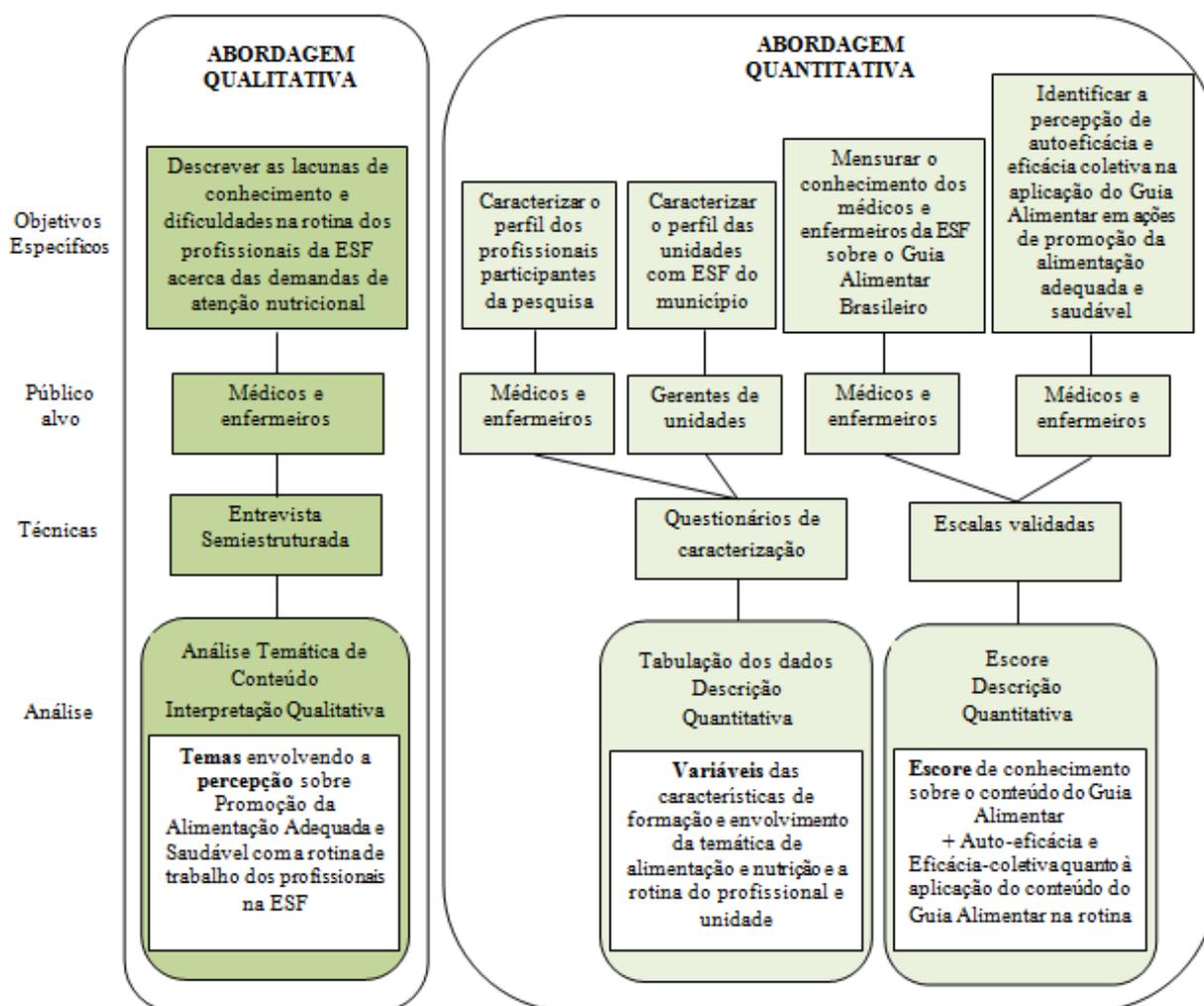
A seleção dos gestores foi realizada devido à sua aptidão para fornecer informações abrangentes sobre as unidades de saúde.

4.3 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal descritiva de abordagem mista, ou seja, com método qualitativo e quantitativo.

As pesquisas científicas podem contemplar abordagens qualitativas e quantitativas, já que os limites da pesquisa qualitativa podem ser contrabalanceados pelo alcance da quantitativa e vice-versa, assim, as duas abordagens são percebidas como complementares podendo proporcionar uma base contextual mais rica para interpretação e validação dos resultados (MARTINS e THEÓPHILO, 2016).

Figura 4 – Esquema do desenho desse estudo



Fonte: Elaboração própria.

A depender das características do tema a ser investigado, pode-se necessitar diversas técnicas de coletas de dados, integrando abordagem qualitativa que busca

descrever, compreender e explicar comportamentos, situações, fatos, processos particulares e específicos de grupos, com a abordagem quantitativa que tem como campo de práticas trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis de forma a mensurar e medir essas variáveis (MINAYO e SANCHES, 1993; MARTINS e THEÓPHILO, 2016).

E como visto na figura 4, nessa pesquisa utilizou-se a especificidade de cada método simultaneamente, a fim de aprofundar os resultados da pesquisa, para que as análises e conclusões conjuntas possam fornecer um olhar mais completo sobre o objeto de estudo.

4.4 Abordagem Qualitativa

A pesquisa qualitativa dirige-se à análise de casos concretos em suas peculiaridades locais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais (FLICK, 2009a). E o interesse está na perspectiva dos atores, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão em estudo. Isso significa que os pesquisadores desse campo tentam entender ou interpretar os fenômenos em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem (DENZIN e LINCOLN 2005a, apud FLICK, 2009b).

MINAYO (2016) aponta que a pesquisa social ou qualitativa, trabalha com pessoas e suas realizações e se aprofunda no mundo dos significados. Em campo, os participantes fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, para resultar num produto compreensivo que não é a realidade visível e concreta e sim uma descoberta construída que só é exposta após a interpretação do pesquisador.

É relevante salientar que o roteiro adotado para o relato dos resultados referentes à abordagem qualitativa foi o instrumento COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) reconhecido na literatura (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007) como uma ferramenta validada e recomendada para o relato de pesquisas que envolvem a coleta de dados por meio de entrevistas ou grupos focais. Este *checklist* abrange 32 itens consolidados, distribuídos em três domínios distintos: caracterização e qualificação da equipe de pesquisa, desenho do estudo e análise dos resultados (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007 e SOUZA; MARZIALE; SILVA; NASCIMENTO, 2021).

4.4.1 Coleta dos dados qualitativos

A coleta dos dados qualitativos foi conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com os médicos e enfermeiros das EqSF do município. Esta seção descreve minuciosamente os procedimentos adotados para a obtenção desses dados, desde a preparação inicial até a transcrição dos registros fonográficos.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas sob a condução da pesquisadora, mestranda em Saúde Coletiva e coordenadora responsável pelo setor de Nutrição no município de Santa Bárbara d'Oeste. Antes do início da pesquisa, a pesquisadora concluiu disciplinas essenciais para embasar e preparar-se adequadamente.

As entrevistas ocorreram individualmente nas respectivas unidades de trabalho de cada profissional participante. Durante esses encontros, somente o profissional de saúde entrevistado e a pesquisadora responsável pela condução das entrevistas, estiveram presentes. Essa decisão foi deliberada, visando criar um ambiente de confiança e conforto que permitisse a cada entrevistado compartilhar suas percepções e experiências de maneira franca e aberta. A ausência de outras pessoas além dos entrevistados e da pesquisadora também se revelou crucial para assegurar a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes, em total alinhamento com as diretrizes do COREQ. Essas sessões foram previamente agendadas, contando com o conhecimento e concordância tanto da gerência das unidades quanto do Setor de Educação Permanente do município. De forma intencional todos os 20 profissionais que integram as EqSF, conforme detalhado no quadro 5, foram gentilmente convidados a participar e demonstraram prontamente seu engajamento, resultando na participação de 11 médicos e 9 enfermeiros distribuídos entre as 9 equipes ESF, 6 UBS que contam com ESF no município de Santa Bárbara d'Oeste.

A entrevista representa uma interação social de caráter singular, delineada por um diálogo assimétrico. Nesse cenário, uma das partes se empenha em extrair dados relevantes, enquanto a outra emerge como uma fonte enriquecedora de informações referentes a um determinado assunto mediante uma conversação de natureza profissional (GIL, 2008; MARCONI e LAKATOS, 2010).

Na essência dessa prática, destaca-se a dualidade de comunicação, que se manifesta tanto como um sentido de comunicação verbal quanto como um sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema de cunho científico. No contexto do presente estudo, esta abordagem assume uma importância singular no

âmbito do trabalho de campo, representando uma estratégia amplamente empregada, conforme aprofundado por MINAYO (2016).

Muitos autores a consideram como a técnica por excelência na investigação das ciências sociais (GIL, 2008; MARCONI e LAKATOS, 2010) e bastante adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (SELLTIZ *et al.*, 1967 apud GIL, 2008).

Dentro dessa abordagem, a entrevista desenha-se como uma ferramenta permite compreender dados "subjetivos". Em outras palavras, ela se revela como uma ferramenta singular para explorar informações que transcendem a perspectiva do pesquisador, advindas da reflexão do entrevistado sobre sua própria realidade experienciada (MINAYO, 2016).

A abordagem adotada para a entrevista foi a semiestruturada, uma modalidade que pode combinar perguntas fechadas e abertas em uma configuração flexível. Sob essa estratégia, o entrevistador não fica preso a uma estrita rigidez nas questões propostas, tendo a liberdade de adaptar a sequência das perguntas norteadoras de acordo com a dinâmica do diálogo, conforme enfatizado por MINAYO (2016).

Nesse contexto, MANZINI (1990/1991) ilustra que mesmo quando o enfoque central recai sobre um tópico previamente planejado no roteiro, a entrevista semiestruturada oferece a possibilidade de incorporar de forma mais espontânea outras indagações, ajustadas às contingências que emergem durante o próprio diálogo. As respostas não estão limitadas a alternativas padronizadas, permitindo, assim, uma abordagem mais orgânica e aprofundada. Adicionalmente, MARTINS e THEÓPHILO (2016) contribuem ao ressaltar que, se necessário, podem ser introduzidas questões secundárias para enriquecer as linhas de inquirição da entrevista.

Essa etapa da coleta de dados assume um valor intrínseco, transcendendo meramente a obtenção de informações. Para o entrevistador/pesquisador, ela se traduz em uma oportunidade singular para edificar conhecimento e explorar os matizes subjacentes. A interação entre as partes promove um aprofundamento da conversa, possibilitando uma maior expressão da espontaneidade e autenticidade. É relevante considerar, porém, que a informalidade do diálogo não se desvincula do objetivo predefinido da pesquisa, como afirmado por MANZINI (1990/1991).

Um roteiro estruturado foi elaborado (Apêndice A) para orientar o processo de entrevista e garantir um mínimo de padronização. No entanto, durante o diálogo, a

flexibilidade foi mantida para evitar que a entrevista se assemelhasse a um interrogatório ou leitura mecânica do roteiro (SPINK *et al.*, 2014).

O roteiro não foi compartilhado previamente com os participantes e como parte do aprimoramento da pesquisa, entrevistas piloto foram conduzidas. Para garantir naturalidade e clareza linguística, a condução de entrevistas piloto é recomendada por estudiosos. Essa etapa permitiu ajustes e adaptações nas perguntas e no tom da linguagem, com base em uma experiência preliminar, tornando o roteiro mais adequado à população deste estudo (MANZINI, 1990/1991).

De acordo com a orientação de WEISS (1999 apud ROSA e ARNOLDI, 2014), essa fase conhecida como entrevista piloto desempenha um papel crucial na prevenção de perda de tempo com abordagens inadequadas. Além disso, contribui para a definição precisa das questões do roteiro, avaliando sua viabilidade e preparando os contextos apropriados a serem incorporados ao tema em análise.

Para a entrevista piloto, conduzida em outubro de 2022, foram selecionados dois profissionais - uma médica e uma enfermeira - pertencentes a uma EqSF que opera em um município distinto. Vale destacar que esta etapa contou com sujeitos não participantes da pesquisa principal. Tal escolha se deve ao fato de que o escopo deste estudo engloba todos os profissionais médicos e enfermeiros, dentro do âmbito de ESF do município de Santa Bárbara d'Oeste.

A condução dessa etapa da pesquisa possibilitou não somente a validação e aprimoramento do roteiro, mas também contribuiu significativamente para o preparo e delineamento do processo de coleta de dados definitivo. Tais passos foram conduzidos de acordo com os padrões e critérios de rigor inerentes a uma pesquisa científica de qualidade. Além disso, esse processo responde positivamente ao critério do COREQ para aprimorar o instrumento de coleta de dados.

A convite para a participação na pesquisa foi realizada por meio da presença da pesquisadora nas reuniões de equipe realizadas em cada UBS, entre os meses de outubro e novembro de 2022. Esse processo foi facilitado pela contribuição da equipe de Educação Permanente, que auxiliou na organização desses encontros. Os propósitos e objetivos da pesquisa foram minuciosamente explicados, ressaltando a importância do projeto e enfatizando o papel fundamental de cada participante/entrevistado no aprimoramento de futuras ações de formação em orientação alimentar e nutricional. Essa capacitação almejada busca beneficiar tanto os profissionais envolvidos quanto os usuários do sistema de saúde. Além disso, foram compartilhados os contextos e

motivações desta pesquisa, incluindo os objetivos pessoais da pesquisadora, bem como suas motivações acadêmicas e profissionais para a realização do estudo. Durante essa etapa, também foram esclarecidas as razões e interesses no tópico da pesquisa, garantindo a transparência e compreensão mútua entre a pesquisadora e os participantes.

No dia do convite, foi esclarecido o compromisso com a confidencialidade e o anonimato das informações levantadas, em estrita concordância com as diretrizes delineadas por autores renomados como GIL (2008), MARCONI e LAKATOS (2010), e MINAYO (2016). Estes princípios éticos estão de acordo com as premissas definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, cujos delineamentos estão detalhados mais adiante neste material. Vale ressaltar também que a esse contato inicial que antecedeu a entrevista, além de ser um dos critérios estabelecidos pelo COREQ, desempenha um papel fundamental no estabelecimento de acolhimento mútuo entre os entrevistados e a pesquisadora. Esse processo, conforme preconizado por ROSA e ARNOLDI (2014), permite estabelecer uma relação de afinidade e confiança, fatores de suma importância para o sucesso do estudo.

Por fim, foi entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e explicado os procedimentos e aspectos éticos da pesquisa.

O agendamento das entrevistas, meticulosamente organizado, foi feito com a devida antecedência e contou com a aprovação da gerência de cada unidade de saúde. Esse cuidado visou garantir a disponibilidade de tempo dos participantes, como também que o desenvolvimento das entrevistas não interferisse na prestação dos serviços de atendimento e na assistência aos pacientes em cada unidade.

As entrevistas foram realizadas entre novembro e dezembro de 2022, totalizando 20 entrevistas e 635 minutos de conteúdo. Cada entrevista teve uma duração média de 32 minutos, sendo que a entrevista mais breve teve a duração de 13 minutos e 8 segundos, enquanto a mais extensa se estendeu por 58 minutos e 2 segundos. Importa destacar que, apesar da variedade na duração das entrevistas, todas elas se mantiveram dentro do limite temporal estabelecido para a sua realização, demonstrando a eficácia do planejamento nesse aspecto. E também não foi necessária a realização de mais de uma entrevista com cada participante. A coleta de dados ocorreu de forma abrangente e profunda, permitindo uma exploração detalhada das percepções e experiências dos participantes. Com isso, os dados coletados foram suficientes para alcançar os objetivos do estudo. Essa abordagem contribuiu para uma compreensão aprofundada dos temas discutidos.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com todos os médicos e enfermeiros da ESF em Santa Bárbara d'Oeste, permitindo a análise completa das entrevistas considerando cada uma como um depoimento pessoal e coletivo.

Para maior precisão e confiabilidade na preservação do conteúdo da entrevista para posterior transcrição, o registro foi por meio de gravação de áudio (GIL, 2008). Esse procedimento foi devidamente autorizado pelos participantes do estudo, conforme preceitua a abordagem de MARTINS e THEÓPHILO (2016). O registro dos dados é de grande relevância para garantir a qualidade e validação dos resultados e por isso deve ser planejado com antecedência.

A aplicação de gravações de áudio, uma prática comum e amplamente empregada em contextos de entrevista, demanda uma fase preliminar de interação entre o entrevistador e os entrevistados. Esse contato prévio, essencial para estabelecer um vínculo sólido, obter o consentimento esclarecido e cultivar a confiabilidade mútua, desempenha um papel de destaque em todas as etapas do processo, como apontado por ROSA e ARNOLDI (2014). No presente estudo, esse estágio crucial de aproximação ocorreu de maneira eficaz durante as reuniões de equipe, conforme anteriormente mencionado.

O registro das entrevistas em formato de áudio foi executado por meio da utilização do aplicativo de gravação de voz disponível no dispositivo móvel da entrevistadora/pesquisadora. Tal abordagem técnica proporcionou um meio conveniente e de fácil acesso para capturar integralmente os diálogos e as nuances das interações entre entrevistadora e entrevistados. A escolha desse método alinha-se com a busca pela maximização da qualidade e integridade dos dados obtidos, reforçando o compromisso com a precisão e a fiabilidade inerentes ao processo de pesquisa.

Durante a condução das entrevistas, optou-se por concentrar a atenção na interação entre entrevistadora e entrevistados a fim de garantir uma troca de informações fluida e enriquecedora. Nesse sentido, as notas de campo foram registradas após a conclusão das entrevistas. Essa abordagem permitiu que as conversas fossem conduzidas de maneira natural, sem interrupções ou distrações causadas pela anotação simultânea das informações.

Após a fase de entrevistas, a transcrição dos registros fonográficos foi executada minuciosamente pela própria pesquisadora, entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023. Essa etapa foi guiada pela busca de fidelidade às conversas originais, sem qualquer omissão e com uma abordagem completa, é essencial para garantir a

integridade dos dados e sua fidedignidade, como sugerido por ROSA e ARNOLDI (2014). As gravações de todas as entrevistas assim como as transcrições na íntegra encontram-se arquivadas em posse da mestranda para futuras consultas.

As transcrições das entrevistas não foram devolvidas aos participantes para comentários ou correções.

4.4.2 Análise dos dados qualitativos

Após a conclusão da coleta de dados, a pesquisa adentrou na etapa de análise e interpretação, dois processos estreitamente relacionados, embora tenham distinções claras. Enquanto a análise se empenha na estruturação dos dados de modo a viabilizar respostas ao problema de pesquisa em questão, a interpretação busca desvelar um significado mais abrangente das respostas, contextualizando-as em relação a outros conhecimentos previamente adquiridos (GIL, 2008).

Posteriormente às transcrições, as entrevistas foram analisadas e nessa etapa o conjunto do conteúdo das entrevistas foi lido de forma compreensiva e exaustiva para se extrair e apreender as informações levantadas (MANZINI, 1990/1991).

A abordagem selecionada para a análise dos dados foi o referencial da análise de conteúdo. Conforme definido por BARDIN (2011) esse método é delineado como um conjunto de técnicas voltadas para a análise de comunicações, com o objetivo de adquirir conhecimento por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos para a descrição do conteúdo das mensagens. Através dessa análise, busca-se identificar indicadores, sejam eles de natureza quantitativa ou qualitativa, que possibilitem a inferência de informações relacionadas às condições de produção dessas mensagens.

Conforme destacado por BARDIN (2011), o método de análise de conteúdo demonstra uma notável maleabilidade, facultando ao pesquisador a flexibilidade para empregar uma diversidade de indicadores e ajustar técnicas conforme as exigências particulares do estudo em análise. Essa abordagem revela-se adaptável e customizável, adaptando-se às complexidades e nuances inerentes à pesquisa.

A análise de conteúdo engloba três fases distintas e interconectadas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos dados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011). Cada etapa desempenha um papel fundamental na descoberta e extração de

significados latentes presentes nas mensagens capturadas, fornecendo um roteiro metodológico abrangente para aprofundar a compreensão dos dados coletados.

É crucial salientar que foram definidos temas *a priori* relacionados ao escopo da pesquisa, os quais serviram de base para a elaboração das questões presentes no roteiro norteador. Nenhum *software* foi utilizado para o gerenciamento dos dados.

Na fase de pré-análise, após uma série de leituras profundas e abrangentes de todo o conjunto de material coletado, foram identificadas as unidades de análise, que correspondem aos segmentos relevantes das entrevistas destinados à análise. Nesse processo, os temas *a priori* desempenharam um papel fundamental ao proporcionar uma base para uma classificação preliminar, orientando a organização dos dados. A estruturação inicial dos dados foi realizada através da criação de planilhas no Excel, permitindo uma classificação inicial dos dados e facilitando a subsequente identificação e categorização dos elementos-chave que emergiram.

Durante a fase de exploração do material, cada unidade de análise foi codificada de acordo com os temas, padrões e categorias pré-definidas. As categorias estabelecidas previamente foram cuidadosamente delineadas para abarcar diferentes aspectos do estudo. Sendo estas categorias: "Rotina na ESF"; "Contemplações sobre Conhecimentos"; "Demandas em Alimentação e Nutrição"; "Abordagens em Alimentação e Nutrição"; "Percepções sobre a Importância da Alimentação e Nutrição na ESF"; "Compreensão do Papel do Profissional"; e "Facilitadores e Barreiras na Efetivação da PAAS".

Isso implicou na identificação e marcação das partes textuais que se relacionavam com as questões de pesquisa e os objetivos do estudo. Conforme a análise progredia, as categorias iniciais foram refinadas e ampliadas à medida que novos temas emergiam. E posteriormente as unidades de análise foram então agrupadas de acordo com categorias temáticas pertinentes. Dentro de cada categoria, indicadores específicos foram identificados para representar aspectos importantes dos dados, contribuindo para a síntese e o destaque dos pontos-chave das categorias.

Na fase subsequente, que compreende o tratamento dos dados, inferência e interpretação, os trechos textuais foram reagrupados com base nos temas identificados. As categorias e seus indicadores foram reorganizados de maneira sistemática, conforme apresentado no Quadro 6. Com base nas categorias identificadas, foram realizadas inferências para extrair os significados subjacentes. Essas inferências permitiram uma compreensão mais profunda das mensagens contidas nas entrevistas. Posteriormente

envolveu a interpretação detalhada dos resultados, que consistiu na análise aprofundada das categorias, visando a compreensão dos significados subjacentes e das implicações dos dados em relação às questões de pesquisa, como detalhado na seção de Resultados e Discussão dos Dados Qualitativos.

Quadro 6 – Temas, Categorias e Conteúdos Abordados na Análise das Entrevistas.

Tema	Categorias	Conteúdos Abordados
A Atenção Nutricional na rotina da ESF	Noções sobre alimentação e as demandas	<ul style="list-style-type: none"> – Demandas mais relatadas em alimentação e nutrição; – Considerações sobre a relação da alimentação no desenvolvimento de doenças.
	Valor da PAAS na promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> – Percepção sobre a importância da atenção nutricional na rotina de atendimentos da ESF.
	Compreensão da responsabilidade na PAAS	<ul style="list-style-type: none"> – Compreensão da ação como responsabilidade dos profissionais. – Considerações sobre a satisfação no desempenho dessa função.
Entendimento sobre alimentação adequada e saudável	Percepções sobre o próprio conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> – Declarações/afirmações sobre percepção de conhecimento; – Origem do conhecimento; – Segurança na abordagem.
	Concepções a respeito da alimentação adequada e saudável	<ul style="list-style-type: none"> – Desafios dos profissionais em relação à promoção da alimentação adequada e saudável; – Relações entre as concepções dos profissionais e o Guia Alimentar.

Fonte: Elaboração própria. Santa Bárbara d'Oeste. 2023.

É importante relatar que na apresentação dos resultados após a análise, buscou-se abordar tanto a diversidade de casos quanto a discussão de temas menores que emergiram das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde. A pesquisa qualitativa adotada permitiu explorar nuances e peculiaridades presentes nas respostas dos participantes, evidenciando diferentes perspectivas e experiências. A análise levou em consideração a individualidade de cada depoimento, ao mesmo tempo em que identificou padrões e tendências comuns nas narrativas dos entrevistados.

Os participantes não puderam fornecer *feedback* sobre os resultados nesta fase, uma vez que a apresentação dos dados está programada para ocorrer após a conclusão total da pesquisa, conforme previamente acordado com os participantes.

Além da categorização dos temas e conteúdos extraídos das entrevistas, foram identificados elementos relevantes relacionados às Fraquezas e Ameaças, bem como às Forças e Oportunidades no contexto da ESF. Essas identificações foram incorporadas a uma matriz SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) conhecida como 'FOFA', a fim de avaliar as barreiras e facilitadores que influenciam a implementação das ações de PAAS pelas EqSF, com o objetivo de fazer uma proposta de ação educativa voltada a esses profissionais.

A matriz SWOT é uma ferramenta fundamental no planejamento estratégico. Ela avalia os pontos fortes e fracos internos de uma organização e as oportunidades e ameaças externas em seu ambiente de atuação. Oferece uma visão abrangente do cenário, permitindo a maximização dos pontos fortes, a minimização das fraquezas, a exploração de oportunidades e a mitigação de ameaças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b). Dessa forma, é uma abordagem sólida e estratégica para avaliar os fatores internos e externos que afetam as ações de PAAS na ESF.

Ademais, foram coletadas sugestões valiosas durante as entrevistas, fornecendo *insights* sobre como superar as dificuldades identificadas na execução da PAAS na ESF. Essas sugestões foram sistematizadas e compõem a matriz de planejamento de ação educativa, a qual visa embasar estratégias eficazes para enfrentar os desafios identificados pelos profissionais e melhorar a efetividade das ações de PAAS. Na figura 5, está o conteúdo considerado em cada quadrante na matriz FOFA.

Figura 5 – Conteúdos considerados em cada quadrante da matriz FOFA.

FORÇAS	Pontos fortes internos e recursos disponíveis na ESF que têm o potencial de contribuir de forma positiva no desenvolvimento das ações de PAAS	FRAQUEZAS
OPORTUNIDADES	Fatores externos positivos que incluem recursos, políticas ou diretrizes que podem contribuir para melhorar a eficácia das ações de PAAS na ESF	AMEAÇAS

Na seção de Resultados e Discussão, foram incorporadas citações dos participantes para ilustrar os temas e achados identificados. É relevante enfatizar que a codificação dos participantes foi implementada visando garantir a confidencialidade e o sigilo das informações compartilhadas. Cada membro da equipe de ESF recebeu um código único, substituindo assim seus nomes reais durante todo o processo de análise.

A atribuição dos códigos foi realizada de forma aleatória, a fim de evitar qualquer associação direta entre os códigos e a identidade individual dos participantes. Os enfermeiros foram designados com códigos ENF01 a ENF09, enquanto os médicos receberam códigos MD01 a MD11.

Essa estratégia de codificação não apenas protegeu a privacidade dos participantes, mas também fortaleceu a confiabilidade e a validade dos dados obtidos. Através dessa abordagem, os participantes puderam expressar suas opiniões e percepções de maneira franca, sem preocupações com a divulgação de suas identidades pessoais.

A codificação dos participantes representou um aspecto fundamental deste estudo, permitindo uma análise precisa e profunda dos dados coletados, ao mesmo tempo em que garantiu o anonimato dos profissionais da equipe de ESF. Cada citação foi adequadamente identificada com o código correspondente ao participante.

4.5 Abordagem Quantitativa

As abordagens quantitativas são expressas por dados e números que podem ser quantificados e mensurados, nesse caso, são usados métodos e técnicas que buscam a síntese e interpretações de um conjunto de dados numéricos. Os dados são filtrados, organizados, caracterizados, tabulados e interpretados, e nesse processo podem passar por tratamentos através de técnicas e métodos estatísticos (MARTINS e THEÓPHILO, 2016).

4.5.1 Coleta dos dados quantitativos

Os profissionais médicos e enfermeiros que compõem as EqSF no município foram sujeitos a três instrumentos distintos para a coleta de dados quantitativos. Nesse contexto, empregaram-se duas escalas previamente validadas: a primeira, GAB1,

destinou-se à mensuração do conhecimento dos profissionais da saúde em relação aos conteúdos do Guia Alimentar. A segunda escala, denominada GAB2, teve como propósito a identificação da percepção de autoeficácia e da eficácia coletiva no que concerne à aplicação do Guia Alimentar nas ações de PAAS. Paralelamente, o levantamento das características dos participantes foi conduzido por meio de um questionário específico. No que tange aos gestores das unidades contendo as EqSF, também foi administrado um questionário com o intuito de elucidar as particularidades dessas unidades.

As escalas sociais e de atitudes se configuram como ferramentas que viabilizam possíveis mensurações de diversos fenômenos sociais. Elas consistem basicamente em uma série graduada de enunciados, concebidos para capturar percepções e atitudes relativas à determinada situação, objeto ou representação simbólica. Ao respondente é solicitado assinalar o grau que mais adequadamente traduz sua percepção acerca do objeto de análise presente em cada item que compõe o instrumento (MARTINS e THEÓPHILO, 2016). Essa abordagem sistemática permite a obtenção de dados que possam ser submetidos a análises estatísticas, contribuindo para a compreensão quantitativa de aspectos subjacentes aos fenômenos sociais em questão.

É aconselhável, de acordo com MARTINS e THEÓPHILO (2016), adotar um instrumento já elaborado e validado, desde que este atenda às necessidades da pesquisa, uma vez que essa abordagem assegura a confiabilidade e a validade dos dados obtidos.

Desse modo, com o propósito de avaliar o grau de conhecimento de médicos e enfermeiros atuantes nas EqSF em relação ao conteúdo presente no Guia Alimentar, recorreu-se à escala GAB1 (Anexo 1). Essa escala representa um instrumento que foi desenvolvido e validado por REIS e JAIME (2021b), composta por 16 afirmações que abordam as recomendações contidas no próprio Guia Alimentar. Cada uma dessas afirmações oferece três alternativas de resposta: "verdadeiro", "falso" e "não sei" (REIS, 2019; REIS e JAIME, 2021b).

E com o propósito de identificar a percepção de autoeficácia e eficácia coletiva entre os médicos e enfermeiros integrantes das EqSF do município em relação à aplicação prática do Guia Alimentar em iniciativas de PAAS, foram empregadas as escalas GAB2 (Anexo 2), também elaboradas e validadas por REIS e JAIME (2021b). A GAB2 adota uma abordagem baseada na escala de Likert, que se desdobra em duas seções distintas, contendo 12 questões cada uma: (1) Percepção de Autoeficácia e (2) Eficácia Coletiva. Na primeira seção, os participantes foram convidados a expressar o

grau de confiança que possuem em relação à aplicação das orientações do Guia Alimentar em suas atividades diárias, selecionando dentre as opções disponíveis: "Nada confiante", "Um pouco confiante", "Confiante" e "Muito confiante". Na segunda seção, foram apresentadas afirmações que exploram a percepção dos participantes sobre a contribuição da equipe de trabalho na implementação do Guia Alimentar, oferecendo alternativas de resposta: "Falso", "Às vezes verdadeiro", "Verdadeiro" e "Muito Verdadeiro". Ambas as seções contemplam de maneira abrangente a compreensão dos níveis individuais e coletivos de confiança nas ações relacionadas ao Guia Alimentar (REIS, 2019; REIS e JAIME, 2021b).

É importante elucidar que a escala Likert é amplamente empregada em estudos de cunho social, por ser uma ferramenta usada para a compreensão das atitudes e opiniões dos participantes. Esta abordagem consiste em uma série de itens apresentados na forma de afirmações, solicitando que os indivíduos expressem seu grau de concordância ou discordância com cada declaração (MARTINS e THEÓPHILO, 2016).

Além disso, para traçar o perfil dos profissionais envolvidos, empregou-se um questionário de autopreenchimento (Apêndice B).

As escalas GAB1 e GAB2 e o questionário foram instrumentos autoaplicáveis implementados através da plataforma *Google Forms*, proporcionando aos participantes a comodidade de responderem de forma autônoma. O *link* de acesso foi encaminhado aos endereços de e-mail individuais de cada participante, assegurando uma coleta de informações de maneira conveniente e acessível. Esse envio ocorreu após a apresentação do projeto às equipes e a assinatura do TCLE, juntamente com a data agendada para a entrevista e a maioria dos profissionais respondeu antes da realização das entrevistas.

Para obter as características das seis UBS que incorporam EqSF no município, bem como para compreender as atividades relacionadas à alimentação saudável, tanto na UBS quanto no território circundante, e identificar os profissionais envolvidos nessas iniciativas, utilizou-se um questionário de autopreenchimento (Apêndice C). Este instrumento foi elaborado através da plataforma *Google Forms* e posteriormente enviado por e-mail aos gerentes responsáveis pelas respectivas UBS. Esse questionário teve como base as recomendações de práticas universais de cuidado em alimentação e nutrição na APS, presentes na "Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Vale ressaltar que os instrumentos utilizados para a coleta dos dados quantitativos passaram por uma fase de pré-teste. Para isso, duas profissionais foram selecionadas - uma médica e uma enfermeira - que também haviam participado da testagem da coleta dos dados qualitativos através das entrevistas, foram selecionadas, por serem membros de uma EqSF de outro município. Elas responderam às escalas e questionários destinados aos médicos e enfermeiros, permitindo a avaliação da clareza e pertinência das questões. Além disso, o questionário voltado aos gestores de UBS também passou pelo mesmo processo, sendo aplicado a um gestor de UBS com EqSF de um município diferente. A realização do pré-teste desempenhou um papel crucial para identificar eventuais ajustes necessários nos instrumentos, garantindo sua aderência e compreensão prévia antes da efetivação na pesquisa. Tal prática, respaldada por GIL (2008), é um procedimento técnico altamente recomendado, visando aprimorar a clareza e eficácia das questões elaboradas, além de elevar a qualidade global do instrumento.

4.5.2 Análise de dados quantitativos

À análise dos resultados da escala GAB1 baseou-se na atribuição de pontuações. Nessa metodologia, a resposta "não sei" foi considerada como incorreta, enquanto cada opção correta selecionada recebeu uma pontuação de 1 ponto. Isso resultou em um escore de conhecimento variando de 0 a 16 pontos, conforme proposto por TRAMONTT e JAIME (2020). Dessa forma, foi possível quantificar o nível de conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros das EqSF em relação ao conteúdo do Guia Alimentar. Quanto maior o escore obtido por um profissional, maior é o indicativo de sua compreensão acerca das recomendações presentes no Guia Alimentar. Essa abordagem pontual e objetiva permitiu a obtenção de dados quantitativos sobre o conhecimento específico dos participantes, contribuindo para uma avaliação mais precisa do entendimento de todos da equipe em relação ao Guia Alimentar.

Na escala GAB2, cada uma das questões foi avaliada em uma escala Likert de quatro pontos. Na escala Likert, a cada nível de concordância é atribuído um valor numérico, resultando em uma pontuação individual para cada item. A soma desses pontos reflete a inclinação favorável ou desfavorável do participante em relação ao objeto avaliado. Por meio dessa estrutura, essa escala oferece uma maneira eficaz de

capturar nuances e complexidades das percepções e atitudes das pessoas (MARTINS e THEÓPHILO, 2016).

Dessa forma na primeira seção escala GAB2, os participantes atribuíram pontuações de 0 a 3 para indicar seu nível de confiança, variando de "nada confiante" (0) até "muito confiante" (3). Já na segunda seção, as respostas também variaram de 0 a 3, refletindo graus de concordância com afirmações que vão desde "falso" (0) até "muito verdadeiro" (3). Com essa estrutura de avaliação, cada seção possui um potencial escore máximo de 36 pontos (TRAMONTT e JAIME, 2020). Essa abordagem sistemática permitiu a avaliação quantitativa da percepção dos profissionais em relação à sua autoeficácia individual e à eficácia coletiva percebida dentro do contexto das ações de PAAS. Portanto, o escore mais alto em cada seção indica um maior grau de autoconfiança e eficácia percebida, enquanto pontuações mais baixas podem indicar necessidades de fortalecimento dessas percepções (TRAMONTT e JAIME, 2020).

Os resultados das escalas foram apresentados de acordo com suas médias e intervalos de confiança (IC 95%), em consonância com a abordagem proposta por TRAMONTT & JAIME (2020). Além disso, também foram contemplados os valores medianos e os percentis 25 e 75 das distribuições dos escores. Dessa forma, é possível uma visualização abrangente dos dados, tanto na forma de tendências centrais quanto na compreensão da dispersão dos resultados.

Os questionários que abordaram as características da população e das unidades de pesquisa foram tabulados em uma planilha do Excel para organizar a apresentação das variáveis coletadas e categorizá-las, preparando-as para uma análise descritiva subsequente. A tabulação, que envolve o processo de agrupar e contar os casos que estão nas várias categorias de análise, conforme delineado por GIL (2008), foi empregada para este propósito.

A aplicação da estatística descritiva foi adotada com o propósito de apresentar as características e informações obtidas na população investigada. Essa etapa descritiva possibilita caracterizar o que é típico no grupo, indicar as variações presentes e verificar como é a distribuição em relação a determinadas variáveis, conforme orientado por GIL (2008).

A descrição do conjunto de dados quantitativos pode ser efetuada por meio de representações gráficas, tabelas e cálculos de medidas, em consonância com a observação de MARTINS & THEÓPHILO (2016). Na seção de Resultados e Discussão deste trabalho, as características da população são apresentadas de tabelas.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (CEPIS). Esse processo ocorreu por meio da Plataforma Brasil e esteve em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelas resoluções pertinentes do Conselho Nacional de Saúde:

- Resolução 510, datada de 07 de abril de 2016 que determina procedimentos éticos específicos para investigações envolvendo seres humanos, que utilizam abordagens das ciências humanas e sociais (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016), e;
- Resolução 580, datada de 22 de março de 2018 que estabelece especificidades éticas para pesquisas de interesse estratégico para o SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

Após a análise ética e aprovação do projeto pelo CEPIS, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e foram explicados todos os detalhes da pesquisa, assegurando aos participantes os direitos, autonomia e vontade de contribuir e permanecer ou não, na pesquisa (Apêndices D e E).

Foi entregue ao coordenador e responsável pela Atenção Primária à Saúde do município de Santa Bárbara d'Oeste o Termo de Anuência Institucional descrevendo as atividades que foram desenvolvidas para documentar a autorização para realização da pesquisa dentro dos preceitos éticos, como também declarando que a instituição participante apresenta as condições necessárias para o desenvolvimento da pesquisa nas unidades com ESF. Esta pesquisa obteve aprovação do CEPIS-SP, com o número de parecer 5.636.208 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 62525822.6.0000.5469, assegurando, assim, a condução ética e apropriada da pesquisa (Anexo C).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização das unidades de saúde com equipes de ESF

Os resultados da caracterização das unidades de saúde com equipes de ESF fornecem informações cruciais sobre o perfil dos gerentes de unidade e o funcionamento das próprias unidades. Na tabela abaixo está apresentado o perfil das gerentes das UBS participantes do estudo.

Tabela 1: Perfil da gerência das Unidades de Saúde com Equipes de ESF Participantes do Estudo em Santa Bárbara d'Oeste - SP, 2022.

	N	%
Sexo		
Feminino	6	100,0
Formação		
Administração	1	16,7
Assistente Social	1	16,7
Enfermagem	3	50,0
Fonoaudióloga	1	16,7
Idade		
De 30 a 35 anos	2	33,3
De 36 a 40 anos	2	33,3
De 41 a 45 anos	2	33,3
Tempo de gerência na unidade		
Menos que 1 ano	3	50,0
De 1 a 2 anos	1	16,7
De 2 a 3 anos	2	33,3

Inicialmente, nota-se que todas as gerentes de unidades com equipes de ESF são mulheres, atendendo ao requisito de graduação estipulado pelo PNAB (2017), e que metade delas são enfermeiras. A faixa etária das gerentes varia de 30 a 45 anos, sendo que a maioria delas está na posição de gerência por até 3 anos, e metade ocupando o cargo por menos de 1 ano. Importante destacar que, neste município, os gerentes são profissionais concursados da rede de saúde, selecionados com base em seu conhecimento prévio do serviço e assumem o cargo após um processo seletivo. O papel do gerente de uma unidade de saúde é de extrema importância, pois ele deve ter um profundo conhecimento da Rede de Atenção à Saúde para garantir o funcionamento

adequado da unidade. Suas responsabilidades abrangem várias áreas fundamentais, incluindo o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho na unidade, a coordenação das ações de saúde no território e a integração da unidade de saúde com outros serviços de saúde (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2017c).

Quanto ao perfil das unidades (Tabela 2), observou-se que apenas duas delas possuem uma cobertura mais abrangente da ESF que varia de 80% a 99% da população de seus territórios. Nas demais unidades, essa cobertura varia de 10% a 49%, o que está na média da região metropolitana de Campinas, na qual se localiza este município. Em 2020, a porcentagem de cobertura dessa região estava em 35,4%, o que fica abaixo da média nacional de 63,7%. No entanto, algumas equipes de ESF enfrentam dificuldades para atender toda a população devido à falta de profissionais para compor as equipes e ao número insuficiente de equipes para atender a população adscrita. Esses dados são valiosos para compreender o acesso aos cuidados de saúde em uma determinada população e uma baixa cobertura pode implicar em menos pessoas tendo acesso ao serviço (GIOVANELLA, 2021).

No que diz respeito às atividades educativas realizadas nas unidades, destacou-se que uma das unidades relatou não realizar grupo educativo algum. Nas demais unidades, os grupos mais comuns são direcionados a gestantes, diabéticos e hipertensos, com algumas abordagens relacionadas à alimentação e nutrição ocorrendo nesses grupos. É importante mencionar que nenhuma unidade possui grupos exclusivos voltados para a obesidade ou hábitos alimentares. É fundamental enfatizar a importância das atividades educativas na APS, especialmente em meio às altas prevalências de DCNT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b), tornando essencial incluir o tema da alimentação e nutrição.

Além disso, apenas as gerentes de três unidades relataram que a equipe participa das atividades do Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE busca uma integração constante entre a educação e a saúde, com o propósito de enriquecer a formação integral dos estudantes através de iniciativas de promoção, prevenção e assistência à saúde. Dentro dos tópicos abordados, destaca-se a promoção de hábitos alimentares saudáveis e a prevenção da obesidade, englobando a realização de atividades educativas e a avaliação antropométrica. É imperativo que as equipes da APS se engajem nessas ações, estabelecendo uma relação mais próxima com as escolas públicas que integram a rede de ensino fundamental de seus respectivos territórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2022c). Isso enfatiza a relevância da participação ativa das equipes de saúde nas atividades do território, transcendendo os limites físicos das unidades básicas de saúde.

Tabela 2: Perfil das Unidades de Saúde com Equipes de ESF Participantes do Estudo em Santa Bárbara d'Oeste - SP, 2022.

	N	%
Porcentagem de cobertura da ESF		
De 10% a 19%	1	16,7
De 20% a 29%	1	16,7
De 30% a 39%	1	16,7
De 40% a 49%	1	16,7
De 80% a 99%	2	33,3
Número de famílias assistidas pela ESF		
De 500 a 699 famílias	2	33,3
De 700 a 899 famílias	1	16,7
De 900 a 1099 famílias	1	16,7
De 1100 a 1299 famílias	1	16,7
De 1300 a 1499 famílias	1	16,7
Grupos educativos realizados na unidade em que se aborda o tema alimentação saudável		
Grupo de Gestantes	4	66,6
Grupo para Diabéticos e Hipertensos	4	66,6
Grupo de Atividade Física	2	33,3
Atividades relacionadas à alimentação e nutrição realizadas no território com participação da equipe da unidade		
Programa Saúde na Escola	3	50,0
Academia da Saúde	1	16,7
Profissionais da unidade responsáveis e/ou participantes dos grupos educativos		
Enfermeiro	5	83,3
Médico	5	83,3
ACS	5	83,3
Gerente	3	50,0
Assistente Social	3	50,0
Técnico de Enfermagem	3	50,0
Farmacêutico	1	16,7
Auxiliar de Enfermagem	1	16,7
Número de unidades que possuem materiais educativos para PAAS		
Não	4	66,7
Sim	2	33,3

Destaca-se a presença de enfermeiros, médicos e ACS envolvidos nas atividades relacionadas à alimentação e nutrição na maioria das unidades. Esse engajamento

desempenha um papel fundamental na garantia de uma abordagem abrangente nas ações de PAAS. Portanto, a sensibilização de todos os profissionais que atuam na UBS desempenha um papel crucial, mesmo que seja para auxiliar na divulgação e facilitar o encaminhamento das pessoas para os grupos. Essa abordagem promove a participação ativa e o envolvimento de todos os profissionais nas atividades da unidade, o que, por sua vez, pode fortalecer os grupos educativos.

Por fim, é relevante destacar que a carência de materiais educativos para promover a alimentação adequada e saudável, conforme relatado pela maioria das gerentes de unidades (n=4, 66,7%), representa um desafio na implementação de ações voltadas para a educação nutricional. Essa escassez de recursos educativos enfatiza a necessidade de intervenções que visem promover materiais de fontes confiáveis para suprir essa carência e fortalecer a promoção de hábitos alimentares saudáveis entre a população atendida.

As gerentes consideram que as equipes necessitam de maior apoio da equipe de nutrição diante de situações como excesso de peso e obesidade (n=5, 83,3%), diabetes (n=4, 66,7%), doença renal crônica (n=4, 66,7%), casos oncológicos (n=4, 66,7%) e transtornos alimentares (n=4, 66,7%). E percebem que, dentre essas condições, os casos de excesso de peso e obesidade (n=6, 100%) são os mais frequentemente encaminhados para atendimento nutricional individualizado.

A identificação precoce de agravos nutricionais é crucial para o cuidado continuado. Foi pontuado pelas gestoras das unidades que as avaliações antropométricas são regularmente realizadas em beneficiários do Auxílio Brasil (n=6, 100%) e crianças menores de 6 meses (n=6, 100%), sendo registradas no sistema principalmente pela equipe de enfermagem ou médicos. No entanto, o preenchimento dos marcadores de consumo alimentar não é uma prática regular, já que quatro gerentes (66,7%) relataram que suas equipes não realizam essa ação. E apenas duas gerentes (33,3%) utilizam os dados antropométricos e alimentares para planejar ações na unidade. FRENSCH e OLIVEIRA (2022) apontam que deficiências de profissionais e gestores em relação ao uso dos dados dos sistemas de informações, sublinham a necessidade de capacitação para absorver e confrontar clinicamente os registros para melhores repercussões na APS na identificação de prioridades e para projetar melhores desfechos. Reforçar o acompanhamento regular desses indicadores pode reduzir os impactos na saúde e economizar recursos, especialmente na prevenção das DCNT (FRENSCH e OLIVEIRA, 2022).

5.2 Caracterização da população de estudo

As características dos participantes estão apresentadas na Tabela 3. A maioria dos participantes é do sexo feminino (85%), e as idades predominantes estão entre 36 e 45 anos.

Tabela 3: Caracterização dos médicos e enfermeiros de ESF participantes do estudo (n=20), Santa Bárbara d'Oeste - SP, 2022.

	Médicos (n=11)		Enfermeiros (n=9)		Total (n=20)	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Feminino	9	81,8	8	88,9	17	85,0
Masculino	2	18,2	1	11,1	3	15,0
Unidade de atuação						
Unidade 1 (CSII)	2	18,2	2	22,2	4	20,0
Unidade 2 (Mollon)	2	18,2	2	22,2	4	20,0
Unidade 3 (São Fernando)	2	18,2	2	22,2	4	20,0
Unidade 4 (31 de Março)	2	18,2	1	11,1	3	15,0
Unidade 5 (Planalto do Sol)	2	18,2	1	11,1	3	15,0
Unidade 6 (Cruzeiro do Sul)	1	9,1	1	11,1	2	10,0
Idade						
De 26 a 35 anos	1	9,1	1	11,1	2	10,0
De 36 a 45 anos	9	81,8	7	77,8	16	80,0
De 46 a 55 anos	0	0,0	1	11,1	1	5,0
> 56 anos	1	9,1	0	0,0	1	5,0
Tempo de formação						
De 1 a 5 anos	4	36,4	4	44,4	8	40,0
De 6 a 10 anos	4	36,4	1	11,1	5	25,0
De 11 a 15 anos	3	27,3	4	44,4	7	35,0
Tempo de atuação em ESF						
De 1 a 5 anos	7	63,6	6	66,7	13	65,0
De 6 a 10 anos	4	36,4	1	11,1	5	25,0
De 11 a 15 anos	0	0,0	2	22,2	2	10,0

O tempo de formação dos profissionais variou de 2 a 15 anos, sendo que 40% dos profissionais se formaram há menos de 5 anos e a maioria dos enfermeiros (77,8%) relatou ter cursado disciplinas relacionadas à nutrição durante a graduação, em contraste, menos da metade dos médicos (36,4%) mencionou ter cursado disciplinas

direcionadas à nutrição em sua formação acadêmica. No estudo de SANTOS (2005) médicos e enfermeiros, destacam a falta de uma formação adequada nessa área, devido à ausência de disciplinas específicas de nutrição no currículo de seus cursos ou, quando incluem, o conteúdo é frequentemente superficial. Esses resultados corroboram com uma revisão de escopo que destacou a subestimação da educação nutricional na formação médica ao longo de muitos anos (VILLACORTA *et al.*, 2020). Isso ocasiona dificuldades ao orientar seus pacientes sobre questões relacionadas à alimentação e nutrição (SANTOS, 2005).

A disparidade na formação entre os profissionais de saúde deste estudo é um achado relevante e enfatiza a necessidade de fortalecer a capacitação em nutrição, bem como promover a divulgação e o acesso a materiais confiáveis sobre o tema. Essas ações são essenciais para garantir que todos os profissionais de saúde estejam bem informados e embasados em suas práticas.

Em relação à experiência profissional, constatou-se que a maioria dos participantes (65%) atua na ESF há menos de 5 anos. É importante observar que a atuação recente na ESF pode influenciar a falta de conhecimento aprofundado em nutrição e alimentação (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Durante esse período, apenas alguns profissionais participaram de cursos específicos relacionados à alimentação e nutrição (Tabela 4). Dois participantes realizaram cursos com carga horária superior a 20 horas, enquanto outros quatro profissionais relataram ter participado de cursos mais curtos sobre o tema. Notavelmente, todos os profissionais afirmaram abordar questões relacionadas à alimentação e nutrição em sua rotina na ESF, destacando a importância de fornecer suporte e capacitações adicionais sobre PAAS.

É relevante ressaltar que os profissionais tiveram grande parte desse tempo de atuação na ESF caracterizado pela pandemia do COVID-19, o que resultou em uma priorização das atividades relacionadas à pandemia. Esse contexto impactou a capacitação em outras áreas, incluindo a alimentação e nutrição (SILVA *et al.*, 2022).

O conhecimento adequado sobre PAAS por parte dos profissionais de saúde é de suma importância para que eles possam fornecer orientações pertinentes durante as atividades realizadas na UBS e no território. Entretanto, é notável que a formação básica de muitos profissionais de saúde frequentemente seja insuficiente nesse tema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Tabela 4 – Caracterização da formação dos médicos e enfermeiros de ESF referente à alimentação e nutrição (n=20), Santa Bárbara d'Oeste - SP, 2022.

	Médicos (n=11)		Enfermeiros (n=9)		Total (n=20)	
	N	%	N	%	N	%
Cursaram alguma disciplina de nutrição durante a graduação	4	36,4	7	77,8	11	55,0
Participaram de algum curso sobre A&N (carga horária maior que 20 h) nos últimos 5 anos	2	18,2	0	0,0	2	10,0
Participaram de algum curso sobre A&N (carga horária menor que 20 h) nos últimos 5 anos	2	18,2	2	22,2	4	20,0
Abordam A&N na rotina de atendimento	11	100,0	9	100,0	20	100,0

Nota: A&N – Alimentação e nutrição

5.3 Escalas

As escalas empregadas neste estudo se revelaram instrumentos de grande utilidade para avaliar a competência dos profissionais da ESF na aplicação do Guia Alimentar. Com a aplicação das escalas GAB1 e GAB2 se observa que médicos e enfermeiros obtiveram médias próximas tanto na escala de conhecimento quanto na avaliação de sua autoeficácia na aplicação do Guia Alimentar. Esses resultados indicam a existência de lacunas e necessidades de capacitação em PAAS, sugerindo oportunidades de aprimoramento das práticas profissionais e do uso efetivo do Guia Alimentar na ESF.

Vale considerar que as escalas apresentam pontuações máximas definidas, sendo a GAB1 com pontuação máxima de 16 pontos e a GAB2 com pontuação máxima de 36 pontos para cada uma de suas duas partes. Na Tabela 5 estão apresentados os resultados relacionados à aplicação das escalas e nos próximos tópicos esses dados serão discutidos.

Tabela 5 – Resultados das Escalas de Conhecimento, Autoeficácia e Eficácia Coletiva entre Médicos e Enfermeiros da ESF, Santa Bárbara d’Oeste - SP, 2022.

Escalas		Média (IC 95%)	Mediana (P25 - P75)
Médicos (n=11)	Conhecimento sobre o Guia Alimentar	12,2 11,2 – 13,2	13,0 11,5 - 13,0
	Autoeficácia para utilizar o Guia Alimentar para ações de PAAS	16,7 13,0 – 20,4	17,0 14,5 - 20,0
	Eficácia coletiva para utilizar o Guia Alimentar para ações de PAAS	13,5 10,3 – 16,8	13,0 10,5 - 17,0
Enfermeiros (n=9)	Conhecimento sobre o Guia Alimentar	11,7 9,8 – 13,6	12,0 10,0 - 14,0
	Autoeficácia para utilizar o Guia Alimentar para ações de PAAS	17,0 14,3-19,7	15,0 14,0 - 19,0
	Eficácia coletiva para utilizar o Guia Alimentar para ações de PAAS	15,2 11,7 – 18,7	12,0 12,0 - 18,0
Geral (n=20)	Conhecimento sobre o Guia Alimentar	12,0 11,0 – 13,0	12,5 11,0 - 13,3
	Autoeficácia para utilizar o Guia Alimentar para ações de PAAS	16,9 14,6 – 19,2	16,5 14,0 - 19,5
	Eficácia coletiva para utilizar o Guia Alimentar para ações de PAAS	14,3 11,9 – 16,7	12,5 11,8 - 18,3

É importante destacar que essas escalas não foram citadas para criar um julgamento qualitativo, pois não possuem limites ou pontos de corte, não são comparáveis entre si e não há um padrão desejado a ser atingido. Mas através delas é possível identificar um padrão entre os respondentes e fazer comparações entre os participantes, como também serem usadas antes ou após a implementação de intervenções educacionais, auxiliando na avaliação das mudanças ao longo do tempo e no contexto específico da pesquisa.

5.3.1 Escala de mensuração de conhecimento sobre o Guia Alimentar Brasileiro – GAB1

Os resultados da escala GAB1 mostram uma semelhança significativa ao comparar o conhecimento dos médicos e enfermeiros sobre o conteúdo do Guia Alimentar. Essa constatação está em linha com estudos anteriores. Por exemplo, REIS & JAIME (2019), ao compararem o conhecimento de nutricionistas com outros profissionais da APS sobre o Guia Alimentar, identificaram que a média de acertos dos

nutricionistas (14,18) era estatisticamente superior à das outras profissões (11,52), uma média que se assemelha ao conhecimento de nossa amostra. Em um estudo de TRAMONTT & JAIME (2020), o conhecimento dos profissionais do NASF, antes de uma intervenção educativa sobre o Guia Alimentar, também era semelhante ao encontrado em nosso estudo, com médias de 12,25 e 10,83 nos grupos controle e intervenção, respectivamente. Notavelmente, após a intervenção, o conhecimento do grupo aumentou significativamente, destacando a importância de estratégias educativas direcionadas aos profissionais com foco na PAAS.

Em geral nesse estudo, foi observado que o conhecimento dos participantes era moderado, com lacunas e inseguranças relacionadas à aplicação do Guia Alimentar na prática, apesar de todos os profissionais afirmarem abordar temas de alimentação e nutrição em suas rotinas. Na pesquisa conduzida por MAIA (2020), também foi evidenciado que o cuidado nutricional fazia parte das atividades diárias dos profissionais da ESF. No entanto, um ponto crucial de diferenciação se encontra na resposta à qualificação sobre o Guia Alimentar. A autora observou que, após receberem a capacitação referente ao Guia Alimentar, os profissionais não apenas fortaleceram seus discursos, mas também aprimoraram significativamente suas práticas relacionadas à alimentação e nutrição. Esse cenário difere do encontrado no estudo conduzido por TRAMONTT *et al.* (2023), em que, embora profissionais do NASF tenham demonstrado um conhecimento elevado sobre o Guia Alimentar após uma qualificação sobre o Guia Alimentar, esse fator não se mostrou determinante na aplicação do conteúdo em suas práticas profissionais. As autoras discutem que o conhecimento de um determinado assunto nem sempre resulta na sua efetiva aplicação na rotina de trabalho, devido a barreiras que podem dificultar essa incorporação. Dentro desse contexto, neste estudo, algumas barreiras identificadas pelos profissionais para realização das ações de PAAS na ESF como a alta demanda de atendimento e a escassez de tempo, assim como a insuficiência de recursos de apoio para a educação em alimentação e nutrição poderiam dificultar os profissionais de aplicarem seus conhecimentos em suas rotinas de atendimento. Essas barreiras são discutidas mais detalhadamente na seção referente às "Fraquezas" para a efetivação dessas ações. Um resumo dos resultados da Escala GAB1, que avaliou o entendimento dos profissionais sobre os temas do Guia Alimentar, está apresentado no quadro 7 a seguir.

Quadro 7 – Questões da escala GAB1 segundo percentual de participantes do estudo que as responderam de maneira incorreta.

Questão	% de respostas incorretas	Orientações do Guia Alimentar
4- Alimentos ultraprocessados são mais baratos que alimentos <i>in natura</i>	55%	A alimentação baseada em alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados e preparações culinárias feitas com esses alimentos não é apenas mais saudável, mas também mais barata do que a alimentação baseada em alimentos ultraprocessados.
1- Estratégias que ampliam a autonomia dos usuários do serviço de saúde são aquelas que os fazem obedecer às orientações nutricionais do profissional	50%	Orientações nutricionais impositivas não condizem com o direito humano à alimentação adequada e saudável, que preconiza que as orientações devem ampliar a autonomia para fazer escolhas alimentares. A autonomia depende do sujeito e das condições externas, incluindo acesso à educação e serviços de saúde.
8- Feijoada deve ser evitada por combinar alimentos <i>in natura</i> e processados	45%	É preferível sempre alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. A feijoada, quando preparada com ingredientes saudáveis, se enquadra nessa recomendação.
12- Óleos vegetais devem ser evitados por serem ricos em gorduras e calorias	40%	Os óleos vegetais, quando usados com moderação, permitem a criação de preparações culinárias variadas e equilibradas. O Guia Alimentar enfatiza que alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados são a base para uma alimentação saudável, mas não proíbe o uso de óleos vegetais.
14- Restaurantes de comida por quilo podem não ser boas opções	40%	O Guia Alimentar sugere que, se você come fora de casa, restaurantes de comida por quilo podem ser boas opções, pois oferecem variedade de alimentos e preparações culinárias feitas na hora.
15- Refeições compartilhadas tendem a resultar em piores hábitos alimentares	35%	Refeições compartilhadas são oportunidades para promover bons hábitos alimentares e reforçar a importância de refeições regulares e feitas em ambientes apropriados.
5- Iogurte pronto para o consumo é equivalente a leite com morango	35%	O Guia Alimentar diferencia alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados de alimentos ultraprocessados. Bebidas lácteas adoçadas e iogurtes saborizados são considerados ultraprocessados e devem ser evitados, enquanto frutas frescas e leite são alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados e esse grupo é a base para uma alimentação balanceada e saudável.

Questão	% de respostas incorretas	Orientações do Guia Alimentar
6- Barras de cereal e biscoitos integrais são boas opções para pequenas refeições	25%	É recomendado privilegiar alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados para pequenas refeições, limitando o consumo de alimentos processados e evitando alimentos ultraprocessados. Barra de cereal e biscoitos integrais são exemplos de alimentos processados.
9- Preferível um lanche de pão de forma, queijo e peito de peru à um jantar com arroz e feijão	25%	O Guia Alimentar desencoraja o uso de alimentos processados ou ultraprocessados em substituição a alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados. Um jantar com arroz, feijão, omelete e salada de alface com tomate é uma opção mais saudável em comparação a um lanche processado.
16- Revistas e programas de televisão não são fontes confiáveis de informações sobre alimentação saudável.	20%	Embora haja muitas matérias sobre alimentação e saúde na mídia, a utilidade da maioria delas é questionável.
13- O envolvimento em outras atividades durante as refeições pode reduzir o prazer proporcionado pela alimentação.	10%	O tempo e a atenção dedicados à alimentação influenciam o aproveitamento dos alimentos consumidos e o prazer proporcionado pela alimentação. Comer diante da televisão, celular ou computador pode afetar negativamente esses aspectos.
11- Nuggets de frango não são boas opções para substituir a carne de frango em uma refeição.	10%	Alimentos ultraprocessados, como nuggets de frango, são nutricionalmente desbalanceados e devem ser evitados.
10- Um rótulo com um grande número de ingredientes, especialmente com nomes pouco familiares, indica um alimento ultraprocessado.	5%	Quando um rótulo contém um número elevado de ingredientes, muitas vezes cinco ou mais, e ingredientes com nomes pouco familiares, indica que o produto é um alimento ultraprocessado.
7- Batata, arroz, feijão, castanhas e nozes não devem ser evitados para prevenir o ganho de peso.	5%	Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados, como esses, variam amplamente em densidade de energia e teor de nutrientes, e não devem ser evitados, pois costumam ser boas fontes de fibras e nutrientes.
2- Uma dieta baseada em alimentos ultraprocessados tem impactos negativos no meio ambiente.	5%	As formas de produção, distribuição, comercialização e consumo dos alimentos ultraprocessados afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente.

Questão	% de respostas incorretas	Orientações do Guia Alimentar
3- Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados devem ser a base de uma alimentação saudável.	0%	Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados, em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, são a base para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável.

No que diz respeito às questões abordadas na escala GAB1, foi unânime entre os profissionais o reconhecimento de que os alimentos *in natura* ou minimamente processados compõem a base de uma alimentação adequada e saudável. Este é um pilar fundamental do Guia Alimentar, que adota a classificação NOVA para categorizar os alimentos com base no grau e no propósito do processamento ao qual são submetidos. Suas diretrizes são centradas na orientação para dar preferência sempre a alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias, evitando alimentos ultraprocessados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Certamente, compreender essa informação é de suma importância, uma vez que estudos epidemiológicos têm consistentemente demonstrado os impactos adversos dos alimentos ultraprocessados na qualidade nutricional da dieta e no desenvolvimento de DCNT (OPAS, 2018; LOUZADA *et al.*, 2019).

A maioria dos profissionais revelou compreender a relação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e seus impactos adversos no meio ambiente. Bem como, conseguem compreender que um rótulo com muitos ingredientes e com nomes pouco familiares condiz aos alimentos ultraprocessados. Essa análise dos componentes nos rótulos emerge como um meio eficaz para distinguir alimentos processados de ultraprocessados (MONTEIRO *et al.*, 2019b). O Guia Alimentar é um documento abrangente que propõe diretrizes para a escolha consciente de alimentos, promovendo refeições saudáveis, saborosas e sustentáveis, levando em consideração não apenas as dimensões biológicas, mas também as sociais, culturais e ambientais. Representa, portanto, um paradigma expandido de alimentação adequada e saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Assim sendo, embora os profissionais tenham demonstrado compreensão do conceito central do Guia Alimentar, a maioria relatou desconhecimento em relação ao conteúdo detalhado deste documento. Essa lacuna de conhecimento se reflete também na falta de confiança em orientar os usuários com base nesse material,

assim como em estratégias para economizar com aquisição de alimentos saudáveis. Inclusive um dos principais desafios identificados envolveu a questão dos custos dos alimentos *in natura* e minimamente processados quando comparados aos alimentos ultraprocessados. Os alimentos ultraprocessados são estrategicamente formulados para gerar lucros significativos, com ingredientes de baixo custo e longa vida útil, isso comumente os torna bastante acessíveis. Esse cenário coloca desafios consideráveis na promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis (MONTEIRO *et al.*, 2019b). Essa preocupação se refletiu nas entrevistas realizadas, como detalhado na discussão dos resultados qualitativos. É relevante ressaltar que o Guia Alimentar aborda obstáculos relacionados à disponibilidade e ao custo dos alimentos, oferecendo estratégias para superá-los e garantir o direito humano à alimentação adequada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Outra questão notável nas respostas de muitos profissionais está relacionada à crença de que a maneira de ampliar a autonomia dos usuários é fazê-los obedecer às orientações nutricionais. No entanto, é fundamental compreender que o Guia Alimentar preconiza que as orientações nutricionais devem, na verdade, fomentar a autonomia dos indivíduos para que sejam capazes de fazer escolhas alimentares conscientes e saudáveis. Uma das abordagens para atingir esse objetivo é através do acesso à educação e aos serviços de saúde, e não por meio de orientações impositivas que simplesmente exijam que os pacientes obedeçam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A promoção do autocuidado tem como objetivo primordial capacitar as pessoas a se tornarem agentes ativos na gestão de sua própria saúde. Esse processo requer o fornecimento de conhecimentos e habilidades para que os indivíduos compreendam e identifiquem seu contexto de vida, adotem, modifiquem e mantenham comportamentos que contribuam para seu bem-estar. Para isso, os profissionais devem possuir conhecimento necessário para incentivar os usuários nesse caminho (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2012).

5.3.2 Escala de Avaliação da Percepção de Autoeficácia e Eficácia Coletiva - GAB2

A média da percepção de autoeficácia dos profissionais em relação à utilização do Guia Alimentar foi de 16,9 pontos (IC95% 14,6-19,2). Considerando que as escalas não possuem pontos de corte para classificação dos resultados, podemos apenas

observar que a pontuação média está abaixo da metade da pontuação máxima possível (36 pontos). É importante destacar que a maioria dos profissionais afirmou não estar familiarizada com o conteúdo do Guia Alimentar na GAB1. Esse desconhecimento pode ter contribuído para a baixa percepção de autoeficácia em relação à aplicação desse material na PAAS em seus territórios de atuação.

Corroborando com nossas descobertas, um estudo de REIS & JAIME (2019) também identificou baixa autoeficácia entre profissionais não nutricionistas na aplicação do Guia Alimentar. Por outro lado, no estudo de TRAMONTT & JAIME (2020), após uma intervenção educativa sobre o Guia Alimentar, a autoeficácia do grupo aumentou significativamente, passando de 16,08 para 22,83, uma diferença estatisticamente significativa. As autoras discutem a importância de capacitações adequadas, uma vez que uma autoeficácia mais elevada pode influenciar positivamente as práticas e atitudes dos profissionais. Esse achado foi reforçado no estudo conduzido por TRAMONTT *et al.* (2023), no qual foi analisada a relação entre o conhecimento, a autoeficácia e as práticas dos profissionais do NASF após uma intervenção educativa para implementar o Guia Alimentar na equipe. Esse estudo constatou uma correlação positiva e moderada entre a autoeficácia e as práticas dos profissionais de saúde.

Em conformidade com a teoria de BANDURA (1989), a autoeficácia refere-se à crença de uma pessoa em sua capacidade de executar com sucesso uma tarefa específica ou lidar efetivamente com uma determinada situação. Essa percepção de autoeficácia exerce uma influência marcante na motivação e no desempenho, capacitando os indivíduos a acreditarem em seu próprio potencial e adotarem comportamentos proativos para alcançar seus objetivos.

Ao analisar a escala GAB2, notou-se que 70% dos profissionais não se sentem confiantes em orientar os usuários sobre como economizar na compra de alimentos saudáveis. Além disso, essa mesma proporção declarou não ter conhecimento sobre o conteúdo do Guia Alimentar. E 80% dos profissionais relataram não conseguir promover a alimentação saudável em seu território de atuação utilizando esse material. Essa falta de confiança observada entre os profissionais deste estudo em relação ao Guia Alimentar pode estar relacionada ao conhecimento insuficiente sobre esse material identificado na escala GAB1. Normalmente, para que os profissionais se sintam capazes de assumir as demandas relacionadas à alimentação, utilizando o Guia como base, e assim atendendo às necessidades dos usuários, é essencial que eles sejam devidamente capacitados (MAIA, 2020).

Uma das descobertas mais notáveis da aplicação das escalas foi a diferença na percepção de eficácia coletiva entre médicos e enfermeiros, sendo que estes últimos obtiveram uma média superior. Isso pode ser atribuído ao amplo papel dos enfermeiros na ESF, que engloba planejamento, gerenciamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe, que pode torná-los mais próximos e ainda trazer uma supervalorização à equipe que lidera (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Essa liderança inerente pode explicar a percepção um pouco mais elevada de eficácia coletiva entre os enfermeiros, uma competência diária e amplamente reconhecida por eles na ESF (LOPES *et al.*, 2020). Apesar disso, de forma geral, os resultados indicam que os profissionais apresentam uma percepção relativamente baixa de eficácia coletiva, já que a escala utilizada permitia uma pontuação máxima de 36 pontos, e a média geral foi de 14,3 pontos (IC95% 11,93-16,67).

Devido à relevância da alimentação e nutrição como determinantes do processo saúde-doença na APS, é imperativo que os profissionais da equipe estejam bem preparados para identificar e abordar questões relacionadas à alimentação e suas implicações na saúde das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). A respeito disso, é crucial destacar o conceito de responsabilidade compartilhada e o trabalho em equipe, elementos essenciais para uma atenção à saúde eficaz e integral. Contrariamente à ideia comum de que a responsabilidade pelos cuidados de alimentação e nutrição recai exclusivamente sobre os nutricionistas, o Ministério da Saúde preconiza a responsabilidade compartilhada e o trabalho colaborativo na APS, reconhecendo a importância de profissionais de diversas áreas atuarem de forma integrada para promover um cuidado abrangente que inclui a atenção nutricional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). A eficácia do trabalho colaborativo depende de diversos fatores, incluindo elementos relacionados aos usuários, profissionais e ao ambiente de trabalho. No entanto, é importante destacar que obstáculos na implementação de práticas colaborativas entre profissionais de diferentes áreas podem representar um desafio significativo para a eficácia das ações de PAAS (MEDEIROS *et al.*, 2021).

É essencial identificar a eficácia coletiva, que se refere à crença compartilhada por um grupo na capacidade conjunta de alcançar metas e realizar ações de forma eficaz, exercendo influência sobre a motivação, comportamento e desempenho do grupo (BANDURA, 1986). Isso envolve uma colaboração sólida e a existência de confiança mútua entre os membros da equipe. Nessa perspectiva, os resultados deste estudo revelaram que os profissionais apresentam pouca confiança na equipe quando se trata da

aplicação efetiva do Guia Alimentar. Comparando com o estudo de TRAMONTT & JAIME (2020), onde a eficácia coletiva variou entre 23,09 e 25,42, fica evidente que a eficácia coletiva dos profissionais deste estudo é substancialmente inferior. Importa notar que enquanto este estudo envolveu médicos e enfermeiros, o estudo de TRAMONTT & JAIME (2020) abordou profissionais do NASF.

Um dos itens que obteve a maior pontuação em eficácia coletiva por parte dos profissionais (60%) diz respeito à capacidade da equipe de identificar locais adequados para a aquisição de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Esse reconhecimento do ambiente alimentar como parte integrante do diagnóstico do território emerge como um elemento essencial para a formulação de práticas de cuidado em alimentação e nutrição contextualizadas, contribuindo para uma abordagem integral da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

No que diz respeito à aplicação prática do Guia Alimentar nas ações de PAAS, é notável que apenas uma minoria, representando 20% dos profissionais, demonstrou algum grau de confiança na capacidade da equipe para efetuar essa aplicação. Este dado sinaliza um desafio relevante que merece discussão aprofundada.

Os resultados da aplicação das escalas GAB1 e GAB2, evidenciam que os profissionais de saúde devem possuir um domínio mais abrangente do conteúdo integral do Guia Alimentar para que possam ter mais confiança em transmitir informações adequadas e embasadas à população. A pesquisa de MAIA (2020) destacou que, após uma qualificação em relação ao Guia Alimentar, os profissionais conseguiram embasar seus discursos e práticas relacionadas às ações de alimentação e nutrição de maneira mais sólida. A confiança e a capacidade dos profissionais em se apresentarem como provedores de conhecimento foi relacionada à qualificação recebida em relação ao Guia Alimentar.

HIDALGO *et al.* (2016) destacaram a necessidade de mais investigações sobre o conhecimento de profissionais de saúde e a implementação de intervenções educativas após observar que uma baixa porcentagem de profissionais de saúde se sente preparada ou treinada para aconselhar os pacientes sobre comportamentos saudáveis. Os autores sugerem que oficinas de educação continuada e programas de aprendizagem interprofissional podem desempenhar um papel fundamental no aumento da porcentagem de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde no Brasil para se sentirem capacitados ao fornecerem orientações aos seus pacientes.

Essas observações destacam a relevância de oferecer capacitação adicional e suporte contínuo aos profissionais que atuam na ESF. O intuito é mantê-los qualificados para que possam aprofundar seu conhecimento do Guia Alimentar e ter mais confiança em relação às diretrizes alimentares, para possivelmente, empregá-lo de maneira mais eficaz em suas práticas cotidianas. Essa medida é útil para melhorar a eficácia das ações de PAAS no âmbito da ESF e, por extensão, contribuir para a melhoria da saúde da população atendida.

5.4 Dados Qualitativos

A apresentação dos resultados buscou manter coesão entre os dados apresentados e os achados identificados, assegurando assim a integridade da representação. Os principais temas emergentes estão descritos nas próximas seções, proporcionando uma compreensão abrangente das percepções dos participantes. Adicionalmente, foram identificados exemplos variados e explorados temas de menor escala, permitindo uma análise completa das distintas perspectivas e experiências dos entrevistados. Essa abordagem metodológica está em consonância com os critérios preconizados pelo COREQ para a exposição dos resultados.

5.4.1 A Relação da Atenção Nutricional na rotina da ESF

5.4.1.1 Noções sobre alimentação e as demandas nutricionais

A Atenção Nutricional, como uma das diretrizes da PNAN, desempenha um papel de grande relevância na APS, especialmente por meio da ESF. A Atenção Nutricional engloba os cuidados relacionados à alimentação e nutrição, visando à promoção, proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de problemas nutricionais, integrando-se com as ações de saúde do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Analisar as falas dos profissionais sobre qual a percepção e conhecimento deles em relação à Atenção Nutricional nesse contexto pode auxiliar na compreensão como esses profissionais reconhecem/identificam a relação da alimentação e nutrição em suas rotinas.

Certamente, as demandas na APS são amplas, diversificadas e complexas por suas dimensões quantitativas e qualitativas (MENDES, 2015). Considerando esse fato,

inicialmente, os participantes foram indagados a compartilhar seus entendimentos e percepções em relação às demandas mais frequentes que identificavam ser relacionadas à alimentação e nutrição. De maneira unânime, eles destacaram que as DCNT representam as ocorrências mais observadas e prevalentes, sendo reconhecida a relação entre elas e os hábitos alimentares. Dentro desse contexto, os profissionais identificaram condições como hipertensão, diabetes, obesidade e dislipidemias como estando entre as principais preocupações que têm relação com a alimentação.

“Não que as outras patologias também não requerem, né, esses cuidados [sobre alimentação], mas o que a gente percebe no dia a dia, eu, principalmente como médica, é o alto risco de obesidade, né, nessa população principalmente, que deveria, no meu ponto de vista, ter um olhar mais direcionado pra nutrição com cuidados mais regulados, né, da alimentação, que requereria mais cuidados da nossa parte em relação a isso. Bom, no geral, né, muita desorientação, desinformação, na verdade, principalmente relacionada a pacientes crônicos diabéticos, né, que é o nosso maior foco em relação à dinâmica de nutrição. Então, são basicamente os obesos diabéticos que mais me preocupam” (MD02).

“Dentro da unidade a gente faz as consultas presencialmente, onde a gente tem bastante demanda de necessidade de orientação alimentar para pacientes diabéticos, dislipidêmicos ou hipertensos” (MD06).

A identificação das DCNT como as demandas predominantes na área de alimentação e nutrição alinha-se com a tendência global em que essas condições têm se tornado cada vez mais prevalentes e preocupantes para a saúde pública. Vale mencionar que alguns profissionais também estabeleceram uma ligação entre as questões alimentares e a saúde mental dos pacientes, evidenciando uma compreensão de que as escolhas alimentares podem afetar o estado emocional e mental de uma pessoa. O reconhecimento da interligação entre a saúde mental e as escolhas alimentares demonstra uma percepção menos limitada em relação à alimentação por parte dos profissionais. Isso significa entender que fatores como estresse, ansiedade, depressão e outras condições emocionais podem influenciar as escolhas alimentares, e vice-versa.

“Ah, eu acredito que a hipertensão e diabetes seja muito prevalente à questão da nutrição, talvez o manejo não adequado da alimentação. Aí quanto à saúde mental, agora que está se falando mais de nutrição psiquiátrica e tudo mais, que é muito interessante, mas acho que no primeiro momento são esses aí mesmo” (MD08).

“É hipertensão, diabetes e saúde mental, é o que mais a gente atende, ali tem as outras queixas, mas é dessa ordem aí, exatamente, que é da estratégia mesmo, é o foco. Então, assim, o erro alimentar, né, é o foco, o principal” (MD10).

Em uma menor proporção, outros participantes mencionaram outras demandas relacionadas à alimentação e nutrição que fazem parte de suas rotinas. Entre essas demandas, surgiram os casos de alimentação inadequada em crianças e gestantes, bem como problemas gastrointestinais, como gastrite e refluxo e distúrbios da tireoide.

“Mas gestantes então, é inacreditável. Todas elas comem muito errado. Todas, eu acho que nenhuma foge. Comem muito errado mesmo” (ENF03).

“Olha, eu vou focar num grupo que eu estou bem preocupada, gestante. A gente está com, acho que três gestantes, diabéticas. Não adere tratamento, não adere, não se compromete assim com os níveis de glicemia, a alimentação” (ENF02).

“E tem também a questão, eu acho que de criança aqui, que a gente pega alguns casos, tem crianças obesas, né, de fazer uso de bastante produtos industrializados. Então, você vê que usa muito salgadinho, né, você percebe. A mãe às vezes não quer falar, mas você percebe” (ENF06).

“A gente também tem demanda bastante de gastrite, refluxo, e tem que ficar falando, olha, tem que comer isso, não pode comer aquilo” (MD11).

A atenção às necessidades específicas de grupos como crianças e gestantes reflete a sensibilidade principalmente dos enfermeiros para a importância da nutrição desde os primeiros estágios da vida. Ao reconhecer a relação dessas demandas com a alimentação e nutrição, é essencial que ações relacionadas ao tema estejam integradas a esse cenário. Pois a organização da APS requer uma harmonização entre a demanda e a oferta de serviços, garantindo que esta última seja capaz de atender de forma adequada àquela (MENDES, 2015).

Como observado, emergiu dos relatos dos profissionais uma clara percepção da estreita relação entre a alimentação e o desenvolvimento das DCNT. Os participantes compartilharam ainda a relevância da alimentação no contexto dessas doenças,

ênfatizando que a escolha alimentar exerce uma influência direta nos fatores de risco associados a essas condições de saúde.

“É difícil você pegar o único que se alimenta corretamente. É muito difícil. Tipo assim, você verifica aqui dextro de 300, esses dias chegou um paciente com um dextro de HI. (...) Então você vê que quando está alta, realmente, é que a alimentação, está envolvida com a alimentação. A maior parte dele. Sempre está relacionado com a alimentação. Quando está alta, diabético é a alimentação. É incrível!” (ENF09)

“Então, a parte de obesidade está bem ligada nessa população adstrita em relação a essas doenças. A gente pode pensar na questão da alimentação de fato incisivo, porque a obesidade não chegou ali sozinha, foi uma construção através da má alimentação” (MD01).

“Se a pessoa fica triste e ela resolve comer absurdamente, isso também é um hábito. Isso também vai fazer mal, pode gerar uma obesidade, etc” (ENF05).

Os relatos coletados refletem a compreensão dos profissionais sobre a influência da alimentação nas DCNT. Suas considerações reforçam a importância de estratégias de PAAS como medida preventiva e coadjuvante no tratamento dessas doenças crônicas. Essa compreensão pode facilitar a implementação de políticas de saúde voltadas para a prevenção e controle das DCNT.

Os profissionais reconhecem que essas doenças estão relacionadas a hábitos alimentares inadequados, embora não tenha sido objeto deste estudo investigar a compreensão por parte dos entrevistados a respeito das causas da alimentação inadequada.

“É tudo, é um 100%, né, relacionado à nutrição, né, mesmo que a gente fala que a saúde mental, mas tem tudo a ver, não é verdade? A obesidade também causa, estresse, sedentarismo também causa depressão, então tudo é um foco, a diabetes principalmente, hipertensão, tudo tá ligado à nutrição do paciente, então engloba 100% nas minhas consultas quase, você falar de dieta e exercício, que hoje em dia é o principal, pra ter uma qualidade e bem-estar de vida” (MD10).

Na fala de MD10 é possível notar a compreensão que as DCNT não são problemas isolados, mas interagem entre si e frequentemente são influenciadas por hábitos alimentares e estilo de vida. Inclusive os profissionais expressaram a

importância de focar mais na prevenção das DCNT através de uma alimentação saudável. Eles enfatizam que é mais eficaz direcionar esforços para evitar o surgimento dessas doenças do que tratar os pacientes posteriormente.

“Porque a gente vê que vários tipos de câncer hoje estão envolvidos também com uma má alimentação, enfim, então eu acredito que é essencial, na verdade, eu acho que é nisso que a gente deveria focar mais, ao invés de ficar depois tratando todos esses pacientes que têm problemas” (MD09).

“Tudo envolvido, né? Se não tem uma boa alimentação, vai acabar desenvolvendo, ou piorando, as doenças crônicas não transmissíveis. E demanda muito tempo para você orientar, de você ter que estudar também um pouco mais sobre como orientar os pacientes, o que pode comer, o que não pode” (MD09).

Para complementar, os profissionais percebem que têm um papel crucial na orientação dos pacientes sobre a importância da alimentação adequada e na promoção de mudanças de comportamento em relação à dieta e ao estilo de vida. E mostram uma preocupação em relação a isso, pontuando inclusive que é uma área que precisam de suporte educativo.

5.4.1.2 Valorização da promoção da alimentação adequada e saudável na promoção da saúde

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável é também uma das diretrizes da PNAN, que abrange estratégias que incentivam escolhas alimentares saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). E os profissionais da ESF reconhecer e valorizar essa ação é importante para sua efetiva implementação.

A percepção dos profissionais da ESF sobre a abrangência e importância da alimentação e nutrição na APS reforçam a compreensão desses profissionais sobre o papel fundamental da alimentação adequada e saudável em todos os estágios de cuidado e promoção da saúde.

Os profissionais reconhecem que a alimentação e nutrição desempenham um papel vital na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, recuperação e

manutenção da saúde e qualidade de vida das pessoas. Embora alguns deles também tenham relacionado que ações de alimentação e nutrição são ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, no entanto a maioria compreende a amplitude dessa importância na APS.

Alguns profissionais enfatizaram a importância da abordagem preventiva, reconhecendo que atos preventivos podem evitar a progressão de doenças crônicas. Isso é refletido nas palavras de ENF05: *"Então eu acho que as ações preventivas são importantes para mudar a qualidade de vida da pessoa"*.

A PAAS é vista como um passo essencial para promoção da saúde. ENF06 destaca: *"Eu acho importante a promoção no sentido de passar as informações e ensinar as pessoas a saberem fazer boas escolhas na alimentação"*.

Os profissionais enfatizam que uma alimentação adequada está ligada também à prevenção de doenças crônicas. MD08 ilustra essa conexão ao afirmar: *"Talvez, com uma alimentação adequada eu não vire um hipertenso, eu não vire um diabético, eu não vire um obeso"*.

A importância da alimentação saudável é destacada ao longo de diferentes fases da vida. MD11 ressalta a amplitude da orientação nutricional na saúde da família, desde introdução alimentar até cuidados paliativos.

"É extremamente importante ter essa orientação nutricional, principalmente na saúde da família, que a gente vê a família inteira, desde o bebezinho, que a gente orienta a introdução alimentar, até o vózinho, que já está como cuidados paliativos" (MD11).

Os profissionais também reconhecem o impacto da alimentação saudável no tratamento de doenças crônicas, destacando que promover alimentação adequada e saudável não apenas previne, mas também atua terapeuticamente em doenças já estabelecidas.

"Bom, a minha percepção é que é fundamental, tanto no setor preventivo quanto no terapêutico. Se você promover a questão da alimentação saudável, você previne muitas doenças crônicas e vai acabar agindo de maneira terapêutica também nos que já têm a doença crônica" (MD06).

A alimentação saudável é percebida como uma forma de reduzir a necessidade de medicações. Os entrevistados destacaram que melhorar a alimentação pode diminuir a prescrição medicamentosa dos pacientes, contribuindo para um melhor prognóstico.

“Se eu conseguir fazer ele ter uma alimentação melhor, perder um pouco de peso, com certeza eu consigo enxugar a medicação dele, quanto menos é melhor, porque nada é de graça. Essas medicações de dose máxima, ele vai pagar esse preço em algum momento da vida dele” (MD01).

Profissionais enfatizam que a orientação sobre alimentação saudável ao contribuir para a prevenção de doenças, conseqüentemente, reduz a demanda por tratamentos na unidade colaborando para a mudança de desfechos e redução da incidência de doenças crônicas.

“Eu acho essencial, é importantíssimo, porque é através da alimentação que a gente consegue mudar os desfechos do paciente, prevenir que ele desenvolva essas doenças crônicas, diabetes, hipertensão, até não só para prevenir, mas também para ter um melhor controle, não adianta nada o paciente ficar tomando um monte de remédio e não mudar nada dos hábitos de vida” (MD09).

“Essa questão da alimentação, isso vai influenciar em muitas coisas, até no nosso trabalho, né? Vai ficar mais fácil a gente lidar se as pessoas forem informadas e pra melhorar a questão da saúde mesmo. Isso vai ajudar até a gente” (ENF06).

A relevância da alimentação é reconhecida como um fator que impacta o trabalho da equipe de saúde. A necessidade de orientar sobre nutrição em diferentes grupos, como crianças e adolescentes é identificada.

“Eu acho que a nutrição para os pacientes é fundamental. Eu acho que a parte nutricional é fundamental não só para paciente, mas para criança, adolescente. Você pega criança aqui obesa, acima do peso. Então a gente vai orientar a mãe” (ENF09).

Essas considerações dos profissionais reforçam a visão integral da alimentação saudável como um elemento-chave na APS. Eles enfatizam que a PAAS é essencial para a prevenção de doenças, tratamento e bem-estar dos pacientes em todas as fases da vida. Além disso, os profissionais entendem que a abordagem preventiva e a educação

em saúde podem ter um impacto significativo na redução da carga de doenças e na qualidade de vida dos indivíduos atendidos pela ESF.

“Então a gente acompanha tudo, pacientes oncológicos, que têm uma demanda diferente, pacientes renais crônicos, como consequência de hipertensão e diabetes, que demandam outro tipo de alimentação, os hepatopatas, que a gente tem muitos hepatopatas, que também é outro tipo. Então é muito importante cada grupo conseguir receber a informação nutricional que precisa, e saber escolher os alimentos que pode” (MD11).

5.4.1.3 Compreensão da responsabilidade na promoção da alimentação adequada e saudável

A responsabilidade compartilhada em relação a PAAS é uma ação preconizada pelo Ministério da Saúde. Essa ação engloba não apenas as práticas diretas dos profissionais de saúde junto aos usuários, mas também a organização e gestão desse cuidado nutricional na APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). É importante ressaltar que, embora seja comum que os profissionais de saúde associem essa ação exclusivamente ao nutricionista, na realidade da APS, onde nem sempre esse profissional está presente nas equipes, cabe aos diferentes profissionais de saúde desempenhar esse papel, visando proporcionar aos usuários uma atenção integral.

Durante as entrevistas, os profissionais destacaram em diversos momentos a relevância da presença do nutricionista na APS. Vale ressaltar que a ausência desse profissional como membro efetivo da equipe de ESF será abordada na seção de "Fraquezas" da análise da matriz FOFA. No entanto, em relação à responsabilidade compartilhada, foi predominante o reconhecimento de que a PAAS é uma ação de todos da equipe.

As falas dos profissionais refletem uma compreensão diversificada da responsabilidade compartilhada na PAAS na APS. As percepções variam, abrangendo desde reconhecimento da necessidade de envolvimento de diferentes profissionais até desafios na implementação dessa abordagem.

Destaca-se primeiramente que os profissionais reconhecem que a PAAS não é responsabilidade exclusiva de um único profissional.

“Bom, eu entendo realmente que não é só de um profissional, né? Aqui é uma equipe multiprofissional, então tem várias profissões aqui. Tem médico, tem enfermeira, tem dentista, recepcionista, então tem vários. Acho que dentro daquilo que a gente consegue passar pro paciente, da forma que a gente consegue passar, todo mundo pode contribuir, né?” (ENF06).

Eles ressaltam que uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, ACS, assistentes sociais e outros, deve contribuir para abordar essa temática de maneira abrangente.

“Não precisa ser só a nutricionista, porque a nutricionista é uma, né? Uma ou duas. E não tá todo dia na comunidade. Não consegue, né? Se dividir tanto assim. Então, poderia passar essa responsabilidade, essa... Não é responsabilidade, esse compromisso, mas com o preparo” (ENF06).

Assim todos membros da equipe podem abordar o assunto e reconhecem a responsabilidade da equipe como explanado por ENF05 "A equipe tem que ver a responsabilidade dela também" e complementado por ENF06 "Todo mundo pode contribuir, né? Não pode deixar passar a oportunidade". Essa percepção de não perder a oportunidade para aconselhar sobre alimentação e nutrição é bastante relevante, uma vez que, da mesma forma que diagnósticos de algumas DCNT ocorrem ao atender demandas não relacionadas diretamente a essas doenças, a ação de PAAS pode promover a saúde e prevenir doenças associadas à alimentação mesmo quando não for o motivo da busca pelo atendimento (MENDES, 2015).

Certamente, com essa abordagem colaborativa nos aconselhamentos sobre alimentação e nutrição, sem perder oportunidades, mais usuários terão acesso a informações, o que pode ampliar o impacto positivo na comunidade.

“Então, todo mundo aqui, eu penso assim, é uma equipe, né? É uma equipe. Então, todo mundo tem que contribuir da melhor forma possível, mas dentro daquilo que consegue, né? Passar informação de acordo com o conhecimento que tem, mas de alguma forma vai contribuir, né? Não pode deixar passar a oportunidade, né? E o interesse da pessoa” (ENF06).

“Sim, é, eu acredito que a intenção dessa orientação do Ministério da Saúde é justamente essa, ninguém que não tenha a formação daquela área vai saber muito sobre o assunto. Mas o básico, todo mundo tem acesso durante a formação, né, da área da saúde vai ter acesso.

Então, é para que seja passado o mínimo de informação de todos os setores. (...) Porque nem sempre o paciente vem buscar a atenção primária, ele vai passar por todos os setores. Às vezes ele vai parar na agente comunitária, que está na porta, e no máximo no técnico de enfermagem. E daí ele vai embora. E aí se você não der orientação naquele momento, já foi, perdeu” (MD06).

Isso é corroborado com a percepção de que muitos pacientes podem não passar por todos os profissionais da equipe. Por isso, é enfatizado que pacientes que procuram atendimento específico não devem perder a oportunidade de receber informações básicas sobre alimentação saudável.

Nesse contexto, os ACS são bastante valorizados e percebidos como um elo crucial entre a equipe de saúde e a comunidade.

“Eu vejo eles como uma equipe [dos ACS] muito importante na unidade, que conhece muitas pessoas, que poderiam influenciar, orientar muitas pessoas. É o que conhece a maioria das pessoas” (ENF05).

Esses profissionais são reconhecidos como aqueles que possuem influência e acesso significativos em relação à população local. Inclusive tê-los na equipe de ESF foi identificado como uma “força” na efetivação das ações de PAAS.

Alguns profissionais vislumbram a presença de um nutricionista na equipe da UBS, mas também são realistas quanto às limitações da realidade, que não favorece a inclusão desse profissional na equipe. No entanto, eles concordam que a PAAS não pode ser negligenciada, mesmo na ausência do nutricionista na equipe. Eles enfatizam que, mesmo sem serem especialistas em nutrição, todos os profissionais de saúde devem desempenhar um papel ativo nessa ação, pois essa é uma parte integral do tratamento dos pacientes. Essa abordagem colaborativa é fundamental para garantir que os pacientes recebam orientações nutricionais adequadas, independentemente das limitações de recursos humanos.

“A gente sabe que o SUS tem questão de gestão de recursos, então, não adianta a gente sonhar só por ideal, de achar que vai ter uma nutricionista por UBS, né? E mesmo porque, nem se tiver, ela não vai dar conta de fazer orientação de todos os pacientes, uma nutricionista. Então, vai acabar que o médico, o enfermeiro, eles vão ter que ter essa orientação também” (MD06).

Os profissionais reconhecem que a responsabilidade compartilhada não apenas distribui o trabalho de forma colaborativa, mas também amplifica os benefícios para os pacientes e a comunidade, contudo alguns ressaltam que essa ação não vem sendo realizada em suas rotinas.

“Todos nós como equipe temos que ter esse olhar, né, direcionado à nutrição também. É, isso não é sempre feito, né, porque infelizmente a gente acaba direcionando pra aquela patologia momentânea que o paciente vem com queixa, né, e nem sempre é abordado por essa gama de profissionais, né, no qual o paciente é atendido, a questão nutricional. Então, se a gente pudesse realmente ressaltar essa importância, não só do médico, como dos outros profissionais, nesse sentido, eu acho que seria um ganho, né, pra população... (...) quanto mais profissionais participarem disso, dessa promoção, mais ganho a gente vai ter, né, futuramente na população também” (MD02).

Os profissionais demonstram uma compreensão clara de que a PAAS é parte integrante de seu papel na rotina da APS. Eles ressaltam o seu papel e reconhecem a importância de atuar como pontos de contato direto para os pacientes e de realizar as orientações sobre alimentação.

“Olha, eu me enxergo uma peça fundamental (...) meu papel aqui, meu e da equipe, né, é muito importante essa melhoria [das ações de PAAS]” (ENF02).

“Ai, não me achando, mas é um papel fundamental. (...) Então, sempre que eu posso, eu tô pegando no pé na alimentação. É onde que o paciente vai receber a orientação alimentar sem ser o nutricionista” (ENF04).

Eles veem isso como um aspecto fundamental de seu trabalho na área de saúde. Os profissionais concordam que parte de sua função é educar os pacientes sobre as escolhas alimentares adequadas e os benefícios de uma dieta saudável. Eles percebem que muitos pacientes precisam de orientação e informações para tomar decisões informadas.

“Sim, o meu papel é como, sendo uma médica generalista, eu acho que faz parte do pilar, um dos pilares principais, que precisa ser falado. (...) é porque o generalista, ele na teoria atende tudo, né, e é uma das coisas que a gente precisa também de avaliação nutricional (...). Então, o papel do generalista é fundamental, tem que abordar

esse assunto, não tem como, não tem como ele tratar [sem a orientação alimentar]” (MD06).

“É lógico, o papel do médico pra orientar, pra tentar estimular uma alimentação saudável é bastante importante, porque assim, no geral, a maioria leva muito em conta a palavra do médico” (MD09).

Enquanto a maioria dos profissionais vê seu papel na orientação nutricional como importante, alguns expressam que não são os principais especialistas nesse campo. Eles veem seu papel como complementar ao dos nutricionistas e destacam a importância da colaboração interprofissional, no entanto, sem se eximir completamente dessa ação.

“Olha, o que eu consigo agir de forma mais incisiva em relação aos pacientes, eu consigo, dentro das minhas limitações como médico, afinal eu não sou nutricionista” (MD01).

“Bom, eu procuro, dentro da minha consulta, fazer orientação, que cabe a mim, daqueles alimentos que, preferivelmente, eles deveriam estar ingerindo, né, para que não, desenvolva essas patologias futuras. Então, eu acredito que o papel do médico, né, associado ao papel do nutricionista, obviamente, como especialista, é de grande valia nesse sentido, e que a gente consiga, através da nossa consulta, sanar as dúvidas dos pacientes, orientar de melhor forma uma escolha de uma dieta apropriada, em cada caso, né, obviamente, cada caso é um caso, mas eu acho extremamente importante a atuação do médico nesse sentido, da orientação da nutrição, sim” (MD02).

É importante que os profissionais reconheçam a necessidade de uma abordagem compartilhada, a fim de garantir que a temática da alimentação e nutrição esteja acessível e bem integrada na rotina da APS para atender às necessidades da população de forma eficaz mesmo quando a composição da equipe ainda não conte com nutricionista.

Com uma perspectiva mais autocrítica, alguns profissionais avaliam a própria atuação de maneira meticulosa e reconhecem suas lacunas na abordagem da promoção da alimentação saudável.

“Ah, eu acho que eu poderia fazer mais, né?” (ENF01).

“Olha, eu acho assim, que a gente poderia até auxiliar mais” (ENF03).

“O meu papel, se eu fosse me avaliar, eu acho que eu tô... tá deficiente” (MD03).

Eles percebem que poderiam desempenhar um papel mais significativo na educação dos pacientes, mas por algumas limitações que estão discutidas posteriormente na seção de “Fraquezas”, suas abordagens à PAAS podem ser superficiais.

“Mas assim, a minha atuação frente à alimentação deles é bem do básico mesmo. Básico. Assim, sobre o que eles podem comer, tirar o açúcar, tirar o carboidrato pesado. Básico mesmo. Bem básico” (ENF09).

“Eu acho que a gente pode abordar pouco, tento abordar sempre, mas é, tipo, a gente faz de uma maneira, assim, bem superficial, eu acho. E até, talvez, assim, de falta de treinamento também, enfim, eu acho que, sim, faço, mas acho que poderia melhorar e poderia aumentar a demanda, assim, do tanto que eu faço” (MD08).

Os profissionais entrevistados expressam o desejo de ter a oportunidade de se aprofundar mais nas discussões com os pacientes. E, reconhecem a importância do treinamento para aprofundar seus conhecimentos sobre o tema da alimentação saudável. Estudos adicionais corroboram a constatação de que a abordagem sobre alimentação e nutrição na APS é, em geral conduzida por médicos e enfermeiros, e de maneira superficial (PÁDUA e BOOG, 2006; BOOG, 1999; CAMOSSA *et al.*, 2012; VASCONCELOS e MAGALHÃES, 2016).

Alguns profissionais compartilham um sentimento de frustração pela percepção de que suas intervenções nem sempre resultam em mudanças significativas nos pacientes.

“Então, a ação da enfermeira é uma ação mais, infelizmente, mais curativa, né? Que já, a hora que já está com o exame alterado, hora que já está com alguma deficiência, assim, por exemplo, já está realmente com alguma lesão no pé, já está com alguma coisa... Infelizmente, não tenho... eu não vejo muita resolutividade, resultado. É tão simples, é uma coisa tão óbvia, mas eu não consigo passar isso pro paciente [a orientação alimentar]. A gente entende isso, isso é frustrante, é isso que frustra a gente, entendeu? É frustrante. Isso é frustrante. E você sabe a sua responsabilidade, né? Não precisa nem falar, mas é uma coisa que frustra demais” (ENF07).

O sentimento de impotência e limitação na orientação alimentar frequentemente está relacionado à falta de preparo e capacitação profissional. Essa lacuna na formação dos profissionais de saúde pode comprometer significativamente sua capacidade de fornecer orientações adequadas sobre alimentação e nutrição aos pacientes. Os achados do estudo de KANNO *et al.* (2012) ressaltam uma questão crucial na prática dos profissionais de ESF: a falta de capacitação técnica adequada para a realização de atividades educativas. Essa deficiência na formação profissional gera sentimentos de impotência e frustração, deixando os profissionais em uma situação de vulnerabilidade. Esse cenário destaca a necessidade urgente de investimentos em qualificação para os profissionais da ESF, a fim de capacitá-los para lidar eficazmente com a promoção da saúde e a prevenção de doenças incluindo a PAAS.

A fala abaixo também reflete uma percepção de autocrítica, mas com o desejo de aprimoramento em relação ao seu papel na promoção da saúde na ESF. Expressa um senso de responsabilidade e comprometimento com sua função, reconhecendo que, apesar de seu esforço atual, ainda há espaço para melhorias.

“Olha, eu me vejo, é, assim, eu faço o que eu posso, né? Assim, eu tenho muita vontade, de fazer mais, mas eu acredito que eu não faço tudo o que eu gostaria de fazer, né? Por falta dessa educação continuada, por falta, às vezes, de ter mais informações sobre isso, entendeu? Eu me vejo assim, tipo, sempre eu penso assim, eu posso melhorar, entendeu? Eu me vejo dessa forma. Eu sei que eu faço, sei que eu oriento, tudo, mas eu sempre tenho essa sensação de que eu preciso e eu posso melhorar. É a minha percepção” (ENF08).

A falta de educação continuada e de informações adicionais é mencionada como fatores limitantes em suas práticas. Essa percepção sugere que os profissionais da saúde, valorizam a aprendizagem contínua e querem melhorar seu desempenho para oferecer um atendimento de maior qualidade aos pacientes. Isso reflete positivamente um ambiente receptivo à aplicação de qualificações, demonstrando o desejo desses profissionais com o aprimoramento. Sem dúvida, a qualificação profissional desempenha um papel fundamental para que os profissionais se sintam mais preparados para atender às necessidades dos usuários na área de alimentação e nutrição, como evidenciado no estudo de MAIA (2020). Após receberem qualificação com base no Guia Alimentar, os profissionais passam a se ver como provedores de conhecimento para os pacientes. Eles se sentem mais confiantes em responder às demandas

relacionadas à alimentação, utilizando o Guia como uma ferramenta de apoio (MAIA, 2020). Esse aumento na capacitação profissional pode melhorar significativamente a qualidade do aconselhamento e das orientações nutricionais fornecidas aos usuários.

E apesar de reconhecer a importância de realizarem ações de PAAS, outros profissionais compartilham a perspectiva de que abordar o tópico da alimentação com os pacientes dentro de suas rotinas é um desafio significativo. Isso resulta em uma abordagem menos frequente desse assunto.

“É um entrave, viu? Falar de alimentação na atenção primária é complicado. Não é tão simples, porque você vê que não é um hábito [a abordagem sobre esse assunto pelas equipes]” (ENF04).

“É muito difícil isso, é muito difícil. É bem difícil mesmo você pegar uma equipe que esse assunto de alimentação seja abordado assim com frequência” (ENF09).

Reforçando a importância de sensibilizar e preparar esses profissionais para esse tipo de ação.

5.4.2 Entendimento sobre alimentação adequada e saudável

5.4.2.1 Percepções sobre o próprio conhecimento sobre alimentação adequada e saudável

Entender a percepção dos profissionais de saúde sobre seu próprio conhecimento em relação à alimentação adequada e saudável é fundamental para compreender como eles abordam e orientam os pacientes. Como observado nas falas mencionadas, há uma gama de sentimentos e pontos de vista entre esses profissionais.

A falta de confiança em determinadas áreas é evidente em várias declarações. Alguns profissionais expressam desconhecimento sobre questões específicas, como a associação adequada de alimentos para pacientes com doenças crônicas, as quantidades recomendadas de alimentos e associação adequada de nutrientes. Isso demonstra a complexidade da nutrição e a necessidade de capacitações e uma abordagem multidisciplinar, onde o nutricionista pode fornecer apoio à equipe. É notável que eles reconhecem suas limitações e buscam o suporte de especialistas, evidenciando uma postura que valoriza a colaboração.

“E demanda muito tempo para você orientar, de você ter que estudar também um pouco mais sobre como orientar os pacientes, o que pode comer, o que não pode. (...) E aí necessita de uma orientação alimentar, de dieta, e que a gente tem uma limitação no que consegue explicar, o que consegue orientar, e aí precisamos ter o suporte dos especialistas. (...) E nem sempre a gente sabe a parte nutricional de vitaminas, nutrientes, que a pessoa também precisa ter balanceado. (...) A parte de colesterol, triglicérides, os principais alimentos. Tem alimentos que a gente sabe que é um pouco mais gorduroso, tem outros que a gente nem imagina que pode fazer mal. Então é importante ter esse apoio” (MD11).

“Eu sei, assim, que o quadro de nutri é pouco na rede, né? Então, assim, eu acho que é uma parte que deveria ser melhor trabalhada, né? E as UBS deveria ter mais apoio nesse sentido, eu penso” (ENF01).

“Mas assim, a dificuldade que eu tenho é de associação de alimentos que ele tem. Vamos supor, o que ele pode estar comendo?” (ENF09)

“Mas eu tenho as minhas dificuldades, né? O caso das porções, né?” (ENF02)

Como evidenciado nos depoimentos anteriores, os profissionais assumem que frequentemente enfrentam desafios nas orientações nutricionais aos pacientes. Isso sugere que, embora possam ter algum conhecimento em nutrição, podem também encontrar dificuldades em aplicar esse conhecimento em orientações práticas, frequentemente sentindo insegurança nesse aspecto. Esse achado é consistente com as descobertas de outros estudos, como o de CAMOSSA e colaboradores (2012).

Outros mencionam desafios específicos ao lidar com certos grupos de pacientes, como crianças e gestantes. Da mesma forma, o manejo da alimentação de diabéticos pode ser complexo, e muitos profissionais reconhecem a necessidade de conhecimentos específicos para orientar eficazmente esses pacientes.

“E a questão das crianças também. O público infantil eu tenho um pouco de dificuldade por não ter filho, né? E assim, o que é saudável, o que não é? A gente sabe o básico, assim, mas o que é essencial para a criança nas fases, sabe?” (ENF05).

“Alimentação pra criança, eu tenho ainda dificuldade. Criança, é, eu sinto uma dificuldade. Gestantes também, acho que é um grupo que eu gostaria de melhorar, na minha formação, que na faculdade a gente até estuda, mas não é, é ali, né? Bem por cima” (ENF02).

“(...) Aí criança também, gestante também... Acho que um pouco na puericultura também, na introdução alimentar, eu acho que a gente perde um pouco, às vezes até por desconhecimento mesmo, de apresentar de uma forma legal, até por conta de tempo também. Eu acho que por falta de treinamento também, um tema que eu não domino, eu não discuto muito, né, eu não falo muito, acho que por aí” (MD08).

“Eu tenho, assim, um tema específico, eu tenho muita dificuldade com o diabético. Esse eu tenho dificuldade mesmo. (...) Ah, obesidade é um tema mais fácil da gente conduzir, né? Talvez as dislipidemias também, né? Mas assim, de doenças crônicas relacionadas à má alimentação, acho que a gente tem dificuldade” (MD03).

“Assim, diabético é bem complicado, porque assim, sempre que se abre um diagnóstico de diabetes eu tenho que explicar, mas aí a gente pega muito paciente que já tá há longos anos tratando e você nota que desconhece totalmente, tudo assim. Acho que diabetes é mais gritante” (MD08).

“A adequação alimentar para diabéticos, principalmente quando eles usam insulina. A gente atende alguns diabéticos tipo 1, que aí tem contagem de carboidratos. E a gente não sabe quanto carboidrato tem em cada alimento, cada porção” (MD11).

A busca por educação continuada é uma tendência clara. Os profissionais mencionam a necessidade e o desejo de mais treinamento, capacitação e informações atualizadas sobre alimentação e nutrição. Eles destacam que a formação acadêmica muitas vezes não forneceu um conhecimento aprofundado nesse campo, como visto na Tabela 4, o que realça a importância de oportunidades de aprendizado ao longo da vida.

E embora muitos expressem inseguranças e limitações, também é evidente um desejo genuíno de melhorar e aprofundar seus conhecimentos. Isso destaca a importância da educação continuada, da colaboração interdisciplinar e da busca por informações atualizadas para fornecer orientações precisas e eficazes aos pacientes.

Além disso, é notável que alguns profissionais incorporam sua experiência pessoal em abordagens de orientação. Como é possível observar na fala de ENF05, que por não ter filhos, demonstra uma insegurança na orientação sobre alimentação infantil.

O problema de profissionais considerarem ter conhecimento sobre alimentação e nutrição baseado apenas na vivência pessoal é que essa abordagem tende a ser subjetiva e limitada. As escolhas alimentares e hábitos de uma pessoa em sua vida pessoal podem não refletir o conhecimento científico necessário para orientar de maneira eficaz os

pacientes. Além disso, acreditar que a vivência pessoal é suficiente pode levar a equívocos e a disseminação de informações incorretas.

No entanto, é importante notar que os profissionais de saúde podem ter conhecimento de informações nutricionais, embora às vezes possam entrar em conflito com suas próprias crenças ou práticas anteriores. Esse conflito pode resultar em contradições entre o que eles sabem ser melhor em termos de alimentação e o que realmente implementam na prática (SANTOS, 2005). Nesse contexto, alguns profissionais entrevistados relataram ter adquirido conhecimento sobre nutrição devido a experiências pessoais, treinamento adicional ou um forte envolvimento pessoal com o tema, embora ainda possam enfrentar dificuldades em sua aplicação na prática clínica. Por exemplo, a ENF02 compartilhou sua experiência pessoal de seguir uma dieta saudável e se envolver em atividades físicas, o que a tornou mais consciente das questões nutricionais. Ela enfatiza a importância de o enfermeiro estar envolvido e interessado nessa área, destacando que a nutrição não é apenas uma questão técnica, mas também uma questão de humanização e cuidado holístico com os pacientes.

“Eu tenho ainda as minhas dificuldades, mas eu, por minha família seguir toda uma dieta, né? Faz atividade física, então eu já aprendi isso. (...) Tem profissional que nem aborda esse tema. Mas eu gosto muito, viu, dessa área, e eu me esforço também, porque vai disso também, né, o enfermeiro tem que estar, né, dentro dessa área e gostar também. Porque isso aí é humanização também, é pensar no todo, né?” (ENF02)

É possível notar na fala acima que esforços para se aprofundar no assunto estão diretamente ligados à iniciativa individual de cada profissional, que busca ativamente preencher suas necessidades de aprendizado, como também evidenciado pelos relatos dos profissionais de ESF no estudo conduzido por VASCONCELOS e MAGALHÃES (2016).

“Eu tive um neném à APLV. Então assim, nós duas [enfermeiras da UBS], quando vivemos nessa, na pele, a gente consegue falar melhor essas coisas. Porque eu mesmo, antes do APLV do meu filho, eu não tinha hábito de olhar rótulo. (...) E eu, eu tenho formação em medicina tradicional chinesa. Então assim, é minha cultura essas coisas. Então, a dietoterapia, a fitoterapia, a gente trabalha demais isso” (ENF03).

“Então eu faço muita orientação alimentar. (...) E olha, eu tenho caso em casa. Porque meu pai descobriu diabetes dele super jovem (...) E eu uso o exemplo sem problema nenhum” (ENF04).

Como observado nos relatos, os profissionais usam suas próprias experiências pessoais, pensando que o que funciona para eles também pode ser útil para os usuários. No entanto, é fundamental que esses profissionais tenham conhecimento técnico sólido para isso. Como observado em um estudo de MAIA (2020) no qual, profissionais qualificados em relação ao Guia Alimentar relataram aplicar as recomendações aprendidas em sua própria vida, o que os ajudou durante as atividades com os usuários, permitindo-lhes utilizar suas experiências pessoais como ferramenta para abordar o tema. A literatura confirma que, a probabilidade de os profissionais de saúde fornecerem aconselhamento preventivo aos seus pacientes é maior quando eles adotam comportamentos saudáveis (HIDALGO *et al.*, 2016).

De outro modo, os profissionais de saúde podem enfrentar desafios relacionados ao conflito entre seu conhecimento teórico sobre nutrição e suas próprias experiências pessoais. Isso leva a uma falta de confiança por parte desses profissionais nas ações educativas em nutrição, devido às suas próprias lutas e obstáculos para realizar mudanças, como destacado por MENDES (2012).

Alguns entrevistados declaram ter conhecimento sobre alimentação e nutrição, mas relatam que possuem limitações e por esse motivo assumem realizar orientações alimentares de forma mais superficial, corroborando com achados de outros estudos (SANTOS, 2005; CAMOSSA *et al.*, 2012; VASCONCELOS e MAGALHÃES, 2016).

“Então, durante as consultas, normalmente eu oriento os pacientes. Alguma coisa importante, é orientação básica” (MD04).

“Claro que eu não tenho tanto conhecimento, então eu falo aquilo que eu... Até onde eu consigo, né?” (ENF06)

“Eu oriento o máximo que eu posso para eles. Mas às vezes falta também, né? Um pouco” (ENF09).

Essas falas refletem a percepção variada dos profissionais sobre seu próprio conhecimento em relação à alimentação e nutrição. A diversidade nas abordagens dos profissionais destaca a importância de uma educação contínua e colaborativa para fornecer orientações precisas e embasadas em evidências aos pacientes.

5.4.2.2 *Concepções dos profissionais a respeito da alimentação adequada e saudável*

Durante as entrevistas, foi possível perceber a compreensão dos profissionais sobre alimentação e nutrição por meio dos relatos de casos e das descrições de suas rotinas de atendimento. Nesse contexto, emergiram várias referências que destacaram o conhecimento e a importância atribuída à alimentação nas práticas desses profissionais. No entanto, algumas das abordagens compartilhadas apresentam desafios que esses profissionais enfrentam ao trabalhar com o tema da alimentação adequada e saudável.

Várias falas dos profissionais refletem a percepção de que a alimentação saudável pode ser trabalhosa e que os alimentos ultraprocessados oferecem praticidade, o que atrai as pessoas para essas opções mais convenientes. Algumas falas destacam que a facilidade de consumo dos alimentos ultraprocessados muitas vezes supera o esforço necessário para preparar refeições saudáveis.

“Eu sei, eu entendo gente, é difícil mesmo [seguir uma alimentação saudável], correria, dia a dia, tal, mas eles não entendem, eles não conseguem ver o outro caminho assim... É a questão mesmo de, é fácil, né? É facilidade do dia a dia, eu acho” (ENF07).

“A gente sabe o quanto é difícil a alimentação, falar assim, alimentação saudável (...) Então é mais fácil, eu passo na padaria, tá pronto, eu pego e corro” (ENF03).

“Porque é uma coisa mais fácil pros pais, né? Eles não têm que ir pra cozinha preparar, então, chega no mercado e compra. É uma mania, né?” (ENF06)

“Eu acho, eu acho que assim, se alimentar de uma maneira mais saudável, dá um pouco mais de trabalho, né, então você tem que lavar uma salada, você tem que fazer um arrozinho, cozinhar um feijão, e assim, não é todo mundo que quer se dispor, né, apesar de ser o mais gostoso, mas isso é hábito, né, é hábito, se aquela família não tem esse hábito, vai do jeito que der, né, a gente vai, às vezes no mercado você olha no carrinho a pessoa, aquele monte de miojo, então você vê, o que que a pessoa vai, é fácil, né?” (ENF08)

“Mas você vê que hoje, tem pouco tempo, as mães têm pouco tempo porque trabalha, tem que fazer vinte e nove turnos, né, e aí acaba sendo mais fácil, acaba sendo os ultraprocessados, assim, na grande maioria das vezes” (MD08).

É evidente que os profissionais de saúde identificam a inclinação das pessoas em escolher opções alimentares menos saudáveis, justificando tal tendência com base na

praticidade oferecida pelos alimentos ultraprocessados corroborando com os depoimentos dos profissionais de ESF no estudo de VASCONCELOS e MAGALHÃES (2016)

De certo, a falta de tempo para o planejamento e a preparação de refeições, juntamente com o fácil acesso aos alimentos ultraprocessados, entre outros fatores, podem representar obstáculos significativos para que as pessoas adotem uma alimentação adequada e saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Em contrapartida, a conveniência é uma das características proeminentes dos alimentos ultraprocessados, pois são deliberadamente projetados para serem práticos, exigindo pouco ou nenhum preparo, possuindo longa vida útil e, ocasionalmente, dispensando a necessidade de utensílios, como pratos, facas ou garfos, para consumo, tornando-os facilmente consumíveis em qualquer local (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2017).

As motivações ligadas ao tempo e ao esforço necessários para preparar alimentos estão se tornando cada vez mais relevantes nas escolhas alimentares da população. Dessa forma, os alimentos ultraprocessados e as refeições *fast-food* são valorizados por sua conveniência, visto que são reconhecidos como uma maneira de economizar tempo e minimizar o esforço necessário para cozinhar, evitando a necessidade de desenvolver habilidades culinárias (VAN DER HORST *et al.*, 2011).

Para contestar essas demandas crescentes da vida moderna, o Guia Alimentar para a População Brasileira, propõe o compartilhamento de responsabilidades no ambiente doméstico, especialmente no processo de preparação de refeições. O Guia enfatiza que distribuir tarefas entre todos os membros da família, independentemente de gênero ou idade, evita sobrecarregar um único indivíduo, que é um problema muito comum (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Além disso, pode ser um momento propício para compartilhar habilidades culinárias. Um estudo conduzido por HARTMANN *et al.* (2013) demonstrou uma correlação positiva entre as habilidades culinárias e um aumento no consumo semanal de vegetais, realçando ainda mais a importância desse aspecto na promoção de uma alimentação saudável.

É um tópico relevante para os profissionais de saúde abordarem, pois promover habilidades culinárias pode estimular escolhas alimentares mais saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Essa valorização da culinária no cotidiano está se tornando central nas iniciativas de educação alimentar e nutricional, sendo vista como uma prática que fomenta a autonomia e o autocuidado (CASTRO, 2015).

Conjuntamente, o Guia Alimentar sugere ainda o planejamento das refeições, a fim de evitar que, devido à falta de opções, as pessoas recorram ao consumo de alimentos ultraprocessados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Outras percepções também podem ser notadas nas falas, como a tendência das pessoas a optarem por alimentos mais baratos e de fácil acesso, mesmo que menos saudáveis: “*Eu acho que eles acabam consumindo mais industrializados até por conta do valor, e da praticidade e tal*” (MD09). Essas nuances refletem a complexidade do cenário da alimentação e nutrição na perspectiva dos profissionais de saúde. Na declaração abaixo, é perceptível a ideia de que a alimentação saudável apresenta um custo maior em comparação aos alimentos ultraprocessados.

“Alimento processado, como você sabe, tem um custo muito inferior e muitos deles dão prioridade a esses alimentos. Então, é mais uma questão, assim, da praticidade, da facilidade de acesso, que eles mesmos referem que muitas vezes inviabiliza o próprio cuidado alimentar. Então, é aquela questão, né, da espada de dois gumes. Tem a facilidade de aquisição, mas tem também a baixa qualidade. Então, isso daí eu percebo que é um dos mais agravantes em relação a crítica mesmo da qualidade dos alimentos” (MD02).

Muitos acreditam que optar por uma alimentação saudável é automaticamente sinônimo de altos gastos, especialmente quando comparada à alimentação menos saudável. Essa percepção é congruente ao fato de que a indústria alimentícia desenvolve e comercializa alimentos ultraprocessados visando atributos que os tornam altamente lucrativos (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2015). Tais atributos, têm a capacidade de facilitar o consumo desses produtos, como identificado por ALMEIDA *et al.* (2017). O baixo custo de produção desses alimentos se reflete em sua acessibilidade econômica, o que, entre outras razões, incentiva as pessoas a optarem por alimentos ultraprocessados.

Uma análise dos preços dos grupos de alimentos, levando em consideração as diretrizes do Guia Alimentar, no período de 1995 a 2017, revelou que os alimentos processados e ultraprocessados tinham preços médios superiores em comparação com os alimentos *in natura* ou minimamente processados, alimentos processados e ingredientes culinários processados. Mas um aspecto preocupante é que os preços dos alimentos *in natura* ou minimamente processados e dos ingredientes culinários processados aumentaram continuamente. Já os preços dos alimentos ultraprocessados,

após um aumento até o início dos anos 2000, começaram a diminuir desde então. Em 2019, o custo por unidade de energia dos alimentos *in natura* e minimamente processados se aproximou ao custo dos alimentos ultraprocessados (MAIA *et al.*, 2020).

Nas últimas décadas, no Brasil, uma dieta baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados, como grãos (por exemplo, arroz e feijão), ainda podia ser mais econômica que uma dieta centrada em alimentos ultraprocessados (CLARO *et al.*, 2016). Em consonância a isso, o Guia Alimentar orienta que, embora seja crucial incluir frutas, verduras e legumes na alimentação diária, eles podem e devem ser combinados com alimentos *in natura* como arroz, feijão e batata, por fazerem parte da tradição alimentar brasileira e por comumente serem mais acessíveis. E ainda, para auxiliar os indivíduos a adotar essa abordagem, o Guia Alimentar oferece sugestões para economizar na compra escolhendo produtos da safra e a aquisição em locais como sacolões, varejões, feiras e diretamente de pequenos agricultores urbanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014 e 2016). Essas recomendações se fundamentam em estudos que identificam os sacolões e varejões como facilitadores nas escolhas alimentares saudáveis, já que frequentemente oferecem promoções de preços e uma maior disponibilidade de alimentos alinhados com as diretrizes do Guia Alimentar (BORGES *et al.*, 2021).

No entanto, é importante considerar que a segunda edição do Guia Alimentar começa enfrentar uma limitação temporal significativa, especialmente no que diz respeito às dinâmicas atuais de preços dos alimentos. As mudanças nos custos dos alimentos, conforme apontado no estudo de MAIA *et al.* (2020), sugerem uma tendência preocupante com a perspectiva dos alimentos ultraprocessados estarem mais acessíveis que opções consideradas saudáveis até o ano de 2026. Essa tendência é uma realidade a ser considerada, uma vez que o Guia Alimentar vigente, lançado em 2014, foi formulado em um contexto onde os custos dos alimentos eram diferidos substancialmente dos atuais. Portanto, para refletir a realidade atual e manter a relevância na promoção de escolhas alimentares saudáveis e acessíveis, as revisões periódicas dos Guias Alimentares são sugeridas.

Quanto a isso, na escala GAB1, observou-se que a questão relacionada ao custo dos alimentos representou um desafio significativo para os profissionais entrevistados. Bem como na escala GAB2, foi notável que 70% dos profissionais não se sentem confiantes em orientar os pacientes sobre como economizar na compra de alimentos saudáveis, e 75% deles acreditam que a equipe de saúde não possui as condições

necessárias para fornecer esse tipo de orientação. Esse conhecimento por parte dos profissionais de saúde é importante, pois esse contexto relativo aos preços dos alimentos desempenha um papel significativo na promoção da saúde da população.

Outra temática evidenciada nas declarações foi a percepção de que os alimentos ultraprocessados são frequentemente escolhidos devido ao prazer imediato que proporcionam. Esses alimentos muitas vezes são associados a sensações prazerosas, seja pelo sabor intenso, textura ou facilidade de consumo. Como destacado na fala de ENF05, essa preferência pode estar relacionada à satisfação sensorial que eles oferecem no momento, mesmo que esses produtos não sejam os mais saudáveis a longo prazo.

“Então, ele tem aquisição para comprar.. Ele pode comprar uma bolacha que dá prazer para ele naquele momento, mas ele pode comprar uma fruta. Ele vai preferir comprar bolacha porque vai trazer aquele prazer momentâneo para ele. Entendeu?” (ENF05)

Tanto o aspecto do sabor quanto o da saúde são elementos de grande importância nas escolhas alimentares das pessoas (ALMEIDA *et al.*, 2017). É crucial reconhecer que os alimentos ultraprocessados são formulados para serem altamente palatáveis, graças ao elevado teor de açúcar, gordura, sódio, bem como ao uso de aromatizantes e corantes que intensificam seu apelo visual e gustativo (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2015). Essa percepção sublinha o desafio de promover escolhas alimentares saudáveis, portanto, é essencial que os profissionais de saúde estejam cientes desses fatores.

A compreensão dessa relação entre prazer imediato e escolhas alimentares pode ser relevante para desenvolver estratégias eficazes de educação e conscientização sobre a importância de optar por alimentos mais nutritivos e benéficos para a saúde a longo prazo, mesmo que eles possam não proporcionar o mesmo nível de prazer momentâneo. Essas percepções referentes a valorização da praticidade, conveniência, custo e palatabilidade dos alimentos ultraprocessados, refletem alguns dos desafios identificados por ALMEIDA *et al.* (2017) que dificultam a adoção de hábitos alimentares saudáveis pela população.

Destaca-se a importância da PAAS, que inclui o acesso à informação nutricional e a preservação dos padrões alimentares tradicionais para superar essas barreiras. Sendo assim, abordar essas questões durante as consultas na APS pode fornecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias nutricionais mais eficazes (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Portanto, a identificação dessas percepções contraditórias entre os profissionais reforça a necessidade premente de capacitá-los sobre o conteúdo do Guia Alimentar, o qual aborda essas questões e destaca a importância de hábitos como comer com regularidade e atenção. Essas práticas trazem benefícios, como melhor digestão dos alimentos, controle mais eficiente das quantidades consumidas e maior prazer em se alimentar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O Guia Alimentar enfatiza a importância da ingestão de alimentos *in natura* e minimamente processados. No entanto, é notável um crescente interesse e consumo de alimentos ultraprocessados devido a fatores relacionados à palatabilidade e às preferências sensoriais em detrimento de alimentos naturais. É relevante ressaltar que estudos indicam que a exposição repetida a determinados alimentos pode levar a mudanças nas preferências gustativas e, com o tempo, esses alimentos podem se tornar parte dos hábitos das pessoas (EINSTRÁ; VRIJHOF; KREMER, 2018 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021b).

Além disso, é relevante mencionar que o Guia Alimentar também estimula a promoção das habilidades culinárias. Essas habilidades desempenham um papel fundamental no preparo de alimentos *in natura* e minimamente processados, tornando as refeições não apenas mais atrativas e apetitosas, além de favorecer significativamente para a adoção de uma alimentação mais saudável e equilibrada.

Continuando essa análise, uma outra faceta destacada nas declarações é a percepção de que adotar uma alimentação saudável é muitas vezes associado a restrições alimentares. Como mencionado pelos entrevistados:

“E quando a gente está estressada, a primeira coisa que a gente faz é um docinho, porque a gente merece. Não é? Ah, eu já preciso de um docinho porque eu mereço. E tudo bem, ninguém é obrigado a se torturar e não comer nada” (ENF04).

“Restrição alimentar não é fácil pra ninguém, é uma mudança de hábito, né?” (MD10)

“Que primeira coisa que eles [os pacientes] falam, né? ‘Nossa, agora eu tenho que parar de comer tudo, né?’” (ENF07)

Essa percepção parece estar intrinsecamente ligada à crescente inundação de informações sobre alimentação e saúde nos meios de comunicação, como televisão, rádio, revistas e internet. Muitas dessas fontes não são devidamente fundamentadas,

levando a modismos e à desvalorização de alimentos e práticas alimentares tradicionais. Essa confusão é exacerbada pela associação equivocada entre alimentação saudável e dietas restritivas frequentemente promovidas como soluções para emagrecimento. Inclusive, estudos têm revelado que o desconhecimento dos profissionais em relação à abordagem da alimentação e nutrição resulta frequentemente em orientações simplistas, que geralmente envolvem a exclusão de diversos alimentos, o que, por sua vez, contribui para a tendência dos pacientes em não buscar e aderir ações de promoção e prevenção (tema considerado uma “ameaça” na efetivação das ações de PAAS, discutida posteriormente) (CAMOSSA *et al.*, 2012; BOOG, 1999).

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2021b) enfoca o compartilhamento de fontes confiáveis de informações como parte essencial das estratégias de educação em saúde para combater à disseminação constante de informações incorretas relacionadas à alimentação e nutrição. Os profissionais de saúde ao se familiarizarem com o conteúdo do Guia Alimentar podem ter argumentos embasados nesse material e ser capazes de oferecer orientações mais flexíveis (MAIA, 2020).

Nesse contexto, a relevância do Guia Alimentar para a População Brasileira como uma fonte confiável de informações e orientações sobre alimentação adequada e saudável se destaca. Este guia é embasado nas mais recentes contribuições de diversas disciplinas científicas no campo da alimentação e nutrição, respaldado por estudos populacionais representativos de toda a sociedade brasileira e enraizado nos valiosos saberes contidos nos padrões tradicionais de alimentação que têm sido cultivados, aprimorados e transmitidos por várias gerações (LOUZADA *et al.*, 2019). Além disso, o próprio Guia oferece uma diretriz clara aos profissionais de saúde: "*procure utilizar as informações e recomendações deste guia nas atividades que você desenvolve*", enfatizando assim a importância de sua adoção como uma ferramenta valiosa na orientação dos profissionais em seus esforços de promoção de uma alimentação saudável e consciente.

Uma percepção de destaque recorrente entre as falas é a ênfase na avaliação dos alimentos com base em nutrientes específicos, ou seja, classificando os alimentos de acordo com o perfil de nutrientes que oferecem. Essa abordagem de agrupar os alimentos com base em suas fontes de carboidratos, proteínas e gorduras, amplamente difundida, inclusive no contexto brasileiro, é evidenciada nas declarações dos profissionais entrevistados:

“O que eu tenho mais conhecimento é a questão da farinha branca e a questão dos doces” (ENF05).

“Pacientes com dislipidemia, por exemplo, costumo orientar atividade física regular, controle alimentar. Isso implica reduzir a ingestão de açúcares, gorduras e farináceos, aumentar a ingestão de água, incrementar fibras. (...) Basicamente, reduzir gorduras e farináceos” (MD04).

“Nossas orientações são bastante genéricas: evitem massas, doces, alimentos ricos em gordura” (MD06).

“Quando digo a eles que não devem combinar arroz e batata, arroz e mandioca... Eles ficam surpresos quando explico que não devem consumir muita farinha, arroz, feijão e farinha” (MD07).

“Aqui, comem inadequadamente, desconhecem o que é carboidrato, proteína, não sabem... Não têm ideia. Não sabem, por exemplo, que o pão eleva os níveis de açúcar” (MD05).

Essas falas claramente refletem uma perspectiva centrada na abordagem tradicional e biológica que enfatiza a relação entre saúde e alimentação, focando a alimentação com base em nutrientes específicos. Anteriormente, a classificação dos alimentos era principalmente fundamentada em seus nutrientes, como pôde ser observado na primeira edição do Guia Alimentar Brasileiro, e essa abordagem era frequentemente empregada em atividades educativas direcionadas para a PAAS (CASTRO, 2015). No entanto, é importante reconhecer que essa classificação se mostrou mais apropriada em um contexto no qual as doenças alimentares eram majoritariamente decorrentes de carências nutricionais. Mas essa abordagem tem mostrado suas limitações na promoção das mudanças necessárias para lidar com os desafios nutricionais do século XXI. Além disso, não contribui efetivamente para as questões que os cuidados em promoção da saúde, incluindo a alimentação, se propõem a abordar.

Nos últimos anos, pesquisas têm revelado que a forma como os alimentos são processados está ligada a problemas de saúde, incluindo obesidade e outras DCNT (LOUZADA *et al.*, 2019; MONTEIRO *et al.*, 2019). Portanto, com o cenário de doenças crônicas e transformações nos hábitos alimentares da população, essa abordagem se mostra desatualizada uma vez que as recomendações de alimentação dos Guias Alimentares devem estar em sintonia com seu tempo (BORTOLINI *et al.*, 2019).

Além disso, é perceptível que a abordagem restrita aos nutrientes tende a desconsiderar outras dimensões importantes da alimentação relacionadas à saúde, como a forma que os alimentos são consumidos, suas combinações culinárias e práticas alimentares que envolve o ato de compartilhar refeições. Por isso atualmente, as recomendações e estratégias estão se deslocando para uma abordagem centrada nos alimentos em si, reconhecendo que a qualidade e a variedade dos alimentos que ingerimos desempenham um papel crítico em nossa saúde. Essa mudança de perspectiva é fundamental para abordar questões nutricionais complexas de maneira mais eficaz e promover uma alimentação saudável e equilibrada na sociedade atual.

Um dos princípios fundamentais do Guia Alimentar atual é o reconhecimento de que a alimentação é mais que ingestão de nutrientes e abrange aspectos culturais, sociais e emocionais. Isso destaca a necessidade de enxergar a alimentação de maneira mais abrangente, incorporando fatores além da composição nutricional. Como também compreender que as orientações nutricionais têm múltiplos propósitos, que vão desde a promoção da saúde e do bem-estar até a prevenção de dietas inadequadas e a promoção de sistemas alimentares sustentáveis.

Em vista disso, a abordagem de classificação adotada por esses profissionais não está em consonância com as diretrizes atuais do Guia Alimentar. Para essa discrepância entre as práticas dos profissionais e as diretrizes do Guia, é fundamental promover treinamentos e capacitações para os profissionais de saúde, atualizando-os sobre o Guia Alimentar e fornecendo conhecimento sólido sobre alimentação adequada e saudável baseada em evidências. Em contrapartida, foi possível identificar que os profissionais demonstram perspectivas em consonância ao Guia Alimentar.

Como anteriormente referido, o Guia Alimentar adota a classificação NOVA para categorizar os alimentos e estabelece uma regra de ouro que condensa a sua essência: “Prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados”. A partir dessa base diretriz do Guia, é de relevância primordial que os profissionais adotem esse conceito essencial para embasar suas orientações. Algumas falas dos profissionais corroboram com essa perspectiva, revelando um entendimento consistente dessa abordagem e uma capacidade em diferenciar e classificar os alimentos conforme a classificação NOVA.

“Portanto, minha principal orientação, atualmente enfatizada, é evitar o consumo de alimentos industrializados. Notavelmente, aqui é

comum o consumo de embutidos e produtos processados, os quais eles têm preferência. (...) Minhas orientações são mais generalizadas, focando nas possibilidades de compra. Aconselho a evitarem alimentos industrializados, inclusive as bolachas de água e sal, que erroneamente são percebidas como saudáveis. Estimulo o consumo de frutas, arroz e feijão” (ENF02).

Essa consistência a esse conhecimento é uma observação que também emergiu na escala GAB1, em que todos profissionais afirmaram que os alimentos *in natura* ou minimamente processados deveriam ser a base da alimentação saudável. Os profissionais relataram fazer orientações aos pacientes para optarem por alimentos *in natura* ou minimamente processados em detrimento de alimentos ultraprocessados.

“Um ponto em que sempre insisto é reduzir o consumo excessivo de embutidos. E assim, costumo sugerir alternativas. Por exemplo, se a carne está além das possibilidades, recomendo a substituição por ovos. Embora não seja especialista em nutrição, essa é uma estratégia que procuro aplicar. Se alguém não consegue adquirir carne, sugiro a substituição por ovos. Isso se deve ao fato de que as salsichas, por exemplo, são ricas em sódio e realçadores de sabor” (ENF04).

Profissionais alinhados com esse conceito fundamental do Guia têm a capacidade de educar os pacientes sobre as vantagens de escolhas alimentares mais saudáveis. Além disso, em um cenário onde há muitas informações conflitantes sobre alimentação e saúde, o alinhamento com o Guia Alimentar fornece uma fonte confiável e embasada cientificamente. Isso ajuda a combater modismos e abordagens não sustentadas que podem confundir os pacientes. Portanto, o alinhamento dos profissionais de saúde com as diretrizes do Guia Alimentar é essencial para uma abordagem consistente e eficaz na promoção da saúde e na prevenção de doenças relacionadas à alimentação.

O Guia Alimentar, através de suas recomendações, respalda práticas alimentares saudáveis e sustentáveis tanto em nível individual quanto coletivo. Destaca-se a ênfase na alimentação como uma prática cultural e social que influencia a saúde e o bem-estar. A abrangência do Guia é ampla, ressaltando a importância de incentivar abordagens conscientes ao se alimentar. Nesse contexto, são fornecidas orientações simples para serem incorporadas durante a experiência alimentar, como a prática de comer com atenção plena, sem distrações como o uso de dispositivos eletrônicos ou a presença de aparelhos de televisão na mesa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Inclusive, uma dimensão que também emergiu das falas dos profissionais diz respeito ao próprio ato de comer, que abrange também o prazer proporcionado pela experiência alimentar. Essa dimensão envolve o tempo e a atenção dedicados ao ato de comer, bem como o ambiente em que ele ocorre. Um dos participantes compartilhou sua perspectiva:

“Então, isso a gente sabe que a alimentação é um momento de prazer. Você tem que prestar atenção no que você tá comendo, sentindo o prazer de estar se alimentando. Ali, vendo televisão, você fica totalmente disperso. Você acaba comendo mais, às vezes, e não presta atenção. Não tem aquele prazer que a gente sabe que é se alimentar” (ENF02).

Essa reflexão converge entre as orientações do Guia Alimentar, considerando não apenas os aspectos nutricionais, mas também os culturais, emocionais e sociais envolvidos no ato de se alimentar. Esse alinhamento reforça a relevância das estratégias que valorizam a atenção plena e a conexão com o ato de comer, promovendo uma relação mais consciente e prazerosa com a alimentação.

O ambiente desempenha um papel crucial no ato de se alimentar, incluindo tanto o cenário em que ocorre a refeição quanto a companhia durante a alimentação. A presença de ambientes adequados contribui para uma experiência alimentar mais proveitosa, enquanto a partilha das refeições favorece a regularidade e a atenção ao comer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No contexto das perspectivas compartilhadas pelos participantes, a importância dos hábitos alimentares familiares e a comensalidade também se destacou como um fator chave na promoção de hábitos alimentares saudáveis.

“Comer entre as famílias, né? Uma importância da alimentação em família, né? Então isso daí é essencial pra mim” (MD10).

“Eu acho que acabei não falando, mas acho importantíssimo que a gente veja isso desde a infância, e aí se a criança já cresce num meio em que ela já foi exposta a açúcar refinado, industrializado muito cedo, é muito difícil de você mudar esses hábitos depois” (MD09).

É possível observar o valor dado à alimentação em família, indicando que compartilhar refeições entre os membros da família é considerado importante para a saúde e os hábitos alimentares. De certo, a comensalidade desempenha um papel

significativo na promoção de hábitos alimentares mais adequados e saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O Guia Alimentar ressalta que as refeições compartilhadas realizadas em casa desempenham um papel crucial em fortalecer os laços entre pessoas próximas, reforçando a influência da comensalidade no desenvolvimento dos bons hábitos alimentares. Para crianças e adolescentes, esses momentos oferecem oportunidades valiosas para aquisição de bons hábitos alimentares e a valorização da importância de refeições regulares em ambientes apropriados. Independentemente da idade, essas situações promovem a convivência e o compartilhamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Há também uma preocupação com a influência da família nos hábitos alimentares das crianças. A observação de que os pais muitas vezes têm comportamentos alimentares não saudáveis e, por vezes, até impedem que as crianças sigam orientações alimentares saudáveis.

“E eu como eu atendo criança, a criança também ingere, e aí é triste porque a gente tem que falar, seu filho não pode, e ele chama a atenção do filho, sendo que eu sei que o pai... acontece isso, viu, não pode, mas quem que leva refrigerante é a família dentro de casa, e o pai é obeso, então esse do triglicérides eu vejo muito em criança, aqui, é em criança, e aí a gente tem que corrigir também isso” (MD03).

“Mas eu acho que tinha que ser um trabalho pra fazer com a família. Não adianta falar pra mãe, ah, o seu filho precisa disso, disso, disso. A família inteira vai ter que entrar nesse ritmo, né? Senão não vai virar. Eu acho que tinha que fazer um trabalho assim, mais de perto, sabe? Com as famílias. Um trabalho pra família’ (ENF06).

De certo, as crianças consomem alimentos devido à aquisição desses produtos por parte de seus pais ou outros membros da família (ALMEIDA *et al.*, 2017). Além disso, é importante ressaltar que os hábitos alimentares da família desempenham um papel substancial nas escolhas alimentares, podendo modelar o padrão alimentar das pessoas, conforme discutido por ALMEIDA *et al.*, (2017).

Dessa forma, as orientações direcionadas às crianças devem ser apoiadas por práticas alimentares consistentes por parte da família e das demais pessoas que convivem com elas. Essa preocupação foi ressaltada pelos profissionais que estão em consonância com o Guia.

Por isso, envolver toda a família, incluindo as crianças e adolescentes nas atividades relacionadas à preparação de refeições é uma estratégia eficaz para melhorar o ambiente alimentar e está alinhada com as diretrizes do Guia Alimentar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A compreensão desse contexto pelos profissionais é bastante importante para que entendem a necessidade de abordar as questões alimentares de maneira integral, envolvendo toda a família, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes.

É fundamental ressaltar que o Guia Alimentar possui uma ampla abrangência, buscando alcançar todos os segmentos da população. Ele se destina a ser utilizado não somente nas residências, mas também em locais como unidades de saúde, escolas e diversos espaços voltados para a promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Nesse contexto, torna-se ainda mais primordial que os profissionais de saúde estejam familiarizados com o conteúdo do Guia e o integrem em suas práticas diárias.

Dentre os diversos ambientes propostos para disseminar o Guia, a escola se destaca como um local particularmente propício para promover a alimentação adequada e saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Isso é evidenciado pela opinião de alguns profissionais, como expresso na fala abaixo:

“Poderia, para mim, aumentar mais essa demanda nas escolas. Eu estou falando isso porque eu fiz uma palestra e achei que a galera estava interessada e tinha muitas dúvidas” (ENF04).

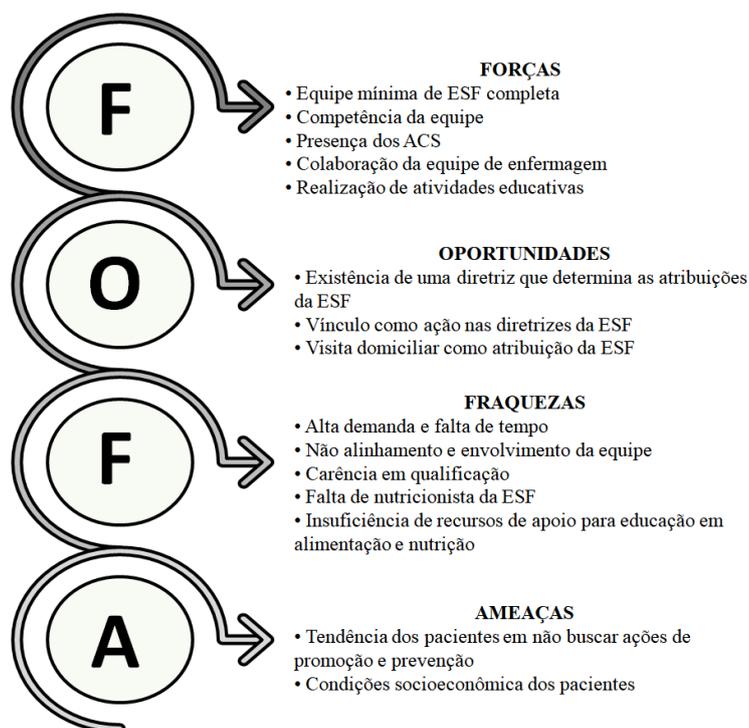
Quando os profissionais demonstram sensibilidade e dedicação a essa abordagem, a PAAS pode ser aplicada em diversas circunstâncias, uma vez que o atendimento desses profissionais não está limitado à estrutura física da UBS. Isso abrange desde atendimentos individuais e reuniões de equipe até atividades escolares, conversas informais e visitas domiciliares (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2018). Dessa forma, torna-se possível amplificar os esforços voltados para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, e ao mesmo tempo, fomentar a construção de práticas nutricionais positivas desde as idades mais precoces e envolvendo todo o território da unidade de saúde.

5.4.3 Abordagem da Matriz FOFA na Realização da promoção da alimentação adequada e saudável na ESF

Nesta seção, uma análise da percepção dos profissionais em relação à realização das ações de PAAS no cenário da ESF será apresentada por meio da aplicação da matriz FOFA. Durante as entrevistas, os profissionais compartilharam suas percepções sobre as dificuldades e obstáculos identificados na ESF que afetam a eficácia das ações de PAAS. Além disso, eles também identificaram aspectos que podem ser considerados como potenciais impulsionadores e facilitadores das iniciativas de PAAS dentro do ambiente da ESF.

A partir da compreensão dessas percepções e considerando a realidade do trabalho da equipe de saúde na ESF como um todo, ou seja, sem fazer diferenciação entre médicos e enfermeiros, os resultados a seguir fornecerão uma análise organizada através da matriz FOFA, destacando os aspectos mais relevantes que emergiram da discussão apresentados na figura 6. Esse enfoque permitirá uma exploração das nuances associadas às Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças relacionadas à implementação das ações de PAAS na ESF.

Figura 6 – Matriz FOFA - Análise dos Aspectos Relativos à Realização de Ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na ESF.



Fonte: Elaboração própria, 2023.

5.4.3.1 Forças

No âmbito das “Forças” foram contempladas as percepções dos profissionais que representam os pontos fortes internos e recursos disponíveis na ESF que podem contribuir positivamente para o desenvolvimento e eficácia das ações de PAAS. Ao identificar e analisar essas “forças”, é possível estabelecer uma base sólida para o desenvolvimento e implementação das estratégias de PAAS na ESF, buscando otimizar os recursos e maximizar o impacto positivo das ações realizadas pela equipe.

Uma das fortalezas ressaltadas pela equipe refere-se à **presença da equipe mínima de ESF completa** na UBS:

“Eu acho que a gente tem, na medida do possível, o RH, né? Tem os profissionais, que é um fator positivo, a gente tem médico, enfermeiro, agente de saúde, então essa equipe a gente tem, pra mim já é um fator positivo” (ENF06).

Essa é uma consideração crucial, pois é comum a presença de UBS que operam sem a composição mínima da equipe de ESF sendo insuficiente para dar conta do manejo das condições crônicas (MENDES, 2012; COSTA *et al.*, 2022). Em Santa Bárbara d’Oeste, por exemplo, quatro das nove equipes atuais estão incompletas. A ausência de pessoal nas equipes de ESF pode levar a problemas como sobrecarga de trabalho para os profissionais efetivos e aumento na demanda (fraquezas relatadas pelos profissionais). A presença de uma equipe completa é um ponto crucial para a funcionalidade adequada da ESF (BRASIL, 2012; MENDES, 2012). Equipes completas apresentam melhor desempenho nos processos de trabalho, na qualidade dos serviços prestados e no acesso da população, o que pode favorecer as ações de PAAS (COSTA *et al.*, 2022).

Além disso, **a competência da equipe no acolhimento** aos usuários foi destacada como um outro aspecto positivo:

“É uma unidade que acolhe muito, isso eu não digo nem da parte médica, da parte da enfermagem, da gerência, da administração... eles acolhem, acho que assim, todo mundo” (MD06).

“Quando ela se sente acolhida pelo enfermeiro, se sente acolhida pelo agente, se sente acolhida pelo médico... Se ela se sente acolhida, ela consegue receber todas as informações além da nutrição, bem, positiva” (ENF05).

No que se refere ao cuidado em saúde, a APS é considerada a porta de entrada para o sistema, responsável pelo acolhimento, acesso e resolutividade. O acolhimento estabelece uma relação de confiança entre os usuários e a equipe de saúde, sendo um aspecto indispensável para atender aos princípios orientadores do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b). A implementação do acolhimento em todas as etapas do atendimento, desde a recepção até o atendimento propriamente dito, é uma prática fundamental das equipes que a adotam. Isso constrói uma ligação de confiança e comprometimento entre usuários e equipe de saúde, o que é essencial para a humanização do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b). Dessa forma, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde, incluindo a atenção nutricional.

Como fortalezas da equipe de ESF, merece destaque a valorização da **presença dos ACS na equipe**, pois são reconhecidos como atores que desempenham um papel crucial na efetivação das ações de PAAS, sendo considerados atores fundamentais desse processo pelos profissionais como representado na fala abaixo.

“E as ACS, as agentes de saúde, é o que eu falei, elas se conhecem muito dentro da casa do paciente, entendeu? Às vezes o paciente fala uma coisa para a gente, nossa, ele faz completamente diferente, uma senhorinha que ela tava sempre com a glicemia alta, alta, alta, alta. (...) É outro atendimento, quem atende em uma UBS, né, de atenção primária, e quem atende, quando tem a ACS realmente que são, né, realmente que eles fazem e são ativos, é outro tipo de atendimento, coisas simples são resolvidas” (ENF07).

“Eu vejo eles [ACS] como uma equipe muito importante na unidade, que conhece muitas pessoas, que poderiam influenciar, orientar muitas pessoas” (ENF05).

Nesse contexto de fortalecimento da APS, os ACS assumem uma importância singular na equipe de ESF devido à sua capacidade de estabelecer vínculos, compreender as nuances culturais e estar fortemente conectados à comunidade em que atuam (COSTA *et al.*, 2022).

A PNAB (2012) atribui aos ACS várias responsabilidades, incluindo a proximidade com os pacientes, a realização de visitas domiciliares e o monitoramento da situação das famílias e indivíduos em seus territórios.

“As ACS, elas são essenciais também, porque elas que estão ali na casa, né?” (ENF02).

Os profissionais da equipe identificam que os ACS possuem um conhecimento mais aprofundado da área e das necessidades das pessoas que ali residem, tornando-os atores valiosos na definição das ações da equipe. Essa percepção está alinhada com a literatura, que descreve os ACS como um elo entre os serviços de saúde e a população, desempenhando um papel fundamental na ação comunitária. Eles facilitam a identificação de situações alimentares e oportunidades de apoio aos usuários em suas vidas cotidianas, transmitindo essas informações à equipe de saúde (CUNHA e SÁ, 2013; BORELLI *et al.*, 2015).

A **colaboração da equipe de enfermagem** também é considerada um fator positivo para a implementação de ações de PAAS e emergiu entre as falas durante as entrevistas:

“... Vou falar bem a verdade, porque a maioria dos pacientes passa comigo, a maioria, e eu faço acolhimento, né, então eu converso, eu faço a primeira consulta, eu tento verificar o histórico dessa pessoa, dificuldades, questão social também, tem e está tudo envolvido, meu papel aqui... (...) assim, tem que estar bem fixado isso, na nossa formação, ou na nossa busca por conhecimento, né, na verdade também depende de nós. E eles [os pacientes] procuram muito o enfermeiro porque é a ponte, né?” (ENF02).

“Eu acho que o que interfere de forma positiva é a própria equipe de enfermagem mesmo” (ENF04).

“Às vezes o paciente vem, ele vem só para ter acesso ao setor da enfermagem, ele não vai ter acesso ao médico. Então se o setor da enfermagem não falar, ninguém vai falar” (MD06)

O enfermeiro desempenha um papel central na equipe da ESF, contribuindo para a coordenação e eficácia das atividades de PAAS, especialmente em cenários onde a equipe de ESF não inclui um nutricionista (PEDRAZA *et al.*, 2016). Nesse cenário, as atividades desempenhadas pelos enfermeiros vão muito além da assistência direta à saúde. A sua formação abrange as dimensões gerenciais, assistenciais e educativas, que são cruciais para o sucesso das iniciativas de PAAS na ESF. A capacidade de planejar, coordenar e executar ações no âmbito da saúde individual e coletiva, bem como

articular ações intersetoriais, refletem a relevância do enfermeiro como um ponto forte na equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017c).

A atuação do enfermeiro na coordenação das equipes de saúde, aliada à sua habilidade de lidar com as necessidades individuais e coletivas da comunidade, contribui para a consolidação dos princípios do SUS. Além disso, a capacidade de desenvolver a educação em saúde e permanente, bem como de conduzir equipes multidisciplinares, fortalece a implementação de estratégias de PAAS na ESF (PEDRAZA *et al.*, 2016). Dessa forma, o enfermeiro se posiciona como elo entre a equipe, a comunidade e as ações na ESF e essas habilidades podem ter contribuído para um escore um pouco mais elevado de eficácia coletiva dos enfermeiros para a equipe, em comparação aos médicos identificados na escala GAB2.

Como observado na fala de ENF02, o atendimento do enfermeiro possibilita uma abordagem integral, que começa no acolhimento, mas vai desde a identificação de necessidades até a implementação e avaliação de intervenções (LOPES *et al.*, 2020). Portanto, considerando o cenário atual e a crescente complexidade das demandas de saúde, o enfermeiro na ESF emerge como um ativo valioso e um ponto forte para auxiliar nas ações de PAAS.

Inclusive além do reconhecido papel do enfermeiro no planejamento e na realização de educação em saúde para a comunidade, os demais profissionais da equipe de saúde da família assumem nesse novo modelo assistencial o desafio da prestação de uma APS baseada nas ações educativas, reguladas pelos princípios da promoção à saúde, em que a ação multiprofissional é considerada fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população (ROECKER *et al.*, 2012).

Nesse âmbito, a **realização de atividades educativas** também emergiu como um ponto forte nas ações de PAAS: “*Eu acredito sim que seria positivo, essas questões dos grupos*” (MD09). Os profissionais enfatizaram a importância dessas ferramentas que quando realizadas pela equipe, podem promover a alimentação adequada e saudável na ESF.

“É um trabalho que a doutora faz e aquilo ali é da comunidade. Então, é uma ferramenta que não é todo posto que tem. Então, a gente já tratou o tema diabetes, da hipertensão, do colesterol. A gente foi para outros temas também, mas a gente já tratou desses temas ali... Então, pra gente, se eu for dar um exemplo bom, é aquilo ali” (MD03).

“Então, incorporar também o grupo relacionado à nutrição e obesidade, por que não, né, como sendo alguma coisa que a gente consiga direcionar sempre o paciente pra lá, caso a gente não consiga fazer a orientação no consultório. Então, na minha opinião, tudo isso o município pode, né, promover (...) pra poder causar uma divulgação maior, dessas informações.” (MED02).

“Mas eu acho que tinha que ter mais sala de espera” (MD05).

“E também palestras com a população, do profissional com a população” (MD011).

As ações educativas de PAAS dentro da APS, especialmente na ESF, desempenham um papel de extrema importância. Isso é ainda mais evidente diante das crescentes demandas de saúde resultantes do atual panorama epidemiológico no país. Portanto, as UBS que realizam essas atividades educativas possuem fatores internos favoráveis que contribuem de maneira positiva para o desenvolvimento e eficácia das ações de PAAS (PEDRAZA *et al.*, 2016).

As ações educativas em saúde compreendem iniciativas destinadas a cultivar competências individuais e coletivas, visando aprimorar a qualidade de vida, saúde e bem-estar. No contexto da ESF, essas atividades educativas assumem um papel crucial, incorporando o princípio da integralidade e fomentando tanto o autocuidado quanto a saúde de indivíduos, suas famílias e comunidades. Essas ações transcendem a mera transmissão de informações, atuando como agentes motivadores de reflexões que estimulam mudanças positivas nos comportamentos e atitudes dos usuários em relação à saúde (MACHADO *et al.*, 2007). Esses também são princípios da educação alimentar e nutricional (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2018)

5.4.3.2 Oportunidades

Na divisão “Oportunidades” foram representados os fatores externos e positivos que podem ser aproveitados para fortalecer e melhorar a eficácia das iniciativas de PAAS no contexto da ESF. Isso inclui situações, tendências ou recursos externos que podem contribuir de forma favorável para o sucesso das ações de PAAS, como as determinações, portarias e políticas de saúde que favorecem o trabalho da equipe.

A **existência de uma diretriz que determina as atribuições da ESF** definida pela PNAB (2017) foi um dos fatores definidos como potencialidades:

“A Estratégia de Saúde da Família, a gente, na verdade, o nosso trabalho é a promoção, prevenção, e reabilitação, né? É o principal foco nosso... A gente tá aqui pra ajudar a prevenir mesmo, a promover, prevenir, esse é o nosso trabalho” (ENF08).

Dentre os princípios que caracterizam os serviços da APS, destacam-se a Universalidade, Equidade e Integralidade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde em 2017. Esses pilares fundamentais garantem que a ESF seja um espaço de atendimento acessível a todas as pessoas, independentemente de suas diferenças sociais, econômicas ou de saúde, promovendo a corresponsabilidade na atenção às suas necessidades de saúde e eliminando qualquer forma de discriminação.

É relevante que os profissionais reconheçam o amplo escopo de atuação da ESF, conforme evidenciado na fala de ENF08, que ressalta o princípio da Integralidade na atenção em saúde da APS. Esse princípio abrange o conjunto de serviços prestados pela equipe de saúde, incluindo o cuidado, a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a cura, a reabilitação, a redução de danos e os cuidados paliativos, conforme definido pela PNAB (2017).

Fica evidente que a ESF representa um ambiente privilegiado para intervenções de promoção da saúde, prevenção de condições crônicas e gerenciamento dessas condições já estabelecidas, no contexto clínico (MENDES, 2012). Todas essas intervenções englobam a gestão de diversas tecnologias de cuidado, incluindo a atenção nutricional e as ações de PAAS.

E ainda referente a organização é definido que para a APS seja verdadeiramente resolutiva (e podemos considerar que seja também capaz de efetivar as ações de alimentação e nutrição), é essencial a utilização e articulação de diferentes tecnologias de cuidado, tanto a nível individual como coletivo. Isso deve ser realizado por meio de uma abordagem de clínica ampliada, que seja capaz de estabelecer vínculos positivos com os pacientes e que oriente intervenções clínicas centradas na pessoa.

É imperativo que a equipe de saúde estimule o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, com o objetivo de se tornar uma referência para a assistência ao paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017c). A incorporação do **vínculo como ação nas diretrizes da ESF** é um ponto

notável e representa uma oportunidade valiosa para fortalecer e aprimorar a eficácia das iniciativas de PAAS e foi outro ponto observado nas falas dos profissionais:

“O vínculo, com certeza [é um fator positivo para efetivar a promoção da alimentação adequada e saudável]. Essa questão do vínculo do paciente com a equipe, não só com a UBS. Com a equipe, com a UBS, com o respeito com a gente, essa vinculação que a gente fala e eles ouçam realmente e coloquem em prática na vida deles” (ENF03).

“Assim, a pessoa fica aberta às informações quando ela tem um vínculo com a Unidade, entendeu? (...) O vínculo. O vínculo é importante. A confiança que ele tem na equipe, certo? E quando a pessoa tem vínculo, ela busca a informação também, sabe?” (ENF05)

Sem dúvida, o estabelecimento de um vínculo sólido entre a equipe de saúde, pacientes, familiares e comunidade desempenha um papel fundamental na motivação desses indivíduos para melhorar sua adesão ao tratamento prescrito, como destacado por LUSTOSA *et al.* (2011). Esse vínculo é fundamental para alcançar resultados positivos no tratamento das condições crônicas. O estabelecimento de um vínculo sólido entre os pacientes, suas famílias e as equipes de saúde melhora os resultados de saúde, envolvendo as pessoas em seu próprio cuidado. Então os principais objetivos devem sempre incluir preparar, informar e motivar pacientes e suas famílias, mas também as equipes de saúde para essa construção (MENDES, 2012).

O estabelecimento do vínculo entre profissional e paciente é uma maneira de atender às demandas e necessidades dos usuários, sendo também uma oportunidade para promover a autonomia desses usuários. Isso se tornou um ponto de desafio evidenciado na escala GAB1, na qual muitos profissionais demonstraram a crença de que estratégias impositivas seriam eficazes para ampliar a autonomia dos usuários. No entanto, de acordo com SCHIMITH & LIMA (2004), o vínculo entre o profissional de saúde e o paciente é o que, de fato, estimula a autonomia, ao promover a participação ativa do paciente no processo de cuidado. Portanto, é por meio desse estabelecimento de vínculo que os profissionais podem fornecer o conhecimento e as habilidades necessárias para que os indivíduos compreendam e, assim, tenham autonomia para fazer escolhas alimentares saudáveis e adequadas.

Na abordagem da discussão, é notável que a ESF, ao direcionar sua atenção para a família e o território, atribui à equipe responsabilidades como visitas domiciliares, as quais são consideradas um recurso valioso para a prevenção, promoção, tratamento e

reabilitação de doenças e agravos (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2017). As **visitas domiciliares como atribuição da ESF** foram percebidas pelos profissionais como uma janela de oportunidade para a execução das ações de alimentação e nutrição pela equipe.

“E a gente consegue chegar na casa da pessoa, a gente consegue, não num âmbito tão amplo assim, mas a gente consegue ver algumas coisas que você consegue perceber o que a pessoa come, a questão da higiene também, que eu acho que conta bastante no preparo da alimentação, tudo isso. Então, eu acho que aqui é um local mais próximo que as pessoas tenham acesso mais fácil, né? Tá no bairro, não precisa se deslocar pro centro, por exemplo. Então, se elas quiserem tirar dúvidas, quiserem orientações quanto à alimentação saudável, então é um local mais fácil de acesso para as famílias, né? Então, é um local, acho que é nossa função auxiliar nesse sentido, né?” (ENF06)

“O que eu vejo muito aqui, é que realmente assim, você já trabalhou no SAD também, a gente ir na casa do paciente... você fala com o paciente, aí a hora que você vai na casa dele, aí você vê realmente, que você entende a lógica dele, você entende as coisas, né, do que ele fala, do que ele faz, é outro atendimento quando você realmente conhece a casa, a família do paciente. (...) Direto com o paciente, realmente, de você ter acesso à casa do paciente e à vida diária dele. (...) Então, é esse detalhe muito legal, isso é muito interessante” (ENF07).

“Tudo começa lá na casa do paciente, como é estratégia, vai fazer visita, vamos avaliar, vamos conversar e eu falo para o paciente, às vezes eu faço visita, vou lá ver o que tem na geladeira, se ele me autorizar, é claro, né? Olha, vamos tentar fazer uma alimentação mais adequada? Então eu tenho esse acesso” (ENF02).

Como os profissionais apontaram, as visitas domiciliares não apenas facilita o acesso da população à equipe de saúde, mas também permite à equipe adquirir um conhecimento mais profundo do ambiente familiar da população do território. Estudos ressaltam o papel crucial das visitas domiciliares no estabelecimento de vínculos com a população e sua importância estratégica para a integralidade e humanização das ações de saúde. Tais visitas possibilitam maior proximidade e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais em relação às necessidades de saúde, vida social e familiar dos pacientes (CUNHA e SÁ, 2013). Elas se apresentam como um dispositivo eficaz para a criação de vínculos e aproximação com as famílias, potencializando as oportunidades para abordagens educativas em alimentação e nutrição (VASCONCELOS e MAGALHÃES, 2016).

5.4.3.3 Fraquezas

No quadrante "Fraquezas" foram categorizados os fatores internos ou recursos limitados relatados pelos profissionais que podem afetar negativamente a eficácia das ações de PAAS na ESF.

Uma das fraquezas relatadas pelos profissionais foi a preocupação com a **alta demanda de atendimento e falta de tempo disponível durante as consultas** para abordar adequadamente questões relacionadas à alimentação e nutrição. O tempo disponível para cada consulta é considerado insuficiente para discutir de forma abrangente e detalhada as questões relacionadas à alimentação e nutrição dos pacientes.

“Eu não tenho tempo de trabalhar essa dieta, né? É muito mais fácil pra mim prescrever o medicamento” (MD03).

A declaração feita por MD03 revela uma situação preocupante, na qual a falta de tempo para abordar questões relacionadas à alimentação e nutrição está sendo substituída pela prescrição de medicamentos. Essa abordagem farmacêutica é percebida como mais rápida e conveniente, uma prática que infelizmente tem sido observada tanto na formação quanto na prática dos profissionais de saúde (OLIVEIRA e SANTOS, 2016).

À vista disso, os resultados dos estudos conduzidos por LUSTOSA *et al.* (2011) evidenciam que a grande maioria da população investigada segue diligentemente as prescrições de medicamentos orais feitas por seus médicos, e se não indicados por seus médicos, poucos recorrem a tratamentos alternativos. Essas descobertas destacam a relevância dos profissionais abordarem sobre as adaptações no estilo de vida como parte integrante de tratamentos não farmacológicos.

Essa ênfase na prescrição de medicamentos ao invés da promoção de hábitos alimentares saudáveis para a prevenção de doenças pode ter sérias implicações para a saúde pública, uma vez que a abordagem preventiva, que inclui orientação alimentar, é fundamental para mitigar o impacto de DCNT. Mas esse cenário corrobora com SANTOS (2005) que sugere que, nas UBS, muitas vezes, há uma priorização da prescrição de medicamentos em detrimento da promoção da saúde e da prevenção de

doenças pelo fato de que profissionais não estão devidamente preparados para abordar questões relacionadas à alimentação.

Outros profissionais também expressam que a **alta demanda de atendimento e a falta de tempo**, muitas vezes são barreiras para aprofundar as discussões relacionadas à alimentação e nutrição com os pacientes.

“E a falta desse tempo para você discorrer, desenvolver um trabalho. Tem alguns municípios que é agendado uma consulta mesmo, né? É uma consulta, onde você vai ter um tempo, aí você consegue abordar, você consegue fazer os dados antropométricos, você consegue pedir os exames para você ir acompanhando também, juntamente com o médico” (ENF05).

“A gente tem um tempo muito curto de consulta, na minha opinião, para um sistema de atenção primária, onde você deveria ter tempo para discutir tudo, conhecer o paciente como um todo. (...) E a gente não consegue, você consegue dar uma orientação nutricional superficial, né, e isso quando consegue, né, quando dá tempo. (...) Mas eu sinto que eu gostaria de ter mais tempo para falar mais sobre o assunto com os pacientes. Não que eu tenha muito conhecimento, mas assim eu sinto que eles gostariam de saber mais, mas muitas vezes a gente não tem esse tempo” (MD06).

Devido à restrição de tempo, os profissionais priorizam questões mais urgentes ou específicas de saúde durante a maioria das consultas, em detrimento da discussão sobre alimentação e nutrição. Isso muitas vezes resulta em orientações nutricionais superficiais ou encaminhamentos para nutricionistas apenas em casos específicos.

“Porque assim, a gente vai passar o básico [sobre alimentação e nutrição], a gente não tem nem tempo pra isso, né? Então assim, entre os nossos atendimentos a gente já vai, a não ser um caso específico ou outro que a gente tenha que discutir mesmo junto e daí encaminhar pro profissional [nutricionista]” (ENF08).

Nesse contexto, é evidente que os encaminhamentos para os nutricionistas são realizados principalmente com o propósito de otimizar o tempo, conforme observado também no estudo de CAMOSSA *et al.* (2012).

Para fornecer informações completas e adequadas sobre alimentação e nutrição, alguns profissionais sugerem a dedicação de mais tempo a cada paciente. Isso implicaria em consultas mais longas, com menos pacientes atendidos por hora, a fim de garantir uma orientação mais abrangente.

“E tempo, tempo de atendimento, porque a gente tem três atendimentos por hora, e querendo ou não demanda toda explicação, orientar como tem que comer, como tem que preparar, os cuidados que tem que ter. Se fosse para conseguir dar informação bonitinha como precisa, a gente tinha que ter uma hora para cada paciente. Se não, não dá” (MD11).

“Então, às vezes, a gente quer abordar, quer falar mais, explicar mais, a pessoa às vezes tem interesse, mas devido à quantidade de pessoas que às vezes a gente atende e eu não consigo fazer isso, entendeu? Então, eu acho assim, teria que ter mais tempo para a gente poder desenvolver mais de alguma certa forma, né?” (ENF05)

“Então, assim, os funcionários que tem, né, a gente tá, assim, focado na agenda, né, infelizmente, porque a demanda aí é grande, né? Mas assim, eu acho que poderia ter assim, as unidades focar mais nessa, na alimentação, nessa ação” (ENF08).

“Então essa urgência, né, que a gente tem de atender cada vez mais uma demanda maior com menos tempo, na minha opinião, ela impacta negativamente no tempo que a gente tem pra fazer a orientação” (MD02).

“Mas a questão da demanda ser muito grande, torna uma assistência um pouco menor, mais superficial do que deveria ser” (MD06).

Os profissionais atribuem à escassez de tempo um obstáculo que os impede de realizar ações de PAAS, contribuindo assim, para o aumento da demanda por atendimento.

“Eu acho que essa procura muito grande é porque não tem a promoção adequada. (...) Mas se a gente fizesse uma promoção, uma prevenção para que isso não aconteça, orientações, acompanhamento com a família, talvez não aconteceria [a alta procura] com tanta frequência. E aí a demanda seria menor e aí a gente teria mais tempo de trabalhar a promoção, de fazer outras coisas que são importantes também. Então faz assim, vira uma bola de neve” (ENF06).

Em relação a isso, no estudo de BARRETO *et al.* (2019) foi discutido que as dificuldades na realização de ações e atividades educativas estão, sobretudo, relacionadas à sobrecarga de trabalho. E ainda vale retomar que a realização de

atividades educativas é considerada uma força para a realização de ações de alimentação e nutrição pela ESF.

Outra barreira para realização das ações de PAAS pelos profissionais identificada como uma fraqueza se refere ao **não alinhamento e envolvimento da equipe** no que diz respeito a realização dessas ações.

“A própria equipe é um negativo. Porque enquanto um está falando, o outro não está. (...) Porque a gente está tão focado em tratar assim, as próprias comorbidades, em prevenir as comorbidades, mas todo mundo esquece da alimentação. (...) Tem profissional que eu sei que faz orientação... mas tem profissional que não, é tipo, 'oi', 'o que você tem?' e 'tchau'.” (ENF04).

“A falta de integração entre a equipe. Isso daí para trabalhar o tema. A gente não trabalha o tema” (MD03).

“Enquanto a equipe, eu acredito que deveria ser mais trabalhado. A gente deveria conversar mais sobre isso... olhando como um todo, talvez a gente devesse sentar e ter um olhar diferenciado pra essa questão, entendeu? Sendo que é uma responsabilidade enquanto equipe, né? (ENF01)

“Eu acho que falta muita união da equipe para acontecer” (ENF03).

“Não ser abordado [sobre alimentação]. Se os profissionais aqui não, não falarem a mesma língua também, né? Se eu falo A, o fulano ali fala B, o paciente não vai saber o que fazer. Então a gente falar todo mundo a mesma língua e explicar da mesma forma pro paciente” (MD07).

Alguns dos aspectos mencionados incluem a falta de integração, envolvimento e alinhamento entre os membros da equipe em relação ao tema da alimentação e é destacada como uma fraqueza. A atenção multiprofissional na ESF não se limita a reunir profissionais de diversas áreas trabalhando juntos. Ela vai além, exigindo a criação de um verdadeiro espírito de equipe. Isso implica que esses profissionais de diferentes formações devem ser capazes de construir e compartilhar uma visão comum e, igualmente importante, aprender a solucionar problemas por meio de uma comunicação eficaz (MENDES, 2012). Esse entrosamento entre os membros da equipe é fundamental para que as ações de promoção, prevenção e tratamento sejam bem-sucedidas e, conseqüentemente, resultem em melhores cuidados de saúde para a população atendida na APS.

Além disso o não alinhamento da equipe sobre o tema de alimentação e nutrição é apontada como um desafio, uma vez que os profissionais da equipe podem fornecer informações desencontradas ou os profissionais não sentem que todos estão envolvidos nessa ação. Isso pode explicar a baixa eficácia coletiva identificada na escala GAB2 pelos profissionais. Portanto, é fundamental incorporar o tema de alimentação e nutrição nas reuniões de equipe de forma mais contínua como também proporcionar qualificações e treinamentos a todos os membros da equipe em relação a tópicos associados à alimentação adequada e saudável. A programas de educação destinados aos profissionais de saúde apresenta inúmeras vantagens, com o potencial de efetuar uma mudança positiva em seus conhecimentos e práticas (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016). Portanto essas estratégias além de aprimorar o conhecimento dos profissionais, podem fortalecer a confiança, a colaboração e a coesão da equipe no contexto da PAAS.

É importante destacar também, que a **carência em qualificação**, especialmente em temas relacionados à alimentação adequada e saudável, surge como uma fraqueza identificada e particularmente relevante nas falas dos profissionais.

“Eu acredito que ainda dá pra avançar bastante, viu, nessa área da alimentação, eu acredito que falta muito ainda. Justamente eu acredito por falta de profissionais capacitados. (...) Mas assim, eu acho que poderia ter assim, as unidades focar mais nessa, nessa, na alimentação, nessa ação” (ENF08).

“Ah, eu acho que treinamento, treinamento da equipe. (...) Então, eu acho que falta treinamento, falta difundir mais os conceitos. Tipo, multiplicar, assim, pluralizar, sabe?” (MD08)

“Eu acho que a falta de preparo, a falta de conhecimento, muitas vezes falo até pra mim, até pedi a sua ajuda, porque também não tenho, depende muito da formação, né? Mas normalmente na faculdade de medicina é bem superficial o assunto nutricional, a gente não tem quantidades, né?” (MD06)

É possível notar que as percepções dos profissionais se concentram principalmente na falta de capacitação e conhecimento adequados entre os profissionais de saúde. Eles reconhecem que treinamento e capacitação em alimentação e nutrição são formas de avançar nas ações de PAAS na ESF.

É evidente que as deficiências na formação profissional são barreiras significativas que afetam a qualidade da atenção nutricional na APS. Essa questão é acentuada pelo reconhecimento de que a formação dos profissionais de saúde

frequentemente carece de uma abordagem integrada, o que resulta em uma fragmentação do conhecimento (VASCONCELOS e MAGALHÃES, 2016).

Como visto na caracterização dos profissionais deste estudo, a fraqueza em relação à capacitação e formação em alimentação e nutrição são limitações consistentes com achados em outros estudos que exploraram essa questão entre profissionais de saúde da APS (CAMOSSA *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2014; VASCONCELOS e MAGALHÃES, 2016; PEDRAZA *et al.*, 2016). A educação insuficiente em nutrição é apontada como uma barreira ao cuidado nutricional adequado, com alguns profissionais relatando não ter recebido uma qualificação adequada para abordar temas relacionados à nutrição com os usuários. Além disso, os profissionais entrevistados enfrentam dificuldades em traduzir seus conhecimentos teóricos em práticas efetivas, o que também foi observado no estudo de OLIVEIRA *et al.* (2014).

Essa falta de treinamento e formação adequados pode estar diretamente relacionada às dificuldades que os profissionais enfrentam ao abordar questões alimentares, enfatizando ainda mais a demanda por capacitação em nutrição (CAMOSSA *et al.*, 2012).

CHRISTOFFEL *et al.*, (2016) enfatizam que além da educação continuada, identificar barreiras e facilitadores locais e adaptar abordagens baseadas em evidências é crucial para mudanças práticas e redução de lacunas de conhecimento. Portanto, salienta-se a relevância deste estudo na identificação das lacunas de conhecimento e nas dificuldades enfrentadas pelos profissionais da ESF em relação às demandas de atenção nutricional. Esse conhecimento é fundamental para promover a educação continuada e o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos específicos relacionados à alimentação entre os profissionais de saúde na ESF, contribuindo assim para a melhoria da atenção nutricional à população e fortalecendo a APS.

Outro tema destacado como fraqueza, é a **falta de nutricionista nas equipes ESF**.

“Eu acho, hoje, a falta da nutricionista. (...) A demanda às vezes é bem maior do que o acesso que a gente tem hoje. Então eu acho assim, que o principal fato é a falta mesmo do profissional” (ENF08).

“Na verdade, é a falta de profissionais [nutricionistas], porque só tem vocês duas. É muito pouco. A falta de profissionais. É contratar mais profissionais, capacitar os profissionais da área da saúde para poder atuar” (MD11).

Os profissionais que participaram da pesquisa manifestaram uma preocupação evidente em relação à falta de profissionais de nutrição como integrante em suas equipes de ESF. Eles enfatizam que a demanda por serviços nutricionais muitas vezes excede a capacidade de atendimento devido ao número limitado de nutricionistas disponíveis na rede de saúde. E a escassez de nutricionistas é vista como uma limitação significativa para as ações de PAAS, que afeta negativamente a capacidade de fornecer orientações básicas sobre alimentação adequada aos pacientes. O papel essencial do nutricionista na execução de iniciativas relacionadas à promoção, tratamento e reabilitação da saúde foi destacado, contudo, observa-se que a presença desse profissional na APS é limitada, o que é uma realidade corroborada por estudos anteriores (CERVATO-MACUSO *et al.*, 2012). A presença limitada do nutricionista na APS tem implicações diretas na efetivação das ações de PAAS como destacado por CAMOSSA *et al.* (2012).

“Agora você sente falta no município, o município acaba tendo uma equipe muito pequena [de nutricionistas], apesar de muito eficiente, mas pequena, e aí a gente acaba sentindo que não consegue ajudar muito nessa parte. Eu até acho que isso desmotiva alguns profissionais, inclusive, a abordar o assunto, porque falar que não vai ter como dar seguimento nesse aspecto, eu vou cuidar do resto, e acaba que às vezes nem orientação básica o paciente não recebe” (MD06).

Os profissionais relataram que a carência de nutricionistas é vista como desmotivadora, pois eles podem se sentir incapazes de abordar a questão nutricional e optam por solucionar as outras queixas dos pacientes. Essa constatação reforça a relevância do trabalho em equipe multiprofissional, onde a modalidade de trabalho coletivo promove uma relação recíproca entre diversas intervenções técnicas e a interação entre profissionais de diferentes áreas. Isso possibilita a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação efetiva (COSTA e SANTANA, 2011).

MENDES (2012) descreve que a falta de nutricionistas como membros efetivos das equipes de ESF, dificulta a incorporação sistemática da educação nutricional, prejudicando assim a capacidade de oferecer orientações e cuidados nutricionais adequados aos pacientes. Isso levanta questionamentos pertinentes em relação à composição da equipe mínima da ESF, especialmente no que concerne às ações

relacionadas à alimentação e nutrição (COSTA e SANTANA, 2011). É indispensável estabelecer uma organização eficaz e aprimorar a prestação de cuidados nutricionais na APS. Pois a ausência desse aprimoramento limita significativamente a capacidade de intervenção na saúde da população, resultando em respostas restritas e pouco resolutivas (SANTOS e CARVALHO, 2019).

Os achados de CAMOSSA *et al.* (2012) ressaltam que a inclusão do nutricionista na equipe da ESF foi associada a um maior estreitamento do vínculo entre profissional de saúde e usuário, destacando como uma “oportunidade” valiosa nesse estudo. Além disso, essa presença contribuiu significativamente para melhorar o entendimento dos pacientes sobre as orientações nutricionais e, conseqüentemente, para aumentar a adesão ao tratamento. Vale destacar ainda que a integração de ações abrangentes de alimentação e nutrição na APS, de maneira interdisciplinar e com a participação qualificada do nutricionista, desempenha um papel fundamental na promoção dos princípios de integralidade, universalidade e resolubilidade da assistência em saúde (SANTOS, 2005; PEDRAZA *et al.*, 2016; SANTOS e CARVALHO, 2019).

MENDES (2012) enfatiza a necessidade de estabelecer a convicção de que o nutricionista deve ser um componente orgânico das equipes da ESF. Já que para alcançar resultados positivos no tratamento de condições crônicas uma equipe com um enfoque direcionado para médicos e enfermeiros, não é suficiente. Os profissionais entrevistados enfatizaram a necessidade de contratar mais nutricionistas como uma medida fundamental para abordar essa lacuna na equipe e aprimorar a implementação das ações de PAAS na ESF. Esse desejo ecoa os resultados observados no estudo de COSTA & SANTANA (2011) com profissionais de equipes de ESF, que também demonstraram uma vontade semelhante. Essa carência de nutricionistas nas equipes mínimas de ESF não é exclusiva de Santa Bárbara d'Oeste, mas sim um desafio enfrentado por muitos municípios brasileiros, como observado em João Pessoa, conforme relatado por VASCONCELOS e MAGALHÃES (2016).

Embora a presença do nutricionista não seja um requisito obrigatório nas equipes de ESF, as equipes de apoio multiprofissionais, como o NASF-AB, Equipe Multiprofissional de Atenção Primária e eMulti, propõe a inserção do nutricionista entre os membros de sua equipe. Isso representa uma estratégia significativa de inserção do nutricionista na APS. A integração do nutricionista nas equipes de apoio é um passo importante para fortalecer o cuidado nutricional prestado à população, além de

contribuir para a melhoria da qualidade da educação continuada em saúde e nutrição para os demais profissionais que compõem a equipe de ESF (MAIS *et al.*, 2015).

No entanto, quando esses profissionais não são contratados exclusivamente para integrar essas equipes de apoio e não conseguem estar presentes diariamente nas UBS, devido à divisão de sua carga de trabalho entre uma extensa demanda ambulatorial, a divisão entre especialidade e atenção básica, como ocorreu em Santa Bárbara d'Oeste durante os anos de existência do NASF, o apoio às equipes fica limitado. Além disso, desafios são intensificados por mudanças na gestão pública do governo federal, que podem resultar em alterações e extinções de programas, que ocorreu em 2020 com o fim do custeio para os NASF-AB.

Isto posto, é imprescindível refletir sobre a inclusão e relevância do nutricionista na ESF como membro orgânico e não somente como apoiador (MENDES, 2012). Sua participação efetiva nas equipes é essencial para tornar o atendimento mais abrangente, acessível, eficaz e equitativo, em consonância com os princípios orientadores do SUS, como argumentado por SANTOS e CARVALHO (2019). Portanto, a falta do nutricionista nas equipes representa uma fraqueza significativa na implementação de estratégias eficazes de educação nutricional e intervenções voltadas para a melhoria da alimentação da população atendida na APS. Essas constatações reforçam a importância da presença e atuação efetiva de nutricionistas na ESF para o fortalecimento das ações de PAAS.

Outra percepção estabelecida como fraqueza foi a **insuficiência de recursos de apoio para educação em alimentação e nutrição**.

“Eu acho que falta, não sei, material, na minha visão” (ENF02).

“A falta de ter um material visual, que eu acho que isso... A pessoa fica meio perdida. Porque se você falar das coisas, fica muito amplo, né? Mas você mostrar, você ter um protocolo, sei lá, sabe? Alguma coisa assim mais tátil, mais visual para a pessoa” (ENF05).

Os profissionais mencionam que a ausência desse tipo de recurso de apoio para educação em alimentação e nutrição pode dificultar a compreensão e a comunicação com os pacientes. Os profissionais relatam que materiais visuais como folders, panfletos, livretos entre outros auxiliam no repasse de informações tornando a informação mais acessível e compreensível para os pacientes. E a falta desses recursos

foi identificada pelos profissionais como uma barreira na efetivação das ações de PAAS, corroborando com o estudo de SILVA e DE PAULA (2016).

Ao reconhecer essas fraquezas, é essencial desenvolver estratégias de capacitação, garantir recursos adequados e promover o engajamento e a sensibilização da equipe em relação à importância da PAAS. Entretanto, é crucial considerar as discussões de OLIVEIRA *et al.* (2014), que destacam que, para alcançar tais resultados, é necessário direcionar as políticas públicas de PAAS. Os autores argumentam que, embora os investimentos em materiais educativos, capacitação e melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde sejam importantes, eles não são determinantes por si só para garantir a efetivação de atividades que promovam hábitos saudáveis na APS. Todavia, fortalece a hipótese e conduz à necessidade de humanizar as práticas em saúde e de enxergar na abordagem interdisciplinar uma via concreta para PAAS (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Essa questão é realmente importante, já que direciona para abordagens integrais, considerando além dos aspectos clínicos, mas também fatores sociais, culturais e comportamentais que influenciam os hábitos alimentares e a saúde em geral.

Não obstante, é essencial destacar que o Guia Alimentar desempenha um papel crucial nessa questão, oferecendo estratégias didáticas que facilitam a compreensão. Este documento inclui resumos ao final de cada capítulo, ilustrações coloridas e fotos, tornando-o um material de fácil entendimento. Ademais, o Guia Alimentar fornece recomendações gerais sobre a escolha de alimentos, exemplos de refeições e lanches, além de apresentar diversas preparações típicas das diferentes regiões brasileiras, acompanhadas de fotos e textos explicativos. Isso o torna uma ferramenta valiosa para os profissionais de saúde, que podem utilizá-lo como material ilustrativo em suas interações com os pacientes e como base para a criação de materiais de educação alimentar e nutricional.

Em um estudo realizado por MAIA (2020), que investigou as experiências de profissionais do NASF após terem passado por um programa de qualificação baseado no Guia Alimentar, foi constatado que, após a qualificação, esses profissionais demonstraram uma melhora significativa em sua capacidade de conduzir atividades relacionadas à alimentação, fazendo uso de imagens de refeições do Guia Alimentar para ilustrar conceitos de alimentação saudável. Esses resultados ressaltam a importância crucial de capacitar os profissionais de saúde e garantir que estejam familiarizados com o Guia Alimentar, pois isso pode aprimorar substancialmente sua

capacidade de orientar os pacientes de forma eficaz em relação à alimentação adequada e saudável.

5.4.3.4 Ameaças

Nessa categoria foram incluídos os desafios e obstáculos externos que podem substancialmente influenciar a eficácia da PAAS no contexto da ESF. Esses desafios externos podem impactar negativamente a implementação efetiva das ações de PAAS, uma vez que a equipe da ESF possui limitações em sua capacidade de intervenção diretas nesses fatores.

Tais desafios são frequentemente inerentes à dinâmica dos pacientes, que estão além do controle direto da equipe de saúde, como também, questões estruturais e decisões governamentais prévias, que contribuem para o cenário de ameaças.

As falas dos profissionais de saúde indicam uma percepção de que muitos pacientes têm uma **tendência a não buscar ações relacionadas à promoção de saúde e prevenção de doenças** até que estejam enfrentando problemas de saúde graves ou em estágios avançados e isso foi definido como uma ameaça em relação a efetivação de ações de PAAS na ESF.

“A gente tem um problema de adesão muito grande, que a gente faz grupos, o paciente não aparece.

“O brasileiro só procura quando está tudo ruim, não procura agora que ele pode ter ações” (ENF05).

“Assim, o que eu percebo, às vezes, eles não estão tão preocupados na prevenção, né? Eles estão preocupados em resolver o problema, por exemplo, hipertensão, diabetes descompensada, porque já tá lá no pico o problema, então, quer resolver. Aí eles procuram, mas eles não se preocupam com a questão da prevenção, do cuidado, pra manter estável, manter controlado. Então, eu acho que falta isso das pessoas. A conscientização de que precisa cuidar e leva tempo pra manter aquilo controlado” (ENF06).

“Grupos, eu acredito que eles são um pouco mais resistentes, é assim. Mas tem esse lado da resistência, porque assim, infelizmente, né, educação não chama muita atenção” (ENF08).

“Agora, a grande dificuldade é o paciente chegar na fase preventiva aqui, que é muito raro” (MD06).

Os profissionais relatam que uma parte dos pacientes demonstra falta de adesão às ações de promoção de saúde, como participar de grupos ou atividades de prevenção. E muitos tendem a buscar assistência clínica somente quando sua condição de saúde já está em um estágio crítico ou quando estão enfrentando problemas graves de saúde, como hipertensão ou diabetes descompensada. Essas falas contrastam com resultados de outros estudos que destacam que a busca por cuidados preventivos é predominante entre as preocupações dos usuários na APS (MENDES, 2012; 2015).

Certamente as percepções dos profissionais entrevistados refletem desafios significativos na promoção de ações de prevenção e promoção da saúde e destacam a necessidade de estratégias eficazes para envolver e educar os pacientes sobre a importância da prevenção e do autocuidado em estágios mais precoces da vida. Mas também é possível refletir que se os profissionais compreendem que a falta de interesse dos pacientes em ações preventivas é uma barreira para implementação das ações de alimentação e nutrição na ESF, possivelmente não compreendem que a atenção nutricional está em todos os âmbitos de cuidado ao paciente. Ou seja, a atenção nutricional não se limita apenas à promoção da saúde, mas também abrange a proteção e manutenção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a recuperação de condições de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Portanto, os profissionais de saúde devem estar cientes de que as questões relacionadas à alimentação e à nutrição desempenham um papel crucial em todas as fases do cuidado ao paciente, e não apenas na prevenção, o que ressalta a importância de abordar essa temática de forma abrangente e integrada em sua prática clínica.

Os profissionais refletem uma percepção geral de que a adesão dos pacientes às orientações alimentares e à mudança de hábitos nutricionais é um desafio significativo.

“Eu acho mais adesão dos pacientes. Acho que tem que trabalhar na parte educativa, informação, informar para eles o que é realmente uma alimentação saudável. Eu acho que seria ideal. A adesão dos pacientes” (ENF09).

“O problema é só que eles não são aderentes. (...) O meu problema é só que eles não aceitam [as orientações alimentares]” (MD04).

“E alguns não querem mudar. E alguns não fazem questão de mudar, nem um pouco. Tem alguns que perdem peso, que mudam a alimentação... Mas a grande maioria não faz” (MD05).

“Na verdade, a dificuldade é de o paciente compreender a necessidade de ele mudar o hábito nutricional dele, para poder controlar ou melhorar a patologia que ele apresenta. No geral é isso” (MD11).

Entre as percepções, os profissionais relatam a falta de adesão dos pacientes às orientações alimentares. Demonstram também uma preocupação quanto à dificuldade de fazer com que os pacientes compreendam a necessidade de mudar seus hábitos alimentares para melhorar ou controlar suas condições de saúde como observado por LUSTOSA, *et al.*, (2011).

A adesão dos pacientes aos tratamentos que são recomendados é uma questão recorrente entre os profissionais de saúde. É reconhecido que a adesão ao tratamento é um fator crucial para o controle eficaz de várias doenças, especialmente as crônicas (LUSTOSA *et al.*, 2011).

No que se refere a esse aspecto, os profissionais de saúde identificam que a adesão dos pacientes poderia ser aprimorada significativamente mediante um maior enfoque na educação e no fornecimento de informações abrangentes sobre os princípios de uma alimentação adequada. É inegável que a educação em saúde desempenha um papel crucial em incentivar indivíduos que enfrentam condições de saúde a assumir a responsabilidade pela proteção de seu próprio bem-estar, auxiliando-os a incorporar, dentro de suas capacidades, hábitos de vida saudáveis. O objetivo é promover o controle da doença e a prevenção de complicações (LUSTOSA *et al.*, 2011). No entanto, essa tarefa exige que eles próprios estejam bem preparados e tenham conhecimentos sólidos em nutrição para efetivamente transmitirem esses conceitos aos pacientes.

A resistência à mudança de hábitos alimentares é um desafio real, e isso pode ser uma barreira significativa para a modificação do comportamento alimentar (VASCONCELOS e MAGALHÃES, 2016). A motivação desempenha um papel fundamental nesse processo, mas motivar os pacientes pode ser uma tarefa árdua e até frustrante, especialmente quando eles não estão dispostos ou têm dificuldade em realizar mudanças em seus hábitos alimentares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021b).

Portanto, é essencial que os profissionais de saúde tenham a capacidade de trabalhar com os pacientes para aumentar sua conscientização sobre seu comportamento alimentar atual e as consequências que ele pode acarretar. À medida que os pacientes compreendem a necessidade de mudar e com eles são desenvolvidas estratégias para a

mudança, eles tendem a ganhar mais confiança em sua capacidade de efetuar essas mudanças. De certo a mudança de hábitos alimentares não é uma tarefa fácil aos pacientes e nem mesmo para os profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021b). Portanto, a equipe deve estar bem preparada para oferecer apoio e orientação aos pacientes durante todo o processo de comprometimento com a mudança.

Além de muitos pacientes não demonstrarem interesse na prevenção e no autocuidado com sua saúde, e a baixa adesão nas mudanças alimentares, os profissionais expressam ainda que eles buscam soluções rápidas para seus problemas de saúde, como receitas de medicação.

“Então, o pessoal não tá interessado na prevenção, no cuidado. Eles querem receita e medicação” (ENF06).

“Não querem perder peso, não querem fazer dieta, querem endócrino. Então esse paciente se perde porque ele não quer nem a nossa orientação nutricional, nem a nutricionista, ele quer a endócrino” (MD06).

Isso sugere uma preferência por intervenções de curto prazo para tratar condições de saúde já estabelecidas em vez de adotar medidas preventivas que visam evitar o desenvolvimento dessas condições.

“E sem ver resistência na parte alimentar. Que eles querem tomar o remédio, querem que a glicemia baixe, querem regularizar a pressão, só baseado na medicação. Quando você fala em alimentação e atividade física, a maioria não faz. Ah, não, mas é difícil. Ah, mas o doutor aumenta o remédio, vai controlar” (ENF01).

“Eles preferem se empanturrar de insulina do que cuidar da alimentação em casa, sabe? Infelizmente a concepção alopática é muito cultural, então assim, na cabeça deles eu acho que eles pensam dessa forma assim: Ah, mas é, por exemplo, eu não vou passar essa vontade, eu vou comer isso aqui e depois eu aumento a insulina de 5 a 10 unidades, sei lá” (ENF03).

“Os pacientes acreditam que a medicação o torna normal, não é como se a medicação ajudasse, torna ele normal e ele não tem esse comprometimento de mudar o hábito alimentar. Eu acabei de falar isso para a senhora, ela falou que achava que o remédio não ia precisar mudar o hábito alimentar. Eu falei que precisa. (...) Então essa falta de comprometimento do paciente, de se comprometer mesmo a mudar o hábito alimentar. (...) Então assim, você vê que há uma resistência das pessoas nisso. Mas isso é cultural. Isso não é a

pessoa que quer, isso é a massa, sabe? É a televisão, é o rádio, é a família, é a cultura” (ENF05).

As falas destacam uma percepção que os pacientes tendem a preferir a abordagem farmacêutica em vez de adotar mudanças na alimentação e no estilo de vida. Eles veem a medicação como uma solução rápida e conveniente para controlar condições de saúde como glicemia alta e pressão arterial elevada, em vez de se comprometerem com uma alimentação saudável e a prática de atividade física. Essa tendência é percebida como um desafio que afeta a disposição dos pacientes para adotar hábitos alimentares mais saudáveis e está ligado a influências externas, como mídia, família e cultura em geral. Inclusive a revisão integrativa conduzida por OLIVEIRA e SANTOS (2016) revelou que indivíduos com condições como hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia frequentemente consomem uma grande quantidade de medicamentos diariamente. Esse elevado consumo é, em parte, estimulado pela poderosa influência das estratégias de *marketing* adotadas pela indústria farmacêutica.

Essa percepção dos profissionais ressalta ainda, a importância de abordagens educativas, que fornecem conhecimento e habilidades para que os pacientes compreendam e se conscientizem para que modifiquem o comportamento (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2012). Pessoas comprometidas e que aderem adequações alimentares e o exercício físico demonstram uso reduzido à terapia medicamentosa. A efetividade do engajamento desses sujeitos no autocuidado muitas vezes depende do apoio fornecido por familiares e de uma abordagem interdisciplinar por parte dos profissionais de saúde, conforme evidenciado por OLIVEIRA e SANTOS (2016).

Entre as ameaças, outra questão que os profissionais reconhecem como um desafio significativo para a PAAS é em relação as **condições socioeconômicas dos pacientes**. Eles mencionam que muitos pacientes enfrentam dificuldades financeiras, o que torna a adoção de uma dieta saudável mais difícil. Isso é percebido como um obstáculo preponderante por alguns profissionais, que relataram tornar a correção alimentar uma tarefa difícil de ser alcançada.

“Quando, por exemplo, a gente começa a passar dietas que o paciente não tem condições de comprar. Então, por exemplo, você vai falar sobre o azeite, que eu sei que é bom para melhorar também o colesterol, o HDL, né, e aí o paciente você vai ver, ele está

desempregado, tem cinco filhos, como que você vai passar algo que ele não tem acesso. Então, isso para mim é negativo” (ENF02).

“Então, fica até difícil falar de uma boa alimentação em um paciente que a renda dele é o que ele recebe do bolsa de família. Então, esse é um obstáculo preponderante na minha população” (MD01).

“Então eles falam que eles não têm dinheiro, que não têm condição, que eles não têm dinheiro para comprar o básico, como que vai comprar o alimento saudável? Então assim, eu tenho uma resistência muito grande para a correção alimentar aqui, é bem grande. Eu não consigo mudar, esse é o fato” (MD03).

A associação entre a baixa condição econômica dos pacientes e as dificuldades enfrentadas na implementação das ações de PAAS é uma preocupação comum e foi destacada em outros estudos com profissionais de saúde da ESF (CAMOSSA *et al.*, 2012; VASCONCELOS e MAGALHÃES, 2016). Essas descobertas nos mostram que as barreiras financeiras podem influenciar significativamente as escolhas alimentares e o acesso a alimentos saudáveis.

No entanto, em contrapartida, um depoimento de uma ACS no estudo de CAMOSSA *et al.* (2012) ressaltou que a orientação nutricional pode servir como um recurso valioso para abordar não apenas questões alimentares, mas também as preocupações socioeconômicas dos pacientes, desde que a equipe de saúde possua o conhecimento necessário para lidar com esses desafios. Por exemplo, fornecendo orientações práticas, como o consumo de alimentos da estação, que pode ser uma estratégia eficaz para superar as barreiras econômicas relacionadas à alimentação, conforme preconizado pelo Guia Alimentar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Na escala GAB1 e GAB2 os profissionais demonstraram dificuldades em relação a esse assunto. No estudo de MAIA (2020), foi identificado que profissionais que foram devidamente treinados no Guia Alimentar reconhecem que suas orientações são adequadas às realidades dos usuários, levando em consideração fatores culturais, acesso financeiro e geográfico aos alimentos. Além disso, esses profissionais conseguem fornecer um cuidado respeitoso que atende às preferências, necessidades e valores dos pacientes. No entanto, a aplicação eficaz do conteúdo do Guia Alimentar na prática requer que os profissionais de saúde estejam familiarizados com seu uso e aplicação.

5.5 Limitações

Uma das limitações deste estudo é a posição da pesquisadora como profissional e responsável técnica do serviço de nutrição no município, o que pode levar a um viés de resposta que pode distorcer a percepção real dos profissionais sobre a importância da nutrição. Vale destacar que a pesquisadora foi transparente sobre seu papel duplo, tanto como pesquisadora quanto profissional de saúde, desde o convite para participação na pesquisa. Todos os procedimentos de pesquisa foram claramente definidos e seguiram as práticas e normas éticas de pesquisa. No entanto, há a possibilidade de viés de resposta, no qual os profissionais, conscientes da importância atribuída à nutrição pela entrevistadora, podem ter enfatizado a relevância desse tema, mesmo que suas práticas e crenças reais possam variar. A análise dos resultados foi conduzida de forma imparcial, sem conflitos de interesses pessoais por parte da pesquisadora, com o propósito de com os resultados obtidos subsidiar e beneficiar a equipe de saúde e fortalecer os serviços de APS no município. Além disso, o uso de abordagem mista (quali-quantitativa) e métodos diversos de coleta de dados, como entrevistas, questionários e escalas validadas, permitiu a coleta de dados qualitativos e quantitativos, aumentando a consistência dos resultados.

Por outro lado, a presença de um pesquisador que também é um profissional local pode oferecer vantagens, como um entendimento mais profundo da dinâmica do campo e do contexto local (MINAYO, 2016). Essa interação é favorável e importante para estabelecer um clima de confiança e abertura durante as entrevistas (MANZINI;1990/1991).

No que diz respeito a essa condição, vale uma análise reflexiva. Todos os convidados aceitaram prontamente participar da pesquisa e demonstraram disposição para colaborar ativamente em todas as etapas necessárias. A diversidade de experiências e perspectivas dos profissionais, especialmente pelo tempo de formação e atuação em ESF, enriqueceu a pesquisa, fornecendo uma gama mais ampla de informações e opiniões.

Outra limitação deste estudo é sua realização em um município específico, o que pode restringir a generalização dos resultados para outras populações ou contextos, sobretudo levando em consideração a heterogeneidade e a vasta diversidade das mais de 52 mil equipes de ESF no Brasil (DATASUS, 2023). No entanto, é importante destacar que todos os médicos e enfermeiros das equipes de ESF da localidade de estudo

participaram, o que garantiu uma cobertura adequada dentro do próprio município. Além disso, a experiência estudada está próxima da realidade de outros municípios brasileiros cujas equipes ESF enfrentam desafios semelhantes em relação à temática da alimentação saudável. Os resultados deste estudo podem contribuir para o esclarecimento em relação ao conhecimento e percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre o cuidado alimentar e nutricional, sendo potencialmente aplicáveis a equipes de ESF que compartilham a responsabilidade pelo cuidado integral em saúde na APS.

Uma última limitação a ser considerada é a escolha de incluir apenas médicos e enfermeiros como participantes do estudo. No entanto, como justificado anteriormente, essa escolha foi por viabilidade prática da pesquisa, mas também foi motivada pelo excesso de encaminhamentos desqualificados e ainda pela importância desses profissionais na prestação de aconselhamento sobre alimentação na ausência do nutricionista nas equipes de ESF, uma questão relevante na APS (SANTOS, 2005; PEDRAZA, *et al.*; 2016). A decisão de não incluir ACS na pesquisa merece uma explicação adicional considerando a importância desses profissionais para a equipe de ESF. Além do fator prático relacionado ao tempo de pesquisa e a maior complexidade de coleta e análise dos dados, foi considerado o fato da contratação dos ACS neste município ter ocorrido há 10 anos, e desde então, não houve novas contratações. Nesse período, esses profissionais já receberam qualificação em relação ao tema de alimentação e nutrição, diferente dos profissionais participantes da pesquisa. No entanto, sugere-se que pesquisas futuras considerem incorporar as perspectivas e experiências dos ACS, ampliando assim a compreensão abrangente das práticas e desafios relacionados à PAAS na ESF. Incluir os ACS em estudos subsequentes não apenas enriquecerá a compreensão global, mas também contribuirá para estratégias mais eficazes na promoção da saúde na comunidade.

Em resumo, este estudo inova ao adotar uma abordagem qualitativa e quantitativa para investigar o conhecimento e as percepções dos profissionais de saúde acerca da alimentação adequada e saudável. Além disso, identifica as barreiras e facilitadores que afetam a implementação dessas ações na APS. Os resultados deste estudo podem fornecer subsídios para qualificações direcionadas às necessidades das equipes de saúde, bem como contribuir para o aprimoramento da atenção nutricional nesse âmbito.

6 CONCLUSÃO

Considerando o reconhecimento da APS como um ambiente propício para a PAAS, é essencial que os profissionais de saúde estejam adequadamente preparados e capacitados para desempenhar essa função. E este estudo revela uma demanda premente de educação nutricional contínua na APS, especialmente no que diz respeito às diretrizes do Guia Alimentar Brasileiro.

A combinação de métodos, incluindo escalas validadas e entrevistas semiestruturadas, mostrou ser apropriada e eficaz na avaliação do conhecimento e percepções de médicos e enfermeiros da ESF sobre alimentação adequada e saudável. Os propósitos desta pesquisa foram alcançados, proporcionando uma análise detalhada das percepções e conhecimento dos médicos e enfermeiros da ESF sobre alimentação adequada e saudável.

Os dados revelam um cenário complexo na PAAS na ESF. Os profissionais reconhecem a relevância de abordar questões relacionadas à alimentação e nutrição e demonstraram uma compreensão sólida sobre a importância da PAAS dentro do contexto da ESF. Entretanto possuem um entendimento moderado do Guia Alimentar, resultando em lacunas de conhecimento e inseguranças em sua aplicação prática. Isso se traduz em falta de confiança, tanto individual quanto coletiva, na orientação com base nas diretrizes do Guia Alimentar. As entrevistas reforçam essas lacunas, relacionando-as à falta de qualificação, o que enfraquece a coesão da equipe na orientação sobre alimentação adequada e saudável, destacando a importância fundamental da qualificação para uma promoção efetiva na ESF.

Embora haja lacunas e inseguranças na aplicação prática do Guia Alimentar, todos os profissionais conhecem seu conceito-chave, em fazer dos alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação saudável. Isso se correlaciona com as entrevistas em que alguns profissionais diferenciam alimentos conforme a classificação NOVA, promovendo a escolha desses em detrimento dos ultraprocessados. Em um contexto onde as informações sobre alimentação são muitas vezes conflitantes, alinhar as práticas com as diretrizes do Guia Alimentar é essencial.

No entanto o Guia Alimentar é um documento abrangente, então é compreensível que, mesmo que os profissionais tenham demonstrado conhecimento sobre o conceito central, a maior parte declarou desconhecimento sobre o conteúdo desse documento. E isso se tornou evidente com algumas abordagens que poderiam ser

mais consistentes com o conhecimento mais completo das diretrizes do Guia Alimentar. As percepções sobre custo, praticidade e atratividade sensorial dos produtos ultraprocessados, bem como a confusão entre uma alimentação saudável e restrição alimentar aparecem como desafios aos profissionais, e a ênfase em nutrientes específicos, conflita as orientações do Guia Alimentar vigente. Essa dificuldade foi mensurada na escala de conhecimento revelando a falta de capacidade para orientar estratégias para economizar na aquisição de alimentos saudáveis. O Guia Alimentar oferece estratégias para superar esses obstáculos além de outras questões, enfatizando, portanto, a importância dos profissionais conhecerem o seu conteúdo. Por isso, promover o Guia é crucial para alinhar orientações com suas diretrizes e fomentar a alimentação adequada na ESF, requerendo conhecimento e uso apropriado deste documento oficial.

Em geral, o campo se mostra favorável para qualificações nesse tema, com os profissionais expressando esse desejo e reconhecendo sua responsabilidade e dos membros da equipe na PAAS. No entanto, há uma baixa confiança na equipe em efetivamente realizar essa promoção no território. Especificamente, os profissionais enfatizaram a necessidade de um nutricionista na equipe da ESF, demonstrando confiança em seu papel de apoio. Sugere-se que a baixa eficácia coletiva em parte, se deve à ausência desse profissional. Isso destaca a importância de capacitar e fortalecer toda a equipe, promovendo um esforço conjunto na PAAS. Sobretudo, sublinha o papel vital do nutricionista, não apenas como um ponto de referência na APS, mas como um membro integral da equipe da ESF. Sua presença é fundamental para estruturar iniciativas relacionadas à alimentação, melhorando a qualidade da atenção nutricional na APS, o que beneficia tanto a equipe quanto a população atendida.

Em síntese, este estudo ressalta a necessidade de investimentos na qualificação dos profissionais de saúde em alimentação e nutrição, bem como na implementação de estratégias que elevem sua autoeficácia e eficácia coletiva na aplicação das diretrizes do Guia Alimentar. Baseado nisso, uma sugestão relevante é a utilização dos "*Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar*".

Este estudo está em total consonância com a PNAN, envolvendo diretrizes importantes para o fortalecimento e organização da atenção nutricional na APS. Fomentado pela pesquisa e conhecimento em alimentação e nutrição, ele destaca a PAAS com ênfase na prevenção das DCNT, identificando a necessidade de qualificação da força de trabalho para melhor gestão das ações de alimentação e nutrição na APS.

Os resultados obtidos são valiosos para tomadas de decisões e futuras intervenções na área da nutrição em conjunto com a educação permanente aos profissionais voltados à atualização, especialmente neste município, mas também em contextos semelhantes. Ainda, destacam a necessidade de esforços contínuos para fortalecer a atuação dos profissionais de saúde na APS, contribuindo para uma população mais saudável e consciente em relação à alimentação.

REFERÊNCIAS

Almeida LB, Scagliusi FB, Duran AC, Jaime PC. Barriers to and facilitators of ultra-processed food consumption: perceptions of Brazilian adults. *Public Health Nutr.* 2018 Jan;21(1):68-76.

Andrade NMP, Dos Santos GMGC. O conhecimento sobre nutrição de profissionais de saúde em unidades básicas de saúde do município de Londrina-PR. *Rev. Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*, [S.l.], v. 28, n. 55, p. 39-52, jul. 2018.

Aquino WFS. Implementação da Educação Nutricional no Serviço Público de Saúde na visão de Profissionais de Saúde e Usuários deste serviço. Orientador: Soraia Augusta da Silva Campos. 2006. 91 p. Trabalho de conclusão de curso (Especialista em Políticas e Pesquisas em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2006.

Bandura A. *Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.

Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society.* 1989;2:411- 424.

Bardin L. *Análise de conteúdo.* Reto LA, Pinheiro A, tradutores. São Paulo: Edições 70, 2011.

Barreto ACO, Rebouças CB de A, Aguiar MIF de, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM, et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2019 Jan; 72:266–73. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9VjrrMMcnrxDBrjK5rdt9qXk/?lang=pt&format=pdf>

Boog MCF. Educação Nutricional em serviços públicos de saúde: busca de espaço para ação efetiva. Tese de Doutorado : Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 298p. 1996.

Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev. Nutr., Campinas*, v. 12, n. 3, p. 261-272, Dec. 1999.

Borelli M, Domene SM, Mais LA, Taddei JA. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. *Rev Cienc Saude Coletiva.* 2015;20(9):2765-2778.

Borges CA, Gabe KT, Canella DS, Jaime PC. Caracterização das barreiras e facilitadores para alimentação adequada e saudável no ambiente alimentar do consumidor [Internet]. *Cadernos de Saúde Pública.* 2021 ;37 art. e00157020 [16].

Bortolini GA, Moura ALP, de Lima AMC, Moreira HOM, Medeiros O, Diefenthaler ICM, de Oliveira ML. Guias alimentares: estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade. *Rev Panam Salud Publica.* 2019.

Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AN, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*. 2020.

Bortolini, GA et al. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021, v. 37, n. Suppl 1 [Acessado 31 Maio 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00152620>>.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, (DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*: 1990.

Brasil. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 11 junho 1999 [acesso fevereiro 2022]. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0710_10_06_1999.html

Brasil. Portaria no; 596, de 8 de abril de 2004. Instituir Grupo Técnico Assessor com a finalidade de proceder análise da Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde e, em caráter consultivo, fornecer subsídios e recomendar ao Ministério da Saúde posição a ser adotada frente ao tema. *Diário Oficial da União, Brasília*, nº; 69, p.25, 12 abr. 2004. Seção 2.

Brasil. Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 18 set.

Camossa ACA, Telarolli Junior R, Machado MLT. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. *Rev Nutr*. 2012; 25(1):89-106.

Castro IRR de. Challenges and perspectives for the promotion of adequate and healthy food in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015Jan;31(1):07–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010115>

Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER da, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012Dec;17(12):3289–300. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200014>

Christoffel MM, Castral TC, Daré MF, Montanholi LL, Scochi CGS. Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016May;69(3):552–8.

Claro RM, Maia EG, Costa BV de L, Diniz DP. Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(8):e00104715.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n° 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União*. 2016;98(98):44. Disponível em: <https://bit.ly/3l0NVJb>. Acesso em 05 maio 2022.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n° 580, de 22 de março de 2018. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS n° 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em resolução específica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2018;135(135):55. Disponível em: <https://bit.ly/3erWgmJ>. Acesso em 05 maio 2022.

Costa JPDC da, Moreira FED, Mello ALB, Vieira JEB. Equipes de saúde da família inconsistentes e impacto nos indicadores do Programa Previne Brasil relacionados ao pré-natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021 / Inconsistent family health teams and impact on Previne Brasil Program indicators related to prenatal care in the territory of the Federal District in the first four months of 2021. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2022 Feb. 17 [cited 2023 Aug. 31];5(1):3189-201. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/44227>

Costa K, Santana PR. A importância e o papel do nutricionista na Atenção Básica em Vitória de Santo Antão/PE. *Tempus*. 2011;5(4):67-85.

Cunha MS da, Sá M de C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013Jan;17(44):61-73.

DATASUS. Informações de saúde (TABNET) [Internet]; Acessado em mai. 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Equipes da Atenção Básica [internet]. Brasília (DF); 2023 [acesso em 19 de jul de 2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>.

E-Gestor – Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) [Internet]. [place unknown]; 2020 Dec 01 [cited 2021 Dec 15]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.html>

FAO/WHO. Preparation and Use of Food-Based Dietary Guidelines; 1997.

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa / Uwe Flick; tradução Joice Elias Costa. – 3. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009a.

Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009b.

Frensch J, Oliveira A. Adolescentes e saúde pública: integralidade setorial pode reduzir impactos econômicos promovidos por comorbidades metabólicas no sistema de saúde na fase adulta. *Gestus - Caderno de Administração e Gestão Pública*. 2022;4:35. DOI: 10.5380/gestus.v4i0.86060.

GBD, Global Burden of Disease Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019 May 11;393(10184):1958-1972. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30041-8. Epub 2019 Apr 4. Erratum in: *Lancet*. 2021 Jun 26;397(10293):2466. PMID: 30954305; PMCID: PMC6899507.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo : Atlas, 2008.

Giovanella, Ligia et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, suppl 1. 2021 [Acessado 28 Setembro 2023], pp. 2543-2556. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>>.

Gonzalez Fischer C, Garnett T. Plates, pyramids, planet - Developments in national healthy and sustainable dietary guidelines: a state of play assessment. Roma: FAO; 2016. 80 p.

Hartmann C, Dohle S, Siegrist M. Importance of cooking skills for balanced food choices. *Appetite*. 2013 Jun;65:125-31. doi: 10.1016/j.appet.2013.01.016. Epub 2013 Feb 10. PMID: 23402717.

Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, Lobelo F, Simões EJ, Gomes GO, Florindo AA, Bracco M, Moura L, Brownson RC, Pratt M, Ramos LR, Hallal PC. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health*. 2016 Oct 24;16(1):1114. doi: 10.1186/s12889-016-3778-2. PMID: 27776496; PMCID: PMC5078940.

IBGE – Panorama Santa Bárbara d'Oeste [Internet]; Acessado em Dez 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santa-barbara-doeste/panorama>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

Jaime PC et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1829-1836, 2018.

Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc*. 2012;21(4):884-894.

Leite CG, Mattos GCM, Reis NA, Campos ACV. Conhecimentos em nutrição dos enfermeiros do curso de especialização em Saúde da Família. *Rev. Ciência & Saúde*. v. 5(2): p. 71-78; 2012.

Lopes MS, Freitas PP, Carvalho MCR, Ferreira NL, Campos SF, Menezes MC, Lopes ACS. Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. *Fam Pract*. 2021 Feb 4;38(1):4-10. doi: 10.1093/fampra/cmaa117.

Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2).

Louzada ML, Canella DS, Jaime PC, Monteiro CA. Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira [Internet]. [local desconhecido]: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2019 [citado 3 maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/9788588848344>

Louzada ML, Costa CD, Souza TN, Cruz GL, Levy RB, Monteiro CA. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2021 [citado 10 maio 2022];37(supl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00323020>

Lustosa MA, Alcaires J, Costa JC da. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. *Rev. SBPH* [Internet]. 2011 Dez [citado 2023 Set 16]; 14(2): 27-49. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200004&lng=pt.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):335-42.

Maia, TM. Experiências na qualificação da força de trabalho e produção do cuidado em nutrição para a alimentação saudável na atenção primária. [tese]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2020.

Maia EG, Dos Passos C, Levy R, Bortoletto Martins A, Mais L, Claro RM. What to expect from the price of healthy and unhealthy foods over time? The case from Brazil. *Public Health Nutrition*. 2020;23(4):579-588. doi:10.1017/S1368980019003586.

Mais LM, Domene SM, Barbosa MB, Taddei JA. Formação de hábitos alimentares e promoção da saúde e nutrição: o papel do nutricionista nos núcleos de apoio à saúde da família – NASF. *Rev. APS*. 2015;18(2):248-255.

Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado IE, Passos VMA, Abreu DMX, Ishitani LH, et al . Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 20, supl. 1, p. 217-232, 2017.

Manzini, EJ. A entrevista na pesquisa social. *Didática*, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 7. Ed. – São Paulo : Atlas, 2010.

Martins, GA. Theóphilo, CR. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2016. ISBN 978-85-970-0907-1

Medeiros TM, Gomes ME, Medeiros PM, Almeida HK, Limeira AB, Nóbrega CS, Tinoco JD, Almeida GC. Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado [Internet]. Editora Científica Digital; 2021. Facilidades e dificuldades para implementação da educação interprofissional na atenção primária à saúde: revisão integrativa p. 242-54.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015. 193 p.: il. ISBN: 978-85-8071-034-2.

Minayo, MCS. Sanches, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

Minayo, MCS(org.), Deslandes SF, Gomes R. (org.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016. (Série Manuais Acadêmicos). p.9-28.

Minayo MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. Rev Pesq Qualit. 2017;5(7):01-12.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Departamento de Atenção Básica – 2. Ed. Ver. – Brasília (DF); 2007. 48 p.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF); 2008. 210 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde (BR), Ministério da Saúde. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de apoio a Saúde da Família – NASF. Brasília DF, 2008b.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília (DF); 2009.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / – 3. ed. – Brasília (DF); 2010.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b. 256 p.: il. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS ; v. 2.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022– Brasília (DF) 2011. 160 p.

Ministério da Saúde (BR), Portaria n. 2.488, 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília-DF, 2011b.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília (DF); 2013.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo para implementação da Agenda para intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF); 2013b.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira / Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília (DF); 2014. 156 p.

Ministério da Saúde (BR). Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.

Ministério da Saúde (BR). Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo: Metodologia de Trabalho em Grupos para Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016b. 168 p. il.

Ministério da Saúde (BR), Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 22 set. 2017, Seção 1, nº183, p. 68.

Ministério da Saúde (BR). Curso Planejamento Estratégico para organizações públicas. Módulo 4: Definindo a estratégia, construindo a Proposta de Valor e a Matriz SWOT. Brasília (DF): ENAP; 2017b.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF); 2017c.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40 p.

Ministério da Saúde (BR), Universidade de São Paulo. Manual instrutivo: implementando o guia alimentar para a população brasileira em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] . Brasília (DF); 2019. 143 p.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2018 - Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília (DF); 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Acessado em 06 de Abril de 2022.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] . Brasília (DF); 2021. 118 p.

Ministério da Saúde (BR), Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde: caderno de atividades educativas. Brasília: Ministério da Saúde; 2021b. 176 p. ISBN 978-65-5993-047-0.

Ministério da Saúde (BR), Universidade de São Paulo. Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta [recurso eletrônico] . – Brasília (DF); 2021c. 26 p.

Ministério da Saúde (BR), Universidade de São Paulo. Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa [recurso eletrônico] . – Brasília (DF); 2021d. 15 p.

Ministério da Saúde (BR), Universidade de São Paulo. Fascículo 3: Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes [recurso eletrônico] . – Brasília (DF); 2021e. 15 p.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF); 2022.

Ministério da Saúde (BR), Recomendações para o Fortalecimento da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde no Brasil [Versão Preliminar]. Brasília (DF); 2022b.

Ministério da Saúde (BR). Caderno do Gestor do PSE [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. 46 p. il.

Ministério da Saúde (BR), Universidade de São Paulo. Fascículo 4: Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de crianças de 2 a 10 anos [recurso eletrônico] . – Brasília (DF); 2022d. 23 p.

Ministério da Saúde (BR), Universidade de São Paulo. Fascículo 5: Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de pessoa na adolescência [recurso eletrônico] . – Brasília (DF); 2022e. 26 p.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR), Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília (DF); 2012. 68 p.

Ministério do Desenvolvimento Social (BR). Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional. Brasília/DF: MDS; 2018.

Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil - A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec; 1995.

Monteiro CA. Nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing. *Public Health Nutr.* 2009; 12:729-731. Doi: 10.1017/S1368980009005291.

Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, de Castro IRR, Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saúde Publica.* 2010; 26(11):2039-2049. Doi: 10.1590/S0102-311X2010001100005.

Monteiro CA, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obesity Reviews* [Internet]. 23 out 2013 [citado 10 maio 2022];14:21-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/obr.12107>

Monteiro CA, Cannon G, Levy R, Moubarac J-C, Jaime P, Martins AP, et al. NOVA. The star shines bright. *World Nutrition.* 2016; 7(1-3):28-38.

Monteiro CA, Cannon G, Lawrence M, Costa Louzada ML, Pereira Machado P. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome, FAO; 2019.

Monteiro CA, Cannon G, Levy R, Moubarac J, Louzada M, Rauber F, Khandpur N, Cediel G, Neri D, Martinez-Steele E, et al. Ultra-processed foods: What they are and how to identify them. *Public Health Nutrition.* 2019b;22(5):936-941. doi:10.1017/S1368980018003762.

Moubarac JC, Parra DC, Cannon G et al. Food Classification Systems Based on Food Processing: Significance and Implications for Policies and Actions: A Systematic Literature Review and Assessment. *Curr Obes Rep* 3, 256–272 (2014). <https://doi.org/10.1007/s13679-014-0092-0>

Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e32. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>

Oliveira KS, Silva DO, Souza WV. Barreiras percebidas por médicos do Distrito Federal para a promoção da alimentação saudável. *Cad saúde colet.* 2014;22(3):260–5.

Oliveira LPBA, Santos SMA. An integrative review of drug utilization by the elderly in primary health care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):163-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100021>

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde. Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas. Brasília (DF); 2018.

Pan American Health Organization (PAHO). Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications. Washington, D.C.: PAHO; 2015. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7699/9789275118641_eng.pdf Acessado em 06 de abril de 2022.

Pan American Health Organization (PAHO). Nutrient Profile Model. Washington (DC): PAHO; 2016.

Pedraza DF, Menezes TN, Costa GMC. Ações de alimentação e nutrição na estratégia saúde da família: estrutura e processo de trabalho. Food and nutrition actions in the family health strategy: structure and work process. *Rev Enferm UERJ*. 2016;24(4):e15848.

Pires ACL, Pereira Ramos MK, Moratori Alves MF, Dall Alba R, Bortolini GA, da Silva JRM. Um olhar para as experiências de Alimentação e Nutrição do Prêmio APS Forte. APS [Internet]. 4º de setembro de 2020 [citado 6º de abril de 2022];2(3):285-97. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/153>

Pimentel, VRM, Sousa MF, Ricardi ML, Hamann EM. Alimentação e nutrição no contexto da atenção básica e da promoção de saúde: A importância de um diálogo. *Rev. Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 487-498, out. 2013.

Recine E. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde/Elisabetta Recine, Marília Leão, Maria de Fátima Carvalho; [organização Conselho Federal de Nutricionistas]. - 3.ed. - Brasília, DF: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015.

Reis LC. Tecnologias de apoio à implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira na Atenção Básica [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2019. 229 p. Doutorado em Ciências.

Reis LCD, Jaime PC. Conhecimento e percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do Guia Alimentar na atenção básica. *Demetra (Rio J)*. 2019;14:e39140.

Reis, LC, Jaime, PC. Measuring professional self and collective efficacy for dietary advice in Primary Health Care. *Nutr Health*. 2021a Mar;27(1):49-57. doi: 10.1177/0260106020959595. Epub 2020 Nov 10. PMID: 33172345.

Reis, LC, Jaime, PC. Pool of items to measure Primary Health Care workers' knowledge on healthy eating. *Revista de Saúde Pública [online]*. 2021b, v. 55 [Accessed 15 May 2022], 55.

Roecker S, Budó M de LD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2012 Jun;46(3):641–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300016>

Rosa, MVFPC, Arnoldi, MAGC. *A entrevista na Pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados – 2 ed. – Belo Horizonte: Autêntica, 2014.*

Sampaio, RC; Lycarião, D. *Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação - Brasília: Enap, 2021.*

Santos AC. A inserção do nutricionista na Estratégia da Saúde da Família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Fam. Saúde Desenv.* 2005;7(3):257-265.

Santos LN, Carvalho FL. Inserção do nutricionista na equipe mínima da Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. *Rev Baiana Saude Publica* [Internet]. Março de 2019 [citado em 17 de setembro de 2023];43:222-9. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n0.a3226>

Schimith MD, Lima MAD da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 Nov;20(6):1487–94.

Silva AR e et al. Qualificação à distância para promoção da alimentação adequada e saudável no Sistema Único de Saúde. *Demetra (Rio J).* 2022;17:e66168.

Silva MAS, de Paula MAB. Uso de recursos e estratégias pedagógicas na Saúde da Família. *Rev Ens Educ Ciên Humanas.* 2016;17:181-185. DOI: 10.17921/2447-8733.2016v17n2p181-185.

Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2021;34:eAPE02631. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.

Spink MJP, Brigagão JIM, Nascimento VLV, Cordeiro MP. *A produção de informação na pesquisa social.* 1st ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014. Capítulo 3, Entrevistas: Negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade; p. 57-72.

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group. *Int J Qual Heal Care.* 2007;19(6):349–57.

Tonial SR. *Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundancia.* Instituto de Materno Infantil de Pernambuco. Série: Publicações Científicas do Instituto de Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), n.2. Recife, 2001.

Tramontt CR. *Impacto de uma intervenção educativa para implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira na atenção básica em saúde* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2020. 175 p. Doutorado em Ciências.

Tramontt CR, Jaime PC. Improving knowledge, self-efficacy and collective efficacy regarding the Brazilian dietary guidelines in primary health care professionals: a community controlled trial. *BMC Family Practice*. 2020.

Tramontt CR, Baraldi LG, Maia T, Jaime PC. Conhecimento, autoeficácia e práticas profissionais relacionadas ao Guia Alimentar para a população brasileira na atenção primária à saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2023;31(3).

Van Der Horst K, Brunner TA, Siegrist M. Fast food and take-away food consumption are associated with different lifestyle characteristics. *J Hum Nutr Diet*. 2011 Dec;24(6):596-602. doi: 10.1111/j.1365-277X.2011.01206.x. Epub 2011 Sep 2. PMID: 21883532.

Vasconcelos ACCP de, Magalhães R. Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: reflexões a partir da experiência da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2016Jan;20(56):99–110.

Villacorta DB, Barros CA, Macedo BF, Caldato MC. Nutritional Education: a Gap in Medical Training. *Rev Bras Educ Medica*. 2020;44(4).

World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 2000.

World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh world health assembly. [WHA57.17]. May 22; 2004. Disponível em: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf. Acesso em: 05 maio 2022.

World Health Organization. WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. Genebra, Suíça, 9 dez. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>. Acesso em: 8 maio 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS TEMAS QUE SERÃO AVALIADOS

Roteiro de questões norteadoras	Temas para serem avaliados
<p>Você poderia me contar um pouco sobre a sua rotina de trabalho na ESF?</p> <p>Em sua rotina, fale sobre os casos e/ou queixas mais comuns que você atende.</p>	<p>I – Rotina de trabalho na ESF;</p>
<p>E na sua experiência, como você percebe a relação entre os casos que você atende com questões relacionadas à alimentação e nutrição?</p>	<p>II – Conhecimento dos profissionais em relação aos casos que atendem com a alimentação e nutrição;</p>
<p>Quais são as demandas de alimentação e nutrição mais comuns/frequentes no território que você atende?</p>	<p>III – Demandas de alimentação e nutrição mais comuns que os profissionais observam;</p>
<p>Considerando essas demandas relacionadas à alimentação que você identificou, como essas questões de alimentação e nutrição são abordadas em sua rotina com os pacientes e familiares?</p>	<p>IV – Contexto sobre a abordagem de questões sobre alimentação e nutrição na rotina do profissional;</p>
<p><i>“A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável compreende um grupo de estratégias de intervenção sobre os determinantes da saúde, que favorecem escolhas alimentares saudáveis com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, contribuindo para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas associadas e outras relacionadas à alimentação e nutrição.”</i> (Ministério da Saúde, 2013).</p>	<p>V – Percepção sobre a importância da alimentação na rotina de atendimento na ESF;</p>

<p>Considerando essa informação, qual sua percepção sobre a importância da PAAS em sua rotina na ESF.</p>	
<p>E como você considera sua atuação (seu papel) nessa ação de promoção da alimentação adequada e saudável no território que você atende?</p>	<p>VI – Compreensão sobre o papel do profissional na PAAS;</p>
<p>O Ministério da Saúde propõe que ações de PAAS devem ser de responsabilidade compartilhada entre todos profissionais da EqSF e APS. Qual sua percepção sobre isso? Na sua prática na ESF, como vivencia essa questão?</p>	<p>VII – Consideração dos profissionais sobre a responsabilidade compartilhada no tocante as ações de PAAS;</p>
<p>Em sua concepção, quais os principais fatores que interferem positivamente na efetivação das ações de PAAS em sua rotina de atendimentos na ESF? E quais interferem negativamente? Como você acredita que esses obstáculos possam ser superados?</p>	<p>VIII – Forças e fraquezas para efetivação da PAAS na equipe.</p>

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA



Seção 1 de 5

Questionário de caracterização aos médicos e enfermeiros de equipes de Estratégia de Saúde da Família

Esse questionário faz parte da pesquisa "A percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Bárbara d'Oeste sobre alimentação adequada e saudável".

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

2. 1 - Qual sua função na Estratégia de Saúde da Família (ESF)? *

Marcar apenas uma oval.

Enfermeiro (a)

Médico (a)

3. 2 - Unidade(s) em que atua: *

4. 3 - Data de Nascimento *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

5. 4 - Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

6. 5 - Ano de conclusão da graduação *

7. 6 - Durante sua graduação, você cursou alguma disciplina direcionada à nutrição?

Marcar apenas uma oval.

- Sim, disciplina obrigatória
 Sim, disciplina optativa
 Não

8. 7 - Tempo de trabalho em Estratégia de Saúde da Família (ESF): *

Marcar apenas uma oval.

- Menos que 1 ano
 De 1 a 5 anos
 De 5 a 10 anos
 Mais de 10 anos

9. 8 - Tempo de trabalho em ESF no município de Santa Bárbara d'Oeste? *

Marcar apenas uma oval.

- Menos que 1 ano
 De 1 a 5 anos
 De 5 a 10 anos
 Mais de 10 anos

10. 9 - Nos últimos 5 anos, você participou de algum curso sobre alimentação e nutrição com carga horária maior que 20 horas? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

11. 9.1 - Se você participou de algum curso sobre alimentação e nutrição com carga horária maior que 20 horas, descreva:

- Em que ano foi:
 - Quem ofereceu o curso: e;
 - Qual o tema do curso:

12. 10 - Nos últimos 5 anos, você participou de alguma palestra ou curso sobre alimentação e nutrição com carga horária menor que 20 horas? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

13. 10.1 - Se você participou de alguma palestra ou curso sobre alimentação e nutrição com carga horária menor que 20 horas, descreva:

- Em que ano foi:
 - Quem ofereceu o curso: e;
 - Qual o tema do curso:

Seção 2

Alimentação e nutrição no cotidiano de trabalho na ESF

14. 1 - Você costuma abordar sobre alimentação na sua rotina de atendimento? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

15. 2 - Em seus atendimentos, quais dos grupos etários e/ou queixas abaixo você *
considera ter alguma dificuldade em abordar alimentação e nutrição?

Marque todas que se aplicam.

- Gestante
 Crianças menores de 2 anos
 Crianças maiores de 2 anos
 Adolescentes
 Adultos
 Idosos
 Baixo peso
 Excesso de peso / Obesidade
 Deficiência nutricional específica
 Diabetes
 Hipertensão
 Câncer
 Doenças Renal Crônica
 Outras doenças crônicas
 Parasitoses, infecções sexualmente transmissíveis
 Transtornos alimentares
 Vegetarianismo / Veganismo
 Não tenho dificuldade em abordar alimentação e nutrição
 Outro: _____

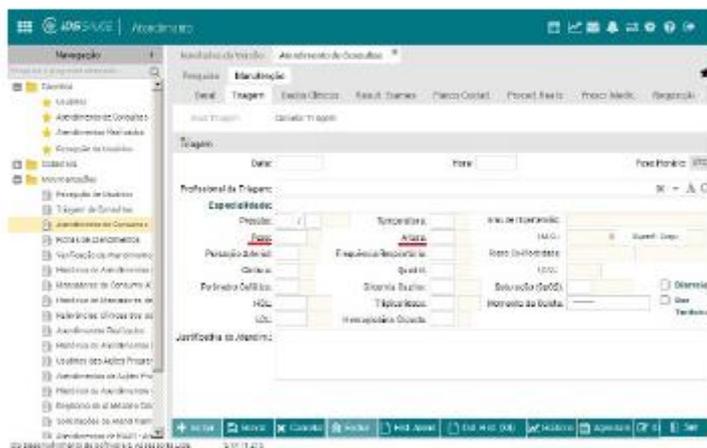
16. 3 - Quais grupos abaixo você realiza avaliação antropométrica em sua rotina *
de atendimento?

Marque todas que se aplicam.

- Gestante
 Crianças menores de 6 meses
 Crianças de 6 a 23 meses
 Crianças de 2 a 9 anos
 Adolescentes
 Adultos
 Idosos
 Não realizo avaliação antropométrica

17. 3.1 - Se você realiza avaliação antropométrica, você registra as informações no campo de triagem do prontuário eletrônico?

Observação: No Sistema Olostech (novo sistema que está sendo implantado), os dados de peso e altura, ficam na primeira página de atendimento em "Pré-Consulta/Aferições".



Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

18. 4 - Quais grupos abaixo você avalia os marcadores de consumo alimentar propostos pelo SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) que permite avaliar os alimentos consumidos no dia anterior conforme apresentados na figura?

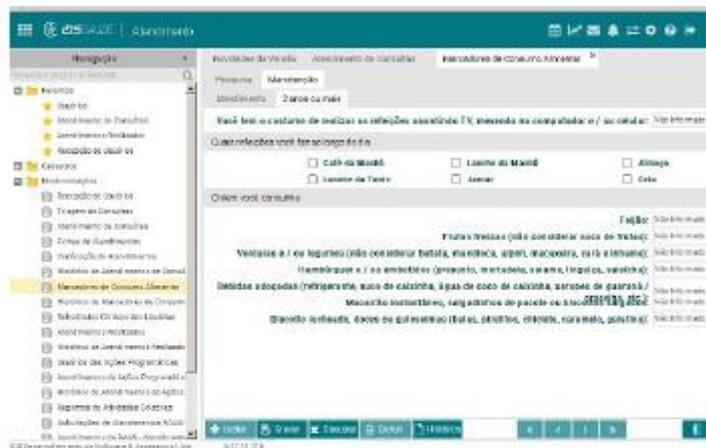
CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES	A criança comeu leite de peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Outro leite consumido:	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Agua/frá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES	A criança comeu leite de peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Outros, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassado?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não sabe
	Outros, a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassado <input type="radio"/> Passado no peneira <input type="radio"/> Liquidificado <input type="radio"/> Frit e cozido <input type="radio"/> Não sabe
	Outro leite consumido:	
	Outro leite que não o leite de peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como tempero, sem batata, mandioca/batata/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou abacaxi, cenoura, mandio, manga) ou folhas verdes escuras (couve, couve, beterraba, brócolis, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Mandioca cozida (farofa, assada, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Carne cozida, frango, peixe, porco, miúdos, ovelha ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Arroz, batata, inhame, almeirão/cabo/brócolis, feijão ou macarrão (sem ou industrializado)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
Hambúrguer e/ou embúrguer (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caqui, suco em pó, água de coco de caqui, sorvete de gelatim/groselha, suco de fruta com adoço de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgadinhos	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chocolate, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	
Você tem costume de realizar as refeições assistido à TV, usando no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	
Quais referências você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia		
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, IDOSOS E GESTANTES	Outros, você consumiu:	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Frutas (não considerar suco de fruta)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Vegetal e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, almeirão, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Hambúrguer e/ou embúrguer (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caqui, suco em pó, água de coco de caqui, sorvete de gelatim/groselha, suco de fruta com adoço de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgadinhos	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chocolate, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe

Marque todas que se aplicam.

- Gestantes
- Crianças menores de 6 meses
- Crianças de 6 a 23 meses
- Crianças maiores de 2 anos
- Adolescentes
- Adultos
- Idosos
- Não avalio marcadores de consumo alimentar propostos pelo SISVAN

19. 4.1 - Se você avalia os marcadores de consumo alimentar (SISVAN), você registra essas informações no prontuário eletrônico?

Observação: No Sistema Olostech (novo sistema que está sendo implantado), o registro dos Marcadores de Consumo Alimentar pode ser feito no ícone "Cons. Alimentar" localizado na primeira página de atendimento logo após as informações da "Pré-Consulta/Aferições".



Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

20. 5 - Você utiliza outras formas para avaliar o consumo/hábito alimentar dos pacientes que atende? *

Marque todas que se aplicam.

- Não
 Utilizo recordatório 24 horas
 Solicito o diário alimentar dos pacientes
 Realizo um questionário de frequência alimentar
 Outro: _____

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES COM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PARA OS GERENTES DAS UNIDADES)



Seção 1 de 2

Questionário de caracterização de unidades com Estratégia de Saúde da Família - direcionado aos gerentes das unidades

Esse questionário faz parte da pesquisa "A percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Bárbara d'Oeste sobre alimentação adequada e saudável".

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

2. 1 - Nome completo: *

3. 2 - Data de Nascimento *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

4. 3 - Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

5. 4 - Formação profissional *

6. 5 - Unidade(s) que gerencia *

Marque todas que se aplicam.

- Centro de Saúde II
- UBS Cruzeiro do Sul
- UBS 31 de Março
- UBS Planalto do Sol
- UBS São Fernando
- UBS Mollon

7. 6 - Quanto tempo você gerencia esta unidade de saúde *

Marcar apenas uma oval.

- Menos que 1 ano
 De 1 a 2 anos
 De 2 a 3 anos
 Mais de 3 anos

8. 7 - Qual o número total de equipe(s) de Estratégia de Saúde da Família (ESF) * na sua unidade?

Marcar apenas uma oval.

- 1 equipe
 2 equipes
 3 equipes
 4 equipes

9. 8 - O quadro de Equipes de Estratégia de Saúde da Família (EqSF) está * completo na sua unidade?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

10. 8.1 - Se você respondeu NÃO na questão 8, descreva quantos e quais são os profissionais que estão desfalcados:

11. 9 - Qual a porcentagem de cobertura da ESF no seu território? *

12. 10 - Qual o número de famílias assistidas pela ESF no seu território? *

Atividades de alimentação e nutrição no cotidiano da unidade

13. 1 - A unidade realiza grupo para gestantes? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

14. 2 - A unidade realiza grupo específico para diabéticos e hipertensos (Faça * Saúde)?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

15. 3 - A unidade realiza grupo específico para obesos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

16. 4 - A unidade realiza grupo de atividade física (Saúde e Movimento)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

17. 5 - A unidade realiza outros grupos educativos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

18. 5.1 - Se você respondeu SIM na questão 5, cite quais são outros grupos que a unidade realiza?

19. 6 - Em quais grupos educativos realizados pela equipe dessa unidade é abordado o tema alimentação saudável? *

Marque todas que se aplicam.

- Não é abordado o tema alimentação saudável nos grupos educativos
 Grupo de gestantes
 Grupo para diabéticos e hipertensos (Faça Saúde)
 Grupo para obesos
 Grupo de atividade física (Saúde e Movimento)
 Outro: _____

20. 7 - Quais os profissionais desta unidade são responsáveis e/ou participam dos grupos educativos? *

Marque todas que se aplicam.

- Gerente
 Enfermeiro
 Médico
 Dentista
 Assistente Social
 Farmacêutico
 Agente Comunitário de Saúde (ACS)
 Técnico de enfermagem
 Técnico de farmácia
 Técnico em saúde bucal
 Auxiliar de enfermagem
 Outro: _____

26. 10.2 - Se você respondeu SIM na questão 10, selecione quais profissionais normalmente realizam avaliação antropométrica dos pacientes?

Marque todas que se aplicam.

- Gerente
- Enfermeiro
- Médico
- Dentista
- Assistente social
- Farmacêutico
- Agente Comunitário de Saúde (ACS)
- Técnico de enfermagem
- Técnico de farmácia
- Técnico em saúde bucal
- Auxiliar de enfermagem
- Outro: _____

27. 11 - Quais grupos abaixo a equipe costuma realizar avaliação dos marcadores de consumo alimentar propostos pelo SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) que permite avaliar os alimentos consumidos no dia anterior conforme apresentados na figura? *

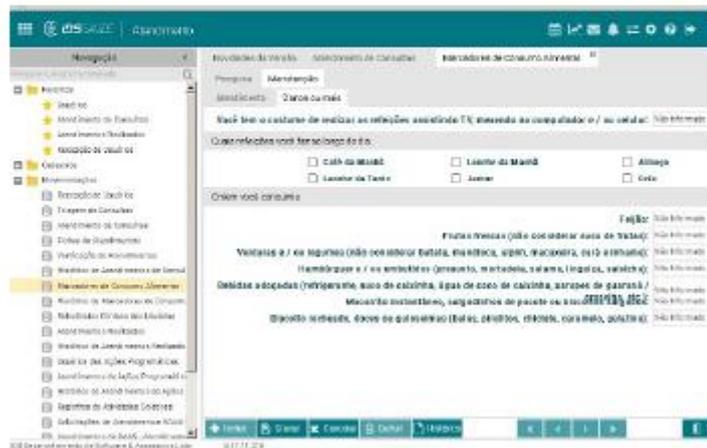
CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES**	A criança comeu leite de peito?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Detete a criança consome:						
	Hingua	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Agua/tê	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Comida de sol (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	A criança comeu frutas, leite de peito?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Detete, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassado?						
Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 vezes	<input type="radio"/> 3 vezes ou mais	<input type="radio"/> Não Sabe			
Detete a criança comeu comida de sol (de panela, papa ou sopa)?							
Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 vezes	<input type="radio"/> 3 vezes ou mais	<input type="radio"/> Não Sabe			
Se sim, essa comida foi oferecida:							
	<input type="radio"/> Em porções	<input type="radio"/> Amassado	<input type="radio"/> Possível no peito	<input type="radio"/> Liquidificado			
	<input type="radio"/> Feito e cozido	<input type="radio"/> Não Sabe					
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	Detete a criança consome:						
	Outro leite que não o leite de peito	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hingua com leite	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Legume	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Legumes (não considerar os utilizados como tempero, sem batata, mandioca/alpim/macaxeira, cari e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, melancia, morango) ou folhas verde-escuras (couve, coum, beterraba, batata, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Verdura de folha (alface, couve, repolho)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Carne (do, frango, peixe, porco, miúdo, estrão) ou ovo	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fígado	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Folho	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Arroz, batata, inhame, alpim/macaxeira/transiliana, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguíça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, sorvetes de gelatina/grosseta, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Você tem costume de realizar as refeições assistido à TV, usando no computador e/ou celular?						
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã	<input type="checkbox"/> Lanche da manhã	<input type="checkbox"/> Almoço	<input type="checkbox"/> Lanche da tarde	<input type="checkbox"/> Jantar	<input type="checkbox"/> Ceia
	Detete, você consome:						
	Folho	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, alpim, macaxeira, cari e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguíça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, sorvetes de gelatina/grosseta, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				

Marque todas que se aplicam.

- Beneficiários do Auxílio Brasil (Bolsa Família)
- Gestantes não beneficiárias do Auxílio Brasil (antigo Bolsa Família)
- Crianças menores de 6 meses não beneficiárias do Auxílio Brasil (antigo Bolsa Família)
- Crianças de 6 a 23 meses não beneficiárias do Auxílio Brasil (antigo Bolsa Família)
- Crianças maiores de 2 anos não beneficiárias do Auxílio Brasil (antigo Bolsa Família)
- Adolescentes
- Adultos não beneficiários do Auxílio Brasil (antigo Bolsa Família)
- Idosos
- Não realizam avaliação dos marcadores de consumo alimentar

28. 11.1 - A equipe registra os marcadores de consumo alimentar no prontuário eletrônico?

*Observação: No Sistema Olostech (novo sistema que está sendo implantado), o registro dos **Marcadores de Consumo Alimentar** pode ser feito no ícone "Cons. Alimentar" localizado na primeira página de atendimento logo após as informações da "Pré-Consulta/Aferições".*



Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

29. 11.2 - Se você respondeu SIM na questão 11, selecione quais profissionais normalmente avaliam os **marcadores de consumo alimentar** dos pacientes?

Marque todas que se aplicam.

- Gerente
 Enfermeiro
 Médico
 Dentista
 Assistente social
 Farmacêutico
 Agente Comunitário de Saúde (ACS)
 Técnico de enfermagem
 Técnico de farmácia
 Técnico em saúde bucal
 Auxiliar de enfermagem
 Outro: _____

30. 12 - A equipe dessa unidade utiliza os dados da avaliação antropométrica e/ou consumo alimentar da população do território para planejar as ações?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

31. 13 - Quais casos abaixo, a equipe consegue identificar, acolher e realizar o cuidado nutricional sem apoio ou matriciamento de nutricionista? *

Marque todas que se aplicam.

- Baixo peso
- Excesso de peso / Obesidade
- Deficiência nutricional específica
- Diabetes
- Hipertensão
- Câncer
- Doença Renal Crônica
- Outras doenças crônicas
- Parasitoses, infecções sexualmente transmissíveis
- Transtornos alimentares
- Vegetarianismo/Veganismo
- Outro: _____

32. 14 - Quais os casos mais comuns que a equipe necessita de apoio/matriciamento de nutricionista? *

Marque todas que se aplicam.

- Baixo peso
- Excesso de peso / Obesidade
- Deficiência nutricional específica
- Diabetes
- Hipertensão
- Câncer
- Doença Renal Crônica
- Outras doenças crônicas
- Parasitoses, infecções sexualmente transmissíveis
- Transtornos alimentares
- Vegetarianismo/Veganismo
- Outro: _____

33. 15 - Quais os casos mais comuns que a equipe realiza encaminhamento para nutricionista? *

Marque todas que se aplicam.

- Baixo peso
- Excesso de peso / Obesidade
- Deficiência nutricional específica
- Diabetes
- Hipertensão
- Câncer
- Doença Renal Crônica
- Outras doenças crônicas
- Parasitoses, infecções sexualmente transmissíveis
- Transtornos alimentares
- Vegetarianismo/Veganismo
- Outro: _____

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO AOS MÉDICOS E ENFERMEIROS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARTICIPANTES: MÉDICOS E ENFERMEIROS

Pesquisa: “A percepção de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família do município de Santa Bárbara d’Oeste sobre a alimentação adequada e saudável”

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) para participar dessa pesquisa que tem por objetivo central analisar a percepção sobre a alimentação adequada e saudável de médicos e enfermeiros em sua prática na Estratégia de Saúde da Família no município de Santa Bárbara d’Oeste. Por isso, participarão dessa pesquisa, médicos, enfermeiros e gerentes de unidades de Estratégia de Saúde da Família e não serão incluídos outros profissionais além desses. O que motivou a pesquisa foi a necessidade de compreender a percepção dos profissionais em relação à alimentação adequada e saudável e identificar as lacunas de conhecimento que interferem na orientação alimentar e nutricional aos pacientes. Os benefícios deste projeto subsidiarão a elaboração de materiais informativos e/ou de formação conforme a necessidade das equipes. Para isso, você responderá um questionário online dividido em duas partes com tempo previsto de 30 minutos; na primeira parte você preencherá informações pessoais e de formação profissional, já a segunda parte contará com três escalas sobre conhecimento e eficácia para ações de promoção da alimentação adequada e saudável, a primeira escala você terá afirmações que optará entre “verdadeiro” ou “falso” ou “não sei”, e as outras duas escala você poderá externar sua reação conforme o nível de concordância ou discordância escolhendo de “nada confiante” até “muito confiante” e de “falso” até “muito verdadeiro” de acordo com sua percepção em relação as afirmações apresentadas. O questionário e as escalas serão enviados por e-mail e você responderá no período que desejar conforme sua disponibilidade. Você também participará de uma entrevista presencial individual com a pesquisadora com duração estimada de uma hora, agendada antecipadamente com ciência da gerência da unidade, de modo a não prejudicar a agenda de atendimento nem a assistência ao paciente. A entrevista será gravada somente para posterior transcrição e análise pela pesquisadora, que se compromete a utilizar os dados de forma anônima e confidencial, garantindo o sigilo das informações fornecidas. Vale destacar que a pesquisa não tem caráter avaliativo, a importância é de compreender seu entendimento referente ao tema abordado. Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que pode haver desconforto quanto ao tempo dispensado ou constrangimento no preenchimento do questionário e das escalas ou durante a entrevista. Em caso de algum dano decorrente da pesquisa você será acolhido pela pesquisadora e encaminhado ao serviço necessário pela Rede de Atenção à Saúde deste município para receber assistência de forma gratuita. Sua participação é voluntária, sem custo e você não receberá nenhuma vantagem financeira, nem ressarcimentos referentes à pesquisa. Sobretudo, você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem nenhuma penalização por isso. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados em reunião com os participantes.

Caso tenha alguma dúvida ou desejar qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Hariane Thaine Bueno Rodrigues das 10h às 16h, de segunda a quinta-feira no endereço Rua Graça Martins, 45, Centro, Santa Barbara d’Oeste, e-mail: hariane.rodrigues@santabarbara.sp.gov.br ou (19) 99134-9464.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde de São Paulo (CEPIS) que garante a proteção dos participantes e é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos. Em caso de dúvida sobre os procedimentos éticos da pesquisa o CEPIS deve ser contatado no endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 10:00 às 16:00 horas ou pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br ou pelo telefone (11) 3116-8648.

Este termo será impresso em duas vias assinadas por você e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um. Se concordar em participar dessa pesquisa, informe no campo abaixo o seu consentimento:

- () Sim, concordo em participar voluntariamente da pesquisa.
() Não, não desejo participar dessa pesquisa.

Santa Barbara d’Oeste, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do responsável pela pesquisa

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO AOS GERENTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARTICIPANTES: GERENTES

Pesquisa: “A percepção de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família do município de Santa Bárbara d’Oeste sobre a alimentação adequada e saudável”

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) para participar dessa pesquisa que tem por objetivo central analisar a percepção sobre a alimentação adequada e saudável de médicos e enfermeiros em sua prática na Estratégia de Saúde da Família no município de Santa Bárbara d’Oeste. Por isso, participarão dessa pesquisa, médicos, enfermeiros e gerentes de unidades de Estratégia de Saúde da Família e não serão incluídos outros profissionais além desses. O que motivou a pesquisa foi a necessidade de compreender a percepção dos profissionais em relação à alimentação adequada e saudável e identificar as lacunas de conhecimento que interferem na orientação alimentar e nutricional aos pacientes. Os benefícios deste projeto subsidiarão a elaboração de materiais informativos e/ou de formação conforme a necessidade das equipes e unidades. Para isso, você responderá um questionário online com informações referentes às características da unidade e das atividades que a equipe realiza referente a alimentação adequada e saudável no território. O link para o questionário será enviado por e-mail e você responderá no período que desejar conforme sua disponibilidade. O tempo previsto para responder o questionário é de 15 minutos. A pesquisadora se compromete a utilizar os dados de forma anônima e confidencial, garantindo o sigilo das informações fornecidas. Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que pode haver desconforto referente ao tempo para preenchimento do questionário ou insegurança quanto à utilização das informações das unidades, no entanto a pesquisa é conhecida e aprovada pelo setor de Planejamento e Coordenação da Atenção Básica em Saúde do município. Em caso de algum dano decorrente da pesquisa você será acolhido pela pesquisadora e encaminhado ao serviço necessário pela Rede de Atenção à Saúde deste município para receber assistência de forma gratuita. Sua participação é voluntária, sem custo e você não receberá nenhuma vantagem financeira, nem ressarcimentos referentes à pesquisa. Sobretudo, você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem nenhuma penalização por isso. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados em reunião com os participantes.

Caso tenha alguma dúvida ou desejar qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Hariane Thaine Bueno Rodrigues das 10h às 16h, de segunda a quinta-feira no endereço Rua Graça Martins, 45, Centro, Santa Barbara d’Oeste, e-mail: hariane.rodrigues@santabarbara.sp.gov.br ou (19) 99134-9464.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde de São Paulo (CEPIS) que garante a proteção dos participantes e é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos. Em caso de dúvida sobre os procedimentos éticos da pesquisa o CEPIS deve ser contatado no endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 10:00 às 16:00 horas ou pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br ou pelo telefone (11) 3116-8648.

Este termo será impresso em duas vias assinadas por você e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um. Se concordar em participar dessa pesquisa, informe no campo abaixo o seu consentimento:

- () Sim, concordo em participar voluntariamente da pesquisa.
() Não, não desejo participar dessa pesquisa.

Santa Barbara d’Oeste, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do responsável pela pesquisa

APÊNDICE F – RESUMO EXECUTIVO

INTRODUÇÃO

Atualmente, em Santa Bárbara d'Oeste os cuidados relacionados à alimentação saudável na atenção primária à saúde (APS) são limitados, muitas vezes ocorrendo somente quando os pacientes são encaminhados a nutricionistas ou participam de atividades educativas específicas. Nas consultas de rotina, é possível e recomendável que qualquer profissional de saúde das equipes de saúde da família aborde questões alimentares. No entanto, com frequência, questões que poderiam ser resolvidas na APS são encaminhadas para serviços especializados, privando os pacientes de orientações alimentares básicas. Além disso, embora alguns profissionais possam abordar o tema, essa abordagem pode carecer de referências seguras, criando disparidades dentro da equipe em relação ao assunto. Essa lacuna pode resultar em prejuízos à saúde e à qualidade de vida dos usuários, contribuindo para o cenário desfavorável das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que hoje são as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo.

Muitas das DCNT e comorbidades podem ser prevenidas e tratadas com intervenções não invasivas e de baixo custo para o serviço público, através de abordagens informativas e educativas. A má alimentação é um dos principais fatores de risco associados à carga global de doenças em todo o mundo. Assim, torna-se evidente a necessidade de priorizar a promoção de uma alimentação adequada e saudável como parte das políticas de saúde pública.

Considerando a presença mais significativa de médicos e enfermeiros na APS do município, podemos afirmar que eles desempenham um papel central no cuidado à saúde, permitindo o reconhecimento precoce dos primeiros fatores de risco para os pacientes e suas famílias. Neste sentido, é importante identificar as percepções e lacunas de conhecimento dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à alimentação saudável, para que seja possível elaborar um programa de qualificação para atender às necessidades identificadas.

A ampliação do conhecimento e das habilidades dos profissionais de saúde e o aumento no acesso da população a orientações nutricionais durante suas interações habituais com médicos e enfermeiros na APS irão fortalecer a promoção de hábitos alimentares saudáveis, aprimorar a saúde da população, reduzir os riscos relacionados à alimentação e nutrição e prevenir doenças, fortalecendo, assim, a APS como um todo.

A PESQUISA E SEUS RESULTADOS

Foram realizadas entrevistas e aplicados questionários com os médicos e enfermeiros da ESF no município de Santa Bárbara d'Oeste/SP para captar como eles percebem e entendem a orientação de alimentação adequada e saudável em suas rotinas. Dessa forma, foi possível compreender a visão, o conhecimento e os desafios enfrentados pelos profissionais em relação às diretrizes alimentares propostas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, um documento do Ministério da Saúde que traz diretrizes e alimentares oficiais para nossa população.

Entre os resultados, destacaram-se disparidades na formação em nutrição entre os profissionais e a recente entrada na ESF da maioria deles. Além disso, a ausência de grupos educativos direcionados a alimentação saudável em algumas unidades, o que sugere uma oportunidade perdida, considerando a alta prevalência de DCNT. A falta de envolvimento dos diversos profissionais da unidade nas atividades relacionadas à

alimentação e nutrição pode resultar em uma abordagem fragmentada e menos eficaz na promoção de hábitos alimentares saudáveis. Os resultados também indicam a carência de conhecimento dos médicos e enfermeiros em relação ao Guia Alimentar, com lacunas e inseguranças na aplicação prática de suas diretrizes.

No entanto, os profissionais reconhecem a importância da alimentação na saúde e na rotina de atendimento, valorizam as iniciativas de promoção de uma alimentação adequada e saudável, e se veem como agentes influentes nessas mudanças de hábitos, mas foram identificadas algumas limitações internas na dinâmica de trabalho e da equipe que podem impactar negativamente as ações de promoção da alimentação adequada e saudável. São elas:

- a alta demanda e falta de tempo;
- não alinhamento e envolvimento da equipe no que diz respeito a realização dessas ações;
- carência em qualificação, especialmente em temas relacionados à alimentação adequada e saudável;
- insuficiência de recursos de apoio para educação em alimentação e nutrição.

A ausência do nutricionista na equipe de ESF também foi identificada como uma fraqueza.

Apesar desses desafios, os profissionais demonstraram um forte interesse em melhorar seu desempenho para proporcionar um atendimento de maior qualidade aos pacientes no que tange à nutrição. Reconhecem que a abordagem sobre alimentação e nutrição na APS pode ter um impacto positivo para a equipe como para os pacientes com a redução e controle de doenças e comorbidades. E valorizam também o envolvimento de toda equipe da ESF na realização das ações de promoção da alimentação adequada e saudável.

Estudos anteriores demonstraram que a qualificação em relação ao Guia Alimentar pode melhorar o entendimento dos profissionais, impactando diretamente em suas práticas nutricionais. O conhecimento desempenha um papel-chave na construção da autoeficácia, a qual influencia a motivação e o desempenho dos profissionais. Além disso, é fundamental para que os profissionais confiem na equipe como um todo para aplicar o Guia Alimentar de forma conjunta em suas rotinas.

PROPOSTA

Para incorporar o Guia Alimentar de maneira eficaz na rotina dos profissionais de saúde na APS, a proposta é a qualificação por meio do curso oferecido pelo projeto QualiGuia, uma parceria entre a Beneficência Portuguesa, Ministério da Saúde e Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (Nupens/USP). Este curso, programado para ser lançado no primeiro semestre de 2024 na plataforma Una-SUS, visa estimular e habilitar os profissionais de saúde da APS para incorporar os *'Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar'* à sua rotina de trabalho.

Os *'Protocolos de Uso do Guia Alimentar'* são ferramentas valiosas que apoiam os profissionais da saúde na incorporação das diretrizes e recomendações do Guia Alimentar. Esses protocolos fornecem aos profissionais um fluxograma prático utilizando os marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que possibilitam a identificação dos pontos críticos na alimentação dos indivíduos atendidos e indica recomendações para os profissionais orientem a alimentação adequada e saudável de maneira consistente e baseada em evidências. Dessa forma os protocolos constituem uma estratégia para superar os

desafios identificados na pesquisa ao estabelecer um conjunto padrão de práticas alinhadas com as diretrizes do Guia, garantindo a uniformidade das ações dos profissionais, e evitando inconsistências na orientação alimentar.

Essas diretrizes compartilhadas podem promover o trabalho em equipe, abordando a falta de envolvimento de todos os profissionais da unidade nas atividades relacionadas à alimentação e nutrição e preenchendo lacunas de conhecimento para aumentar a confiança dos profissionais na aplicação do Guia Alimentar vigente.

Em resumo, propõe-se um treinamento aos profissionais sobre o levantamento dos marcadores do consumo alimentar, conduzido pela referência técnica em nutrição do município. E posteriormente, os profissionais serão direcionados para participação do curso de incorporação dos Protocolos de Uso do Guia Alimentar que estará disponível na plataforma Una-SUS.

BENEFÍCIOS

Os benefícios da qualificação dos profissionais de saúde da ESF em alimentação e nutrição, com base nas recomendações do Guia Alimentar, são inúmeros e transformadores. Essa qualificação especializada oferece uma ferramenta personalizada para realização de orientação alimentar individual na APS, incentivando os profissionais de saúde a incluírem essas práticas em seu dia a dia, resultando em cuidados mais integrais e eficazes. Além disso, com essa proposta é possível ampliar a cobertura dos marcadores de consumo alimentar do SISVAN, já que é a forma prática de diagnóstico inicial sugerido pelos Protocolos de Uso do Guia Alimentar. No contexto geral, essa qualificação proporciona uma base sólida para a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de DCNT e comorbidades, possibilitando uma abordagem mais eficaz e preventiva na APS.

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

Este estudo identificou a ausência do nutricionista nas equipes de ESF como uma fraqueza significativa para as ações de promoção da alimentação adequada e saudável. O nutricionista desempenha um papel essencial no fortalecimento e na organização do cuidado nutricional na APS. Além disso, há uma alta demanda e a necessidade evidente de mais profissionais para apoiar e fortalecer essas ações na APS. É crucial ressaltar a importância do nutricionista dentro do contexto da APS. Sua presença é fundamental desde o cuidado individual do paciente, da família e da coletividade, como também para oferecer suporte e educação continuada aos profissionais da equipe. Portanto, destaca-se a necessidade de considerar a contratação desses profissionais para o avanço das ações de promoção da alimentação adequada e saudável no município. Essa contratação pode ser através do credenciamento de Equipes Multiprofissionais (eMulti) no município ou como membros orgânicos nas equipes de ESF.

Apesar deste estudo ter focado nos médicos e enfermeiros das equipes de ESF do município, seria bastante valiosa a extensão desta pesquisa a todos os profissionais da equipe de ESF, inclusive os ACS. Eles são reconhecidos como um elo crucial entre a equipe de saúde e a comunidade, e foram identificados como fortalezas na equipe e na promoção da alimentação adequada e saudável na ESF. Os resultados obtidos neste estudo oferecem um panorama compreensivo das práticas e necessidades relacionadas ao cuidado alimentar nesse contexto e por isso, sugere-se que as qualificações propostas sejam ampliadas a todos os membros da equipe.

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA GAB1 - MENSURAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE O GUIA ALIMENTAR BRASILEIRO

Item	Escore
01 - Estratégias de educação alimentar e nutricional que ampliam a autonomia dos usuários do serviço de saúde são aquelas que os fazem obedecer às orientações nutricionais transmitidas pelo profissional.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
02 - Uma Alimentação em que predominam os alimentos ultraprocessados traz consequências negativas ao meio ambiente.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
03 - Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados devem construir a base para uma alimentação saudável.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
04 - Uma alimentação em que predominam os alimentos ultraprocessados é mais barata que aquela em que predominam os alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
05 - Um copo de iogurte pronto para o consumo ou bebida láctea sabor morango corresponde a um copo de leite batido com morango para o café da manhã ou lanche da tarde.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
06 - A barra de cereal e os biscoitos integrais industrializados são boas opções para pequenas refeições.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
07 - Batata, arroz, feijão, castanhas e nozes são alimentos que devem ser evitados para se prevenir o ganho de peso.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
08 - O consumo de feijoada deve ser evitado por ser uma preparação que combina alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados com ingredientes culinários processados.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
09 - À noite, é preferível comer um lanche feito de pão de forma, queijo branco e peito de peru a um jantar feito de arroz, feijão, omelete e salada de alface com tomate.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
10 - O rótulo de um suco de maracujá em garrafa descreve os seguintes ingredientes: suco integral de maracujá, água, suco concentrado de maracujá, acidulante ácido cítrico, aroma idêntico ao natural, estabilizante goma xantana, conservadores benzoato de sódio e metabissulfito de sódio, corante natural carmim e antiespumante polidimetilsiloxano. A análise do rótulo indica que se trata de um alimento ultraprocessado.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
11 - Os nuggets de frango, desde que assados, podem substituir a carne de frango no almoço ou no jantar.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei

12 - Os óleos vegetais, como os de soja, milho, girassol ou de oliva, devem ser evitados nas preparações culinárias por serem fontes de gorduras e ricos em calorias.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
13 - O envolvimento com outras atividades (TV, celular, internet) durante a refeição pode reduzir o prazer proporcionado pela alimentação.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
14 - Restaurantes de comida por quilo são boas opções para quem realiza as refeições fora de casa por oferecerem variedade de alimentos e preparações culinárias feitas na hora.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
15 - Crianças que compartilham as refeições com os colegas na escola e os familiares em casa tendem a apresentar piores hábitos alimentares.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei
16 - As revistas e os programas de televisão são fontes confiáveis de informações sobre alimentação saudável.	1 - Verdadeiro 2 - Falso 3 - Não Sei

Fonte: Reis e Jaime, 2021b.

ANEXO B – ESCALA GAB2 – AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE AUTO-EFICÁCIA E EFICÁCIA COLETIVA

Parte A – Autoeficácia

Item	Escore
01 - Eu consigo orientar os usuários do serviço de saúde a combinar alimento na forma de refeições saudáveis.	1- Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante
02 - Eu consigo ensinar os usuários do serviço de saúde a analisar a lista de ingredientes dos rótulos de alimentos	1- Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante
03 - Eu consigo estimular os usuários do serviço de saúde a realizar as refeições em família ou e companhia sempre que possível	1- Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante
04 - Eu consigo dialogar com os usuários do serviço de saúde sobre os benefícios de comer com atenção.	1- Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante
05 - Eu consigo indicar fontes confiáveis de informação sobre alimentação saudável para os usuários do serviço de saúde.	1- Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante
06 - Eu consigo identificar no território os locais indicados para a aquisição de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados.	1- Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante
07 - Eu consigo auxiliar os usuários do serviço de saúde a aprimorar suas habilidades culinárias.	1- Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante
08 - Eu consigo estimular o senso crítico dos usuários do serviço de saúde quanto à publicidade de alimentos.	1- Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante
08 - Eu consigo estimular o senso crítico dos usuários do serviço de saúde quanto à publicidade de alimentos.	1- Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante

Item	Escore
09 - Eu consigo orientar os usuários do serviço de saúde sobre como economizar com a compra de alimentos saudáveis.	1 - Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante
10 - Eu consigo orientar os usuários do serviço de saúde como planejar o uso do tempo dedicado à alimentação.	1 - Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante
11 - Eu conheço o conteúdo do Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde.	1 - Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante
12 - Eu consigo promover a alimentação saudável no meu território de atuação usando a abordagem do Guia Alimentar para a População Brasileira.	1 - Nada Confiante 2 - Um pouco confiante 3 - Confiante 4 - Muito confiante

Parte B - Eficácia coletiva

Item	Escore
13 - A minha equipe é capaz de orientar os usuários do serviço de saúde a combinar alimentos na forma de refeições saudáveis.	1 – Falso 2 – Às vezes verdadeiro 3 – Verdadeiro 4 - Muito verdadeiro
14 - A minha equipe é capaz de ensinar os usuários do serviço de saúde a analisar a lista de ingredientes dos rótulos de alimentos.	1 – Falso 2 – Às vezes verdadeiro 3 – Verdadeiro 4 - Muito verdadeiro
15 - A minha equipe é capaz de orientar os usuários do serviço de saúde sobre como economizar com a compra de alimentos saudáveis.	1 – Falso 2 – Às vezes verdadeiro 3 – Verdadeiro 4 - Muito verdadeiro
16 - A minha equipe é capaz de indicar fontes confiáveis de informações sobre alimentação saudável para os usuários do serviço de saúde.	1 – Falso 2 – Às vezes verdadeiro 3 – Verdadeiro 4 - Muito verdadeiro
17 - A minha equipe é capaz de orientar os usuários do serviço de saúde como planejar o uso do tempo dedicado à alimentação.	1 – Falso 2 – Às vezes verdadeiro 3 – Verdadeiro 4 - Muito verdadeiro

Item	Escore
18 - A minha equipe é capaz de dialogar com os usuários do serviço de saúde sobre os benefícios de comer com atenção.	1 – Falso 2 – Às vezes verdadeiro 3 – Verdadeiro 4 - Muito verdadeiro
19 - A minha equipe é capaz de estimular os usuários do serviço de saúde a realizar as refeições em família ou em companhia sempre que possível.	1 – Falso 2 – Às vezes verdadeiro 3 – Verdadeiro 4 - Muito verdadeiro
20 - A minha equipe é capaz de auxiliar os usuários do serviço de saúde a aprimorar suas habilidades culinárias.	1 – Falso 2 – Às vezes verdadeiro 3 – Verdadeiro 4 - Muito verdadeiro
21 - A minha equipe é capaz de estimular o senso crítico dos usuários do serviço de saúde quanto à publicidade de alimentos.	1 – Falso 2 – Às vezes verdadeiro 3 – Verdadeiro 4 - Muito verdadeiro
22 - A minha equipe é capaz de identificar no território os locais indicados para a aquisição de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados.	1 – Falso 2 – Às vezes verdadeiro 3 – Verdadeiro 4 - Muito verdadeiro
23 - A minha equipe é capaz de empregar o Guia Alimentar para a População Brasileira nas ações de promoção da alimentação saudável.	1 – Falso 2 – Às vezes verdadeiro 3 – Verdadeiro 4 - Muito verdadeiro
24 - A minha equipe é capaz de promover a alimentação saudável no território de atuação usando a abordagem do Guia Alimentar para a População Brasileira.	1 – Falso 2 – Às vezes verdadeiro 3 – Verdadeiro 4 - Muito verdadeiro

Fonte: Reis, 2019.

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Bárbara d'Oeste sobre alimentação adequada e saudável

Pesquisador: HARIANE THAINE BUENO RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62525822.6.0000.5469

Instituição Proponente: Instituto de Saúde CEPIS - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.636.208

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado profissional em Saúde Coletiva. É um estudo transversal de abordagem qualitativa e quantitativa, com coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas, escalas e questionário de autopreenchimento. A análise dos dados qualitativos seguirá o referencial de análise de conteúdo temática e os dados quantitativos serão tabulados para análise descritiva. Levando em conta que as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) vêm aumentando progressivamente nos últimos anos e as dietas inadequadas estão entre os principais fatores de risco para essas doenças, políticas e ações focadas na promoção da alimentação adequada e saudável são essenciais para impactar a saúde e qualidade de vida da população principalmente na APS que disponibiliza um espaço privilegiado para essas ações. O nutricionista não está presente na composição mínima das equipes e o número desse profissional no âmbito público ainda é reduzido, exigindo a prática colaborativa entre as diferentes categorias profissionais das equipes. Assim, visa a compreender e identificar a percepção dos profissionais em relação à alimentação adequada e saudável e as lacunas de conhecimento que interferem na orientação alimentar e nutricional que estes profissionais realizam para poder subsidiar ações para qualificar o trabalho desses profissionais, melhorando a qualidade na assistência ofertada e retomando a integralidade do cuidado.

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar

Bairro: Bela Vista

CEP: 01.314-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3116-8648

E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

Continuação do Parecer: 5.636.208

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar a percepção e o conhecimento sobre alimentação adequada e saudável dos médicos e enfermeiros da ESF no município de Santa Bárbara d'Oeste/SP.

Objetivos específicos:

Caracterizar o perfil dos profissionais participantes da pesquisa; Caracterizar o perfil das unidades com ESF do município; Mensurar o conhecimento dos médicos e enfermeiros da ESF sobre o Guia Alimentar Brasileiro; Identificar a percepção de autoeficácia e eficácia coletiva na aplicação do Guia Alimentar em ações de promoção da alimentação adequada e saudável; Descrever as lacunas de conhecimento e dificuldades na rotina dos profissionais da ESF acerca das demandas de atenção nutricional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os riscos são mínimos, mas incluem a possibilidade de desconforto quanto ao tempo disponibilizado ou constrangimento no preenchimento do questionário, das escalas ou durante a entrevista. Para minimizá-los, serão explicados com clareza os objetivos da pesquisa, esclarecendo que a mesma não tem caráter avaliativo.

Benefícios:

Possibilidade de identificar as lacunas de conhecimento referente alimentação adequada e saudável das equipes de Estratégia de Saúde da Família do município e assim subsidiar a elaboração de materiais informativos e/ou de formação conforme a necessidade das equipes e, com essa qualificação das equipes, tornar mais acessível à população as recomendações para uma alimentação adequada e saudável.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem desenhado e escrito, temática relevante, com preocupação com a formação interdisciplinar dos profissionais da saúde, visando a prevenção de doenças crônicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os documentos necessários.

Apresenta dois TCLE (um para os gestores e um para os profissionais) em forma de convite, garante sigilo e anonimato, esclarece sobre a liberdade em se recusar a participar, retirar o consentimento ou mesmo interromper a participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo, informa riscos e benefícios. Informa que a devolutiva será feita ao final da pesquisa, quando os

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar

Bairro: Bela Vista

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.314-000

Telefone: (11)3116-8648

E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

**INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP**



Continuação do Parecer: 5.636.208

resultados serão apresentados em reunião com os participantes.

Traz as informações necessárias sobre o comitê de ética e da pesquisadora responsável.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1952467.pdf	26/08/2022 15:01:30		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoCompleta.pdf	26/08/2022 14:58:50	HARIANE THAINE BUENO	Aceito
Outros	QuestionariosCaracterizacao_Gerentes.pdf	23/08/2022 12:26:27	HARIANE THAINE BUENO	Aceito
Outros	QuestionariosCaracterizacao_MedicosEnfermeiros.pdf	23/08/2022 12:24:48	HARIANE THAINE BUENO	Aceito
Outros	Escalas_MedicosEnfermeiros.pdf	23/08/2022 12:22:32	HARIANE THAINE BUENO	Aceito
Outros	RoteiroNorteador_MedicosEnfermeiros.pdf	23/08/2022 12:20:57	HARIANE THAINE BUENO	Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	23/08/2022 12:18:47	HARIANE THAINE BUENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gerentes.pdf	23/08/2022 12:17:05	HARIANE THAINE BUENO RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MedicosEnfermeiros.pdf	23/08/2022 12:15:41	HARIANE THAINE BUENO RODRIGUES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	23/08/2022 12:14:19	HARIANE THAINE BUENO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/08/2022 12:06:53	HARIANE THAINE BUENO RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar

Bairro: Bela Vista

UF: SP

Telefone: (11)3116-8648

Município: SAO PAULO

CEP: 01.314-000

E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



Continuação do Parecer: 5.636.208

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 12 de Setembro de 2022

Assinado por:
Maritsa Carla de Bortoli
(Coordenador(a))