

## NUTRIÇÃO E CUIDADO INTEGRAL DE MULHERES COM 45 ANOS OU MAIS: MODELO TEÓRICO DE CUIDADO NUTRICIONAL INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

NUTRITION AND COMPREHENSIVE CARE FOR WOMEN AGED 45 AND OVER: A  
THEORETICAL MODEL OF COMPREHENSIVE NUTRITIONAL CARE IN PRIMARY  
HEALTH CARE

Aline Pirôpo dos Santos  
Gabrielle Christine Santos  
Adriana Andrade Soares  
Elaine Adriane Santos Galvão Beltrão  
Islândia da Costa Silva  
Clarissa Maria Gonçalves Machado  
Daniel Antonio Silva Dias  
Conceição de Maria Pinheiro Barros

**RESUMO:** Este artigo problematiza as abordagens predominantes do cuidado nutricional às mulheres com 45 anos ou mais na Atenção Primária à Saúde, considerando os limites teóricos que marcam sua organização. Parte-se do reconhecimento de que, embora a nutrição seja dimensão relevante do cuidado à saúde da mulher, predomina uma racionalidade centrada na regulação do risco e na correção de parâmetros metabólicos. O estudo tem como objetivo propor um Modelo Teórico de Cuidado Nutricional Integral na Atenção Primária à Saúde para esse grupo. Trata-se de investigação teórica de natureza analítica e propositiva, fundamentada em revisão crítica da literatura e articulada a referenciais da saúde coletiva e da ética do cuidado. O percurso analítico compreendeu a identificação dos limites do modelo normativo-prescritivo, a sistematização de fundamentos conceituais e a organização desses elementos em quatro eixos interdependentes: territorialidade e longitudinalidade do cuidado; reconhecimento das transformações corporais como processo vital; dimensão ética e relacional; e superação da centralidade exclusiva do risco. Conclui-se que o modelo proposto amplia o horizonte interpretativo do cuidado nutricional, ao inserir os parâmetros clínicos em uma compreensão mais abrangente da vida e das condições concretas das mulheres acompanhadas na APS, oferecendo referencial conceitual orientador para futuras investigações e para a qualificação do debate no campo da nutrição em saúde pública.

1

**Palavras-chave:** Nutrição. Saúde da mulher. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT:** This article problematizes the predominant approaches to nutritional care for women aged 45 years and older within Primary Health Care, considering the theoretical limits that shape its organization. Although nutrition is recognized as a relevant dimension of women's health care, a rationality centered on risk regulation and the correction of metabolic parameters remains prevalent. The study aims to propose a Theoretical Model of Integral Nutritional Care in Primary Health Care for this group. It is a theoretical investigation of an analytical and propositional nature, grounded in a critical review of the literature and articulated with references from public health and the ethics of care. The analytical path comprised the identification of the limits of the normative-prescriptive model, the systematization of conceptual foundations, and their organization into four interdependent axes: territoriality and longitudinality of care; recognition of bodily transformations as vital

processes; ethical and relational dimension; and overcoming the exclusive centrality of risk. The proposed model broadens the interpretative horizon of nutritional care by situating clinical parameters within a more comprehensive understanding of life and the concrete conditions of women followed in Primary Health Care, offering a conceptual framework to support future research and to qualify the debate in the field of public health nutrition.

**Keywords:** Nutrition. women's health. Primary Health Care.

## 1 INTRODUÇÃO

A nutrição, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), tem ocupado lugar relevante nas discussões sobre cuidado integral, especialmente quando se considera o processo de envelhecimento feminino e as transformações que atravessam o período do climatério. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS constitui espaço privilegiado para o acompanhamento longitudinal das mulheres com 45 anos ou mais, não apenas sob a perspectiva clínica, mas também nas dimensões sociais, culturais e subjetivas que atravessam o cuidado.

As políticas públicas voltadas à saúde da mulher reconhecem a importância do acompanhamento nessa fase da vida, conforme explicitado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011) e no Caderno de Atenção Básica nº 33 (BRASIL, 2013), que orientam a organização das ações na APS. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher estabelece que o cuidado deve considerar as especificidades do ciclo de vida feminino, incorporando ações de promoção, prevenção e assistência articuladas à realidade social das mulheres (BRASIL, 2011). O Caderno de Atenção Básica nº 33 reforça que o acompanhamento no climatério deve ocorrer de forma contínua e integrada à equipe multiprofissional, garantindo acolhimento e orientação qualificada (BRASIL, 2013)

Contudo, observa-se que as práticas nutricionais desenvolvidas na APS tendem a permanecer fortemente alicerçadas em abordagens biomédicas, centradas na prevenção de agravos e na regulação de riscos metabólicos. Essa perspectiva, embora relevante, mostra-se insuficiente quando considerada à luz da complexidade que envolve as transformações corporais, emocionais e sociais vivenciadas por mulheres nesse período. A centralidade do risco como categoria organizadora das práticas em saúde pode ser compreendida à luz da análise foucaultiana acerca dos dispositivos de regulação da vida, nos quais a mensuração, a classificação e a normalização dos corpos constituem mecanismos centrais da modernidade (FOUCAULT, 1988). No campo da nutrição, a racionalidade se expressa na ênfase em

indicadores antropométricos e metabólicos como parâmetros quase exclusivos de avaliação do cuidado.

A reflexão proposta por Canguilhem (2009) permite tensionar essa compreensão ao afirmar que o normal não se reduz a uma média estatística, mas corresponde à capacidade do organismo de instituir normas próprias frente às variações do meio. Ao reconhecer que a saúde envolve potência normativa e não mera adequação a valores médios, amplia-se a compreensão do cuidado nutricional para além da correção de desvios laboratoriais, incorporando a singularidade das experiências corporais no climatério.

O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) reafirma que a alimentação adequada e saudável é direito humano e deve considerar dimensões culturais, sociais e ambientais, superando a visão restrita de nutrientes isolados. O citado documento orienta que a promoção da alimentação adequada deve apoiar-se em práticas alimentares baseadas em alimentos in natura e minimamente processados, reconhecendo o impacto crescente dos produtos ultraprocessados sobre a saúde da população (BRASIL, 2014). Essa discussão é aprofundada por Monteiro et al. (2017), ao demonstrar que a expansão do consumo de ultraprocessados está associada a perfis alimentares inadequados e maior risco de doenças crônicas, configurando um desafio estrutural para as políticas públicas de nutrição.

3

No cenário contemporâneo, a dupla carga de má nutrição impõe desafios adicionais à organização dos sistemas de saúde. Relatório publicado no Bulletin of the World Health Organization destaca que fatores dietéticos respondem por parcela significativa da carga global de doenças, reforçando a necessidade de integração entre nutrição e atenção primária como estratégia estruturante para sistemas universais de saúde (KRAEF et al., 2020).

Nesse contexto, pensar o cuidado nutricional às mulheres com 45 anos ou mais exige reconhecer que o encontro clínico na APS não se restringe à prescrição alimentar. Conforme Ayres (2009), o cuidado em saúde implica dimensão intersubjetiva e responsabilidade ética, sendo construído no encontro entre sujeitos e orientado por projetos de vida. Tal compreensão desloca o foco exclusivo do controle de indicadores para a construção compartilhada de sentidos sobre alimentação, corpo e envelhecimento.

Diante desse quadro, este estudo parte do reconhecimento de que o cuidado nutricional na APS, embora normativamente orientado por princípios de integralidade, ainda se organiza predominantemente sob racionalidade prescritiva e centrada no risco. O problema que orienta esta investigação consiste em compreender como reconfigurar teoricamente esse cuidado de

modo a integrar dimensão biológica, social e ética, respondendo às especificidades das mulheres no climatério.

Este estudo tem como objetivo geral propor um Modelo Teórico de Cuidado Nutricional Integral na Atenção Primária à Saúde para mulheres com 45 anos ou mais. Como objetivos específicos, pretende-se: (i) analisar os limites do modelo normativo-prescritivo predominante; (ii) sistematizar fundamentos conceituais para uma abordagem ampliada do cuidado; e (iii) organizar esses fundamentos em eixos teóricos interdependentes capazes de orientar práticas na APS.

Metodologicamente, trata-se de investigação teórica de natureza analítica e propositiva, fundamentada em revisão crítica da literatura científica, documentos normativos e referenciais da saúde coletiva e da filosofia do cuidado, com organização conceitual orientada pela coerência interna entre fundamentos, objetivos e proposição do modelo.

## **2 LIMITES DO MODELO NUTRICIONAL NORMATIVO-PRESCRITIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A organização do cuidado nutricional na Atenção Primária à Saúde tem sido influenciada por uma racionalidade centrada na prevenção de agravos e no controle de fatores de risco. No caso das mulheres com 45 anos ou mais, essa orientação manifesta-se, sobretudo, na ênfase sobre alterações metabólicas, risco cardiovascular, ganho ponderal e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. A alimentação passa, então, a ocupar lugar estratégico na regulação do corpo, assumindo função predominantemente prescritiva. Nas últimas décadas, as políticas nutricionais passaram a enfatizar fortemente a prevenção de doenças crônicas por meio da modificação de padrões alimentares e do controle de fatores de risco associados à dieta (Monteiro et. al, 2018).

A centralidade da norma alimentar, traduzida em protocolos, metas antropométricas e indicadores bioquímicos, frequentemente se sobrepõe à escuta das experiências concretas das mulheres no território. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, Starfield (2002) destaca que práticas centradas exclusivamente em parâmetros clínicos e indicadores biomédicos podem limitar a compreensão das necessidades reais das pessoas e dos contextos em que vivem. Em diálogo com essa crítica, Monteiro et al. (2018) argumentam que a redução da alimentação a nutrientes e componentes isolados, característica do chamado nutricionismo, tende a obscurecer as dimensões sociais, culturais e ambientais que estruturam as práticas alimentares.

A abordagem clínica frequentemente privilegia intervenções focadas em indicadores fisiológicos e metabólicos, o que pode limitar a consideração das dimensões sociais e subjetivas que atravessam as práticas alimentares das mulheres nessa etapa da vida (SOARES et al., 2022).

Acredita-se que a ênfase exclusiva na prevenção e no risco pode produzir processos de medicalização da vida cotidiana. Como discute Canguilhem (2009, p. 40), “o normal não é um conceito estatístico, mas um conceito normativo”, relacionado à maneira como a vida estabelece suas próprias normas em interação com o meio. Isso indica que a própria ideia de normalidade está ligada a processos históricos e culturais de definição de normas. No campo da nutrição, esse fenômeno se expressa por meio do chamado nutricionismo, no qual alimentos são fragmentados em nutrientes e reorganizados segundo critérios técnico-científicos que desconsideram práticas culturais, trajetórias de vida e significados atribuídos à alimentação. Essa tendência também é discutida no debate contemporâneo sobre sistemas alimentares, no qual se destaca que a redução da alimentação a componentes nutricionais isolados pode obscurecer aspectos culturais, sociais e ambientais das práticas alimentares (MONTEIRO et al., 2018).

Nesse contexto, a alimentação deixa de ser compreendida como prática social e passa a ser tratada prioritariamente como instrumento de controle biológico. A mulher, por sua vez, é frequentemente posicionada como sujeito de risco, cuja responsabilidade individual é constantemente acionada na gestão do próprio corpo. Nessa perspectiva, as práticas biomédicas podem atuar também como formas de regulação dos corpos e dos comportamentos, especialmente quando associadas a discursos de risco e normalização das condutas em saúde (FOUCAULT, 1988).

A análise desse cenário pode ser aprofundada à luz da discussão sobre biopolítica, na medida em que o cuidado nutricional passa a integrar dispositivos de regulação da vida, orientados por parâmetros de normalidade. O corpo feminino no climatério tende a ser interpretado sob o prisma da disfunção ou do desvio em relação a padrões previamente estabelecidos, reforçando uma lógica de vigilância permanente.

Isso não significa negar a importância do acompanhamento clínico ou da prevenção de agravos, mas reconhecer que, quando isoladas, tais abordagens não contemplam a complexidade do processo vivido pelas mulheres nessa fase da vida. O climatério não se restringe a alterações hormonais; envolve transformações identitárias, mudanças na inserção social, reconfigurações familiares e redefinições de projetos de vida. Pesquisas sobre saúde da

mulher indicam que a experiência do climatério é atravessada por fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, o que exige abordagens de cuidado que considerem essa complexidade (SOARES et al., 2022; CASTRO; SILVA, 2025).

Na APS, cujo fundamento reside na integralidade e na longitudinalidade, o cuidado nutricional deveria dialogar com essa complexidade. Entretanto, observa-se que, muitas vezes, a organização do trabalho permanece orientada por demandas imediatas, metas programáticas e protocolos clínicos que limitam o espaço para a construção de práticas mais dialógicas. A integralidade do cuidado pressupõe considerar as necessidades reais das pessoas e os contextos em que vivem, superando abordagens exclusivamente centradas em protocolos biomédicos (STARFIELD, 2002).

A predominância do modelo normativo-prescritivo revela, portanto, um limite conceitual: ao centrar-se na regulação do risco, tende a fragmentar o cuidado e a reduzir a mulher a um conjunto de indicadores. Tal redução dificulta a incorporação de dimensões éticas, relacionais e territoriais que são constitutivas da própria proposta da Atenção Primária à Saúde.

A responsabilização individual pela adesão às recomendações alimentares pode desconsiderar condições concretas de vida, como renda, acesso a alimentos, organização do tempo e responsabilidades familiares. As escolhas alimentares são fortemente influenciadas por determinantes sociais, econômicos e ambientais, o que limita abordagens que atribuem exclusivamente ao indivíduo a responsabilidade por sua alimentação (MONTEIRO et al., 2018). O cuidado nutricional, quando transferido do território e das condições materiais de existência, corre o risco de reforçar desigualdades já presentes.

Desse modo, torna-se necessário reconhecer que o modelo normativo-prescritivo, embora relevante para a prevenção de agravos, não é suficiente para sustentar uma prática nutricional coerente com os princípios do SUS. É nesse ponto que emerge a necessidade de ampliação conceitual: não se trata de substituir o enfoque biomédico, mas de situá-lo em diálogo com fundamentos mais amplos de cuidado integral.

Essa análise dos limites não constitui rejeição da ciência nutricional, mas uma problematização de sua aplicação restrita quando desarticulada do contexto social e das singularidades das mulheres acompanhadas na APS. A partir dessa constatação, abre-se espaço para a sistematização de fundamentos capazes de sustentar um Modelo Teórico de Cuidado Nutricional Integral, apresentado nas seções subsequentes.

### 3 FUNDAMENTOS PARA UM CUIDADO NUTRICIONAL INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A análise dos limites do modelo normativo-prescritivo evidencia a necessidade de ampliar o horizonte conceitual que sustenta o cuidado nutricional na Atenção Primária à Saúde. Tal ampliação não implica a negação da dimensão clínica, mas sua inserção em um campo mais abrangente, no qual a alimentação seja compreendida como prática social, cultural e ética.

A integralidade, princípio estruturante do Sistema Único de Saúde, constitui ponto de partida fundamental para essa reflexão. No que se refere à APS, Starfield (2002) destaca que esse nível de atenção deve oferecer cuidado contínuo, abrangente e coordenado, orientado para as necessidades das pessoas e das comunidades. Compreendida não apenas como articulação entre níveis de atenção, mas como abordagem que reconhece o sujeito em sua complexidade, a integralidade demanda que o cuidado ultrapasse a fragmentação disciplinar e considere as múltiplas dimensões que atravessam o processo saúde-doença.

No caso das mulheres com 45 anos ou mais, o climatério não pode ser interpretado exclusivamente sob a ótica da deficiência hormonal ou do risco metabólico. Trata-se de um período marcado por transformações corporais, emocionais e sociais que reconfiguram a relação da mulher com o próprio corpo, com o trabalho, com a família e com o território. Considera-se que as mudanças hormonais e sociais dessa fase influenciam práticas alimentares, percepção corporal e qualidade de vida das mulheres (SOARES et al., 2022)

A alimentação, nesse contexto, assume significados que extrapolam a dimensão biológica. Reconhecer essa complexidade exige transformar a ideia de que o cuidado nutricional possui uma lógica centrada exclusivamente na prescrição para uma perspectiva que incorpore a escuta, o diálogo e a construção compartilhada de estratégias alimentares. A Atenção Primária à Saúde, ao organizar-se a partir da territorialização e da longitudinalidade, oferece condições para essa mudança. Starfield (2002) ressalta que a longitudinalidade permite acompanhar as pessoas ao longo do tempo, construindo relações de confiança que favorecem a continuidade do cuidado. A proximidade com o território possibilita compreender as condições concretas de vida das mulheres, suas redes de apoio, suas práticas alimentares e as barreiras enfrentadas no cotidiano. A longitudinalidade, por sua vez, permite acompanhar processos ao longo do tempo, reconhecendo que as mudanças corporais e comportamentais não se dão de forma imediata.

A noção de cuidado como prática ética amplia a compreensão do trabalho em saúde. Na concepção de Ayres (2009), o cuidado em saúde envolve responsabilidade diante da singularidade do outro e se constrói no encontro entre sujeitos, e não apenas na aplicação de técnicas. Essa dimensão ética recoloca a mulher no centro da relação, não como objeto de intervenção, mas como sujeito de sua trajetória.

Nesse sentido, o cuidado nutricional integral implica reconhecer a normatividade própria da vida, entendendo que o corpo não é mero receptor passivo de prescrições, mas organismo que se reorganiza, adapta-se e produz respostas singulares às transformações vividas. Como lembra Canguilhem, “o normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo, é a norma manifestada no fato” (CANGUILHEM, 2009, p. 40). A crítica à medicalização da alimentação e à centralidade do risco não conduz à desvalorização da ciência nutricional, mas à sua contextualização.

O conhecimento técnico é indispensável, porém insuficiente quando desvinculado das condições sociais e culturais que moldam as escolhas alimentares. A orientação alimentar, para ser efetiva, precisa dialogar com as possibilidades reais das mulheres, considerando renda, acesso a alimentos, organização do tempo e responsabilidades cotidianas.

Nesse debate, torna-se necessário compreender que o processamento dos alimentos é essencial para analisar a relação entre dieta e saúde pública (MONTEIRO et al., 2018).

8

Outro fundamento relevante refere-se à compreensão da alimentação como prática relacional. Comer é ato social, atravessado por vínculos familiares, tradições culturais e experiências afetivas. Ao ignorar essas dimensões, o cuidado tende a produzir orientações descoladas da realidade concreta.

A incorporação dessas dimensões permite reposicionar o cuidado nutricional como espaço de construção de autonomia, e não como mecanismo de controle. A autonomia, nesse contexto, não é entendida como responsabilidade individual isolada, mas como capacidade construída a partir de relações de apoio, informação qualificada e reconhecimento das singularidades.

Assim, a integralidade do cuidado nutricional na APS pressupõe a articulação entre:

a) Conhecimento técnico-científico

O cuidado nutricional na Atenção Primária à Saúde precisa estar fundamentado em conhecimento técnico-científico capaz de orientar práticas seguras de prevenção de doenças e promoção da saúde. A nutrição constitui um campo científico que produz evidências

importantes sobre a relação entre padrões alimentares, metabolismo e doenças crônicas. Entretanto, a compreensão dessa relação não pode limitar-se à análise isolada de nutrientes ou componentes alimentares.

Nesse sentido, estudos contemporâneos sobre sistemas alimentares ressaltam que compreender a relação entre dieta e saúde pública exige considerar os processos de produção, processamento e consumo dos alimentos. Para Monteiro et al. (2018) é essencial que se tenha atenção ao processamento de alimentos para que seja possível compreender a relação entre a dieta e a saúde pública, indicando-o como elemento central para a análise dos padrões alimentares e de seus impactos sobre a saúde.

Dessa forma, o conhecimento técnico-científico permanece indispensável para o cuidado nutricional, mas sua aplicação precisa ser contextualizada dentro de uma compreensão mais ampla dos sistemas alimentares e das condições de vida da população.

#### b) Reconhecimento das transformações corporais próprias do climatério

O cuidado nutricional voltado às mulheres com 45 anos ou mais exige reconhecer as transformações corporais próprias do climatério. Esse período da vida é marcado por mudanças hormonais, metabólicas e psicossociais que podem repercutir na composição corporal, no metabolismo e na saúde geral das mulheres.

O climatério envolve alterações fisiológicas e sociais que influenciam diretamente a relação com o corpo, com a alimentação e com o cuidado em saúde (SOARES et al., 2022). Essas transformações incluem mudanças hormonais, redistribuição de gordura corporal, alterações metabólicas e modificações na percepção do próprio corpo, além de repercussões emocionais e sociais.

Nesse contexto, compreender o climatério apenas como deficiência hormonal ou risco metabólico tende a reduzir a complexidade dessa fase da vida. O cuidado nutricional precisa reconhecer que essas transformações se articulam com experiências sociais e culturais que influenciam as práticas alimentares e a forma como as mulheres vivenciam esse período.

#### c) Consideração das condições territoriais e sociais;

A alimentação é uma prática profundamente influenciada por fatores sociais, econômicos e territoriais. Condições como renda, disponibilidade de alimentos, organização do tempo, redes familiares e características do território influenciam diretamente as escolhas alimentares e as possibilidades de mudança nos hábitos alimentares.

Nesse sentido, compreender os padrões alimentares exige considerar os sistemas alimentares e os processos sociais que estruturam a produção e o consumo de alimentos. Estudos sobre sistemas alimentares mostram que as transformações nas formas de produção e processamento dos alimentos têm impactado significativamente os padrões alimentares contemporâneos e sua relação com a saúde (MONTEIRO et al., 2018).

Na APS, a territorialização permite aproximar o cuidado das condições concretas de vida da população. O conhecimento do território possibilita compreender as práticas alimentares locais, as redes de apoio existentes e as barreiras enfrentadas pelas mulheres no cotidiano, permitindo construir estratégias de cuidado mais adequadas à realidade vivida.

d) Dimensão ética do encontro entre profissional e usuária; valorização da autonomia construída.

O cuidado em saúde não se limita à aplicação de técnicas ou protocolos clínicos. Ele envolve uma dimensão ética que se expressa no encontro entre profissionais e usuários do sistema de saúde. Nesse encontro, o cuidado se constrói a partir da escuta, do diálogo e do reconhecimento da singularidade das pessoas atendidas.

Ayres (2009) destaca que o cuidado em saúde deve ser compreendido como prática relacional, na qual o encontro entre profissional e usuário constitui espaço de construção compartilhada de sentidos e decisões sobre o cuidado. Nessa perspectiva, o cuidado não se restringe à intervenção técnica, mas envolve responsabilidade diante da experiência e das necessidades do outro.

Aplicado ao campo da nutrição, esse entendimento implica reconhecer que a orientação alimentar não pode ser reduzida à prescrição de dietas ou recomendações técnicas. Ela precisa considerar as experiências, valores e condições de vida das mulheres acompanhadas na Atenção Primária à Saúde.

A promoção da autonomia constitui elemento fundamental do cuidado em saúde. Entretanto, a autonomia não deve ser compreendida apenas como responsabilidade individual pela adoção de comportamentos considerados saudáveis. Trata-se de uma capacidade construída no interior de relações sociais e institucionais que possibilitam acesso à informação, apoio e reconhecimento das singularidades das pessoas.

No campo da alimentação, isso significa desenvolver estratégias de cuidado que favoreçam escolhas alimentares possíveis dentro das condições reais de vida das mulheres. A

orientação alimentar precisa dialogar com fatores como renda, disponibilidade de alimentos, organização do tempo e responsabilidades familiares.

Nesse sentido, reconhecer a normatividade própria da vida contribui para compreender que o corpo não responde de maneira uniforme às prescrições médicas. Como observa Canguilhem, “o normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo, é a norma manifestada no fato” (CANGUILHEM, 2009, p. 40), indicando que os processos de normalização estão relacionados às formas pelas quais a vida estabelece suas próprias normas em interação com o meio.

Assim, a valorização da autonomia construída implica compreender o cuidado nutricional não como mecanismo de controle dos comportamentos alimentares, mas como espaço de construção compartilhada de estratégias que possibilitem às mulheres desenvolver relações mais conscientes e sustentáveis com a alimentação.

É a partir da relação entre esses aspectos que se torna possível sistematizar os eixos constitutivos de um Modelo Teórico de Cuidado Nutricional Integral na Atenção Primária à Saúde para Mulheres com 45 anos ou mais, apresentado a seguir.

#### **4 PROPOSIÇÃO DO MODELO TEÓRICO DE CUIDADO NUTRICIONAL INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA MULHERES COM 45 ANOS OU MAIS**

11

A análise desenvolvida até aqui evidencia que o cuidado nutricional na Atenção Primária à Saúde tem sido predominantemente orientado por uma racionalidade normativo-prescritiva, centrada na regulação do risco e na prevenção de agravos. Embora essa abordagem seja relevante no campo da saúde pública, sua aplicação isolada revela limites quando confrontada com a complexidade das transformações vivenciadas por mulheres com 45 anos ou mais. Estudos críticos sobre a organização das práticas em saúde indicam que intervenções excessivamente centradas em indicadores biomédicos tendem a reduzir a compreensão das necessidades das pessoas, desconsiderando dimensões sociais e contextuais do processo saúde-doença (STARFIELD, 2002; CASTIEL; ÁLVAREZ-DARDET, 2007).

As transformações corporais associadas ao climatério não se restringem a alterações hormonais ou metabólicas. Elas atravessam dimensões subjetivas, sociais e territoriais, exigindo do cuidado nutricional uma abordagem que reconheça tais interações. O climatério corresponde a uma fase marcada por mudanças fisiológicas, emocionais e sociais que influenciam a experiência corporal e as práticas de cuidado (SOARES et al., 2022). Nesse

contexto, a integralidade não pode ser compreendida apenas como articulação de serviços, mas como princípio organizador da prática. Na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, a integralidade implica reconhecer a complexidade das necessidades de saúde e articular diferentes saberes e práticas no cuidado às pessoas e comunidades (MENDES, 2011; STARFIELD, 2002).

É a partir dessa problematização que se propõe um Modelo Teórico de Cuidado Nutricional Integral na Atenção Primária à Saúde para Mulheres com 45 anos ou mais, concebido como referencial conceitual orientador das práticas, e não como protocolo normativo. A construção de modelos teóricos no campo da saúde coletiva tem sido utilizada como estratégia para sistematizar fundamentos conceituais capazes de orientar práticas profissionais mais coerentes com a complexidade dos processos de saúde e doença (MERHY, 2002).

O modelo proposto emerge como resposta aos limites identificados no predomínio da racionalidade biomédica quando aplicada de forma exclusiva. Não se trata de substituir o enfoque clínico, mas de ampliá-lo, inserindo-o em uma perspectiva que articule dimensões éticas, territoriais e relacionais do cuidado. . Essa ampliação dialoga com abordagens críticas da saúde coletiva que apontam para a necessidade de compreender o cuidado em saúde como prática social situada, atravessada por relações de poder, por contextos culturais e por condições materiais de existência (FOUCAULT, 1988; AYRES, 2009). O modelo organiza-se em quatro eixos constitutivos, interdependentes, que estruturam a compreensão do cuidado nutricional integral, conforme apresentado no Quadro 1:

**Quadro 1 – Modelo Teórico de Cuidado Nutricional Integral na APS para Mulheres com 45 anos ou mais**

| Eixo constitutivo                                               | Fundamentação conceitual                                               | Deslocamento proposto                                           | Implicações para a prática na APS                                      |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Territorialidade e longitudinalidade do cuidado                 | Princípios estruturantes da APS (integralidade, continuidade, vínculo) | Superar intervenções episódicas e centradas em demanda imediata | Acompanhamento contínuo das transformações do climatério no território |
| Reconhecimento das transformações corporais como processo vital | Compreensão ampliada do processo saúde-doença; normatividade da vida   | Romper com a patologização automática do climatério             | Apoio às adaptações corporais sem redução à lógica do desvio           |

|                                                    |                                                               |                                                               |                                                                                        |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Dimensão ética e relacional do cuidado nutricional | Cuidado como prática dialógica; responsabilidade profissional | Substituir prescrição unilateral por construção compartilhada | Escuta qualificada, pactuação de estratégias alimentares                               |
| Superação da centralidade exclusiva do risco       | Crítica à medicalização e à biopolítica do controle corporal  | Deslocar o foco exclusivo do controle metabólico              | Promoção da autonomia contextualizada e reconhecimento das condições concretas de vida |

**Fonte:** Elaborado pelas autoras.

Após a sistematização no Quadro 1, torna-se necessário explicitar a articulação entre os eixos. Os quatro eixos não operam de forma isolada. A territorialidade sustenta a longitudinalidade do cuidado; o reconhecimento das transformações corporais impede a redução do climatério à lógica da disfunção; a dimensão ética qualifica o encontro entre profissional e usuária; e a crítica à centralidade exclusiva do risco evita que a nutrição seja reduzida a instrumento de normalização corporal.

A sistematização apresentada no quadro não tem a finalidade de compartimentar o cuidado em dimensões isoladas, mas de organizar analiticamente elementos que, na prática, se articulam. Para tornar visível essa articulação, apresenta-se a representação gráfica do modelo proposto, na Figura 1.

13

Modelo Teórico de Cuidado Nutricional Integral na Atenção Primária à Saúde para Mulheres com 45 anos ou mais



**Fonte:** Elaborada pelas autoras.

O modelo representado na Figura 1 não fragmenta o cuidado em dimensões estanques, mas organiza conceitualmente elementos que já estão presentes no debate, conferindo-lhes coerência analítica. A representação gráfica evidencia que o cuidado nutricional integral constitui o núcleo do modelo, sustentado por eixos que se inter-relacionam. A territorialidade e a longitudinalidade estruturam o acompanhamento; o reconhecimento das transformações corporais impede sua redução à lógica da disfunção; a dimensão ética qualifica o encontro entre profissional e usuária; e a crítica à centralidade exclusiva do risco amplia o horizonte do cuidado. Essa compreensão dialoga com discussões da filosofia da medicina que reconhecem o corpo como organismo capaz de estabelecer normas próprias em relação ao meio em que vive (CANGUILHEM, 2009).

Não se trata de hierarquizar dimensões, mas de reconhecer sua interdependência. O território influencia as possibilidades de alimentação; as transformações corporais são vividas dentro de contextos sociais específicos; o encontro entre profissional e usuária ocorre dentro dessas condições concretas; e as decisões relacionadas à alimentação são construídas a partir dessas múltiplas interações. Essa perspectiva dialoga com abordagens da saúde coletiva que compreendem o cuidado como prática complexa, produzida na articulação entre saberes técnicos, experiências de vida e condições sociais (MERHY, 2002; AYRES, 2009). A relação desses eixos permite compreender o cuidado nutricional integral como processo que:

a) Integra ciência e contexto, na medida em que o conhecimento técnico da nutrição é utilizado em diálogo com as condições reais de vida das mulheres, considerando o território, o acesso aos alimentos e as formas concretas de organização da alimentação no cotidiano. A literatura sobre sistemas alimentares destaca que padrões alimentares não podem ser compreendidos apenas a partir de nutrientes isolados, pois estão relacionados a processos sociais e econômicos mais amplos que influenciam a produção e o consumo de alimentos (MONTEIRO et al., 2018).

b) Reconhece singularidades, ao compreender que cada mulher vivencia o climatério de maneira distinta, com experiências corporais, trajetórias sociais e expectativas próprias, que precisam ser consideradas no processo de cuidado. A filosofia da medicina tem ressaltado que os organismos vivos respondem de maneira singular às condições do meio, produzindo normas próprias de funcionamento em interação com o ambiente (CANGUILHEM, 2009).

c) Respeita trajetórias, entendendo que práticas alimentares são construídas ao longo da vida e estão relacionadas a hábitos familiares, tradições culturais e experiências acumuladas, não podendo ser transformadas apenas por prescrições normativas. Nesse sentido, o cuidado em saúde envolve reconhecer a história de vida das pessoas e suas experiências no processo de construção de estratégias de cuidado (AYRES, 2009).

d) Considera condições materiais de existência, reconhecendo que fatores como renda, disponibilidade de alimentos, organização do tempo e responsabilidades familiares influenciam diretamente as possibilidades de mudança nas práticas alimentares. Estudos sobre saúde pública e alimentação apontam que escolhas alimentares são fortemente condicionadas por determinantes sociais e pelas transformações nos sistemas alimentares contemporâneos (MONTEIRO et al., 2018).

e) Fortalece a autonomia construída, ao compreender que a autonomia não se reduz à responsabilidade individual por seguir recomendações nutricionais, mas se desenvolve a partir de processos de diálogo, informação qualificada e reconhecimento das condições concretas em que as mulheres vivem. Essa perspectiva aproxima-se da compreensão do cuidado como prática relacional, na qual profissionais e usuários constroem conjuntamente caminhos possíveis para o cuidado em saúde (AYRES, 2009; MERHY, 2002).

15

Trata-se, portanto, de um modelo conceitual orientador que sistematiza fundamentos dispersos na literatura e os organiza em estrutura analítica capaz de subsidiar práticas e futuras investigações avaliativas no campo da nutrição em saúde pública.

## 5 IMPLICAÇÕES DO MODELO PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A proposição do Modelo Teórico de Cuidado Nutricional Integral não se limita a um exercício conceitual. As implicações que dele decorrem alcançam diretamente a forma como o cuidado nutricional vem sendo organizado na Atenção Primária à Saúde. Ao ampliar o foco para além da correção isolada de indicadores e incorporar uma compreensão mais abrangente do viver, o modelo tensiona práticas já naturalizadas e sugere uma reorganização do cuidado que considere, de maneira indissociável, as dimensões biológica, social e ética.

O cuidado nutricional estruturou-se a partir da identificação de riscos e da adequação a parâmetros considerados ideais. Essa organização não é neutra. Como analisa Foucault (1988), A modernidade estabelece mecanismos de controle da vida que funcionam por meio da

mensuração, classificação e comparação dos corpos. No campo da nutrição, essa racionalidade se expressa na centralidade atribuída aos indicadores antropométricos e metabólicos como marcadores privilegiados da qualidade do cuidado.

Sem desconsiderar a importância desses parâmetros, o modelo reconhece que eles não esgotam o sentido do cuidado. A reflexão de Canguilhem (2009) contribui para compreender que o normal não se reduz à média estatística, mas diz respeito à capacidade normativa do organismo de instituir respostas próprias às variações do meio. Nessa perspectiva, a organização do cuidado nutricional na APS não pode restringir-se à normalização de curvas e índices, sob o risco de reduzir a complexidade da experiência alimentar a um problema exclusivamente técnico. É nesse ponto que se insere uma das implicações centrais do modelo: a qualificação do encontro clínico. O atendimento nutricional passa a demandar escuta ampliada, reconhecimento das transformações corporais próprias do envelhecimento feminino e consideração das condições concretas de vida no território. A alimentação deixa de ser tratada apenas como um conjunto de prescrições e passa a ser compreendida como prática social situada, atravessada por história, cultura e condições materiais de existência.

Essa reorganização dialoga com a trajetória das políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil. A consolidação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e a ampliação das ações na APS evidenciam avanços importantes na vigilância alimentar e nutricional e na promoção da alimentação adequada e saudável (Bortolini et al., 2021, p. 2-3). Ao mesmo tempo, a literatura aponta dificuldades na universalização e na integração dessas ações aos demais componentes da atenção básica, o que reforça a necessidade de articulação entre cuidado clínico e estratégias coletivas.

Outra implicação relevante diz respeito à incorporação crítica das transformações no sistema alimentar. A crescente presença de alimentos ultraprocessados nas dietas, conforme discutido por Monteiro et al. (2018), impõe desafios que ultrapassam a esfera individual. O cuidado nutricional na APS passa a exigir compreensão das dinâmicas de mercado, das condições de acesso e das práticas culturais que moldam o consumo. Não se trata apenas de orientar escolhas, mas de reconhecer que tais escolhas estão inseridas em estruturas sociais e econômicas mais amplas.

O enfrentamento da dupla carga de má nutrição requer integração entre promoção, prevenção e cuidado continuado. A literatura sobre atenção primária assinala que a APS ocupa posição estratégica na articulação entre ações clínicas e comunitárias, especialmente no

contexto da universalidade do sistema de saúde (Kraef et al., 2020). O modelo proposto reforça essa compreensão ao situar o cuidado nutricional como componente do cuidado integral, e não como intervenção fragmentada.

Assim, as implicações do modelo não se restringem à reorganização de protocolos. Elas demandam ampliação do olhar clínico, integração entre vigilância, promoção e cuidado individual, reconhecimento das transformações corporais como processos vitais, articulação entre práticas profissionais e determinantes sociais da alimentação, e fortalecimento da APS como espaço de cuidado longitudinal.

Ao incluir esses movimentos, o modelo reafirma o princípio da integralidade como fundamento da organização do cuidado nutricional na APS. Mais do que propor novas técnicas, busca reorientar o sentido do cuidado, situando-o na intersecção entre vida biológica, experiência subjetiva e contexto social.

## 6 CONCLUSÃO

Este estudo partiu da problematização das abordagens predominantes do cuidado nutricional às mulheres com 45 anos ou mais na Atenção Primária à Saúde, buscando compreender seus limites e, a partir deles, propor um Modelo Teórico de Cuidado Nutricional Integral. A análise evidenciou que, embora a centralidade do risco e a regulação de parâmetros metabólicos ocupem lugar relevante na organização do cuidado, essa racionalidade, quando tomada de forma isolada, não contempla a complexidade das transformações corporais, subjetivas e sociais que atravessam o envelhecimento feminino. Ao examinar criticamente essas concepções, foi possível explicitar a predominância de uma lógica normativo-prescritiva que tende a reduzir a experiência alimentar a indicadores mensuráveis. Essa constatação permitiu avançar na identificação dos limites conceituais dessa abordagem, sobretudo no que se refere à redução do cuidado à correção de desvios e à normalização de curvas e índices, em detrimento da consideração das condições concretas de vida e das singularidades das mulheres acompanhadas na APS.

A sistematização dos fundamentos teóricos indicou que a integralidade, a territorialidade, o reconhecimento das transformações corporais como processos vitais e a dimensão ética do encontro clínico oferecem base consistente para ampliar a compreensão do cuidado nutricional. Esses elementos sustentaram a organização dos eixos constitutivos do modelo proposto, concebido como referencial conceitual orientador e não como protocolo

normativo. O Modelo Teórico de Cuidado Nutricional Integral, estruturado a partir desses aspectos de maneira interdependentes, responde ao problema inicialmente formulado ao oferecer uma estrutura analítica capaz de reorganizar o entendimento do cuidado nutricional na APS. Ao inserir os parâmetros clínicos em uma perspectiva mais abrangente do viver, o modelo reafirma que o cuidado não pode ser reduzido à gestão de indicadores, mas deve considerar a vida concreta das mulheres, suas trajetórias e os territórios em que estão inseridas.

Conclui-se, portanto, que fortalecer a integralidade na Atenção Primária à Saúde implica rever os referenciais que sustentam o cuidado nutricional às mulheres com 45 anos ou mais. Não se trata de abandonar parâmetros clínicos ou desconsiderar a importância da prevenção de agravos, mas de situá-los em uma compreensão mais ampla da vida, das transformações corporais e das condições sociais que atravessam o envelhecimento feminino. Como contribuição, o artigo organiza fundamentos dispersos na literatura e os sistematiza em uma proposta conceitual estruturada, ultrapassando a descrição de abordagens existentes. Ao explicitar o caráter propositivo, oferece ferramenta analítica que pode subsidiar investigações avaliativas e reflexões sobre a organização do cuidado nutricional na Atenção Primária à Saúde.

Reconhece-se, entretanto, que se trata de estudo de natureza teórica, não submetido à validação empírica. A ausência de aplicação prática do modelo constitui limite, assim como o recorte específico em mulheres com 45 anos ou mais, que, embora justificado pela centralidade do climatério como período de transformações significativas, não contempla outras fases do ciclo de vida. Dessa forma, estudos futuros poderão analisar a aplicabilidade do modelo em distintos contextos territoriais, investigar sua incorporação ao processo de trabalho das equipes da APS e avaliar seus impactos na qualificação do cuidado nutricional e na construção da autonomia das mulheres acompanhadas.

## REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2009.

BORTOLINI, G. A. 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*, Rio de Janeiro, v. 37, supl. 1, p. e00152620, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G6SZVPtwGjmBgmBd7JGX3SR/>. Acesso em: 7 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acesso em: 3 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 33: Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_33\\_saude\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_33_saude_mulher.pdf). Acesso em: 3 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf). Acesso em: 3 fev. 2025.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CASTIEL, Luis David; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. Disponível em:  
<https://doi.org/10.7476/9788575412336>. Acesso em: 7 fev. 2025.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

KRAEF, C. et al. Primary health care and nutrition. Bulletin of the World Health Organization, v. 98, n. 12, p. 886–893, 2020. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33293749/>. Acesso em: 7 fev. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 7 fev. 2025.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONTEIRO, C. A. et al. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. Public Health Nutrition, v. 21, n. 1, p. 5–17, 2018. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/un-decade-of-nutrition-the-nova-food-classification-and-the-trouble-with-ultraprocessing/2A9776922A28F8F757BDA32C3266AC2A>. Acesso em: 3 fev. 2025.

SOARES, C. et al. Alimentação e nutrição no período do climatério: revisão de literatura. Research, Society and Development, v. 11, n. 6, 2022.

Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29411>. Acesso em: 7 fev. 2025.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 7 fev. 2025.