

Necessidade alimentar e nutricional de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial

Leticia de Almeida Sant'Anna¹ (Orcid:0000-0003-0210-8093) (leticiaelaraamores@gmail.com)

Cristiane Marques Seixas¹ (Orcid: 0000-0003-2630-9746) (cris.marques.seixas@gmail.com)

Amanda Lima Macedo de Almeida² (Orcid:0000-0003-1289-6396) (amanda_alma@yahoo.com.br)

Jéssica Azevedo dos Santos² (Orcid: 0009-0004-5269-1592) (jessica.azevedo3@gmail.com)

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

² Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Resumo: Os últimos anos têm protagonizado um aumento de agravos em saúde mental, em escala global. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos de saúde, de base territorial substitutivos aos manicômios. Fomentar pesquisas que entrelacem os campos da alimentação e nutrição e da saúde mental auxilia no aprimoramento da atuação de nutricionistas na atenção psicossocial. Este ensaio objetiva analisar e discutir conceitos convergentes aos campos da saúde mental e da alimentação e nutrição, incluindo marcos legais, que fundamentam a proposta de aprofundamento teórico sobre as necessidades alimentar e nutricional dos usuários dos CAPS. Observa-se que Projetos Terapêuticos Singulares em alimentação e nutrição implicados, construídos, tomando como base as estratégias previstas no Marco de Educação Alimentar e Nutricional, são essencialmente desinstitucionalizantes, justamente por fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários, além de valorizar autonomia. Logo, o texto destaca a importância de evidenciar as necessidades alimentares e nutricionais dentro de dinâmicas e experiências individuais, compreendendo que processos em torno do comer, alimentar e nutrir e sofrimento psíquico não estão descolados de contextos sociais, econômicos e culturais maiores.

► **Palavras-chave:** Necessidades nutricionais. Alimento. CAPS. Clínica Ampliada.

Recebido em: 20/09/2024

Revisado em: 23/08/2025

Aprovado em: 03/10/2025

Todos os dados da pesquisa estão disponíveis neste texto.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-733120263601529pt>

Editora responsável: Fabiana Kraemer

Pareceristas: Claudia Cunha e Marina Paim

Introdução

O aumento em escala global de agravos em saúde mental nos últimos anos indica a importância de estudos que apontem caminhos para a atenção psicossocial que englobem aspectos interdisciplinares e intersetoriais. A Organização Mundial da Saúde (OMS), no *Relatório de revisão sobre a saúde mental* (2022), informou que em 2019 quase um milhão de pessoas no mundo viviam com algum tipo de transtorno mental. Entre os casos mais graves, a expectativa de vida é de 10 a 20 anos mais baixa do que a população geral, sendo que cerca de 58% dos casos de suicídio ocorrem antes dos 50 anos.

Tendo como horizonte a valorização da vida, o relatório aponta a experiência brasileira como estratégia exitosa de ofertar um cuidado humanizado para pacientes graves por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram criados no contexto da Reforma Psiquiátrica como dispositivos estratégicos em substituição aos hospitais psiquiátricos.

O campo da Saúde Mental (SM) brasileira foi fortemente impactado pela Reforma Psiquiátrica, movimento iniciado na década de 1970 que propôs um novo modelo assistencial para pessoas em sofrimento mental grave, pautado na liberdade, com serviços de base territorial, como os CAPS, além da adoção de práticas mais humanizadas em saúde. Esse movimento, que incluiu profissionais da área, usuários, familiares e pessoas da sociedade civil, foi um marco para o campo, tendo como um dos seus principais produtos, a Lei Federal nº 10.216 (Brasil, 2001).

Essa lei garante os direitos e a proteção das pessoas acometidas por transtornos mentais, sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade, tempo de evolução de seu transtorno ou qualquer outra. Essa inovação prática veio na esteira de uma compreensão ampliada do conceito de saúde que deixou de ser considerada como ausência de enfermidades, redirecionando o entendimento do “corpo como máquina” para uma abordagem que possibilita localizar o sofrimento mental em relação a uma série de outros fatores além do biológico. Nesse sentido, o sujeito deixou de ser um mero objeto de intervenção biomédica, onde prevalecia o pragmatismo, a objetividade e a eficiência, em detrimento, muitas vezes da ética, para assumir uma posição ativa na construção dialética da saúde, tendo em vista variadas situações conflitantes, tanto na sociedade quanto na medicina (Neves, 2021).

O campo da Alimentação e Nutrição (AN) tem sido convocado a repensar as práticas de profissionais nutricionistas em diversas áreas de atuação, inclusive na SM (Almeida *et al.*, 2016). Um elemento que se destaca na atualidade é a forte associação entre a insegurança alimentar e o aumento dos transtornos mentais (Ejiohuo *et al.*, 2024). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, cerca de 50,9% dos domicílios brasileiros vivenciam situação de insegurança alimentar moderada ou grave (IBGE, 2020).

Apesar disso, a atuação do nutricionista na SM ainda é pouco explorada, tanto do ponto de vista teórico, quanto das inserções práticas, e os CAPS acabam sendo territórios ainda pouco habitados por esses profissionais. Para Almeida *et al.* (2016), as mudanças nas concepções de saúde e loucura, assim como a complexificação dos fenômenos em torno da alimentação na atualidade são elementos responsáveis por entrelaçar os campos da SM e da AN, que, contudo, permaneceram sem o cuidado teórico necessário para a construção de uma prática do nutricionista alinhada com os princípios propostos.

Assim, o presente artigo objetiva promover um diálogo entre os campos da AN e da SM em torno das necessidades alimentar e nutricional de usuários que realizam acompanhamento nos CAPS, levando em consideração a complexidade envolvida no cuidado em saúde mental. A escolha da escrita em formato de ensaio analítico se dá por compreendermos que outros formatos de escrita acadêmica não dariam conta de explicitar as complexidades trazidas aqui. Para Larrosa, mais do que um gênero de escrita, o ensaio é um modo de lidar com a realidade, uma maneira de habitar o mundo que coloca as fronteiras em questão, uma vez que estas podem ser sofisticados mecanismos de exclusão (Larrosa, 2004; 2003). Trata-se, portanto, de uma tentativa de reduzir as lacunas existentes nessas fronteiras entre AN e SM, promovendo consequentemente, a ampliação do cuidado em alimentação e nutrição para os usuários dos CAPS.

Para tal discussão, partiremos de duas perguntas comumente presentes na prática profissional cotidiana das autoras, atuantes dos CAPS da Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro: pessoas com transtornos mentais graves, que fazem uso regular de psicotrópicos, necessitam de dietas hipocalóricas? Pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas possuem, obrigatoriamente, necessidades calóricas aumentadas? Tais questões interrogam não somente o saber nutricional, mas sobretudo sua inserção no contexto da SM, pois as especificidades relativas ao

alimentar, comer e nutrir (Carvalho *et al.*, 2011) dos usuários nesse campo, relativiza normas nutricionais e exige novos desenvolvimentos teóricos que sustentem novas práticas, no contexto das diretrizes propostas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Brasil, 2011).

Atenção psicossocial, alimentação e nutrição

Os CAPS são dispositivos de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011). Esses dispositivos, estratégicos para pensar o cuidado integral para pessoas em sofrimento mental grave, são compostos por uma equipe multidisciplinar de base territorial e comunitária que desenvolvem ações intra e intersetoriais, tendo a liberdade como premissa. Os CAPS estão organizados por modalidade e pelo número de habitantes de cada território de abrangência (Brasil, 2024; 2002; 2011). O profissional nutricionista pode atuar como integrante do corpo técnico dos CAPS, porém, essa categoria profissional não está prevista como categoria pré-definida na equipe mínima desses serviços, conforme preconizado pela Portaria nº 336 (Brasil, 2002), ficando a cargo do gestor inserir (ou não) um nutricionista na equipe.

Diante desse fato, ainda são poucos os nutricionistas que atuam nos CAPS (CNES, 2025), e na maioria das vezes, sua atuação é restrita a intervenções prescritivas, com foco na dietoterapia, e/ou de supervisão dos contratos de alimentação. Porém, independentemente da tipologia e de seu público de atuação, ficou estabelecida a obrigatoriedade de se ofertar alimentação para os usuários acompanhados nesses serviços: para os CAPS com funcionamento em dois turnos (CAPS I, CAPS II, CAPS AD II e CAPSi II), as pessoas assistidas em um turno de até 4 horas, receberão uma refeição diária, já os assistidos em dois turnos receberão duas refeições diárias; para os serviços com funcionamento 24 horas (CAPS III; CAPS AD III e CAPSi III), a regra é a mesma para pessoas que ficam um ou dois turnos, mas as pessoas que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão quatro refeições diárias. (Brasil, 2002). Apesar desses marcos regulatórios da oferta de refeições nos CAPS, a forma de distribuição de tais refeições fica sob a escolha de cada serviço: em embalagens individuais (quentinhas) ou em balcões térmicos (com porcionamento realizado no momento das refeições).

Além da regulamentação da distribuição de refeições para os refeitórios dos CAPS, ou seja, a existência de documentos legais que garantam o fornecimento de refeições para os usuários nos CAPS, recomenda-se que os mesmos tenham a capacidade de

oferecer as refeições de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário, que permaneçam abertos durante todo o dia, possibilitando a circulação dos usuários e profissionais do serviço (Brasil, 2013). Além de sua utilização para realização de refeições, o refeitório pode ser utilizado para realizar atendimentos individuais além do consultório. Já as copas e/ou cozinhas, devem ser utilizadas para a manipulação e produção de alimentos não somente pelos profissionais do setor, mas também por outros profissionais e usuários, na realização de atividades coletivas, como por exemplo, oficinas culinárias (Brasil, 2013).

Nas casas, a cozinha, em alguns momentos, pode ser considerada um cômodo propiciador de encontros. Nos CAPS, as cozinhas e os refeitórios podem ser reconhecidos como espaços potencialmente interessantes para a construção e/ou estreitamento dos laços, justamente por nos dar a visão de informalidade, e por possibilitar o exercício de observar minúcias, sem a barreira da soberania do saber biomédico (Almeida *et al.*, 2020).

Já a culinária como recurso terapêutico e operador clínico, pode ser compreendida como estratégia que oportuniza a criação, instrução e/ou compartilhamento de processos do fazer, do degustar ou do cuidar, possibilitando o encontro do sujeito em sua dimensão psíquica e subjetiva com o mundo externo, através de atividades cotidianas, indo do singular ao coletivo. O ato de preparar o alimento, individual ou coletivamente permite que o sujeito revise sua história, através de suas necessidades, crenças, valores e afetos (Costa *et al.*, 2017).

No campo da AN, também podemos identificar avanços no que diz respeito a um olhar mais ampliado dos processos que envolvem as questões alimentar e nutricional, sendo o *Guia Alimentar para a População Brasileira* (Brasil, 2014) um dos principais documentos norteadores da prática clínica do nutricionista. Trata-se de um importante instrumento para subsidiar políticas públicas e programas que incentivem ações de proteção e promoção de saúde, segurança e educação alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS).

O *Guia* apresenta uma abordagem qualitativa, compreendendo os limites e barreiras pessoais e ambientais que dificultam a execução de práticas alimentares mais saudáveis para a população brasileira adulta (Brasil, 2014). Sendo assim, podemos dizer que, em alguma medida, o instrumento dialoga com a lógica da atenção psicossocial, ao valorizar uma experiência que inclui o sujeito como parte do processo, retirando-o do lugar de mero cumpridor de intervenções prescritivas.

Entretanto, para além do que está estabelecido nos marcos legais em ambos os campos, observamos uma escassez de diretrizes de cuidados em AN para pessoas com transtornos mentais em geral, e especificamente em uso regular de psicotrópicos ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Em uma breve revisão de literatura realizada em setembro de 2024, no acervo aberto do Portal de Periódicos CAPES, utilizando como termos de busca “CAPS” e “alimentação”, foram encontradas 22 produções científicas, das quais sete abordavam diretamente discussões relativas à alimentação nos CAPS. Quando utilizamos os termos “CAPS” e “nutrição”, foram encontradas 10 produções científicas, das quais apenas quatro tratavam de assuntos diretamente ligados às questões alimentar e nutricional nesses dispositivos de SM. Em ambas as buscas, percebe-se uma ênfase numa perspectiva do funcionamento orgânico do corpo, como a relação do alcoolismo com doenças hepáticas, deficiências nutricionais focadas em macro e micronutrientes e outros que se propõem avaliar o estado nutricional de usuários que frequentam os CAPS.

Reforçando a lógica trazida pelos achados científicos acima citados e seguindo nessa mesma perspectiva de ênfase no funcionamento do corpo biológico, a farmacoterapia é um recurso amplamente utilizado no tratamento dos usuários acompanhados nos CAPS. Muitas vezes, investe-se em medicamentos/combinções medicamentosas por longos períodos (Silva; Lima; Ruas, 2020). Além disso, vale ressaltar que as intervenções realizadas por profissionais médicos ainda caminham, em sua maioria, para atendimentos que culminam em prescrições medicamentosas, já que a figura do médico, como “profissional prescritor” está amplamente consolidada no imaginário social e no campo da SM.

Vale lembrar que o uso regular de medicamentos psicotrópicos tem efeitos diretos sobre a alimentação e a nutrição dos indivíduos acometidos por transtornos mentais graves. De acordo com a *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Prevention and Harm Reduction of Obesity*, há uma relação direta entre ganho de peso e o uso de antipsicóticos, seja devido alterações metabólicas, seja por mudanças no apetite. As substâncias Olanzapina e a Clozapina são mais frequentemente associadas a maior ganho de peso corporal. Apesar de os antidepressivos apresentarem impactos mais moderados no ganho de peso, o documento evidencia a necessidade de envolvimento da nutrição e a promoção de “comportamentos alimentares saudáveis”, além de monitorização do peso (Kuk; Wicklum; Twells, 2020).

No extremo oposto, Oliveira e colaboradores (2023) apontam que pessoas em uso prejudicial de substâncias psicoativas, geralmente apresentam-se com baixo peso, seja por consumo excessivo da substância, por redução dos gastos com a própria alimentação ou até mesmo por outros agravos de saúde associados. O estudo indica que usuários de maconha podem apresentar um aumento do apetite, preferencialmente por preparações doces e reconhece as anfetaminas e a cocaína como substâncias anorexígenas. Os autores apontam que a interrupção do consumo dessas últimas leva, também, ao aumento de apetite, o que pode, inclusive, contribuir para os elevados índices de excesso de peso.

Ainda que o estudo apontado nos traga contribuições importantes para as discussões aqui propostas, o mesmo versa sobre a perspectiva da abstinência como direção prioritária no tratamento a pessoas em uso problemático de substâncias psicoativas, diferentemente da proposta colocada pelos CAPS e pela Rede de Atenção Psicossocial, que atuam na lógica da Redução de Danos.

A Redução de Danos é um conjunto de estratégias que visa minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem necessariamente interromper o seu uso. Ou seja, diferentemente de tratamentos pautados pela abstinência que tem grande índice de fracasso, a Redução de Danos busca a inclusão social e a valorização da cidadania, caminhando na direção da produção de autonomia e emancipação dos sujeitos, e na contramão de processos institucionalizantes (Brasil, 2008).

Ousamos dizer que não existe um consenso ou uma direção única que sustente atualmente o cuidado das pessoas acompanhadas nos CAPS, incluindo as questões da alimentação e nutrição na atenção psicossocial. Nesse sentido, a reflexão sobre tecnologias de cuidado que incluam o comer, o alimentar e o nutrir (Carvalho *et al.*, 2011) permite articular o conhecimento técnico-científico com as práticas apoiadas nos saberes empíricos, de modo a viabilizar uma compreensão das necessidades de SM no campo individual e coletivo dentro e fora dos CAPS.

Clínica Ampliada, alimentação e nutrição nos CAPS

Como vimos, os paradigmas existentes no campo da AN tratam a questão alimentar e nutricional das pessoas acompanhadas nos CAPS de maneira fragmentada e com um olhar reducionista sobre os processos de adoecimento. Por comportar forte influência do modelo biomédico, que produziu e enraizou tecnologias para lidar com as mais variadas formas de adoecimento separando-as em partes, e uma certa

inabilidade para lidar com os indivíduos em sua totalidade, o campo da AN ainda hoje recolhe efeitos da dificuldade de implementar nas práticas clínicas abordagens mais compreensivas que dialoguem melhor com a vida das pessoas, incluindo suas reais necessidades, sem intervenções de cunho moral em torno dos consumos alimentares (Demétrio *et al.*, 2011).

Adicionados a este fato, podemos dizer que tais tecnologias, incluindo a alimentar e nutricional, ancoram-se, historicamente, nas mais variadas formas de exercício do poder, seja de raça, gênero, sexualidade, etnia, classe, tamanho corporal, idade, (dis)capacidades, entre outros (Demétrio; Scagliusi, 2023). Essa forma de funcionamento, que pormenoriza contextos simbólicos do processo saúde-doença-cuidado e a exclusão de marcas históricas de opressão, acabam por trazer prejuízos em saúde, incluindo a alimentação e nutrição de usuários dos dispositivos de saúde.

Em um contexto no qual ações de saúde são pensadas e realizadas enquanto práticas prescritivas, para cada ato existe uma regra. Esse tipo de regulação das práticas não abre possibilidade para que o usuário se aproprie do seu processo produção de saúde de forma ativa, uma vez que são feitas ações ‘sobre’ as pessoas e não ‘com’ a participação delas. Onde não há meios de exercer a singularidade, existe a rigidez nas normas de convivência e uma série de proibições, a partir de ações voltadas para a generalização e a manutenção da condição de tutela (Almeida; Cunha, 2021; Pinheiro, 2009). Ou seja, reproduz-se o exercício do poder, através da sustentação de uma relação verticalizada, onde o profissional é detentor do saber, e ao usuário, cabe, cumprir com êxito as tarefas que lhe foram dadas.

Dessa maneira, torna-se imprescindível continuar avançando à luz da integralidade do cuidado como caminho essencial para as boas práticas em saúde (Pinheiro, 2009). E, na tentativa de produzir um texto crítico, percebemos a possibilidade de seguir por diversos caminhos. Decidimos então, na construção dessa reflexão, avançar mais um passo em relação ao que atualmente é proposto como Clínica Ampliada (Brasil, 2009).

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a Clínica Ampliada propõe outros formatos do “fazer saúde” na busca pelo aumento da autonomia dos usuários, família e da comunidade, através da integração entre profissionais de diferentes áreas e campos do conhecimento. A Clínica Ampliada busca por um cuidado integral, através do uso da escuta como tecnologia de cuidado, e corresponsabilização das ações, além de trabalhar danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde (Brasil, 2009).

Na atenção psicossocial, isso significa que qualquer ação e/ou intervenção de saúde deve partir de um lugar não hierarquizado de saber e levar em consideração as condições psíquicas dos sujeitos, correlacionando-as com os atravessamentos da realidade material e simbólica que os envolvem (Patrocínio; Santos; Alvarez, 2021). Ou seja, intervenções descoladas de contextos maiores que localizam o sujeito no mundo, não conseguirão dar conta das complexidades em torno dos sofrimentos psíquicos. Dito isto, adotamos a Nutrição Clínica Ampliada e Implicada proposta por Fran Demétrio e Fernanda Scagliusi (2023) como base epistemológica de nossa reflexão. Tal proposta compreende que se faz necessário que os nutricionistas estejam comprometidos em suas práticas clínicas com um modelo interdisciplinar no qual a racionalidade nutricional se articule com outras formas de conhecimento (Demétrio *et al.*, 2011).

Refletir sobre o cuidado, a partir da necessidade alimentar e nutricional de pessoas acompanhadas nos CAPS, pela lente da Nutrição Clínica Ampliada e Implicada é também incluir o estímulo à autonomia, através da cooperação feita de maneira compartilhada. Nessa direção, trabalha-se com avaliação das dimensões biológicas, sociais, subjetivas e interseccionais, uma vez que a complexidade de cada caso e das intervenções nas comunidades possibilita a valorização o sujeito e a sua singularidade. Dessa maneira, sustenta-se uma prática que possa enfrentar os desafios colocados pela desigualdade social e econômica, pela insegurança alimentar e tantas outras vulnerabilidades que os sujeitos em sofrimento mental grave vivenciam cotidianamente. Estar atento aos processos individuais sem abandonar contextos coletivos, permite também compreender ainda as relações de poder envolvidas no processo de adoecimento.

Assim, a autonomia de um sujeito está na sua capacidade de reflexão e de ação crítica, reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo, além da capacidade de agir sobre o mundo. Dito de outra forma, a autonomia enquanto processo dinâmico implica na abertura de espaços de negociação, aumentando as possibilidades de trocas, e com isso a capacidade do sujeito lidar com conflitos e estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar. Essa co-construção da autonomia é um dos objetivos essenciais do trabalho em saúde (Onocko-Campos; Campos, 2006).

Nos CAPS, o instrumento que concretiza esse cuidado de maneira coparticipativa, é o PTS, que têm como norte o resgate da singularidade, a construção da cidadania e ampliação do poder de negociação da pessoa em sofrimento mental, baseado na

integração e ações conjuntas na área da SM com outras políticas sociais, como habitação, geração de renda, cultura e lazer (Almeida; Cunha, 2021). O PTS deve ser elaborado pelos profissionais do CAPS junto com o usuário, considerando a historicidade e as necessidades desse sujeito, que se encontra inserido num contexto.

O estabelecimento de vínculos sustenta a criação de uma relação de compromisso entre os envolvidos. Desse modo destacamos a importância da qualificação da escuta e da disponibilidade da equipe para acolher o usuário em sua singularidade. A equipe deve estar atenta à identificação de vulnerabilidades e riscos, possibilitando a elaboração de intervenções que realmente estejam de acordo com as necessidades daquele sujeito singular e não meros protocolos ou encaminhamentos esvaziados de sentido. Nesse sentido, como é possível construir PTSs que sejam implicados com as necessidades alimentar e nutricional desses sujeitos, tendo em vista os elementos pautados anteriormente?

Em muitos casos, os usuários acompanhados nos CAPS carregam marcas de processos de institucionalização, experiências de segregação e rupturas nos laços sociais. Historicamente o ambiente das instituições hospitalares psiquiátricas era marcado por práticas manicomiais de controle do corpo e da mente dos internados (Foucault, 2014). Nesse contexto, a alimentação funcionava como uma das tecnologias de controle e disciplina, operando não apenas na dimensão biológica da nutrição, mas como instrumento de exercício do poder e exclusão social.

Embora tenhamos avanços importantes com a Reforma Psiquiátrica, o Relatório de Inspeção Nacional em Hospitais Psiquiátricos, organizado pelo Conselho Federal de Psicologia (2020) aponta a permanência de práticas como a oferta padronizada e rígida das refeições, geralmente desprovidas de cuidados básicos, que potencializa a lógica da alienação, desconsiderando a individualidade e a subjetividade dessas pessoas. A comida usada como ferramenta que reforça a dependência, limita a autonomia e impõe uma barreira simbólica e material ao acesso a direitos básicos.

Porém, não é incomum encontrar pessoas nesses dispositivos com déficit no crescimento, por vários motivos, como oferta insuficiente de nutrientes, resultado de dietas com baixa qualidade nutricional, fruto de desorganização alimentar e atitudes alimentares disfuncionais; compulsão ou recusa alimentar (Fernandes, 2023); intervenções profissionais gordofóbicas a usuários com ganho de peso devido uso de antipsicóticos e antidepressivos (Shrivastava; Johnston, 2010) por longos anos ou por qualquer outra etiologia; estigma do cracudo, determinada como figura que

revela, através de seu corpo, estado de degradação (Bard *et al.*, 2016). São infinitas as necessidades... sejam elas alimentares ou nutricionais. Diante desse cenário, colocados para usuários que passaram (ou não) por longos períodos de internação, vale colocar a questão: será que em algum momento os aspectos alimentar e nutricional se dissociam?

Nos CAPS, a clínica cotidiana revela uma diversidade de situações em torno da alimentação, e para lidar com esses desafios, sugere-se uma aproximação com as estratégias propostas pelo *Marco de Educação Alimentar e Nutricional* (Brasil, 2012), já que este propõe a utilização de recursos pedagógicos problematizadores e ativos, que favoreçam o diálogo junto aos indivíduos e grupos populacionais, valorizando a autonomia e a inclusão de sentidos e significados que balizam os hábitos alimentares. Essas estratégias, fortalecem a execução das orientações previstas no *Guia Alimentar* (Brasil, 2014), que se encontram sistematizadas no *Protocolo de uso do Guia Alimentar* (Brasil, 2021).

Para a construção de PTSs que identifiquem e atendam as necessidades alimentar e nutricional de usuários dos CAPS, é preciso minimamente incluir a compreensão da dinâmica do território. Isso passa por refletir sobre o acesso à terra, aos alimentos e à água potável, sobre as significações em torno de alimentos minimamente processados e ultraprocessados, produzindo, assim, estratégias que incluam essas e outras dimensões relacionadas aos sistemas alimentares, levando os usuários a fazerem escolhas mais conscientes (Brasil, 2012).

Da mesma forma, é preciso valorizar e legitimar as mais variadas expressões culturais, incluindo perspectivas decoloniais, com resgate de uma alimentação identitária, incluindo povos e comunidades tradicionais (Brasil, 2012). Além disso, identificamos que negociar cardápios com empresas prestadoras de serviços de alimentação com preparações que valorizem alimentos regionais, assim como propor formas de distribuição de refeições nos CAPS nas quais cada pessoa possa escolher o ‘que colocar no prato’, no modelo *self service*, são estratégias que reduzem imposições alimentares. Fomentar atividades coletivas nos serviços, incluindo a culinária como estratégia de reflexão e exercício das dimensões sensoriais, cognitivas e simbólicas (Brasil, 2012), oficinas culinárias e oficinas de geração de renda com preparações alimentares podem ser instrumentos importantes na construção de práticas emancipatórias.

Mas é preciso também estarmos advertidos sobre as relações de gênero envolvidas no preparo das refeições. Para mulheres, onde muitas vezes o processo de

adocimento psíquico perpassa a questão do cuidado familiar que inclui o preparo das refeições, essa talvez não seja uma estratégia bem-vinda, pois pode reforçar esse lugar socialmente definido gerador de sofrimento mental (Oliveira; Santos, 2022). Por outro lado, tomar a cozinha como espaço terapêutico onde a comida possibilita a expressão de afetos, talvez seja uma estratégia interessante para ressignificar o ato de cozinhar, com a realização, por exemplo, de oficinas culinárias ofertadas nos CAPS.

Se, historicamente, a cozinha foi associada ao trabalho doméstico feminino, frequentemente desvalorizado (Machado, 2022) no CAPS, essa marca histórica pode aparecer tanto na reprodução de estereótipos, quando se pressupõe que as mulheres cozinham e os homens auxiliem de forma periférica, quanto na sua desconstrução, ao convidar todos a participarem de todas as etapas do preparo, rompendo com a divisão sexual do trabalho. Essa abertura cria possibilidades de questionar papéis de gênero, redistribuir responsabilidades e valorizar o trabalho culinário como prática coletiva e não como obrigação atribuída a um grupo específico.

No contexto da Redução de Danos, é preciso também estimular estratégias de autocuidado e da autonomia a partir das necessidades alimentar e nutricional que venham a ser identificadas pela equipe, como por exemplo, negociar, dentro de seu plano de cuidado, valores destinados ao consumo de alimentos, em detrimento de valores gastos com uso de substâncias psicoativas. Da mesma forma, em situações em que não seja possível a cessação total do uso de substâncias, mostra-se importante organizar, juntamente com o usuário, a higienização das mãos, possibilidade de se alimentar antes de fazer uso da substância ou, até mesmo, negociar, quando for possível, apostas medicamentosas com profissionais médicos, que tenham menor impacto no ganho de peso.

Estimular oficinas terapêuticas, dentro ou fora do espaço físico dos CAPS, contribuem ainda como práticas sustentáveis, como atividades coletivas que tenham como pauta as temáticas que envolvem alimentação ou até mesmo hortas comunitárias, envolvendo outros atores do território, articulação com banco de alimentos, feiras livres, centrais de abastecimento, entre outros. Tais ações contribuem, não apenas para o fortalecimento de redes de apoio (formais e informais) reduzindo situações de insegurança alimentar e nutricional, mas também na construção de ações intersetoriais por exemplo, com as secretarias de assistência social e secretarias de educação (Brasil, 2012).

Em situações mais agudas, caracterizadas como situações de crise, nas quais os usuários necessitam de intervenções mais imediatas, o uso de suplementos alimentares via oral, além da oferta de refeições com fracionamento e porcionamento aumentados para suprir necessidades vitais, são importantes para garantir o funcionamento do corpo físico, como parte do PTS. Além disso, se faz necessário uma maior intensividade do cuidado, incluindo-se, em alguns casos, o uso de leitos de atenção à crise, disponíveis em dispositivos com funcionamento 24 horas.

Podemos ainda ir além e vislumbrar a construção de projetos individuais que possibilitem o usuário se alimentar em locais externos aos CAPS, pautados em um processo de autonomia que caminha na direção de intervenções menos tutelares e que instrumentalizem os usuários no fortalecimento de vínculos familiares e/ou comunitários.

Considerações finais

Parece-nos prudente dizer que não existe uma direção única, baseada em uma média numérica das necessidades, tanto alimentar, quanto nutricional, que consiga dar conta da problemática aqui discutida. Ou seja, não há um formato, fórmula ou prescrição que subentenda e antecipe necessidades dos sujeitos.

É apenas através de uma escuta sensível e qualificada, disposta a se implicar com as minúcias do processo de adoecimento e sofrimento, que conseguiremos avançar na aproximação dos campos da AN e SM. Portanto, torna-se necessário a construção de novas formas de cuidar que incluam a alimentação e a nutrição para além da aplicação de medidas ou técnicas. É preciso uma implicação dos profissionais de saúde, família e sociedade, como proposto pela Nutrição Clínica Ampliada e Implicada (Demétrio; Scagliusi, 2023).

As necessidades alimentar e nutricional dos usuários dos CAPS perpassam por afetos, momentos de convivência e compartilhamento (de refeições e de experiências), recurso para estreitamento de vínculo entre profissionais e, fazem emergir a possibilidade de execução do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável, e consequentemente, reduzir situações de insegurança alimentar e nutricional (ABRANDH, 2013).

Provavelmente, mais do que pensar em organizar e totalizar o cuidado, limitando-se aos espaços internos aos CAPS, faz sentido valorizar intervenções de

articulação territorial, que inclui dispositivos outros, intra e intersetorial para que cada vez mais possamos nos aproximar das necessidades individuais. É importante que estejamos advertidos que “na vida humana, alimentos, nutrientes e comida não existem separadamente; ao levar uma fruta à boca, o homem incorpora-a como alimento, não só quanto a seus nutrientes, mas também quanto aos símbolos que lhe são atribuídos” (Prado *et al.*, 2011, p. 933).

Alguns, de fato, necessitarão de maior oferta de alimentos ao longo do dia, maior aporte calórico e até mesmo uma dieta hipercalórica; outros talvez tenham a necessidade de compartilhar o momento das refeições. Para outros ainda, comer em grupo talvez seja extremamente invasivo e iatrogênico. Há os que necessitarão de uma organização para garantir os alimentos e preparar suas refeições em casa, ao passo que outros talvez possam circular mais pela cidade e contar com uma rede de apoio que garanta suas refeições.

No horizonte das intervenções seguras, há de se sustentar os desconfortos, ora das equipes, ora dos usuários, compreendendo todos os atores como parte intrínseca do processo de cuidado, assim como as necessidades – sejam elas, alimentar, nutricional ou de outra ordem – são parte indissociáveis de todos nós.¹

Referências

AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS (ABRANDH). *O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional*. Org. Marília Leão. Brasília: ABRANDH, 2013. 263 p.

ALMEIDA, A. L. M.; CUNHA, M. B. Unidade de acolhimento adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 105-117, jan./mar. 2021.

ALMEIDA, L. A. *et al.* A nau dos insanos: as dificuldades do diálogo entre os campos da nutrição e da saúde mental. In: PRADO, S. D. *et al.* (Orgs.). *Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016. (Sabor Metrópole Series, v. 5). p. 297-313.

ALMEIDA, L. *et al.* Os sentidos da cozinha de Centros de Atenção Psicossocial e a inserção do nutricionista no cuidado em saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, p. 292-304, out. 2020.

BARD, N. D. *et al.* Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, e2680, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Fascículo 1 – 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: [s.n.], 2021. 26 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnan>. Acesso em: 31 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: MS, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília: [s.n.], 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 21 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: [s.n.], 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 21 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD): drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. Brasília: MS, 2008. 149 f.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 21 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento*. Brasília: MS, 2013. 34 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas*. Brasília: MS, 2012. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf. Acesso em: 8 set. 2024.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em: 18 ago. 2025.

CARVALHO, C. M. V. S. *et al.* Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 155-163, 2011.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. *Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional*. 2. ed. Brasília, mar. 2020.

COSTA, V. C. *et al.* Afetos, sabores e trilhas: a oficina de culinária como operador clínico da desinstitucionalização. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 300–317, 2017.

DEMÉTRIO, F. *et al.* A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 24, n. 5, p. 743–763, set./out. 2011.

DEMÉTRIO, F.; SCAGLIUSI, F. B. Comendo nas encruzilhadas: contribuições interseccionais para a nutrição clínica ampliada e implicada. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 4, 2023.

EJIOHUO, O. *et al.* Nourishing the mind: how food security influences mental wellbeing. *Nutrients*, v. 16, p. 501, 2024.

FERNANDES, M. Pacientes com transtorno mental recebem orientação nutricional em ambulatório especializado. Ceará: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2023/12/05/pacientes-transtorno-mental-recebem-orientacao-nutricional/>. Acesso em: 17 ago. 2025.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de orçamentos familiares 2017–2018: análise do consumo alimentar no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KUK, J. L.; WICKLUM, S. C.; TWELLS, L. K. *Canadian adult obesity clinical practice guidelines: prevention and harm reduction of obesity*. Canada, 2020.

LARROSA, J. A operação ensaio: sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida. *Educação & Realidade*, v. 29, n. 1, 2004.

LARROSA, J. O ensaio e a escrita acadêmica. *Educação & Realidade*, v. 28, n. 2, 2003.

MACHADO, T. S. *Um pé na cozinha: um olhar sócio-histórico para o trabalho de cozinheiras negras no Brasil*. São Paulo: Fósforo, 2022.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico? *Revista de Administração Contemporânea*, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 320–332, mar./abr. 2011.

NEVES, A. C. Conceito ampliado de saúde em tempos de pandemia. *Poliética*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 78-95, 2021.

OLIVEIRA, K. R.; MORAES, N. S. P.; MAYNARD, D. C. Uma análise sobre o estado nutricional e comportamental de dependentes químicos. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 6, 2023.

OLIVEIRA, R. G.; SANTOS, M. S. T. Signos do patriarcado: representações sociais sobre mulheres no mercado de trabalho gastronômico. *Signos do Consumo*, v. 13, n. 2, p. e183460, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 20 maio 2024.

ONOCKO-CAMPOS, R.; CAMPOS, G. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 669-688.

PATROCÍNIO, K.; SILVEIRA DOS SANTOS, M. L.; FÉLIX ALVAREZ, H. Clínica ampliada: a atuação da psicologia na atenção psicossocial à população em situação de rua. *Psicologia da Saúde e Processos Clínicos*, v. 2, n. 1, 2021.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde: integralidade como princípio do direito à saúde. In: *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro, 2009.

PRADO, S. D. *et al.* Alimentação e nutrição como campo científico autônomo no Brasil: conceitos, domínios e projetos políticos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 24, n. 6, p. 927-937, nov./dez. 2011.

SHRIVASTAVA, A.; JOHNSTON, M. E. Weight gain in psychiatric treatment. *Mens Sana Monographs*, v. 8, n. 1, jan./dez. 2010.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Uso de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 7, 2020.

Nota

¹ L. A. Sant'Anna: concepção, análise e interpretação dos conceitos apresentados; redação e revisão crítica do artigo. C. M. Seixas: análise e interpretação dos conceitos apresentados; revisão crítica do artigo. A. L. M. de Almeida: interpretação dos conceitos apresentados; redação e revisão crítica do artigo. J. A. dos Santos: redação e revisão crítica do artigo.

Abstract

Food and nutritional needs of users of Psychosocial Care Centers

In recent years, there has been a global increase in mental health issues. The Psychosocial Care Centers (CAPS) are territorial health services that replace asylums. Promoting research that intertwines the fields of food, nutrition, and mental health helps to improve the role of nutritionists in psychosocial care. This essay aims to analyze and discuss converging concepts in the fields of mental health, food and nutrition, including legal frameworks that support the theoretical deepening of the food and nutritional needs of CAPS users. It is observed that Singular Therapeutic Projects in food and nutrition, built based on strategies outlined in the Food and Nutritional Education Framework, are essentially deinstitutionalizing, mainly because they strengthen the bond between professionals and users, beyond promoting autonomy. Thus, the present essay aims at highlighting the importance of addressing food and nutritional needs within individual dynamics and experiences, considering that processes related to eating, feeding, nutrition, and mental suffering are not disconnected from social, economic, and cultural contexts.

► **Keywords:** Nutritional needs. Food. Nutrition. CAPS. Expanded clinic.