

*“A inserção do nutricionista no NASF no município do Rio de Janeiro”*

*por*

***Juliana Paulo e Silva***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Rodrigues Guilam  
Segunda orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denise Cavalcante de Barros  
Terceiro orientador: Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes*

*Esta dissertação, intitulada*

**“A inserção do nutricionista no NASF no município do Rio de Janeiro”**

*apresentada por*

***Juliana Paulo e Silva***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. José Wellington Gomes Araújo

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiana Wargas de Faria Baptista

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Rodrigues Guilam - Orientadora principal

*Dissertação defendida e aprovada em 21 de maio de 2012.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

S586 Silva, Juliana Paulo e  
A Inserção do nutricionista no núcleo de apoio a  
saúde da família no município do Rio de Janeiro. /  
Juliana Paulo e Silva. -- 2013.  
132 f. : graf. ; mapas

Orientador: Guilam, Maria Cristina Rodrigues  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Nutricionista. 2. Saúde da Família. 3. Atenção  
Primária à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12098153

## AGRADECIMENTOS

O momento de agradecer nos faz perceber que não estamos sozinhos neste caminho, e chegar ao fim desta intensa jornada foi uma conquista na qual pude compartilhar com muitas pessoas queridas!

À Cristina Guillam, pela disponibilidade e generosa confiança.

À Denise Barros, pela amizade e orientação desde os primeiros passos na saúde pública, ainda no início da graduação, até o final de mais este ciclo.

Ao Willer Marcondes, que mesmo sem me conhecer, aceitou o desafio e me presenteou com suas dedicadas orientações.

À Tatiana Wargas e José Wellington pelas importantes contribuições na qualificação deste trabalho e disponibilidade de fazerem parte da banca.

A turma de alunos do mestrado, em especial ao “Grupo do PSF e agregados”: João, Wilson, Grazi e Shirley, pelo prazer do convívio, pela troca de experiências, intensos debates, ideias e utopias. Vocês serão inesquecíveis!

À Erika Cardoso, sua amizade foi um presente deste mestrado!

A minha eterna professora, orientadora e amiga Sheila Rotenberg, que fez parte da minha formação desde a graduação e muito contribuiu para que chegasse ao final de mais este ciclo.

A equipe da Atenção Básica do INAD pela força e apoio em todos os momentos na realização deste trabalho.

À Fátima França, por compreender e apoiar os momentos que precisei me afastar neste período de muito trabalho.

À Jorginete pela amizade, confiança e incentivo nos momentos mais difíceis deste caminho.

A todos que trabalharam comigo no Grupo de Apoio Técnico da AP 3.1, nos anos que passamos juntos, na loucura do PSF! Um laboratório para a vida!

As minhas amigas: Flavinha, Beta, Ju, Nivia, Ana, Michele por compreenderem minhas inúmeras ausências, meu mau humor e impaciência. Vocês foram literalmente incansáveis! Muito obrigada!

A toda minha família, em especial a minha mãe querida Marianne Mary por todo seu amor, apoio e compreensão em todos os momentos da minha vida!

E por fim, a todos os “profissionais SUS”, que dedicam todo seu trabalho por uma sociedade mais justa e igualitária.

Dedico este trabalho a todas as nutricionistas da Atenção  
Básica do Município do Rio de Janeiro, em especial  
a Sheila Rotenberg por toda sua trajetória de luta na  
Área de Alimentação e Nutrição.

## RESUMO

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se como prioridade no modelo de atenção à saúde, sendo o centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. Com o objetivo de ampliar e fortalecer ações mais integradas e resolutivas, o Ministério da Saúde (MS) instituiu pela Portaria 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esses núcleos, formados por profissionais de diferentes categorias devem constituir-se um apoio às equipes de saúde da família e compartilhar as práticas de saúde em seu território. O nutricionista inserido no NASF é a referência técnica para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição. O objetivo geral deste estudo foi analisar a inserção do nutricionista no NASF no município do Rio de Janeiro, identificando os fatores limitantes e facilitadores desta inserção. O caminho do estudo foi construído a partir da abordagem qualitativa, pela percepção dos gestores, profissionais de saúde e nutricionistas. Foi utilizada a técnica de entrevista semi – estruturada, composta por perguntas abertas e fechadas. No ano de 2011, foram entrevistados 04 gestores, 05 nutricionistas e 03 profissionais de saúde da família. A análise dos dados fundamentou-se no Método de Interpretação de Sentidos, baseada na perspectiva hermenêutica e dialética, os quais se voltam para a interpretação do contexto, das razões, da lógica e contradições dos relatos, correlacionando os dados ao conjunto de inter-relações e conjunturas. Os dados foram organizados em dois eixos orientadores: processo de implementação do NASF e a inserção do nutricionista no NASF. Os entrevistados apontaram que a expansão da ESF concomitante ao processo de implantação do NASF dificultou a organização do trabalho e a qualificação das equipes. Em relação aos fatores facilitadores da inserção dos nutricionistas destacaram-se três questões: o perfil nutricional da população brasileira, a insegurança alimentar e o cuidado em saúde abrangendo todas as fases do curso da vida. A gestão dos serviços de saúde tem um papel importante na organização do trabalho e no desenvolvimento de dispositivos institucionais que contribuam para o trabalho em equipe, para a construção cotidiana de novas formas de produção de práticas e de subjetividades mais cuidadoras e solidárias. Na Atenção Básica, as mudanças no modelo de cuidado em saúde e nutrição, embasadas na perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), constitui-se ainda como um grande desafio.

Palavras chaves: Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Nutricionista.

## ABSTRACT

According to the National Primary Health Policy (PNAB), the Family Health Strategy (ESF) was established as a priority in health care model, and became the organizing center of networks of health care in the SUS. In order to broaden and strengthen more integrated and resolving actions, the Ministry of Health (MOH) established by Ordinance 154/GM of January 24, 2008, the Centers for Family Health Support (NASF). These centers, formed by professionals of different categories should support family health teams and share the practices of health in their territory. The Nutritionist part of the NASF is the reference for the development of actions in feeding and nutrition. The objective of this study was to analyze the inclusion of nutritionists in NASF in the city of Rio de Janeiro, identifying the limiting and facilitating factors to this integration. The study was constructed from the qualitative approach, by the perception of managers, health professionals and nutritionists. We used the technique of semi - structured interview consisting of open and closed questions. In 2011, 04 managers, 05 nutritionists and 03 family health professionals were interviewed. Data was analyzed considering the method of interpretation of meaning, that is based on the hermeneutics and dialectic perspective, which turn to the interpretation of the context, reasons, logic and contradictions in the reports, correlating the data to the set of interrelationships and situations. The data were organized into two main guiding principles: the implementation process of the NASF and the insertion of the nutritionist in the NASF. Respondents indicated that the concomitant expansion of the ESF and the implementation process of NASF hampered the organization of work and qualification of the teams. Regarding the facilitating factors to the inclusion of nutritionists three issues are highlighted: the nutritional profile of the Brazilian population, food insecurity and health care covering all stages of life. The management of health services plays an important role in the organization of work and in the development of institutional arrangements that contribute to different aspects, such as teamwork, daily construction of new forms of production of practices and more caring and thoughtful subjectivities. In primary care, changes in the model of health care and nutrition, based on the perspective of Food and Nutritional Security (SAN), is still a major challenge.

Keywords: Center of Support for Family Health, Nutritionist.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome* - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIS - Ações Integradas de Saúde

AN – Alimentação e Nutrição

AP - Áreas de Planejamento

APS – Atenção Primária em Saúde

CAP – Coordenação de Área Programática

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFN – Conselho Federal de Nutricionistas

CGAN - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIESZO - Conselho das Instituições de Ensino Superior da Zona Oeste

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS – Centro Municipal de Saúde

CNAN – Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar

COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade

DAB – Departamento de Atenção Básica

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

GAT – Grupo de Apoio Técnico

GT – Grupo de Trabalho

INAD - Instituto de Nutrição Annes Dias

INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONG – Organização Não Governamental  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
OS - Organizações Sociais  
PAS – Promoção da Alimentação Saudável  
PAB - Piso de Atenção Básica  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança  
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PBF - Programa Bolsa Família  
PCRJ - Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro  
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição  
PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde  
PNH - Política Nacional de Humanização  
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde  
PNSAN - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional  
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família  
PRONAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PST - Projeto de Saúde no Território  
PTS - Projeto Terapêutico Singular  
SAN - Segurança Alimentar e Nutricional  
SAP - Superintendência de Atenção Primária  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública  
SF – Saúde da Família  
SISAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional  
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMSDC - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SPT – Saúde Para Todos

SUBPAV- Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância à Saúde

SUDS - Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCR - Transferência Condicionada de Renda.

UNICEF - *The United Nations Children's Fund* – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VAN \_ Vigilância Alimentar e Nutricional

VD – Visita Domiciliar

## **LISTA DE MAPAS, GRÁFICOS E QUADROS**

Figura 1: Mapa das Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro

Quadro 1 – Proposta de Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro

Gráfico 1- Número de Profissionais NASF, por categoria e carga horária, Brasil

Gráfico 2- Número de equipes NASF e Nutricionistas no NASF por Estado e Região do Brasil.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	13
<b>INTRODUÇÃO</b>	15
<b>OBJETIVOS</b>	21
<b>PERCURSO METODOLOGICO</b>	
Universo da pesquisa	22
As Entrevistas	23
Método de Análise	25
Fontes Complementares a Análise	26
Considerações Éticas	27
<b>PANORAMA CONCEITUAL</b>	
Atenção Primária em Saúde	28
- Atenção Primária em Saúde no Brasil	30
- Atenção Primária no SUS	35
Núcleo de Apoio a Saúde da Família	46
- Organização do Processo de Trabalho no NASF	53
Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária em Saúde	58
- A Inserção do Nutricionista no NASF	68
- Apoio Matricial nas Ações de Alimentação e Nutrição	70
O Contexto de Implantação da ESF e o NASF no Município do Rio de Janeiro	72
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	
Perfil dos Entrevistados	79
Eixo I: Processo de Implementação do NASF	82
Eixo II: A Inserção do Nutricionista e as Ações de Alimentação e Nutrição na ESF	88
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	105
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	107
<b>APÊNDICE A</b> – Roteiro de Entrevista com Gestores	122
<b>APÊNDICE B</b> – Roteiro de Entrevista com Nutricionistas	123
<b>APÊNDICE C</b> – Roteiro de Entrevista com Profissionais de Saúde	124
<b>APÊNDICE D</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125
<b>ANEXO 1</b> - Quadro comparativo entre a proposta do Núcleo de Saúde Integral e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família em 2008 e 2011	127

## APRESENTAÇÃO

Gostaria de realizar uma breve apresentação do caminho percorrido nesta dissertação uma vez que tem interface com a minha trajetória profissional.

Ao longo de seis anos, no qual trabalhei como nutricionista do Grupo de Apoio Técnico (GAT) à Estratégia Saúde da Família (ESF), na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da cidade do Rio de Janeiro, pude vivenciar a atuação do nutricionista junto as equipes e também na gestão dos serviços de saúde.

O GAT era composto por uma equipe multiprofissional, o que propiciava a troca de saberes e o olhar diferenciado nas ações desenvolvidas. Participei da implantação e gestão do processo de trabalho das equipes de saúde da família, acompanhamento e monitoramento do sistema de informação, pactuação de metas, construção e articulação com a rede e equipamentos sociais no território. Além de realizar o apoio matricial em alimentação e nutrição das equipes como: visitas domiciliares, interconsultas, grupos educativos e a educação permanente dos profissionais envolvidos.

Logo após o GAT ser extinto, fui convidada a trabalhar no Instituto de Nutrição Annes Dias, realizando a interface da ESF com a Área Técnica de Alimentação e Nutrição.

Neste processo, comecei a me inquietar com algumas questões relativas a inserção do nutricionista na ESF. Foi então que percebi que era o momento de me afastar para repensar minha prática: “sair do olho do furacão, e olhar o furacão de fora”, e buscar fundamentação teórica que me ajudasse a ver os tantos encontros e desencontros que no cotidiano do serviço passam muitas vezes despercebidos. Assim, chegou o momento do mestrado e, com ele, o desejo de trilhar pelos caminhos da reflexão teórica, com a qual pudesse desfrutar da rara oportunidade de estranhar, de duvidar de certezas e ingenuidades sedutoras.

Desta forma, busco com esta dissertação compreender a inserção do nutricionista a partir de algumas indagações: Como surgiu a proposta do NASF no município do Rio de Janeiro? Como se deu o processo de identificação das categorias profissionais para sua composição, principalmente a inclusão do nutricionista? O que motivou o nutricionista a fazer parte do NASF? De que forma o processo de trabalho do nutricionista é construído frente à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e as orientações da Estratégia Saúde da Família (ESF)? De que forma os profissionais da equipe (ESF) se apropriam do conhecimento de alimentação e nutrição para a

qualificação do cuidado?

Este estudo não pretende responder a todas estas questões, por entender sua complexidade. Entretanto, foi a partir deste cenário de inquietações que construí meu objeto de estudo: “A Inserção da Área de Alimentação e Nutrição no NASF” tendo como questão principal: “Dado que o Saúde da Família é a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a reorientação da atenção, de que forma ocorre a inserção do nutricionista no NASF?”.

## INTRODUÇÃO

Os fundamentos da APS, hoje amplamente difundidos, tiveram seu início nas propostas apresentadas pelo Relatório Dawson, na Inglaterra em 1920, no qual aponta à organização do sistema dos serviços de saúde, definidos a partir de bases territoriais e populações alvo, em níveis distintos, como: centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Neste relatório foram descritos vínculos formais entre os respectivos níveis e também definidas suas funções no sistema de saúde, caracterizando uma rede de saúde hierarquizada e regionalizada (FAUSTO E MATTA, 2007).

O Relatório de Dawson influenciou a organização dos sistemas de saúde, em diversos países desenvolvidos, principalmente aqueles que instituíram sistemas nacionais e universais. Se anteriormente, a organização dos sistemas de saúde tinham suas estruturas baseadas no modelo flexneriano<sup>1</sup>, de cunho curativo, no reducionismo biológico e na atenção individual, a partir de então, inicia-se uma discussão sobre os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade (FAUSTO e MATTA, 2007).

Entretanto, é a partir dos anos 70 que o debate sobre a atenção primária à saúde passa a ser intensificado internacionalmente, resultante de questionamentos do modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, caracterizado pela excessiva fragmentação da assistência e pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população. Pesquisas apontavam lacunas existentes entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, alertando para a desigualdade na distribuição e acesso aos bens sociais, em especial, aos serviços de saúde (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

Na década de 70, os programas de saúde relacionados com a APS ganham institucionalidade e começam a ocupar espaço de ação governamental, sendo remetido ao campo de competências dos serviços de saúde e a organização de suas ações. A APS ganha destaque no debate, sendo difundida principalmente, através da Organização

---

<sup>1</sup> Relatório de Flexner (1911) – a partir deste relatório foi realizada a reforma médica nos EUA. Principais características: ênfase na atenção médica individual, organização da assistência médica em especialidades, valorização do ambiente hospitalar em detrimento do ambulatorial, educação médica fragmentando as ciclo básico e ciclo profissional, sendo este realizado no hospital. (PAIM, 2008)

Mundial de Saúde (OMS) (FAUSTO E MATTA, 2007).

Em 1977, a trigésima reunião anual da Assembléia Mundial de Saúde, propõe como meta principal dos governos participantes a obtenção de um nível de saúde, que permitisse a todos os cidadãos do mundo, uma vida social e economicamente ativa até o ano 2000 (STARFIELD, 2002). Esta declaração ficou conhecida como “Saúde para todos no ano 2000” (SPT), e desencadeou grande impacto para a construção dos princípios da APS.

Esses princípios foram enunciados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma – Ata no Cazaquistão. A Declaração de Alma – Ata foi interpretada como uma estratégia essencial para a organização de sistemas de saúde mais equitativos, de forma a responder as necessidades de saúde da população, sendo necessária a articulação da APS com os demais níveis do sistema (FAUSTO E MATTA, 2007).

A APS por envolver questões teóricas, ideológicas e práticas, tendo conseqüências diferenciadas quanto às políticas implementadas e à garantia do direito universal à saúde, tem adquirido diversos significados, dependendo dos contextos políticos, econômicos e sociais. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Fausto e Matta (2007) apontam os vários sentidos que a terminologia “primário (a)” tem na língua portuguesa, estando relacionada desde a noção de primitivo, básico, sem refinamento até mesmo a idéia de principal, central ou essencial. Esta diversidade de sentidos gera confusões na abordagem do tema, onde os autores sinalizam a importância da contextualização política da época, os atores sociais envolvidos, a cultura e as finalidades do sistema de saúde com base no qual procuramos definir a APS.

Considerando as várias interpretações que a APS vem adquirindo, destacamos a elaborada por Starfield (2002), uma vez que tem obtido reconhecimento no âmbito internacional e também no Brasil, compreendendo a Atenção Primária como sendo:

*“A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada a enfermidade), (...) coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar (...) compartilha características com os outros níveis dos sistemas de saúde (...) a atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades*

*clínicas exclusivas (...) a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde”. (STARFIELD, 2002, pg. 28)*

A autora também destaca a APS como sendo a que organiza e racionaliza o uso de recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, prevenção, cura e reabilitação, para a melhora da saúde (STARFIELD, 2002). Ela define quatro atributos, que na sua concepção, além de avaliar devem balizar a organização da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação.

O *primeiro contato* está relacionado com a APS sendo a porta de entrada dos serviços de saúde, garantindo a acessibilidade. Giovanella e Mendonça (2008) consideram que a acessibilidade é o primeiro requisito para a constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde, onde as barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais são eliminadas e as pessoas passam a utilizar os serviços, sempre que necessário. Outro requisito, ressaltado pelas autoras, é a exigência de encaminhamento por profissionais da APS para o acesso a atenção especializada, exercendo o papel de filtro para o acesso a outros níveis do sistema, o que na língua inglesa é denominado de “*gatekeeper*”.

A *longitudinalidade* pressupõe a definição da população de referência, a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, possibilitando uma relação de vínculo entre profissional/paciente.

A *integralidade* refere-se ao papel das unidades de atenção primária em fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.

A *coordenação* implica garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção, com o reconhecimento dos problemas que requerem segmento constante. Neste sentido, a disponibilidade das informações, entre os profissionais e serviços de saúde, sobre o cuidado prestado aos pacientes é fundamental, de forma a assegurar a atenção ininterrupta. Giovanella e Mendonça (2008) ressaltam a importância deste atributo, principalmente em razão da mudança no perfil demográfico e epidemiológico, caracterizado pelo envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas.

Segundo Mata e Ruiz (1993 apud Fausto e Matta, 2007), a intersectorialidade tem sido proposta como outro atributo da APS, considerando que a saúde no seu conceito ampliado é resultante de múltiplos fatores, o que exige a articulação de diversos setores

da sociedade.

O conceito ampliado de saúde, o atual perfil demográfico e epidemiológico da população, a amplitude e diversificação tecnológica para lidar com os problemas de saúde fazem com que a APS assuma posição estratégica para a superação do modelo de atenção vigente.

A integração da APS com outras políticas públicas, na perspectiva da intersetorialidade, e com os demais níveis de atenção, para garantia do acesso integral e universal aos serviços de saúde e do direito à atenção à saúde, demonstra ser fundamental para a reorganização dos sistemas de saúde (CONILL E FAUSTO, 2007).

No Brasil, durante o Movimento da Reforma Sanitária na década de 1980, predominou a preocupação em assegurar a universalidade e integralidade do sistema de saúde. (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008). Entretanto, as medidas iniciais no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram voltadas principalmente para o financiamento e a descentralização das ações e serviços de saúde, permanecendo uma ausência de discussão no âmbito do Ministério da Saúde sobre a organização da atenção. Desta forma, o modelo continuou centrado nas ações curativas ofertadas pelos hospitais e as ações preventivas continuaram sendo desenvolvidas sob a forma de programas verticais e campanhas sanitárias. (FAUSTO E MATTA, 2007)

A partir da década de 90, uma confluência de agendas e atores (gestores municipais, dirigentes e técnicos federais, agências internacionais) favoreceu a entrada e progressiva valorização do Programa Saúde da Família (PSF) na agenda do Ministério da Saúde (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Devido a um cenário favorável ao desenvolvimento e consolidação do PSF no Brasil, este ocupa espaço político e institucional não mais como “programa” na concepção tradicional, mas como “estratégia” para a reorganização da atenção básica, sendo denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). A implantação da ESF teve uma forte indução do governo federal para que os municípios aderissem a esta estratégia.

Com o objetivo de ampliar e fortalecer as ações de atenção básica, em 2006, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela Portaria nº 648/GM.

A PNAB vem fortalecer o nível primário de atenção à saúde como porta de entrada preferencial do sistema de serviços de saúde e reafirma a sua importância na organização da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS e visa contribuir para efetivar a universalidade, a

integralidade, a equidade, o acesso, a coordenação do cuidado, o vínculo, a humanização e a participação social (BRASIL, 2006).

Em 2008, a partir da Portaria 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esses núcleos, formados por especialidades médicas básicas e por profissionais de diferentes categorias devem constituir-se um apoio às equipes e compartilhar as práticas de saúde em seu território (BRASIL, 2008).

O NASF busca qualificar e complementar o trabalho das equipes da ESF, na tentativa de superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde. Tem como objetivo a construção de redes de atenção, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Visto a complexidade das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, o NASF surge como uma possibilidade de aumentar a amplitude da atenção, com a inserção de outros profissionais e assim poder contribuir para maior resolução dos problemas de saúde ainda no nível primário do sistema (CASTRO, 2009).

Neste sentido, esta pesquisa visa analisar a inserção do nutricionista no NASF no Município do Rio de Janeiro, a partir da percepção dos gestores, profissionais da equipe de saúde da família e nutricionistas.

O nutricionista inserido no NASF passa a ser a referência técnica para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, articulando estratégias de ação junto aos equipamentos sociais de seu território em prol da Promoção da Alimentação Saudável (PAS), do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). As diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 1999; 2003; 2011) servem de base conceitual para elaboração e implantação de políticas, programas e projetos na área. Neste sentido, destacam-se as ações de promoção da saúde; monitoramento da situação alimentar e nutricional; prevenção as doenças e agravos relacionados à alimentação e nutrição; cuidado nutricional e educação permanente.

Assim, considerar a trajetória do processo de inserção do nutricionista em um município, de uma grande metrópole como o Rio de Janeiro, poderá contribuir para discussões que ampliem o olhar sobre as ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica no Brasil.

Este estudo foi dividido em quatro partes, além da apresentação, introdução e objetivos, onde foram explicitadas as motivações para realizar a pesquisa, o tema e justificativa.

A primeira parte, o Percorso Metodológico apresenta as escolhas metodológicas para realização da pesquisa.

Na segunda parte, o Panorama Conceitual apresenta o contexto em que se insere o estudo a partir do referencial teórico que foi subdividido em quatro tópicos: o *primeiro* traz um resgate histórico e político da trajetória da APS, tendo como foco a sua evolução no Brasil e principalmente pela ESF; o *segundo* busca apontar o contexto no qual o NASF foi criado e a organização do trabalho proposto para estas equipes; o *terceiro* traz a trajetória e a organização das ações de Alimentação e Nutrição na APS no país, a inserção do nutricionista no NASF e os desafios postos para sua atuação; o *quarto* visa contextualizar o processo de implantação da ESF e NASF no município do Rio de Janeiro, trazendo elementos que possam contribuir para uma melhor compreensão do cenário político institucional deste município.

A terceira parte traz a discussão dos resultados com o referencial teórico apresentado e outras leituras que se fizeram necessárias para dialogar com as falas dos sujeitos desta pesquisa.

A quarta parte refere-se às considerações finais, que não buscam encerrar o debate sobre esta temática, mas sintetizar os resultados e apontar os desafios para a ampliação do conhecimento nesta área.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

- ❖ Analisar a inserção dos nutricionistas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.

### **Objetivos específicos:**

- ❖ Compreender a percepção dos gestores e profissionais de saúde quanto à inserção do nutricionista no NASF;
- ❖ Identificar fatores limitantes e facilitadores na inserção do nutricionista no NASF.

## PERCURSO METODOLOGICO

O caminho do estudo foi construído a partir da abordagem qualitativa, com o propósito de compreender e ultrapassar o universo dos significados e valores sobre a inserção do nutricionista no Núcleo de Apoio a Saúde da Família, a partir da percepção dos gestores, profissionais de saúde e nutricionistas.

Na abordagem qualitativa, o pesquisador não é apenas um observador, ele é um ator envolvido que influencia seu objeto de pesquisa, e este por sua vez, não é algo isolado captado em um instante de observação. Os participantes da pesquisa são reconhecidos também como atores que possuem conhecimento e formam sua concepção de vida que orientam suas ações. A construção do saber neste tipo de estudo ocorre, então, nesta relação entre o ator-pesquisador e os atores-participantes da pesquisa (LAVILLE, 1999).

Segundo Minayo (2010), a pesquisa social qualitativa ocupa-se em compreender a realidade a ser abordada, apresentando-se como uma totalidade que envolve diferentes áreas de conhecimento e abrange a dinâmica do mundo da vida. Essa abordagem foi eleita devido à complexidade do campo da saúde e a natureza do objeto de estudo, uma vez que permite o aprofundamento dos significados, relações, atitudes, crenças e valores.

Para isso, se fez necessário ir a campo para confrontar as minhas implicações e contrapor a perspectiva dos sujeitos envolvidos com a temática deste estudo.

### Universo da pesquisa

Este estudo teve como campo de atuação o município do Rio de Janeiro, onde os sujeitos do estudo foram identificados a partir dos seguintes critérios:

**-Gestores:** ter envolvimento direto com a temática do estudo, que de acordo com a estrutura da SMSDC, foi o Coordenador do NASF, o Coordenador da Estratégia Saúde da Família, e os Coordenadores das Áreas Programáticas que tinham implantado NASF com nutricionistas até março de 2011.

**- Nutricionistas dos NASF:** estar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), onde constam todos os profissionais que compõem as equipes de NASF. A pesquisa se deteve a realizar o estudo com todos os nutricionistas cadastrados nos NASF até março de 2011.

**- Profissionais de Saúde das Equipes de Saúde da Família:** possuir papel de

liderança local. Esta identificação partiu do próprio nutricionista do NASF.

De acordo com os critérios inicialmente desenhados para a seleção dos sujeitos da pesquisa, mencionados acima, foram identificados 05 gestores, 05 nutricionistas e 05 profissionais das equipes de saúde da família, totalizando 15 sujeitos.

Entretanto, no decorrer do estudo tivemos uma perda relativa à participação de 01 gestor, que não respondeu aos contatos realizados pela pesquisadora, por telefone e email, mesmo que pessoalmente não transparecesse nenhuma objeção da sua participação no estudo.

O estudo contou com algumas limitações, relativas a 02 nutricionistas estarem cadastradas no SCNES, mais efetivamente não trabalharem como NASF, o que inviabilizou a participação de 02 profissionais de saúde da família, que pelo critério de inclusão deveriam estar vinculados a equipe de NASF com nutricionista. Foi mantida a participação das nutricionistas, pois estavam dentro do critério de inclusão do estudo, que era estar cadastrado no sistema de informação, sendo esta situação um elemento de análise, enriquecendo as discussões, e refletindo as contradições que o trabalho de campo permite para contrapor com o instituído.

Assim, este estudo contou no seu desenho final para o trabalho de campo com a participação de 12 sujeitos, sendo 05 nutricionistas, 04 gestores e 03 profissionais de saúde da família.

### **As Entrevistas**

A entrevista é a estratégia mais utilizada nas pesquisas qualitativas que incluem trabalho de campo. A relação de interação entre o pesquisador e o entrevistado faz com que seja possível a construção de informações (LUDKE, 1986; MINAYO, 2010).

Além de possibilitar esta construção, a entrevista também permite ao entrevistado uma reflexão sobre si mesmo, sua história, suas vivências, seus medos e contradições, que muitas vezes no cotidiano do serviço se torna um momento único.

As entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização. Neste estudo foi utilizada a técnica de entrevista semi – estruturada composta por perguntas abertas e fechadas de modo que, o entrevistado, possa ampliar seu discurso sem se prender às condições prefixadas do pesquisador. Assim, a entrevista se torna um momento rico, onde o discurso passa a

absorver as expressões, opiniões, crenças, sonhos e as próprias contradições entre o pensar e o agir do entrevistado (MINAYO, 2010).

Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro para cada grupo de atores envolvidos no estudo, nutricionista, gestores e profissionais da estratégia saúde da família, que contemplou a abrangência das informações esperadas, servindo de orientação e guia e permitindo ainda flexibilidade nas conversas e absorção de novos temas e questões relevantes para o estudo (apêndice A, B, C).

Os roteiros foram construídos com os temas a serem abordados de acordo com os objetivos da pesquisa, porém, evitando utilizar questões fechadas, nem sugerir opções de respostas, a fim de buscar maior amplitude de informações. Os roteiros serviram de apoio ao pesquisador, e permitiu ao entrevistado discorrer livremente e pronunciar-se sobre questões relevantes que envolviam o tema em estudo, além de garantir que todos os pressupostos seriam tratados na conversa (MINAYO, 2010).

Foi realizado o contato prévio com os sujeitos pessoalmente e/ou por contato telefônico, e posteriormente encaminhado por email o convite para participar da pesquisa, contendo em anexo, o termo de consentimento livre e esclarecido. Após o aceite, cada entrevista foi agendada individualmente, de acordo com a disponibilidade dos dias da semana e horários de preferência dos sujeitos.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos participantes, sendo os profissionais de saúde da ESF e nutricionistas do NASF - nas unidades de saúde; e gestores – nas Coordenações de Áreas de Planejamento e Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

Na ocasião do encontro, cada sujeito foi informado sobre as questões éticas do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D), autorizando a entrevista, sua gravação em áudio e o uso das informações para fins de pesquisa e posterior publicação.

Neste momento, foi estimulada pela pesquisadora, uma interação mais informal com o entrevistado, tentando “aquecer” a fase inicial da entrevista, que muitas vezes é permeada pelo nervosismo, receio e ansiedade. Assim, todas as entrevistas foram realizadas de forma que o entrevistado ficasse confiante e disponível para conversar sobre as questões relativas ao estudo.

Para garantir a fidedignidade do registro das falas dos entrevistados foi realizada a gravação das entrevistas, que utilizou um gravador modelo digital. Cada entrevista teve duração de 30 a 60 minutos. Elas foram gravadas na sua totalidade, e posteriormente, transcritas na íntegra, para melhor exploração dos dados em momento posterior. Após a

transcrição, as entrevistas foram identificadas através de códigos, para proteger o anonimato dos participantes.

### **Método de Análise**

A análise dos dados da pesquisa fundamentou-se no Método de Interpretação de Sentidos, baseada na perspectiva hermenêutica e dialética, inspirada por Gomes et al (2005), os quais se voltam para a interpretação do contexto, das razões e da lógica das falas, das ações, correlacionando os dados ao conjunto de inter-relações e conjunturas, dentre outros corpos analíticos.

Sob a perspectiva hermenêutica, importa compreender os sentidos e dissensos entre os atores distintos, visando à compreensão da prática dos atores envolvidos no serviço ou programa. A perspectiva dialética aponta para a necessidade de análise histórica, das interações entre atores institucionais, os aspectos políticos e econômicos. Assim, a análise de uma ação institucional deve envolver a compreensão das contradições presentes naquela ação, por entender seu caráter histórico e dinâmico. (DESLANDES, 1997).

Segundo Minayo (2010), a perspectiva hermenêutica dialética compreende que nada se constrói fora da história, do contexto no qual foi produzido e das contradições e conflitos inerentes aos processos sociais. *“Uma análise compreensiva ancorada na hermenêutica dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório... (p. 347).*

Assim, para a interpretação do material foi realizada a ordenação dos dados coletados, a partir das transcrições das entrevistas. Foi realizada a leitura exaustiva dos textos, o que alguns autores chamam de “leitura flutuante”, onde o pesquisador toma contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo, tendo uma visão de conjunto e apreendendo as particularidades presentes nesta totalidade parcial (MINAYO, 2010).

Este momento proporcionou a pesquisadora maior familiaridade com o material dando início a organização dos principais aspectos encontrados em cada fala, seguindo a sequência das questões principais do roteiro de entrevista.

Em seguida, foi realizado questionamento no sentido de problematizar as idéias explícitas e implícitas, realizando inferências, de modo a estabelecer correlações internas do material, indo além das falas e dos fatos descritos. Após esta identificação

das principais idéias contidas no texto, foi realizada uma decomposição, no sentido de reagrupar o material de acordo com os elementos convergentes e divergentes, o que permitiu a pesquisadora uma maior clareza das contradições e consensos existentes.

Após esta etapa de decomposição do material, buscou-se apreender os sentidos mais amplos, levando em consideração a construção de possíveis significados e o contexto sócio cultural, atribuídos as idéias identificadas. Assim, os dados foram organizados em dois eixos temáticos: **Eixo I - Processo de Implementação do NASF;** **Eixo II - Inserção do Nutricionista e as Ações de Alimentação e Nutrição na ESF.**

Para a interpretação dos eixos orientadores foi realizado o diálogo entre: a dimensão teórica e os dados empíricos; os textos e seus contextos; as questões, os pressupostos, os objetivos e os dados; e as informações trazidas do campo.

Assim, para as etapas de ordenação e classificação dos dados coletados foi preciso uma profunda inflexão sobre o material empírico, onde a análise final, segundo Minayo (2010, pág. 358) pode ser considerada “*o ponto de partida e o ponto de chegada da compreensão e da interpretação*”.

### **Fontes complementares a análise dos dados**

Para realizar a análise do material, foram utilizadas fontes complementares que serviram para embasar, enriquecer e contrapor com os resultados encontrados. Foram realizadas leituras aprofundadas dos documentos oficiais, de forma a compreender, valorizar e interpretar os dados empíricos.

Foram realizadas consultas na legislação específica na área da saúde, como os documentos oficiais do Ministério da Saúde (Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política de Segurança Alimentar e Nutricional, Política Nacional de Promoção da Saúde, Portarias referentes ao NASF) e documentos oficiais do Município pesquisado, como também registros dos processos em análise relativos aos NASF e relatórios de avaliação e auto-avaliação sobre etapas e desenvolvimento do trabalho dos NASF.

A pesquisa bibliográfica foi realizada de forma a permitir uma melhor ordenação e compreensão da realidade empírica. Segundo Minayo (2010), a pesquisa bibliográfica deve “*buscar diferentes ângulos do problema que permitam estabelecer definições, conexões e mediações...*”.

## **Considerações Éticas**

Os cuidados éticos referentes aos princípios legais da pesquisa com seres humanos foram respeitados, cujas bases são o respeito à liberdade e à dignidade humana e o compromisso social da ciência. Em consonância com declarações e consensos internacionais e nacionais no campo dos direitos humanos e da saúde, a regulamentação da pesquisa no Brasil incorpora, sob ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros (BRASIL, 1996a).

Na análise das informações fornecidas foi respeitada a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde e o regimento interno do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP e da SMSDC, quanto às normas éticas para o desenvolvimento de pesquisas.

Para todos os sujeitos da pesquisa foram apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue impresso ao participante antes do início da entrevista, lido em voz alta e realizado todos os esclarecimentos necessários, podendo o participante desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.

Para garantir o sigilo e a confidencialidade dos relatos algumas medidas foram tomadas: os arquivos de áudio e os arquivos das entrevistas transcritas foram armazenados em computador de uso restrito pela pesquisadora; os dados ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos e serão destruídos após esse período.

Na apresentação dos resultados da pesquisa, os participantes das entrevistas não foram identificados pelo nome, mas sim através de números relacionados aos gestores municipais, nutricionistas dos NASF e profissionais de saúde da ESF (gestores: G1, G2, G3 ...; nutricionistas: N1, N2, N3... e profissionais de saúde da ESF: P1, P2, P3....). No entanto, a identificação indireta desses sujeitos é um risco iminente, em função do cargo que ocupam.

## PANORAMA CONCEITUAL

### ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

No decorrer do tempo, várias são as interpretações que podem ser feitas sobre APS. Nesse capítulo, pretende-se abordar um sentido histórico e político para a compreensão da APS, mais do que uma definição normativa sobre o tema.

Apesar do texto final da Declaração de Alma - Ata conceber uma APS em um sentido mais integral, divergências internas defendiam um sentido mais seletivo. O sentido mais integral da APS apontava conflitos de interesse com diversos setores, entre eles, as indústrias de medicamentos e de produtos lácteos, já que a sua proposta, defendida em Alma - Ata e preconizada no SPT 2000, incentivava o aleitamento materno e a distribuição de medicamentos essenciais em países menos desenvolvidos (FAUSTO E MATTA, 2007).

*“cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).*

Neste cenário de conflitos econômicos e políticos outras agências internacionais, entre elas o Banco Mundial e a UNICEF, difundem uma proposta de APS seletiva e de baixo custo (CUETO, 2004; CASTRO, 2009; GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

Em 1979, realizou-se a Conferência de Bellagio, na Itália, onde a proposta de APS seletiva foi amplamente disseminada. A proposta de APS seletiva corresponde implantar programas restritos, visando cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundários e terciários,

correspondendo a uma compreensão reducionista dos objetivos preconizados na Conferência de Alma Ata. Esta proposta foi amplamente difundida na maioria dos países em desenvolvimento, nos quais a Atenção Primária correspondeu a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

O cenário de crise econômica dos anos 80 e a emergência dos governos neoliberais nos países desenvolvidos, que apoiam projetos de ajuda a países pobres, foi um fator que favoreceu um modelo de atenção baseado na biomedicina, centrado na cura de doenças, na ação hospitalar e na oferta de “cestas básicas” para combater as principais doenças. Entretanto, com a perpetuação da crise econômica mundial e a racionalização dos gastos em saúde, principalmente de tecnologias caras, fez com que as ações de promoção e prevenção em saúde começassem a ganhar maior ênfase (ALMEIDA, 1999; FAUSTO E MATTA 2007).

Críticas à proposta da APS seletiva vinham sendo debatidas e a discussão sobre os determinantes da saúde, já começavam a repercutir fortalecendo as ações de prevenção e promoção da saúde.

O Banco Mundial, como principal difusor das ideias de focalização e seletividade das ações de saúde, teve nos anos 90 o apoio da OMS, que neste período já não mais defendia a proposta de APS integral. Outra estratégia foi proposta, onde os Estados seriam os responsáveis por um conjunto de ações essenciais ofertadas com alta qualidade para toda a população (FAUSTO E MATTA, 2007)

Nos últimos anos, as mudanças políticas, socioeconômicas, tecnológicas e demográficas, ocasionaram transformações no perfil epidemiológico da população, com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, o surgimento de novas doenças e o retorno de velhos agravos, sendo necessária uma nova organização do sistema de saúde para responder a tais necessidades de saúde.

Vale ressaltar, a importância da APS no cuidado de portadores de doenças crônicas, que cada vez mais compõem o conjunto das ações abordadas nesta esfera, fazendo com que sejam necessárias mudanças na assistência prestada. As estratégias de cuidados passam a ser menos invasivas e mais dialógicas com produção de autonomia para os sujeitos da ação, de forma a garantir a sua adesão, bem como devem garantir a continuidade do cuidado a outros níveis de atenção.

A partir da última década as agências internacionais de saúde iniciaram um movimento de defesa da APS de forma universal, integrada e horizontal para o

desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos. (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008)

Em 2005, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) divulgou documento intitulado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” que resgata a discussão de atenção primária proposta em Alma Ata e visa corroborar com o desenvolvimento e o fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na Atenção Primária em toda região das Américas (OPAS, 2005).

Já em 2008, a OMS lança o documento “Atenção Primária Agora Mais do Nunca” reforçando a APS como eixo estruturante dos sistemas nacionais de saúde (OMS, 2008)

Este recente movimento de renovação da Atenção Primária à Saúde, impulsionado pelas agências internacionais em saúde, pode ser uma oportunidade de tencionar necessárias mudanças no modelo assistencial vigente.

### **- Atenção Primária em Saúde no Brasil**

Como mencionado anteriormente à concepção da APS seletiva, foi amplamente difundida pelas agências internacionais nos países em desenvolvimento, principalmente na América Latina.

Gil (2006) aponta que, no contexto brasileiro, a APS traz consigo as sequelas do debate travado nos anos 70, decorrentes do caráter racionalizador, em detrimento das reais necessidades de saúde das populações dos países periféricos. Neste contexto, Giovanella (2008) afirma que nos países periféricos há uma tensão permanente entre a expansão de cobertura apenas com cuidados básicos e a garantia de cesta ampla na consolidação de sistemas universais. Segundo a autora, a direcionalidade irá depender da constelação de forças políticas em cada momento histórico.

A trajetória da política de saúde brasileira foi marcada, ao longo do século XX, pela dicotomia entre saúde pública e a assistência médico – hospitalar. De um lado as campanhas sanitárias e, de outro, a medicina previdenciária, a filantropia, a medicina liberal, e posteriormente, as empresas médicas (PAIM, 2008).

Esta conformação institucional fragmentada do sistema de saúde brasileiro, antes da Constituição de 1988, entre a assistência médica, vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social e a saúde pública vinculada ao Ministério da Saúde,

não vinham respondendo as necessidades de saúde da população, além de favorecer grandes investimentos no setor privado<sup>2</sup>.

Fausto e Matta (2007) apontam o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)<sup>3</sup>, desenvolvido na década de 40, como os antecedentes da APS no Brasil. O trabalho do SESP baseou-se na medicina preventiva, com a criação de centros de saúde e postos rurais, onde atuavam agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. As atividades desenvolvidas articulavam ações preventivas e coletivas à assistência médica curativa. Apesar da organização do serviço se constituir em uma rede regionalizada e hierarquizada, não existia nenhuma articulação com as demais instituições de saúde.

Neste contexto, de diversas experiências locais sendo desenvolvidas e a efervescência dos debates sobre APS, em 1976, o governo federal editou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) tendo como propósito a expansão na cobertura de ações coletivas, com a implantação de estruturas básicas de saúde pública nas comunidades de até 20.000 habitantes da região Nordeste (BAPTISTA, 2007).

Apesar de apresentar propostas seletivas, voltado para as regiões mais pobres do país e desenvolver ações restritas as necessidades de saúde das pessoas, o PIASS, além de aumentar a cobertura dos serviços também contribuiu para a reorganização da atenção, tendo a atenção primária como porta de entrada, e a integração dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção (FAUSTO e MATTÁ, 2007)

Em seguida ao PIASS, é lançado também o PREV – SAUDE, que mantém as mesmas propostas do anterior, porém com atuação em todo território nacional. Esta medida aprofundou o debate sobre a universalização dos serviços de saúde.

Entretanto, com o momento político desfavorável neste período, havendo fortes resistências no interior das burocracias estatais, a oposição do segmento médico-

---

<sup>2</sup> A assistência médica era restrita aos trabalhadores com vínculo formal, onde estes deveriam obrigatoriamente, pertencer a um determinado grupo para que pudesse usufruir de atendimento médico e dos seguros da previdência. Já a saúde pública, era responsável pelas ações de prevenção, como as campanhas de vacina e alguns programas, como de controle da tuberculose e hanseníase. As ações de saúde pública tinham um caráter universal, porém com um financiamento muito aquém das necessidades da população.

<sup>3</sup> O SESP foi criado a partir de um convênio assinado em 1942 entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller. O objetivo central era proporcionar assistência médico sanitária nas regiões da Amazônia (produção da Borracha) e Minas e Goiás (extração de minérios), estratégicas para as relações internacionais do Brasil no período que antecedeu a Segunda Guerra Mundial (Fausto e Matta, 2007). Em 1960 o SESP foi transformado em Fundação do Ministério da Saúde (FSESP) e assim permaneceu até os anos 1990, quando ocorreu a reforma da política de saúde e a FSESP foi extinta, criando-se a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que fundiu a FSESP e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM (FAUSTO, 2005).

empresarial e, ainda, as pressões oriundas do campo da medicina liberal, fizeram com que as propostas do PIASS e PREV SAÚDE não conseguissem avançar (CORDEIRO, 1991).

Por outro lado, havia muitos questionamentos e críticas em relação ao modelo de saúde vigente no país, o que culminou no Movimento da Reforma Sanitária.

O Movimento da Reforma Sanitária teve início a partir da segunda metade da década de 70, envolvendo estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva e social, movimento social organizado, além de intelectuais liberais. Constituíam-se como um instrumento de luta pela democratização do país e a unificação do sistema de saúde, a partir de mudanças no modelo assistencial, e na compreensão da concepção ampliada de saúde e da afirmação do binômio saúde e democracia (SCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005; GIOVANELLA E MENDONÇA, 2009; LIMA, 2005).

Baptista, Fausto e Cunha (2009) sinalizam que década de 1980, as propostas para a APS implantadas nos países da América Latina e outros países em desenvolvimento, tinham caráter focalizado, conforme recomendação de agências internacionais, enquanto que no Brasil a APS avançou no sentido da reforma sanitária, orientada pelos princípios: da universalização, da equidade no acesso e da integralidade das ações dos serviços de saúde, refletindo o contexto de redemocratização do país.

Embasadas por estes princípios, experiências inovadoras nos sistemas locais de saúde ganham visibilidade nacional, tornando-se exemplos de modelos bem-sucedidos (Cidade Saudável, Defesa da Vida, Distritos Sanitários, Vigilância à Saúde), influenciando a organização da atenção à saúde nos diversos municípios e regiões brasileiras.

Na década de 80, o aprofundamento da crise da previdência social, em paralelo, ao processo de redemocratização do país e a maior participação dos movimentos sociais, fez com que fossem adotadas medidas transitórias, que marcaram o início da reforma do sistema de saúde.

As ações integradas de saúde têm as unidades básicas como o primeiro nível de atenção, desempenhando ações de caráter preventivo e assistência médica, atendendo toda a população independentemente da contribuição financeira a previdência social (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

O fortalecimento e expansão da rede básica ambulatorial, a contratação de profissionais de saúde, a revisão do papel dos serviços privados, a articulação com os

serviços públicos municipais, e em alguns casos, a participação da população na gestão dos serviços, demonstram alguns avanços obtidos pelas AIS. Apesar dos avanços, também houve retrocessos e denúncias de fraudes e favorecimentos à iniciativa privada (ESCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005).

Neste período, de redemocratização do país, o movimento de reforma sanitária ganha expressão social culminando na realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A VIII Conferência foi um marco no processo da reforma sanitária brasileira, sendo aprovada a criação de um sistema único de saúde, tendo como princípios básicos: universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e a participação comunitária.

Segundo Fausto e Matta (2007) a amplitude da agenda proposta pelo movimento sanitário na VIII Conferência, fez com que a discussão da atenção primária não fosse abordada como a estratégia para a ampliação da cobertura, mas como parte das discussões sobre integralidade das ações na estrutura do sistema público de saúde. Para os autores, apesar desta abordagem mais integral da atenção primária estar mais próxima dos princípios da própria reforma da saúde, houve um esvaziamento nas discussões da atenção primária.

Sobre essa questão, é importante ressaltar a posição de Borges e Baptista (2010), que afirmam não existir, tanto nos discursos políticos como no contexto do movimento e da reforma em saúde, uma prioridade constante para a temática da atenção primária.

Apesar de a Atenção Primária ter incorporado um sentido mais ampliado a partir das propostas da VIII Conferência, o que predominou no período foi a expansão dos Centros e Postos de Saúde que passaram a prestar serviços básicos à população, incluindo a assistência médica em clínica geral, pediatria e gineco – obstetrícia, além das atividades relacionadas à saúde pública, não sendo enfatizadas as mudanças necessárias no processo de trabalho em saúde, a fim de alcançar a integralidade das ações.

O SUS foi legitimado pela Constituição Federal de 1988, no capítulo sobre a Seguridade Social, onde a saúde é expressa como direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, o que implica em um sistema nacional de saúde de caráter universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998).

Os princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90 foram à universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência; participação da comunidade e a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

O SUS introduz a noção de direito social e institui um sistema público de saúde de acesso universal e igualitário, rompendo definitivamente com o modelo de assistência médico – previdenciário hegemônico no Brasil até então, no qual a assistência médica estava vinculada à contribuição financeira de acordo com o vínculo trabalhista. Assim possibilitou a inclusão de todos os cidadãos ao sistema de saúde, garantindo o acesso articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis do sistema, de acordo com suas necessidades.

A participação popular trata da garantia constitucional da sociedade organizada, em participar do processo de formulação e controle da execução das políticas de saúde, e reflete uma conquista do movimento social no contexto da saúde. Esta diretriz foi regulamentada na lei 8142/90, onde se definem os Conselhos de saúde, em cada esfera de governo (municipal, estadual e federal), e a realização periódica das conferências de saúde.

O processo de descentralização político administrativo, com direção única em cada esfera de governo, tem como propósito promover uma maior democratização das políticas de saúde, possibilitando a incorporação de novos atores no controle e acompanhamento das ações públicas. Significou uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais, estabelecendo para isso mecanismos de transferência de responsabilidades, poder, recursos e serviços da esfera federal para a estadual e municipal.

Segundo Fausto e Matta (2007), a ausência de debates consistentes no âmbito do Ministério da Saúde, sobre a organização da atenção, fez com que no SUS, prevalecesse o modelo centralizado nas ações curativas ofertadas pelos hospitais, e as ações preventivas sendo desenvolvidas na lógica dos programas verticais e campanhas sanitárias. Os autores destacam que o tipo de financiamento adotado não favorecia as ações prevenção e promoção em saúde, prevalecendo à lógica de produção ambulatorial e hospitalar.

Vale ressaltar, que se por um lado o contexto de crise econômica e democratização do país nos anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde, refletindo nos avanços

na Constituição de 1988, em mudanças objetivas no sistema, nos anos 90, a concretização dos princípios do SUS esteve em contínuas tensões, principalmente pelas reformas neoliberais no plano político, econômico e social, a crescente desigualdade social e a persistência do modelo médico assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído (LEVCOVITZ, LIMA E MACHADO, 2001).

Nesta conjuntura, de tensão entre o avanço da política neoliberal, de redução dos gastos públicos e a cobertura da assistência à saúde privada, e a preservação do SUS e suas diretrizes, fizeram com que o Ministério da Saúde adotasse mecanismos indutores do processo de descentralização da gestão. Tais mecanismos transferiam a responsabilidade da atenção para a gestão municipal, o que favoreceu a organização da atenção básica como primeiro nível de atenção, de acordo com as necessidades da população (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

#### **– Atenção Primária em Saúde no SUS**

Com a implantação do SUS, e o processo de descentralização do sistema de saúde, fez com que os municípios construíssem experiências locais, de organização da atenção, com foco na atenção básica.

A partir de experiências, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, de práticas com agentes comunitários de saúde, refletindo impactos positivos nos indicadores de saúde, o Ministério da Saúde, em 1991, regulamenta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O PACS foi instituído como uma proposta de organização das práticas de atenção básica, incorporando agentes comunitários de saúde (ACS), devendo ser moradores da comunidade, que atuam numa área de abrangência territorial definida, tendo a família e o domicílio como unidade de atenção, sendo seu trabalho supervisionado e avaliado por um enfermeiro.

O principal objetivo da criação desse programa era contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, através da extensão da cobertura de serviços de saúde para as áreas mais pobres. Além disso, a implementação do PACS teve caráter emergencial no combate e controle da epidemia de cólera e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Fausto e Matta (2007) sinalizam que o início da implantação, o PACS/PSF remetia semelhanças aos programas instituídos no Brasil na década de 70, como o SESP e o PIASS, onde a ênfase estava na ampliação de cobertura da assistência associada à oferta de ações específicas de saúde direcionadas a grupos populacionais mais vulneráveis.

Quanto ao SESP, este já trazia como parte do modelo de assistência a oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade; a abordagem familiar, a adscrição de clientela, o trabalho com equipes multiprofissionais, o enfoque intersetorial, o tratamento supervisionado para algumas doenças e a realização de visitas domiciliares (SILVA E DALMASO, 2002).

Outras semelhanças são demonstradas com o PIASS, que possuía como diretrizes a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades beneficiadas. Tais semelhanças também são identificadas em instituições como: a Pastoral da Criança, a Pastoral da Saúde, entre outras, que também fomentaram o desenvolvimento de projetos que contribuíram para a difusão do exercício desta prática no país (CORBO, MOROSINI, PONTES, 2007).

Mesmo já tendo experiências anteriores de práticas de saúde com trabalhadores recrutados na própria comunidade, Giovanella e Mendonça (2008) apontam que a institucionalização do PACS permitiu a legitimidade da função dos ACS, o que implicou numa ruptura do preconceito quanto à realização de serviços de atenção a saúde por pessoas da comunidade, sem formação específica, desde que supervisionado por profissional de nível superior e em processo de formação permanente.

Além disso, o PACS foi um elemento impulsionador da organização do SUS, pois indicava para sua regulamentação o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, a necessidade de uma unidade básica de referência, a vigência de um fundo municipal de saúde para repasse dos recursos aos municípios, e a necessidade de articulação entre os diferentes níveis do sistema - municipal e estadual. Esta inserção política organizacional no sistema de saúde diferencia o PACS dos programas e projetos de cuidados primários, que incorporaram agentes comunitários de saúde, implantados anteriormente no país (FAVORETO, 2002; VIANA E DAL POZ, 1998).

Assim, o PACS garantiu recurso financeiro para as ações de atenção básica, além de uma maior integração do programa com a rede de saúde, numa tentativa de deixar de ser uma ação isolada e focalizada de algumas regiões mais pobres e ampliar a cobertura para todo território nacional (FAUSTO E MATTA, 2007)

Viana e Dal Poz (2005) sinalizam que o PACS como um antecessor do PSF introduz variáveis importantes que vão servir de elementos centrais para a construção dos princípios e diretrizes do PSF, como: práticas de saúde com enfoque na família e não somente no indivíduo; reorganização da demanda, pautada na prevenção e não somente na cura; concepções de integração com a comunidade; introduzida à noção de área de cobertura de acordo com o número de famílias, um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica.

Apesar do êxito das ações desenvolvidas pelo PACS, principalmente a diminuição da mortalidade infantil e materna, havia uma mobilização dos secretários municipais de saúde por apoio financeiro para a operacionalização da rede básica, de forma ampliar sua capacidade resolutiva e de criar as condições para a sua expansão em direção a áreas de maior complexidade urbana (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

A inexistência de um modelo de atenção à saúde no SUS, que respondesse às necessidades da população, à baixa cobertura dos serviços de saúde, associado à crise de financiamento do setor, fez com que houvesse no MS um amplo debate sobre uma proposta de atenção básica para o SUS. Esta proposta foi embasada pelos resultados positivos alcançados pelo PACS, junto com outras experiências de implantação de serviços de atenção primária que já vinham ocorrendo em vários municípios, como o Médico de Família, em Niterói e as experiências docentes assistências do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, associado a outras experiências, nacionais e internacionais, surge então, o Programa Saúde da Família (CORBO, MOROSINI, PONTES, 2007).

Para reorganização do sistema de saúde e para efetivação dos princípios do SUS, o Programa Saúde da Família (PSF) foi formulado pelo MS no ano de 1993, sendo suas ações voltadas para prevenção, promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, dirigidos aos indivíduos, às famílias e à comunidade, com atenção integral e contínua. A equipe mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde, em território delimitado, abrangendo 800 a 1000 famílias (BRASIL, 1994).

Inicialmente, o PSF tinha como proposta ampliar a cobertura de serviços de saúde principalmente nas áreas mais vulneráveis do país, visto que sua implantação teve como base o Mapa da Fome produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). A associação do PSF com programas federais como Comunidade Solidária, o Amazonas Solidária e o de Redução de Mortalidade Infantil, suscitou muitas críticas,

sendo considerado um programa seletivo e fazendo parte das políticas focalizadoras do governo federal (MATTOS, 2002; VIANA E DAL POZ, 2005).

Fausto e Matta (2007) ressaltam que o fato do PACS/PSF terem surgido como programas verticais, desarticulados da rede de serviços de saúde, não demonstravam elementos concretos para reordenar a atenção à saúde no âmbito do SUS.

Vale destacar, os limites institucionais que o PACS/PSF encontraram para a organização da atenção, no início da implantação, pela posição desfavorável que ocupavam dentro do MS, junto a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) dentro da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), refletindo um caráter seletivo aos referidos programas. Entretanto, esta posição desfavorável muda quando o PSF é transferido da FUNASA para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), ocupando agora uma posição de destaque na política de saúde (VIANA e DAL POZ, 1998).

Em meados dos anos 90, o PSF é priorizado pelo governo federal como uma estratégia de mudança do modelo de atenção básica, enfatizando o caráter substitutivo das práticas tradicionais de saúde. Assim, o PSF supera sua formulação inicial limitada à expansão da cobertura de serviços de saúde e adota como propósito a reorganização do modelo de atenção básica (MATTOS, 2002).

A partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96, que ao estabelecer uma nova modalidade de transferência direta do Fundo Nacional de Saúde para fundos municipais e estaduais, incentiva mudanças no modelo de atenção básica e adota o PSF como a estratégia prioritária (BRASIL, 1996b).

A NOB SUS 01/96 assumiu o PSF como primeiro nível de atenção, estabelecendo incentivos financeiros federais para estados e municípios implementados através do Piso de Atenção Básica (PAB)<sup>4</sup>, que introduz outra lógica no financiamento da assistência à saúde, dissociando produção e faturamento. O PAB é dividido em dois eixos: fixo e variável. O PAB fixo constitui-se em uma transferência em base “per capita” para cobertura de atenção básica pelos municípios, e o PAB variável é composto por incentivos financeiros para adoção de programas estratégicos, que na época eram o PSF/PACS, saúde bucal, assistência farmacêutica básica, combate às carências nutricionais, combate as endemias e vigilância sanitária (BRASIL, 1996b).

---

<sup>4</sup> A partir da NOB SUS 96/01 esta transferência para a ser direta, “fundo a fundo”, no qual o governo federal através do Fundo Nacional de Saúde transfere os recursos para os fundos municipais e estaduais de acordo com o número de habitantes. Anteriormente, os recursos financeiros transferidos pelo governo federal aos estados e municípios eram baseados em convênios e no pagamento por produção de serviços. Assim, a implementação do PAB representou uma “inovação” para o modelo de financiamento federal na

Assim, a NOB SUS 96/01, responsabiliza os municípios pela gestão e execução direta da atenção básica em saúde, incentivando financeiramente a implantação do PSF e PACS, como estratégia para reorganização do modelo de atenção na rede pública de saúde (FAUSTO E MATTA, 2007).

Borges e Baptista (2010) compreendem que essa legitimação contribuiu para a institucionalidade da política e garantiu maior possibilidade de sua continuidade por meio de recursos financeiros específicos.

Segundo Mattos (2002) a trajetória do PSF pode ser dividida em dois momentos: o primeiro desde a sua criação até 1996, no qual o PSF é considerado um programa de extensão de cobertura do acesso aos serviços de saúde, e a partir de 1996 quando passa a ser considerado uma estratégia de transformação do modelo assistencial, com a pretensão de substituir as práticas tradicionais de atenção básica.

Vale ressaltar, que apesar do termo “Atenção Básica” já ter sido proposto pela Reforma Sanitária Brasileira, como uma estratégia de atenção integral à saúde e articulada ao sistema de saúde de base universal, em contraponto ao termo “Atenção Primária”, que do ponto de vista ideológico de alguns atores envolvidos na condução da política, refletia uma concepção seletiva, focalizada defendida por organismos internacionais, é a partir da NOB SUS 96/01 que o termo Atenção Básica foi assumido na política nacional de saúde (FAUSTO, 2005).

Baptista, Fausto, Cunha (2009) apontam três “inflexões” da política de atenção básica na política federal da saúde nos anos 90: a primeira aponta o PACS e o PSF como “janelas de oportunidade” (citando KINGDOM, 1995) para a ascensão e retomada da atenção básica na agenda da política nacional de saúde, a segunda a partir da NOB 96 onde se inicia um processo de grande expansão do PSF em todo território nacional, e a terceira com a implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família para os grandes centros urbanos (PROESF)<sup>5</sup>.

O fortalecimento da Atenção Básica na agenda do MS continuou nos anos seguintes, em diversas portarias de incentivo financeiro e organização da atenção. Em

---

saúde (Levcovitz, Lima, Machado, 2001)

<sup>5</sup> O PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde baseada em um acordo de empréstimo internacional entre o governo brasileiro e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), voltada para a organização e o fortalecimento da atenção básica à saúde no país (BRASIL, 2003d). O Projeto está estruturado em 3 componentes de atuação: componente I - apoio à conversão e expansão da estratégia de Saúde da Família; componente II - desenvolvimento de recursos humanos da estratégia de Saúde da Família; componente III - monitoramento e avaliação. O primeiro componente é dirigido aos municípios acima de 100.000 habitantes, já os demais são voltados para estados e municípios, independente do porte populacional.

função desta experiência acumulada e das diretrizes do Pacto pela Saúde<sup>6</sup> entre as esferas de governo, o MS lança a portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

De acordo com a PNAB, a atenção básica caracteriza-se por:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem estas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006d)”.

Castro (2009) sinaliza sobre a concepção de APS trazida pela PNAB, que se diferencia por incluir o detalhamento dos princípios norteadores e fundamentos da atenção básica, em consonância com o referencial teórico trazido pela autora americana Barbara Starfield (2002), onde a APS é um nível de atenção (porta de entrada) estruturante do sistema, caracterizado por um conjunto de atributos, já mencionados neste trabalho. A autora também destaca na concepção apresentada na PNAB, a valorização não apenas da dimensão preventiva, mas também da clínica, o que significou um grande avanço na ruptura histórica existente entre as duas dimensões.

Na PNAB o MS institucionaliza o termo “Estratégia Saúde da Família”, que já vinha desde 1996 sendo estimulado pelo governo federal, ao invés de “programa de saúde da família”, vinculado à ideia de verticalidade e transitoriedade, indicando assim uma noção de estabilidade a política. Pautada nos princípios do SUS, a ESF persiste como eixo central para a organização da atenção básica e ordenadora das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006d).

---

<sup>6</sup> O Pacto de Gestão regulamentou o bloco financeiro da atenção básica para superar a fragmentação vigente, extinguindo-se a vinculação de incentivos por faixas de cobertura o que prejudicava os grandes centros. O Pacto pela Vida reiterou como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde.

## **O Trabalho na ESF ...**

A ESF caracteriza-se pelo trabalho em equipe multiprofissional, composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. (BRASIL, 2011b).

A ESF tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, deslocando a centralidade no indivíduo para o enfoque familiar em seu contexto sócio – cultural.

A família se mantém ao longo da história da humanidade como instituição social permanente, o que pode ser explicado por sua capacidade de mudança/adaptação, resistência e por receber valorização positiva da sociedade e daqueles que a integram. As diversas formas de família, em diferentes sistemas culturais, sociais e políticos são reconhecidos como sujeitos importantes na formulação de ações em saúde (TRAD E BASTOS, 1998).

Neste contexto, a ESF visa atender indivíduos e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, baseada pelos princípios e diretrizes do SUS e nas concepções da atenção primária à saúde: universalização do acesso, integralidade do cuidado, participação social, territorialização, equipe multidisciplinar, acolhimento, vínculo e responsabilização, longitudinalidade do cuidado.

A universalidade é uma das principais conquistas do SUS, implica na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros. Está diretamente associada à acessibilidade, pois o sistema de saúde só é universal na medida em que se torna acessível. A ESF reitera na atenção básica a tentativa de facilitar o acesso da população, ao implantar unidades de saúde próximas às residências das famílias e se constituir como porta de entrada preferencial do sistema de saúde (CORBO, MOROSINI, PONTES, 2007).

Para além da questão do acesso como um elemento geográfico, também está implicado os elementos organizacionais do próprio serviço de saúde, por exemplo:

horário de atendimento, marcação de consultas, fluxos de encaminhamentos, entre outros, de forma de garantir que este acesso seja facilitado.

Ayres (2011) destaca iniciativas no sentido de reconstrução das práticas de saúde por meio de reflexões e inovações no cuidado em saúde, que também contribuem para a ampliação do acesso, como o acolhimento e o vínculo.

O acolhimento pode ser compreendido como um dispositivo de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, com responsabilização e resolutividade. Uma ferramenta tecnológica que visa organizar o processo de trabalho, reconhecendo o usuário como sujeito, participante ativo no processo de produção da saúde,

A dimensão do acolhimento pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários flexíveis, as demandas da população e avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando à máxima resolutividade possível. Acontece desde o primeiro contato da família e /ou indivíduo com o profissional/equipe de saúde e se constitui como o primeiro passo na formação do vínculo.

O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e da qualidade da resposta recebida pelo usuário, constituindo-se como a expressão-síntese da relação humanizada da equipe de saúde para com a família e/ou indivíduo.

Entretanto, o vínculo só se consolida de fato, quando o indivíduo/família acredita que a equipe pode contribuir, de algum modo, para a defesa da sua vida. Enquanto que pelo lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde da população sob sua responsabilidade de cuidado. O vínculo começa quando a circulação de afeto se faz presente na relação entre profissionais e usuários dos serviços (CAMPOS, 2003).

Este processo só é possível pela adscrição das famílias e/ou indivíduos de um determinado território a uma equipe de saúde, de forma a estabelecer este contato, este convívio, ao longo do tempo.

Mattos (2007) aponta que a organização da atenção básica a partir de uma população adscrita abre possibilidades para o desenvolvimento de uma forma de vínculo entre profissionais e usuários, de modo que seus modos de andar a vida sejam conhecidos pelos profissionais, tanto nas dimensões singulares relativas à trajetória de cada um, como nas coletivas, que consideram as características de um grupo social que vive em um certo território.

A territorialização é um pressuposto básico e um diferencial na organização das

ações da APS. Para Milton Santos (2005), o território em si não é um conceito. Ele só se torna um conceito útil para a análise social quando ele é considerado a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que o utilizam. “É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele o objeto da análise social.” (2005, p. 137).

Os territórios são espaços e lugares construídos socialmente e, por isso, estão sempre em permanente construção. A organização da sociedade, a partir das regras e normas, e as interrelações entre pessoas, a partir das suas crenças, valores e cultura fazem com que o território não seja apenas um espaço geográfico, mas sim um espaço “vivo”, onde a vida acontece (SANTOS, 2005; PEREIRA & BARCELLOS, 2006).

Neste contexto, o território é compreendido como o lugar utilizado pela sociedade para expressar as mais diversas formas de relação e modos de viver singular e característico de cada indivíduo ou população. A noção de território é imprescindível na elaboração de políticas públicas e no planejamento das ações no nível local. Desse modo, as potencialidades do território podem ser utilizadas favorecendo a melhoria do acesso aos bens e serviços e assim, a constituição de processos emancipatórios de cidadania.

Segundo Ceccim (2005) o processo de territorialização implica na construção da integralidade, da humanização e da qualidade na atenção e na gestão em saúde, um sistema e serviços capazes de acolher o outro; responsabilidade para com os impactos das práticas adotadas e a efetividade dos projetos terapêuticos, que envolve a desterritorialização dos atuais saberes hegemônicos e práticas vigentes.

A integralidade das ações de saúde prevê a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e construção de uma rede capaz de garantir assistência em todos os níveis de atenção, envolvendo práticas em saúde que considerem as singularidades dos sujeitos, com acolhimento e vínculo.

Alguns autores, como Pinheiro e Mattos (2001; 2003) têm discutido o tema integralidade. Segundo Mattos (2001), a integralidade compreende diversos sentidos<sup>7</sup>, que incidem sobre diferentes atributos relacionados às práticas dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e das práticas de saúde e às respostas governamentais aos problemas de saúde.

---

<sup>7</sup> Os diversos sentidos da integralidade, segundo Mattos (2001), serão discutidos no capítulo do NASF.

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida (BRASIL, 2011b).

O trabalho em equipe multiprofissional organiza o trabalho considerando a complementaridade dos diversos saberes e práticas profissionais e buscando a integralidade do cuidado. Existe uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos que visa a construção de práticas coletivas que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente (FEUERWERKER & SENA, 1999).

As ações em saúde devem potencializar a participação social como forma de ampliar sua autonomia, seu poder de decisão na construção do cuidado à sua saúde. Para que isso aconteça é preciso que as ações sejam centradas no usuário, e que os serviços de saúde criem espaços coletivos de diálogo e escuta entre os profissionais e usuários, para a construção compartilhada de estratégias para o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde.

### **Da Expansão aos Desafios da ESF....**

A ESF foi marcada por uma grande expansão em todo país, onde em 1998 tinham implantadas 3.062 equipes de saúde da família, em 1.134 municípios, em 2011 este número alcança 31.500 equipes implantadas em 5.296 municípios.

Vale ressaltar, que um dos atuais desafios é o aumento da cobertura da ESF em municípios com mais de 100 mil habitantes, particularmente nas regiões metropolitanas, onde se encontra grande parcela da população brasileira e uma baixíssima cobertura da ESF (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Assim, com a expansão da ESF, alguns municípios começam a organizar suas redes de atenção à saúde, e com o enfrentamento de antigos problemas e novos desafios, iniciam um debate dentro do MS, que culminou na regulamentação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria MS/GM 154, de 24 de janeiro de 2008, sendo este tema melhor aprofundado no próximo capítulo.

A experiência acumulada pelos municípios e os diversos desafios enfrentados para a organização da atenção básica, fez o MS revisar as diretrizes e normas da atenção

básica, ESF e PACS, sendo a PNAB 2006 revogada pela portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, onde o MS aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica.

A PNAB 2011 reforça a atenção básica como primeiro contato do sistema, tendo a saúde da família como principal estratégia para a reorganização da atenção à saúde. Sem a pretensão de realizar uma análise mais profunda sobre a PNAB, podemos perceber algumas mudanças ocorridas em relação à ESF, como: a carga horária de trabalho diferenciada para médicos, a diminuição do número de ACS para cada equipe do PACS, o incentivo financeiro condicionado a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); a inclusão de outras categorias e mudanças na carga horária dos profissionais no NASF e diminuição no número de equipes da ESF vinculadas a equipe NASF.

Estas mudanças significam uma tentativa de superar alguns dos inúmeros desafios que já vinham sendo apontados na construção do modelo assistencial pautado na ESF.

Borges e Baptista (2010) apontam que no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, já surgiam os primeiros diagnósticos (Dain *et al.*, 2001; Escorel, 2002; Viana e Dal Poz, 1989), trazendo alguns impasses em torno da formação e vínculo dos profissionais; dificuldade de fixação de profissionais, principalmente no interior do país; carências na capacidade de gestão dos municípios; limitação da autonomia gestora devido ao incentivo financeiro de forte indução normativa; obstáculos na construção da integralidade devido à lacuna de outros níveis de referência; dentre outras questões.

Feuerwerker (2005) identifica algumas questões para a baixa resolutividade das equipes de Atenção Básica, entre as quais: a falta de mecanismos de articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção, que são operados e financiados segundo lógicas distintas (per capita x procedimentos); as importantes limitações da chamada “média complexidade” (que restringem o acesso a procedimentos diagnósticos e ao apoio de especialistas); o próprio perfil de formação dos profissionais, que enfrentam profundas dificuldades para dar conta da complexidade dos problemas de saúde mais frequentes.

Neste contexto, Campos et al (2008) sinaliza que o discurso oficial acrítico a ESF traz dificuldades para o enfrentamento aos problemas estruturais e políticos do modelo proposto, que não se vislumbra no horizonte imediato.

## NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

O NASF tem sido implementado como uma possibilidade de aumentar a amplitude da atenção, com a inserção de outros profissionais e assim poder contribuir para maior resolução dos problemas de saúde ainda no nível primário do sistema.

A criação do NASF configura-se em contribuição inovadora para a política de atenção básica no Brasil e também em oportunidade para considerar questões que necessitavam de acordos no nível da gestão federal sobre a APS (CASTRO, 2009). Borges e Baptista (2010), por sua vez, afirmam que a iniciativa do NASF pode ser um dos indícios de institucionalidade para a política de atenção básica no país.

O NASF é constituído por uma equipe de apoio, integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam nos territórios de responsabilidade das equipes de saúde da família. A composição da equipe do NASF é definida pelos gestores municipais, em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas, perfil epidemiológico da população e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2008).

Com a expansão da ESF, experiências foram desenvolvidas por alguns municípios, com o objetivo de dar suporte às ações realizadas pelas equipes de saúde da família. Foram criadas novas formas de organização na rede de saúde, como: grupos de apoio, núcleos de saúde da família, equipes de supervisão, entre outras tantas nomenclaturas atribuídas a estas equipes, que eram compostas por diversas categorias, de acordo com as necessidades de saúde local.

Este processo pode ter sido um dos elementos impulsionadores para a criação do NASF, que teve em 2004, sua primeira proposta formulada nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo denominado como Núcleos de Saúde Integral.

Esta proposta de núcleos vem da discussão sobre ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, refletindo antigas tensões de enfrentamento para garantir a efetividade e resolutividade das ações realizadas na atenção básica.

Uma destas questões tem relação com o financiamento da atenção especializada, que é uma reivindicação antiga dos secretários de saúde, sendo o financiamento do NASF uma alternativa para tal questão, principalmente em municípios de pequeno porte, que não possuem a retaguarda da atenção especializada.

Segundo Castro (2009) no período de 2003 a 2005, havia divergências entre os

gestores do MS sobre a flexibilização do modelo assistencial da ESF, de forma a estimular outras configurações de atenção básica no país. Entretanto, o MS mesmo admitindo a inclusão de outras categorias profissionais na equipe de atenção básica, manteve a posição de ter a ESF como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o Núcleo a equipe que daria apoio às equipes de saúde da família.

Em contrapartida, havia uma forte reivindicação das diferentes corporações da saúde pela inserção na Saúde da Família, bem como das especialidades médicas básicas – pediatria e ginecologia, que tem como argumentos que vão desde necessidades para uma atenção integral ao paciente até interesses corporativistas (CASTRO, 2009).

Da proposta inicial de 2004 a atual PNAB, houve mudanças significativas, conforme o Anexo 1, entre elas a inserção de diversas categorias na equipe do NASF, passando de cinco (5) a dezenove (19) categorias, representando um aumento significativo na amplitude das ações deste núcleo.

Pela PNAB (2011), os NASF podem ser organizados em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2<sup>8</sup>, que devem ser composto pelas seguintes ocupações: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde.

Quanto a vinculação, o NASF 1<sup>9</sup> deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Um diferencial importante da portaria 154 foi à diminuição do máximo de equipes vinculadas, passando de 20 (vinte) para 15 (quinze) equipes de saúde da família. Já o NASF 2 realiza suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família e no máximo 7 (sete) equipes de saúde da família. A PNAB, também normatiza a vinculação do NASF a equipes de atenção básica de populações específicas, como:

---

<sup>8</sup> Pela portaria 154 a diferenciação da modalidade NASF 2 incluía: as categorias profissionais (quantidade e definição de categorias específicas, onde, por exemplo, não era permitida a categoria médica) e densidade populacional do município (abaixo de 10 habitantes/Km<sup>2</sup>). Pela PNAB, a diferenciação ocorre pela quantidade de equipes vinculadas, sendo mantida o repasse de recursos financeiros a no máximo 01 (uma) equipe NASF 2 por municípios

<sup>9</sup> Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes.

consultório de rua, equipes ribeirinhas e fluviais, e também a Academia da Saúde.

A flexibilização da carga horária dos profissionais do NASF, é outro elemento importante, normatizado pela PNAB, onde no NASF 1, cada ocupação poderá ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas, sendo que nenhum profissional poderá ter carga horária menor de 20 (vinte) horas e a soma da carga horária semanal da equipe deve ser no mínimo de 200 (duzentas) horas. No NASF 2 cada ocupação deve ter uma carga horária semanal mínima de 20 (vinte) horas e máxima de 40 (quarenta) horas, sendo que nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor de 20 (vinte) horas e a soma da carga horária semanal da equipe deve perfazer um mínimo de 120 (cento e vinte) horas.

A questão da flexibilização da carga horária profissional tanto na ESF como no NASF, tem como objetivo a fixação dos profissionais, um dos principais entraves para a implementação da política de atenção básica no país.

Diante destas questões, e de tantos outros desafios que estão permanentemente colocados à atenção básica, o NASF visa contribuir para o aumento da resolutividade e integralidade da atenção à saúde.

O NASF reafirma os princípios e diretrizes do SUS, de forma a apoiar a inserção da ESF na rede de serviços de saúde, sendo a integralidade da atenção sua principal diretriz, que implica em mudanças nas práticas em saúde e a reorganização da rede de serviços de saúde, visando garantir o acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema e, conseqüentemente, a continuidade do cuidado.

A integralidade é um dos princípios do SUS, que menos avançou em termos de sua operacionalização, com repercussões na qualidade e resolutividade das ações e serviços de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2002; MATTOS, 2001). Quanto a isso, Mattos (2001) sinaliza as posições contrárias, das agências internacionais, principalmente o Banco Mundial, com as propostas brasileiras que resultaram nos princípios e diretrizes do SUS, sendo que algumas destas partilhavam de um certo consenso, como: a descentralização e a participação popular, o que não ocorreu com o princípio da integralidade.

*“A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, defendida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta” (...). Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária” (MATTOS, 2001, pág. 41).*

Segundo o autor, a integralidade se constitui por diversos sentidos, sendo destacados três grandes conjuntos de sentidos, que incidem sobre diferentes atributos relacionados às práticas dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e das práticas de saúde e às respostas governamentais aos problemas de saúde.

O primeiro sentido da integralidade relacionado às práticas dos profissionais de saúde pode ser revisitado, segundo o autor, no movimento que ficou conhecido como “Medicina Integral”, que incide em o profissional romper com o reducionismo, com a prática fragmentada do modelo médico-hegemônico. Visa buscar compreender sobre o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde, que um paciente apresenta, ou seja, uma visão abrangente sobre as necessidades dos sujeitos.

O segundo sentido que corresponde à organização dos serviços e práticas de saúde está relacionado à dicotomia existente na história da política de saúde no Brasil entre os serviços assistenciais e os serviços de saúde pública, sendo formalmente unificados a partir do SUS, como já mencionada neste trabalho. Neste contexto, o sentido da integralidade busca uma organização contínua dos processos de trabalho nos serviços de saúde.

*“Não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem ser organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem” (MATTOS, 2001, pág. 57).*

E para esta ampliação o autor destaca a necessidade do diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde, sejam estas explícitas ou não, sendo a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada, modos privilegiados de se apreender as necessidades da população.

O terceiro sentido está relacionado às respostas governamentais aos problemas de saúde, que incide na construção de políticas públicas para o enfrentamento de certos problemas de saúde e necessidades de grupos específicos, buscando uma visão mais abrangente daqueles que serão os sujeitos implicados com a política. Para este sentido, o autor exemplifica a construção do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), e a importante contribuição do movimento feminista, que tentou

romper com a forma reducionista, com que os problemas de saúde da mulher eram tratados, sendo quase sempre relacionados às questões materno – infantis, numa função reprodutora. A construção do PAISM ampliou as ações de saúde da mulher, sendo inegáveis suas conquistas, incluindo as especificidades culturalmente ligadas ao gênero, apesar destas ainda se configurarem como um grande desafio visto o predomínio das ações relacionadas ao útero, mama e planejamento familiar.

Também é destacada a resposta governamental à AIDS no Brasil, como sendo a que mais se aproxima a este sentido da integralidade, onde o governo assumiu a responsabilidade de garantir a distribuição gratuita dos anti – retrovirais aos pacientes sem deixar de realizar ações preventivas. O autor ressalta a capacidade que esta resposta governamental teve em abarcar os diferentes grupos atingidos pela doença, respeitando suas especificidades, pautada no respeito aos direitos dos que vivem com a doença.

Contudo, esse terceiro sentido se configura “*pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide, e que, portanto amplia o horizonte de problemas a serem tratados pela política*” (MATTOS, 2001, p.59).

Estes sentidos da integralidade aqui apresentados trazem em comum a recusa ao reducionismo, à objetivação do sujeito e a construção de relações mais dialógicas, quer seja nas práticas dos profissionais de saúde, na organização dos serviços ou na construção de políticas governamentais (MATTOS, 2001).

Neste contexto, o NASF tem como premissa apoiar as equipes de saúde da família na construção da integralidade, sendo suas ações orientadas também por outras diretrizes: territorialização<sup>10</sup>, interdisciplinaridade, educação popular em saúde, participação social<sup>11</sup>, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde (BRASIL, 2010b).

O conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde faz com que sejam necessárias novas formas na produção do conhecimento e na prática do trabalho em saúde. Neste sentido torna-se necessária a sua articulação com uma rede muito mais complexa composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde.

A intersetorialidade refere-se à concepção articulada da totalidade de uma ação ou

---

<sup>10</sup> Esta diretriz já foi abordada no capítulo anterior

<sup>11</sup> Esta diretriz já foi abordada no capítulo anterior

objeto construída por diferentes campos de conhecimentos. Uma articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de diferentes saberes e poderes, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. A intersetorialidade favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Pode ser compreendida como um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer de seus parceiros, e que implica a existência de algum grau de abertura para dialogar e o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, 2004).

A interdisciplinaridade compreende a integração dos diferentes saberes e práticas, propiciando uma abordagem conjunta por meio de uma relação entre as disciplinas. Envolve relações de interação dinâmica entre saberes, uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que visa contribuir no processo de trabalho das equipes para a efetividade do cuidado em saúde. Segundo Feuerwerker & Sena (1999) interdisciplinaridade é um conceito que se aplica às ciências, à produção do conhecimento e ao ensino. Assim, a ESF constitui-se de equipes multiprofissionais que tem como premissa o trabalho na dimensão interdisciplinar.

A educação permanente em saúde revela-se a principal estratégia para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular. Segundo Ceccim (2005) uma das características centrais da educação permanente em saúde é criar dispositivos para a “auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção)” (pag 162).

Assim, a educação permanente como dispositivo de mudanças, torna possíveis ações criativas nas práticas em saúde, fortalecendo o trabalho em equipe para lidar com a complexidade da produção do trabalho e criar intervenções sobre o processo saúde doença.

A humanização incide na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Pode ser entendida como dispositivo que possibilita a transformação das práticas de atenção e gestão no SUS, com o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde;

mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2007b).

O trabalho em saúde pautado na humanização implica apostar na capacidade criativa, na possibilidade de reinventar formas de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas, atuando em redes, de modo a potencializar o outro na defesa da sua própria vida.

A promoção da saúde é uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde que visa desenvolver ações cotidianas que aumentem o potencial individual e social de autonomia dos sujeitos.

A autonomia implica necessariamente a construção de maiores capacidades de análise e de co-responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente; enfim, com a vida (CAMPOS, 2004). Portanto, esta busca pela autonomia demanda ações que fortaleçam as capacidades dos indivíduos e dos grupos para terem o máximo poder sobre suas próprias vidas, o que pressupõe também a revisão das relações sociais desiguais sobre as quais são construídas suas vidas (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Segundo Buss (2000) as conceituações de promoção de saúde podem ser reunidas em dois grupos: no primeiro a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos componentes individuais, focando nos seus estilos de vida, considerando seu contexto social, familiar e cultural, e no segundo, caracteriza a promoção da saúde no que se refere ao seu papel de protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, entendendo a saúde como um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida.

A Educação Popular em Saúde tem significado um instrumento fundamental na construção histórica de uma medicina integral, uma vez que se dedica à ampliação da inter-relação entre as diversas profissões, especialidades, serviços, familiares e organizações sociais, fortalecendo e reorientando suas práticas, saberes e lutas (VASCONCELOS, 2001).

Segundo Brandão (2001) a Educação Popular em Saúde se realiza quando o trabalho dos profissionais de saúde *“se estende a uma ação cultural ampliada de diálogo e de crescimento de parte a parte, em busca de saídas e de soluções sociais a partir do que se vive e do que se troca, do que se aprende e do que se motiva, quando se dialoga crítica e criativamente sobre a vida e o mundo por intermédio do corpo e da saúde”* (pág.26).

## **- A Organização do Processo de Trabalho do NASF**

Processo de trabalho pode ser compreendido como à prática dos profissionais no cotidiano do trabalho em saúde. Segundo Franco (2006) o trabalho em saúde se dá a partir de “encontros entre trabalhadores e desses com usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações”.

A organização do processo de trabalho do NASF visa priorizar: ações clínicas compartilhadas; intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias; e ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade. Assim, são utilizadas algumas ferramentas tecnológicas, que podem ser agrupadas em: Apoio à Gestão, como a Pactuação do Apoio; e Apoio a Atenção, como a Clínica Ampliada, o Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST). Estas ferramentas têm como desafio estimular a produção de novos padrões de inter- relação entre as equipes e usuários (BRASIL, 2010b).

A Pactuação do Apoio é uma ferramenta que visa à construção compartilhada da implantação e acompanhamento do NASF, uma articulação entre gestores, equipes de saúde da família e controle social para a construção do projeto do NASF.

A proposta do NASF tem na clínica ampliada o conceito norteador das ações, que segundo Campos (2003) pode ser definida como uma clínica que inclua além da doença, a pessoa e seu contexto e se responsabilize tanto com a cura e reabilitação quanto com a prevenção e a proteção individual e coletiva. Uma clínica que consiga compreender de forma ampliada o processo de adoecimento e sofrimento do usuário. Uma clínica com compromisso com a vida.

A Clínica Ampliada pode ser compreendida como sendo o modo com que produzimos o trabalho em saúde, centrado no sujeito e seu contexto de vida, uma compreensão ampliada do processo saúde doença. Segundo Campos (2003) para lidar com a complexidade da vida, é necessário que o profissional amplie a escuta da história de vida e familiar, realize o acolhimento, construa uma relação de vínculo, de confiança, entendendo de que forma as pessoas estabelecem relação com seus problemas de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a Clínica Ampliada lida com a complexidade dos sujeitos e dos problemas de saúde, reconhecendo a interdependência do trabalho em saúde (BRASIL, 2007b). É justamente por esta complexidade que se faz

necessária a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas com a equipe de saúde, com o sujeito implicado e com outros setores, de forma a ampliar o escopo das ações para uma melhor resolutividade das situações de saúde encontradas no território.

A Clínica Ampliada utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe interdisciplinar; a adscrição de clientela e construção de vínculo; a elaboração de Projetos Terapêuticos conforme a vulnerabilidade de cada caso; a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença e; a constituição de equipes de referência e retaguarda especializada (BRASIL, 2007b).

Segundo Cunha (2010) é importante compreender a Clínica Ampliada como um processo dialético, onde não há certezas e onde não existem caminhos únicos, eles são construídos num processo coletivo e interdisciplinar.

O NASF tem no Apoio Matricial<sup>12</sup> sua principal ferramenta para a organização do processo de trabalho. O Apoio Matricial visa qualificar a atuação no campo da saúde com a ampliação da clínica. Favorece a interlocução na rede de saúde, pois qualifica o sistema de referência e contra referência, superando a lógica da especialização e da fragmentação do sistema de saúde. Segundo Figueiredo e Campos (2009), o apoio matricial pode ser entendido como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe de referência a fim de ampliar e qualificar as ações em saúde.

Campos (1999) utiliza o termo equipe de referência, que compreende uma equipe multiprofissional de caráter interdisciplinar, que varia de acordo com o objetivo e a característica do serviço, e se responsabiliza pela atenção integral de certo número de indivíduos/famílias inscritos, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos. Cada equipe de referência torna-se responsável pela elaboração dos projetos terapêuticos, tendo como suporte o apoio matricial.

O Apoio Matricial apresenta duas dimensões de suporte: a assistencial, que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a técnico- pedagógica, que vai produzir uma ação de formação permanente com e para a equipe. Vale ressaltar, que estas dimensões se entrelaçam no cotidiano dos serviços, por exemplo, uma consulta conjunta, onde o apoiador estará produzindo tanto a dimensão assistencial, no caso com

---

<sup>12</sup> Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram propostos por Campos (1999) dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde. Posteriormente, essa metodologia de gestão do cuidado foi adotada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) de Campinas, São Paulo. Algum tempo depois, alguns programas do Ministério da Saúde – Humaniza-SUS, Saúde Mental e Atenção Básica/Saúde da Família – também incorporaram essa perspectiva.

Pela portaria 154/GM de 2008, a equipe do NASF teria que realizar o Apoio Matricial as equipes de Saúde da Família, com a nova Política Nacional de Atenção Básica (2011) esta ação se amplia para as equipes de Atenção Básica, e não somente equipes de saúde da família.

o indivíduo/família, como também a dimensão técnico – pedagógica, com o outro profissional.

O apoiador matricial é um especialista com perfil distinto dos profissionais da equipe de referência, podendo contribuir com intervenções específicas que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da população adscrita, e também na construção compartilhada do conhecimento entre as várias especialidades e profissões (CAMPOS, 1999; CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Segundo Carvalho et al (2001) *“a ideia de construção compartilhada do conhecimento implica um processo comunicacional e pedagógico entre sujeitos de saberes diferentes convivendo em situações de interação e cooperação, que envolve o relacionamento entre pessoas ou grupos com experiências diversas, interesses, desejos, motivações coletivas”* (pag. 103).

O Apoio Matricial estabelece uma relação com o outro, produz encontros e redes de conversações como modo de operar o coletivo. Uma forma de organizar o trabalho que aproxima os especialistas das equipes de referência criando a possibilidade de discussão conjunta de casos e manejo articulado de situações complexas, fortalecendo o trabalho em equipe, aumentando a resolubilidade e a responsabilidade pelo enfrentamento dos problemas de saúde.

Campos e Domitti (2007) compreendem o Apoio Matricial como arranjo organizacional que busca diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as esferas de conhecimento, e visa uma co-responsabilização territorial, buscando uma maior resolutividade em saúde.

Um dos diferenciais do Apoio Matricial é alterar a noção tradicional de referência e contra-referência, propondo uma responsabilização compartilhada dos casos entre a equipe matricial e a equipe de referência. A aposta é que na relação entre essas duas equipes se possa estimular, a partir da interdisciplinaridade, o fortalecimento da integralidade e a valorização/inclusão de outras dimensões do cuidado em saúde, além da biológica e dos sintomas (FIGUEIREDO E CAMPOS, 2009).

Para atuar como apoiador é preciso ter clareza das ações relativas ao “núcleo” e “campo” de competências. Campos et al (1997; 2007) atribui a ideia de “núcleo” como a área de saber e prática profissional exclusiva a cada profissão, justificando sua existência como uma nova área. Já o “campo” é o espaço de saberes, práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde, espaço de interseção entre as áreas, que permite o entrelaçamento das ações, não caracterizando monopólio de

nenhuma profissão ou especialidade.

As ações específicas do “núcleo” devem estar sempre articuladas às ações de “campo”, onde são construídas as práticas interdisciplinares, de forma a ampliar a clínica e a capacidade de intervenção, aumentando, assim, a resolutividade das demandas da saúde.

Segundo Campos e Domitti (2007) o Apoio Matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico, que envolve três planos distintos: atendimentos e intervenções conjuntas entre os profissionais da equipe de referência e os matriciadores; intervenções especializadas do núcleo profissional do apoiador, mantendo sempre o contato com a equipe de referência; e ainda sendo possível que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento, orientações e condutas entre equipe de referência e apoiadores sobre determinados casos, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência.

Chiaverini et al. (2011) aponta a interconsulta como o principal instrumento utilizado na construção do projeto terapêutico, que compreende algumas modalidades: discussão de caso, visita domiciliar conjunta e atendimento conjunto, devendo ser esta última a estratégia privilegiada por ser a mais produtiva do ponto de vista da educação permanente.

A construção do Projeto Terapêutico Singular<sup>13</sup> (PTS) considera a singularidade dos sujeitos e designa o movimento de co-produção e co-gestão do cuidado, em busca de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas que se processam em quatro momentos não estanques: *diagnóstico* - avaliação orgânica, psicológica e social, visualizando os riscos e vulnerabilidades do usuário; *definição de metas* - propostas de curto, médio e longo prazo; *divisão de responsabilidades* - definir as tarefas de cada um com clareza; e *reavaliação* - discutir a evolução e realizar as mudanças necessárias. (BRASIL, 2010b).

A prática da Clínica Ampliada e do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no atendimento ao paciente exige que se tenha espaço para as ideias e o diálogo. Uma história clínica mais completa que situa os sintomas na vida do sujeito. Aos profissionais, esse olhar ampliado permite reconhecer as singularidades do sujeito e os

---

<sup>13</sup> O PTS utiliza o termo “singular” em detrimento do “individual” (mais utilizado na área da saúde) para destacar o papel fundamental que cada contexto de vida apresenta, seja no âmbito individual, familiar ou coletivo. O PTS pode ser realizado para grupos, famílias e não somente para indivíduos (BRASIL, 2007; CHIAVERINI et al, 2011).

limites das classificações diagnósticas. Ao perceber a complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional de saúde pode perceber que muitos dos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas, e sim na integração de diferentes práticas e saberes (BRASIL, 2007b).

O Projeto de Saúde no Território (PST) é uma estratégia que busca articular as complexidades individuais e coletivas para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando impacto na produção da saúde territorial, que tenham como prioridade o investimento na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2010b).

Assim, a organização do trabalho no NASF se apresenta como uma forma de experimentar a democratização da produção do cuidado, na medida em que se propõe a “fazer junto”, a compartilhar conhecimentos e provocar mudanças nas práticas em saúde.

## **AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.**

A partir de uma análise histórica das ações de alimentação e nutrição no Brasil são observadas as primeiras interfaces com a Atenção Básica. Na década de 70, a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), em 1972, autarquia pública vinculada ao Ministério da Saúde, a instituição do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), que abrangiam os grupos biologicamente vulneráveis como: gestantes, nutrizes e crianças menores de sete anos de idade; e a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), ambos em 1976, cujo espaço de trabalho localizou-se predominantemente no interior da rede básica dos serviços de saúde (VASCONCELOS, 2011).

Nos anos 80, o Movimento da Reforma Sanitária teve uma relevante inserção técnica – política do nutricionista nos diferentes níveis de organização dos serviços de saúde, esferas administrativas e de gestão social do sistema, e em espaços na sociedade civil, onde estratégias de combate à fome foram resgatadas e redesenhadas por intelectuais do campo da alimentação e nutrição.

No ano de 1986, destaca-se a realização da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN), como um dos desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde. Nela as principais questões, como a fome e desnutrição, entram na pauta e incorporam as bandeiras de luta dos movimentos sociais brasileiros, tais como: a necessidade de enfrentamento da dívida externa e da implantação de uma reforma agrária efetiva, com a participação e o controle dos trabalhadores rurais; a adoção de uma política agrícola, voltada prioritariamente para a produção de alimentos básicos destinados ao mercado interno e privilegiando os pequenos e médios produtores; a adoção de uma política de empregos e salários que garanta aos trabalhadores e seus familiares, acesso à alimentação e nutrição; e a adoção de um Sistema Único de Saúde que integrasse e articulasse as atividades de alimentação e nutrição (VASCONCELOS, 2011).

Prado e Abreu (1991) ressaltam que a partir de 1985 os nutricionistas, após intensa mobilização, tiveram no setor saúde um campo emergente para a categoria. Como exemplo, destacam que neste mesmo ano, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, realizou concurso público e destinou 46 vagas nas Unidades Básicas de Saúde para o cargo de nutricionista.

Em 1990, com a implantação do SUS, as ações de alimentação e nutrição passaram a ser contempladas na Lei Orgânica 8080/90, e incluídas no campo da saúde pública com destaque para a vigilância nutricional e a orientação alimentar. Neste mesmo ano, foi criada a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), no interior do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e atribuída à direção nacional do SUS a responsabilidade pela formulação, avaliação e apoio às políticas de alimentação e nutrição no país (JAIME, et. al., 2011).

No campo de luta da sociedade, em 1993, foi lançado o movimento Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida, munida dos slogans “A fome tem pressa” e “Fome: não dá pra esquecer”. Como desdobramento inicia-se o processo de formação dos Comitês de Combate à Fome de abrangência local, municipal e/ou estadual, com objetivo de *“mobilizar, e acima de tudo sensibilizar, a sociedade para a necessidade de mudanças fundamentais e urgentes capazes de transformar a realidade econômica, política e social do país ... que leva à exclusão, à fome e à miséria”* (CONSEA, 1995, p. 12).

Neste mesmo ano, o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) elabora o Mapa da Fome, que é adotado pelo governo brasileiro como documento oficial sobre a situação da fome no país. A fome até então, considerada uma terminologia marginal, passa a compor a agenda pública nacional (MATTEI, WRIGHT E BRANCO, 2007).

Neste contexto, de intensa mobilização social, o governo Itamar Franco lança o Plano de Combate à Fome e à Miséria e cria o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), com objetivo de elaborar as diretrizes dos subprogramas do Plano e conceber estratégias apropriadas para a sua execução.

Segundo Mattei, Wright e Branco (1997), para o Estado, no governo Itamar Franco, a fome preenche um vazio existente pela ausência de um projeto de desenvolvimento com inclusão e participação social; para as ONGs e movimentos sociais, a fome possibilita a discussão de projetos de desenvolvimento voltados para as camadas excluídas da sociedade; e, para o Banco Mundial, a eliminação da fome não se constitui em prioridade de suas proposições de políticas de desenvolvimento, sendo o discurso da eliminação da fome utilizado para reforçar suas políticas de ajuste estrutural.

Vale ressaltar, que no início dos anos 1990 também são divulgados no país os primeiros estudos alertando sobre as alterações que vinham se processando na estrutura de morbidade populacional no Brasil. Ao mesmo tempo, que a Ação da Cidadania e o

Plano de Combate à Fome e à Miséria chamavam a atenção para os 32 milhões de pobres e famintos existentes no país, identificados pelo Mapa da Fome, outros segmentos da sociedade brasileira começavam a alertar para os chamados fenômenos da “transição epidemiológica e nutricional” no Brasil.

No governo Fernando Henrique Cardoso, o CONSEA foi extinto e substituído pelo Conselho da Comunidade Solidária, fato que fragilizou a mobilização social de combate a fome e os setores da Área de Alimentação e Nutrição. Como desfecho foi extinto em 1997, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN, referência nacional para a discussão dos temas de alimentação e nutrição. Houve um rearranjo institucional e a Área de Alimentação e Nutrição ficou submetida à Secretaria de Políticas de Saúde /MS, o que resultou na reorganização das ações a partir da agenda internacional de DCNT, demandando uma nova atuação para o campo da nutrição e saúde pública (VASCONCELLOS, 2008).

A institucionalização das ações de alimentação e nutrição, a partir da Lei Orgânica do SUS, associada às demandas sociais e pelo perfil epidemiológico da população brasileira, possibilitou, em 1999, como parte integrante da Política Nacional de Saúde, a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), pela portaria nº 710/GM de 10 de junho de 1999.

A PNAN marca uma etapa importante para a configuração da área de nutrição no campo da saúde, evidenciando as transições epidemiológica, nutricional e demográfica com a convivência no país de situações extremas de desnutrição e deficiências nutricionais ao lado de altas prevalências de obesidade e doenças associadas à alimentação (RECINE e VASCONCELLOS, 2011).

A rápida transição demográfica é caracterizada no país pela redução da taxa de fecundidade e o envelhecimento da população brasileira, refletindo em indicadores positivos de melhora na expectativa de vida da população (BATISTA FILHO, 2003; SCHRAMM, 2004). Por outro lado, este quadro demográfico se traduz no aumento da população idosa e traz consigo a chamada transição epidemiológica. Esta se revela pela redução das doenças transmissíveis, e o aumento concomitante das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), trazendo uma nova preocupante demanda para o setor saúde (BRASIL, 2010b).

A transição nutricional, caracterizada por mudanças no padrão alimentar correlacionadas com as mudanças sociais, demográficas e epidemiológicas, revela uma redução contínua dos casos de desnutrição e crescentes prevalências de excesso de peso,

contribuindo com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Entretanto, no País, a transição nutricional chama atenção para um intrigante paradoxo: a concomitância da anemia por deficiência de ferro e da obesidade, nos mesmos cenários e grupos populacionais (BRASIL, 2006c; COUTINHO, 2008).

Nos últimos cinquenta anos, o Brasil vem experimentando mudanças políticas, socioeconômicas, tecnológicas e demográficas que repercutem na vida da população, suas relações de trabalho, na composição das famílias, na organização dos serviços de saúde, nas escolhas e modos de vida, entre outras. Algumas transformações mais significativas ocorreram no campo da alimentação com destaque para a forma de produzir, comercializar, preparar e consumir os alimentos, trazendo como consequências alterações significativas no perfil de morbi mortalidade e no padrão de consumo alimentar e de vida da população (CFN, 2008).

Neste cenário, a PNAN, destacando a alimentação e nutrição como requisitos de promoção e proteção da saúde, veio potencializar o papel do setor saúde na Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), fundamentada no Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Os direitos humanos são aqueles que os seres humanos possuem pelo simples fato de nascer e fazer parte da espécie humana, independente de cor, religião, sexo, local de nascimento, opção política, idade ou qualquer outro atributo, e também da legislação nacional, estadual ou municipal específica. Estes direitos são universais, inalienáveis e indivisíveis, o que quer dizer que a satisfação de um direito não pode ser usada para justificar a violação de outro (VALENTE, 2002).

A violação do direito humano à alimentação coloca em risco o direito à vida, e embora a promoção deste direito comece pelo enfrentamento da fome, não se encerra nele, uma vez que consiste na garantia de acesso diário, e assim de forma sustentável, aos alimentos em quantidade e qualidade suficientes para atender às necessidades nutricionais dos indivíduos e garantir a manutenção da saúde. Assim, a insegurança alimentar, que diz respeito a não garantia do direito à alimentação e nutrição, passa tanto pela fome e desnutrição, como também pelos agravos ligados aos hábitos alimentares inadequados, como a obesidade (VALENTE, 2002).

Segundo o Conselho Federal de Nutricionista (CFN, 2008) o DHAA<sup>14</sup> é realizado quando é garantido ao conjunto da população o acesso físico ao alimento

---

<sup>14</sup> O Estado brasileiro reconhece o direito humano à alimentação adequada na Constituição Federal de 1988 (artigo 5º) e na PNAN de 1999, sendo signatário de todas as convenções internacionais em relação à

adequado, às condições dignas de moradia e de saneamento básico e a serviços de saúde resolutivos. Quando se promove e facilita o acesso de pessoas, famílias e comunidades aos conhecimentos sobre os cuidados para uma vida e alimentação saudáveis, possibilitando a elas uma apropriação de tais conhecimentos, e a aquisição de capacidades, habilidades e autonomia para gerirem sua própria saúde e nutrição.

Neste contexto, a PNAN foi composta por sete diretrizes, que contribuem para a concretização do DHAA, que orientam a elaboração e implantação dos programas e projetos em alimentação e nutrição: estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços; monitoramento da situação nutricional e alimentar; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Em 2003, no governo Lula, a PNAN é reeditada (BRASIL, 2003), e o tema da Fome e da Segurança Alimentar e Nutricional retorna para a agenda como prioridade nacional, sendo o CONSEA retomado neste período. No ano seguinte é realizada a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar onde a SAN é definida como *“a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”* (CONSEA, 2004, p.4).

Em 2006, é regulamentada a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN e institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN pelo decreto 7272 de 25 de agosto de 2010.

Neste mesmo ano, após dez anos da sua publicação, a PNAN foi revisada, com participação de técnicos, sociedade e governo, tendo como objetivo um realinhamento das diretrizes de acordo com: as mudanças no perfil epidemiológico e no consumo alimentar da população brasileira; a Rede de Atenção à Saúde, a nova PNAB, o Plano

---

garantia desse direito fundamental (BURLANDY, 2007). O direito à alimentação é institucionalizado em fevereiro de 2010, pela Emenda Constitucional nº 64, que inclui a alimentação entre os direitos sociais no Art. 6º da Constituição Federal.

de Enfrentamento das DCNT e o Brasil sem Miséria. Sua publicação pela portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, define como propósito a “*melhora das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição*” (BRASIL, 2011a).

Para o alcance do seu propósito, foram definidas as seguintes diretrizes: organização da atenção nutricional; promoção da alimentação adequada e saudável; vigilância alimentar e nutricional; gestão das ações de alimentação e nutrição; participação e controle social; qualificação da força de trabalho; controle e regulação dos alimentos; pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição; cooperação e articulação para a segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2011a).

A PNAN (2011) traz como desafios potencializar seu caráter intra e intersetorial. No contexto do setor saúde, os investimentos se voltam para: a inserção da agenda da política em todos os níveis de complexidade do SUS, o fortalecimento da gestão das áreas técnicas de alimentação e nutrição nos níveis estadual e municipal, a garantia da operacionalização das diretrizes da política nos três níveis do SUS, e a capacitação de recursos humanos. Já no contexto intersetorial: ampliar o diálogo, pactuação e integração entre os diferentes setores governamentais e da sociedade em torno do processo de implementação e consolidação da PNAN, como expressão do setor saúde no campo da segurança alimentar e nutricional.

Os princípios e diretrizes da PNAN contribuem para a formulação, implementação e avaliação das ações de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde.

A PNAN define a atenção básica como a ordenadora das ações de alimentação e nutrição no SUS e a PNAB define a Saúde da Família como a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Assim, torna-se fundamental uma reorganização das ações de alimentação e nutrição no SUS, tendo como prioridade as ações desenvolvidas na ESF.

Deste modo, a atenção básica se constitui como o “local” privilegiado para a conjugação de ações intersetoriais e interdisciplinares, para implementação de estratégias que visem à melhoria do perfil de saúde e nutrição da população. A incorporação das ações de alimentação e nutrição na atenção básica se justifica pela sua relação direta com os principais agravos à saúde e objetiva contribuir para qualificação,

integralidade e resolutividade da atenção à saúde da população brasileira (BRASIL, 2010).

O modelo de organização da atenção básica adotado no Brasil orientado pela ESF fez com que a área de alimentação e nutrição fosse desafiada a se reposicionar nesse novo modelo de atenção à saúde. Assim, o papel do nutricionista inserido no NASF é atuar como matriciador das ações da alimentação e nutrição junto às equipes de saúde da família para a garantia da SAN e do DHAA: realizando ações com foco na vigilância alimentar e nutricional, prevenção e acompanhamento dos agravos nutricionais, e a promoção da alimentação saudável, fortalecendo as redes intra e intersetoriais.

### **Vigilância Alimentar e Nutricional**

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) tem como objetivo avaliar e monitorar a situação alimentar e nutricional da população, com intuito de subsidiar decisões e políticas voltadas para a melhoria da situação de saúde. A VAN possibilita a constante avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida.

A partir de um enfoque ampliado incorpora a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica (PNAN, 2011).

Na atenção básica, a VAN concretiza-se em uma série de ações que subsidiam os diversos sistemas de informação disponíveis no SUS, dentre os quais o principal é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN<sup>15</sup> (JAIME et al, 2011).

O SISVAN é um sistema de coleta, processamento e análise contínua de dados de uma população, possibilitando um diagnóstico atualizado da situação nutricional, suas tendências temporais e também dos fatores de sua determinação. O diagnóstico

---

<sup>15</sup> O SISVAN fornece informações que compõem dois indicadores de monitoramento para avaliação do Pacto pela Saúde: percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade e o percentual de famílias com perfil saúde, beneficiárias do programa Bolsa Família. Estes indicadores oriundos do SISVAN estão elencados na prioridade VI (fortalecimento da atenção básica), dentro do objetivo V (reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos).

contribui para que se conheça a natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, caracterizando, assim, os grupos sociais de risco, dando subsídios para a formulação de políticas, programas e intervenções (ENGSTROM, 2005). Sua operacionalização no cotidiano dos serviços de saúde permite a identificação de grupos vulneráveis proporcionando um olhar e atuação diferenciada.

Neste sentido podemos destacar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, como uma ação que se dá no escopo da responsabilidade sanitária que as equipes de saúde possuem frente à população de seu território. Ao acolhê-las, vinculá-las e acompanhá-las, as equipes de saúde cumprem seu papel diante dos princípios de universalidade e equidade.

Destaca-se que, que Programa Bolsa Família (PBF) consiste em uma estratégia nacional para a inclusão social de famílias em condições de pobreza e extrema pobreza. Além de promover transferência de renda, a forma como o PBF se organiza proporciona visibilidade e vinculação das famílias às ações e serviços públicos de impacto social, como saúde, educação e assistência social.

### **Prevenção e Acompanhamento dos Agravos Nutricionais**

Os agravos em saúde relacionados à alimentação e nutrição envolvem deficiências nutricionais específicas, alterações do estado nutricional (desnutrição e excesso de peso) e comorbidades associadas à obesidade.

Quanto às deficiências nutricionais específicas, estão as relacionadas aos micronutrientes, onde a anemia por deficiência de ferro é considerada um dos problemas de saúde pública de maior magnitude em todos os países do mundo (WHO, 2008).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, identificou que 20,9% das crianças apresentavam anemia, e 17,4% hipovitaminose A, esta com maior prevalência na região Sudeste e Nordeste, 21,6% e 19,0%, respectivamente. Já em mulheres, a prevalência de hipovitaminose A foi de aproximadamente 10,0% em todas as regiões, e de anemia, de 29,4% (BRASIL, 2009).

Diversas ações de suplementação de micronutrientes vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde a década de 70. No entanto, apenas no ano de 2005 é que o MS implantou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, para gestantes e crianças de até 18 meses, e também o Programa de Suplementação de Vitamina A, para crianças de até 05

anos e mulheres pós parto, residentes na região Nordeste (JAIME, et al, 2011; BRASIL, 2007a).

Além da suplementação de micronutrientes, o Brasil também desenvolveu uma importante estratégia para a prevenção das carências nutricionais, como a fortificação do sal com iodo e as farinhas com ferro e ácido fólico.

Os profissionais da Atenção Básica têm um papel fundamental, tanto na prevenção das carências nutricionais, aderindo aos protocolos de suplementação de micronutrientes, como nas ações de promoção da alimentação saudável.

Os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizadas pelo IBGE, nos anos de 2002/2003 e 2008/2009, apontam que o gasto com a alimentação tem se associado ao aumento de consumo de alimentos altamente energéticos, como produtos industrializados (principalmente biscoitos, refrigerantes e refeições prontas), e a persistência no consumo de açúcar e aumento sistemático no teor de gordura em geral (IBGE, 2004; 2010). O consumo alimentar evidenciado contribui para o aumento nas prevalências de doenças crônicas e, mais particularmente, do excesso de peso e obesidade no país (JAIME et al, 2011).

A última POF (2008/2009) demonstrou que 50,1% dos homens e 48,0% das mulheres adultas apresentam excesso de peso. Em relação às crianças em idade escolar, a pesquisa aponta que 30% apresentam excesso de peso e que 16,6% dos meninos e 11,8% das meninas apresentam obesidade (IBGE, 2010).

Em função da magnitude da obesidade e da velocidade da sua evolução em vários países do mundo, este agravo tem sido definido como uma pandemia, atingindo tanto países desenvolvidos, como em desenvolvimento (BRASIL, 2006c).

Com base na alta prevalência de obesidade no mundo e nas mudanças dietéticas e a tendência mundial de baixo consumo de frutas, legumes e verduras, a OMS desenvolveu e aprovou a Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde, recomendando esforços para enfrentar a obesidade (WHO, 2004). A Estratégia Global, com vistas à diminuição das DCNT, sugere a formulação e implementação de ações que visem fomentar a responsabilidade entre a sociedade, setor produtivo e público para efetuar as mudanças necessárias no âmbito socioambiental, que favoreçam as escolhas saudáveis em níveis individuais e coletivos (BRASIL, 2006e).

## Promoção da Alimentação Saudável

A Promoção da Alimentação Saudável (PAS) se constitui como uma das diretrizes da PNAN e integra as estratégias citadas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006b).

Embora o termo promoção da saúde tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, seu significado foi sendo modificado, e a partir da I Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa (1986) passou a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2000).

Para Ferreira & Magalhães (2007), a promoção da saúde, enquanto importante estratégia de saúde coletiva reaparece nos últimos vinte anos como resposta à crescente medicalização, à baixa eficácia dos serviços de saúde e aos altos custos do setor, visando a enfrentar os limites do modelo biomédico hegemônico e dos modelos tradicionais de intervenção em saúde.

A concepção de promoção da saúde como uma perspectiva capaz de orientar as diferentes práticas no campo da saúde coletiva se apoia nos recursos sociais, pessoais e não somente na capacidade física ou nas condições biológicas do sujeito. O modo de viver de cada um, se apoia na cultura, nas crenças e nos valores que são compartilhados coletivamente.

A PAS é compreendida como um conjunto de estratégias que proporcionam aos indivíduos e coletividades realizar práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente, considerando que o alimento tem funções que transcendem o suprimento das necessidades biológicas, pois agrega significados culturais, comportamentais e afetivos (Brasil, 2011a).

Segundo Contreras e Gracia (2011), a cultura alimentar pode ser entendida como *“conjunto de representações, crenças, conhecimentos e práticas herdadas e/ou aprendidas, que estão associados à alimentação e são compartilhados pelos indivíduos de uma determinada cultura ou grupo social”* (pag.129).

Assim, as ações de PAS devem compreender os diversos determinantes das práticas alimentares, que são construções sócio – históricas, onde as escolhas aparentemente individuais são fortemente relacionadas aos hábitos coletivos (BRASIL, 2006c).

Na Atenção Básica, a organização das ações de PAS deve considerar os

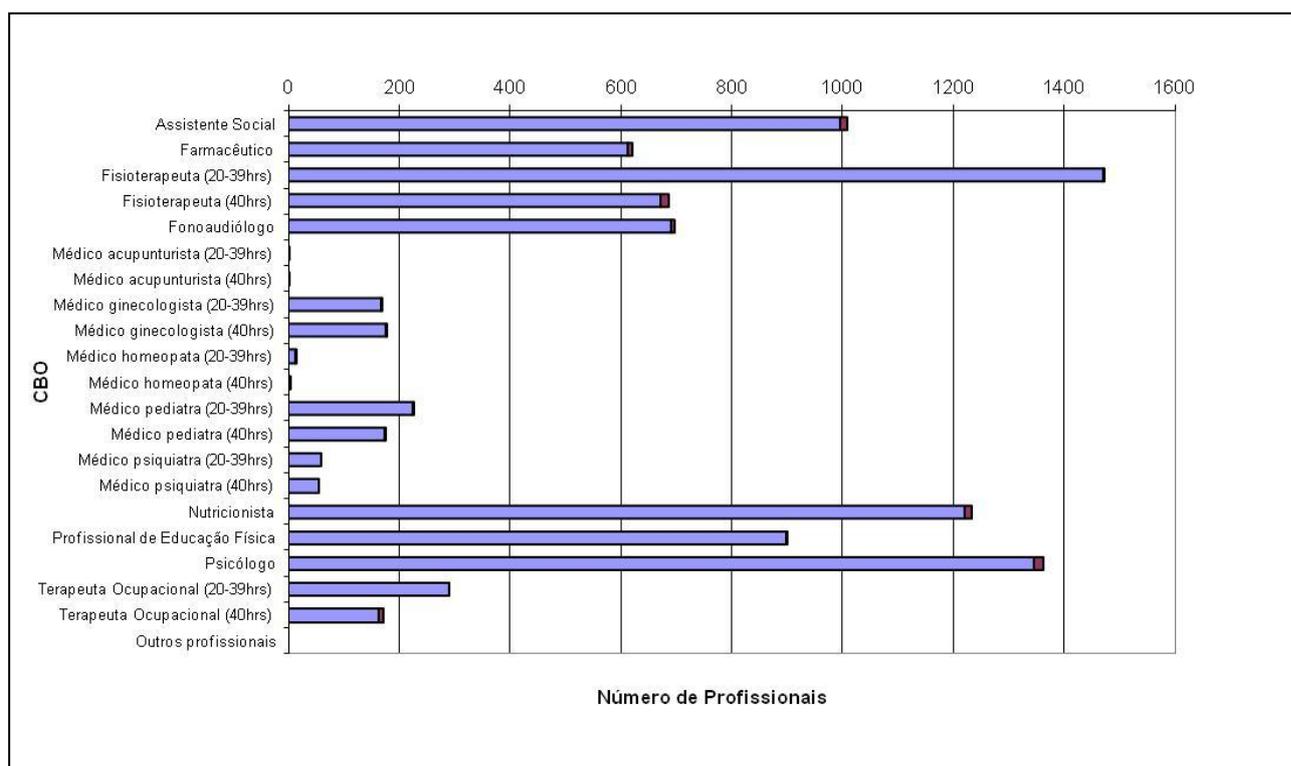
determinantes sociais da saúde, com a definição de ações técnicas e políticas, de caráter amplo e intersetorial, que respondam às necessidades de cada território (JAIME et al, 2011).

### - A Inserção do Nutricionista no NASF

A área de Alimentação e Nutrição, desde o início do processo de formulação do NASF, pelo MS, a partir do Núcleo de Saúde Integral (2004), já vinha sendo contemplada e suas ações priorizadas na agenda pública, o que se concretizou com a publicação da portaria 154/GM de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

Dados relativos à implantação das equipes de NASF indicam um total de 1.609 equipes implantadas no período de 2008 a 2011, tendo 1.234 nutricionistas inseridos nas equipes NASF em todo país, o que equivale a 76% de participação deste profissional nas equipes (BRASIL, 2012b). Atualmente, a nutrição é a terceira categoria de maior inserção no NASF, como observado no gráfico 1.

Gráfico 1- Número de Profissionais NASF, por categoria e carga horária, Brasil

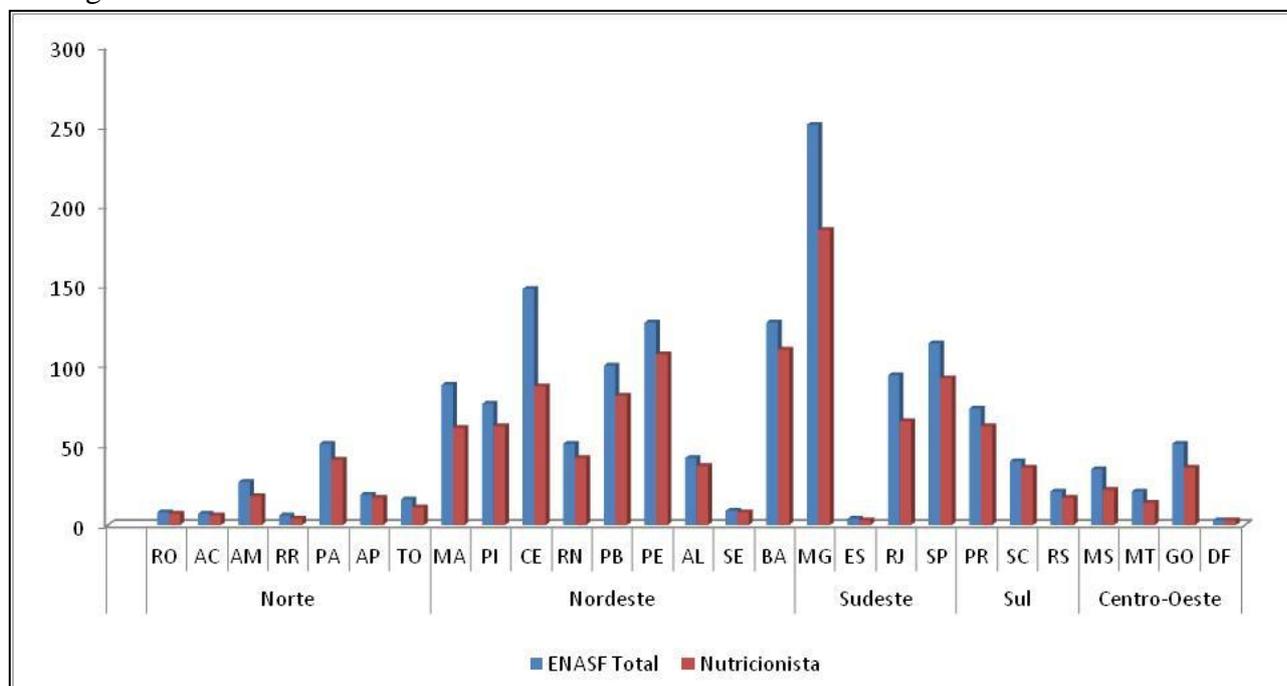


Fonte: CNES/DATASUS, dez/2011

Entre as regiões do país, podemos observar pelo gráfico 2, a distribuição de nutricionistas pelas unidades federativas. Observamos que a região Nordeste é a que detém o maior número de nutricionista atuando nas equipes NASF, com 595 profissionais, perfazendo 48,2% do total de nutricionistas inseridos no NASF em todo país. Este dado reflete que a história da ESF no Nordeste e o perfil epidemiológico, com destaque aos agravos nutricionais.

Pelos Estados, observa-se que Minas Gerais tem o maior número de NASF (n= 251), tendo uma participação de 185 nutricionistas em suas equipes, o que equivale a 74%, estando próximo ao encontrado no país. Vale ressaltar, que este estado possui o maior número de municípios com crescente cobertura da ESF.

Gráfico 2- Número de equipes NASF e Nutricionistas no NASF por Estado e Região do Brasil.



Fonte: CNES/DATASUS, dez/2011

Vale destacar, que atualmente o Município do Rio de Janeiro, tem 42 equipes de NASF, onde atuam 23 nutricionistas, o que equivale a 55% de participação deste profissional, um percentual ainda baixo, comparado ao dado nacional (CNES, jan/2012).

### **- Apoio Matricial nas Ações de Alimentação e Nutrição**

O nutricionista inserido no NASF potencializa e qualifica as ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica, a partir do apoio matricial, nas suas duas dimensões: suporte assistencial e técnico – pedagógico (BRASIL, 2010b).

O apoio matricial em alimentação e nutrição contribui para a organização do trabalho das equipes, na medida em que potencializa as ações de vigilância alimentar e nutricional, com identificação dos casos de insegurança alimentar e nutricional e a definição de estratégias de ação, o que proporciona maior acesso as famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade.

O nutricionista inserido no NASF qualifica as ações das equipes a partir da PAS nos territórios, desde o diagnóstico da situação alimentar e nutricional, do atendimento dos casos que necessitem de uma abordagem específica deste profissional até a articulação de parcerias intersetoriais para as ações de SAN. Desta forma, sua atuação compreende as ações relativas ao seu “núcleo” de saber e as ações que permeiam o “campo” das práticas interdisciplinares (BRASIL, 2010b).

As ações do “núcleo” de saber do nutricionista compreendem a prescrição dietética para os agravos nutricionais, que para além do nutriente, da doença, da dieta, da restrição, permite a reflexão sobre a alimentação cotidiana da população, incorporando a culinária, a saúde e o prazer.

Em relação às ações do “campo” das práticas interdisciplinares, estas devem ser permeadas pela reflexão sobre a relação entre o homem – alimento- sociedade, que envolvem aspectos biológicos, culturais, econômicos e psicossociais. Neste contexto, o apoio matricial compreende o processo de trabalho pautado na interdisciplinaridade, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento.

O apoio matricial implica na construção de projetos terapêuticos, que na área da alimentação e nutrição, se inicia pela identificação de agravos nutricionais e outras patologias que possam vir a acometer riscos nutricionais, sendo necessário o diálogo com a equipe de referência para buscar entender como esta família se organiza, quais as suas fragilidades e potencialidades frente aos problemas vivenciados em seu cotidiano.

A interconsulta como principal instrumento do apoio matricial, pode ser realizada de diversas formas: a consulta conjunta, discussão de casos e a visita domiciliar conjunta, onde o nutricionista poderá contribuir no cuidado em saúde, a partir da visão ampliada sobre os determinantes da situação alimentar e nutricional, na prevenção dos

agravos e promoção da alimentação saudável, visando melhorar as condições de saúde e nutrição da população.

O projeto de saúde no território implica desenvolver ações a respeito de temáticas relativas à alimentação e nutrição, dirigidas a todas as fases do curso da vida, buscando as potencialidades do território, de forma a investir na autonomia dos sujeitos e comunidades.

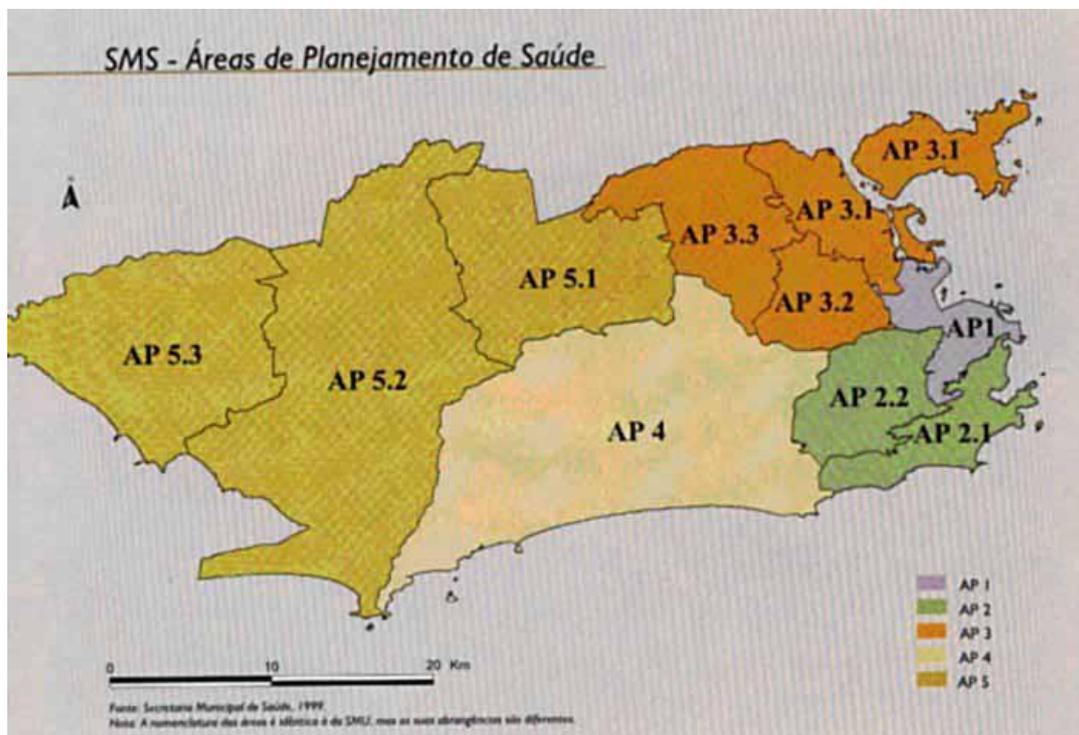
Em relação à dimensão técnico pedagógica, esta é transversal a todas as ações desenvolvidas no NASF, seja nas discussões de equipe, visita domiciliar, consultas conjuntas e na formação permanente dos profissionais.

A formação permanente dos profissionais de saúde deve compreender a educação como prática social, inserida nas relações humanas, que contribui para a transformação do homem e do mundo. Desta forma, se faz necessário atuar com os princípios da Educação Popular em Saúde, que privilegia a construção de uma relação de dialogicidade e horizontalidade, na qual indivíduos diferentes se inserem numa situação de igualdade, como sujeitos ativos portadores de conhecimentos. (ROTENBERG et al, 2009).

Assim, considerar a trajetória do processo de inserção do nutricionista no nível local contribui para discussões que ampliem o olhar sobre suas ações na atenção básica. A (re)construção dos saberes específicos da nutrição na equipe do NASF gera avanços e também desafios nos processos de mudança, contribuindo para consolidar o conjunto de ações interdisciplinares e por fim, fortalecer a atenção à saúde.

## O CONTEXTO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO NA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Figura 1: Mapa das Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro



O município do Rio de Janeiro, por ter sido capital do país, concentrou um conjunto de serviços de saúde que tinham como base a assistência hospitalar, modelo herdado da Previdência Social. O investimento neste modelo, durante décadas, refletiu em uma lenta expansão dos equipamentos destinados à atenção básica, ocasionando uma cobertura insuficiente para a cidade.

Com a implantação do SUS, na tentativa de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde, o município foi dividido em 10 Áreas de Planejamento (AP), constituídas por 32 Regiões Administrativas, que agregam 159 bairros.

Cada Área de Planejamento (AP) possui uma coordenação (CAP), que se configura como uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central, as unidades de saúde e a população.

As CAP tem como atribuição a organização e a coordenação dos serviços de saúde e a articulação com outros setores intra e extra governamentais, de forma a

garantir os atendimentos ofertados pelo SUS à população.

Até o final de 2008, as CAP eram responsáveis por todo sistema de saúde do seu território de abrangência, incluindo atenção básica e hospitalar. A partir da atual gestão (2009 – 2012), ocorre uma reestruturação na secretaria de saúde, onde a atenção hospitalar passa a ser coordenada diretamente pela Superintendência de Urgência e Emergência, na qual se encontra subordinada toda assistência hospitalar, rompendo-se a governabilidade do território integrado em rede (MENEZES, 2011).

Atualmente as CAP são responsáveis por toda atenção primária em saúde do território de abrangência, tendo como foco, a expansão da ESF.

A implantação da ESF no município teve início a partir de 1995, com um projeto piloto em Paquetá, sendo expandido em 1999 para mais cinco comunidades em diferentes AP: comunidade do Borel (Tijuca/ Zona Norte/ AP 2.2), comunidade do Canal do Anil (Jacarepaguá/ Zona Oeste/ AP 4), comunidade do Parque Royal (Ilha do Governador/ Zona Norte/ AP 3.1), comunidade de Vila Canoas (São Conrado/ Zona Sul/ AP 2.1) e comunidade de Vilar Carioca (Campo Grande/ Zona Oeste/ AP 5.2) (MIRANDA, 2009).

As regiões foram escolhidas pelas CAP em articulação com organizações não governamentais, associação de moradores e conselhos distritais de saúde. A gestão do programa era compartilhada por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)/RJ e por gestores dessas organizações sob a forma de convênios assinados entre as duas partes (MIRANDA, 2009). Neste período, outros projetos foram sendo viabilizados, totalizando 23 equipes de saúde da família até o ano de 2001.

Neste mesmo ano, o prefeito César Maia assume um novo mandato e nomeia o sanitarista Sérgio Arouca como novo secretário de saúde, em substituição do então secretário Ronaldo Gazolla.

Sergio Arouca assume o cargo, mas não consegue efetivar o compromisso de implantar 600 novas equipes de saúde da família na cidade durante a sua gestão (janeiro a maio de 2001). Entretanto, é a partir deste período que o PSF começa timidamente a ganhar alguma visibilidade como um programa estratégico para a SMS (COSTA, 2008). Com a sua exoneração, o então prefeito Cesar Maia, nomeia Ronaldo Cezar Coelho, que estabelece novas prioridades na sua gestão: a construção do Hospital de Acari, as Casas de Parto e uma maternidade na Zona Oeste. Algum tempo depois, o então secretário elege o PSF como umas das suas prioridades, estabelecendo como meta implantar 150 novas equipes de saúde da família (COSTA, 2008).

Para acelerar a implantação das equipes de PSF, foi pactuada com instituições de ensino da Zona Oeste, a criação de uma ONG, denominada CIESZO (Conselho das Instituições de Ensino Superior da Zona Oeste) para ser a responsável pela infraestrutura e contratação de recursos humanos de uma grande parte das equipes a serem implantadas em todo município.

No segundo semestre de 2002 foi realizado um processo seletivo entre os servidores municipais visando o remanejando destes para atuarem no PSF. Neste período, havia um grande incentivo para que os servidores municipais aderissem ao PSF.

Em 2003, com o apoio do Ministério da Saúde, pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), ocorre uma expansão na implantação de equipes de saúde da família no município, em todas as AP.

Com a expansão da Estratégia Saúde da Família a coordenação municipal implantou nove equipes matriciais denominadas Grupo de Apoio Técnico (GAT). A composição era multiprofissional formada por: ginecologista, pediatra, clínico geral, enfermeiro, dentista, nutricionista, assistente social, sanitaria, terapeuta ocupacional, profissional de saúde mental, fisioterapeuta e fonoaudiólogo oriundos do quadro de servidores municipais. Entretanto esta composição não era homogênea em todas as áreas, dependendo da disponibilidade de servidores e também da necessidade de cada território. Quanto ao nutricionista, este foi lotado em cinco GAT, que na época seriam as áreas de maior expansão no município (AP 3.1, 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3) e posteriormente houve uma lotação na AP 2.2.

O GAT tinha como objetivo organizar e viabilizar a implantação das equipes de saúde da família na área, realizar a articulação com a rede de saúde, acompanhar o processo de trabalho, e realizar o apoio técnico das especialidades junto às equipes de saúde da família. Este apoio técnico visava qualificar e aumentar a resolutividade das ações das equipes de saúde da família, sendo desenvolvidas atividades como: visitas domiciliares, interconsultas, grupos educativos, discussão de casos e construção do projeto terapêutico singular, ações de saúde na comunidade adscrita e formação permanente.

Apesar de grandes dificuldades encontradas, para a realização do trabalho, o GAT desempenhou papel estratégico na implantação e organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família no município.

Em 2008, no final da gestão César Maia e do então secretário de saúde Jacob

Kligerman, o município possuía 132 equipes de saúde da família cadastradas no MS, o que correspondia há 7,2% de cobertura populacional (BRASIL, 2012a).

Neste mesmo ano, com a criação do NASF pelo MS, a gestão municipal da época começou a realizar algumas discussões sobre o NASF, com o objetivo de entender melhor o que seria este núcleo, quais as diferenças e semelhanças no processo de trabalho do NASF e do GAT, entre outras questões. Entretanto, o momento político não era favorável, sendo um ano eleitoral e com poucas chances do atual governo se reeleger, além do repasse do incentivo financeiro pelo MS não custear todas as despesas para da implementação do NASF, precisando de uma contrapartida do município, que nesta época não tinha a ESF como ordenadora da atenção à saúde.

Durante este período, a gestão municipal não valorizou a reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da ESF, prioridade do MS e preconizado pelos documentos norteadores, tais como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Educação Permanente, Política Nacional de Promoção a Saúde, Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família (PROESF) e os Pactos pela Saúde 2006 (MENEZES, 2011). A gestão municipal permaneceu durante décadas, em oposição político – partidária com o governo federal, o que dificultou a expansão e consolidação da ESF.

Em 2009, na gestão do atual prefeito Eduardo Paes e do secretário de saúde Hans Dohmann, a expansão da ESF é adotada como a principal prioridade na SMS, agora denominada Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), sendo a defesa civil incorporada na secretaria municipal de saúde. Nesta gestão destaca-se a articulação político - partidária entre as três esferas de governo, o que torna o momento favorável às negociações em torno da priorização da atenção básica com a implantação e a expansão da ESF.

Vale destacar, que em janeiro de 2009 o GAT é extinto, havendo críticas ao trabalho desenvolvido junto às equipes. Os profissionais foram realocados em outras funções, tanto na própria CAP como também nas unidades de saúde e nível central.

No segundo semestre de 2009, a SMSDC inicia o processo de contratualização com Organizações Sociais<sup>16</sup> (OS) para a gestão da ESF no município. Neste cenário,

---

<sup>16</sup> Organizações Sociais são entendidas como entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que possuem autorização do Poder Legislativo para estabelecer contrato de gestão com o Poder Executivo. Este tipo de serviço foi aprovado no Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) e se caracteriza pela transferência da execução de atividades antes consideradas de caráter estatal para entes privadas sem fins lucrativos a partir da concessão de equipamentos estatais, recursos humanos e financeiros (BRASIL, 1995)

novas estruturas foram sendo implementadas, entre elas a criação da “Clínica da Família”, unidades de saúde onde atuam as equipes de saúde da família.

Os servidores municipais que já estavam trabalhando na ESF permaneceram, porém realocados para unidades de saúde já existentes na rede, com equipes de saúde da família, denominadas “unidades mistas”. Vale ressaltar, que não há isonomia salarial entre servidor e contratado, principalmente na categoria médica, fazendo com que alguns servidores passem a aderir à forma de contratação via OS. Esta situação causa uma dificuldade na articulação e integração da rede de saúde e na continuidade das ações.

Apesar destes, e de tantos outros desafios postos a ESF no município, em relação à expansão houve um aumento considerável no número de equipes nos últimos dois anos, tendo sido implantadas 506 equipes de saúde da família com uma cobertura populacional de 27,6% , até dezembro de 2011 (BRASIL, 2012).

A reorganização da APS e a expansão da ESF no município, também inclui a organização e expansão dos NASF. Na estrutura da SMSDC, os NASF estão vinculados a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância à Saúde (SUBPAV), na Superintendência de Atenção Primária (SAP) e sob a responsabilidade da Coordenação de Policlínicas e NASF.

Ao longo do ano de 2010, foram realizadas oficinas nas CAP, com objetivo de sensibilizar os profissionais para o trabalho no NASF.

O projeto do NASF do município foi aprovado na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), realizada em setembro de 2010. Neste projeto foi apresentado uma proposta de implantação, como demonstra o quadro abaixo:

Quadro 1 – Proposta de Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro

MUNICÍPIO	SITUAÇÃO ATUAL DE QUALIFICAÇÃO				SITUAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO PROPOSTA-INCENTIVO				MOTIVO
	ACS	PSF	ESB	NASF	ACS	PSF	ESB	NASF	
RIO DE JANEIRO	3.948	631	193 Mod. I e 123 Mod. II	0	3.948	631	193 Mod. I e 123 Mod. II	47	Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

(DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 1082, DE 07 DE OUTUBRO DE 2010)

Além da aprovação pela CIB, o projeto foi aprovado pelo MS, para a implantação de 47 equipes de NASF.

Após o processo de habilitação, o município iniciou a implantação do NASF, passando de 09 equipes em março de 2011, para 42 equipes em dezembro de 2011 (BRASIL, 2012).

Este processo crescente das equipes de NASF no município foi impulsionado pelo prazo da habilitação estabelecido na PNAB e a possibilidade de perder o orçamento já aprovado. Assim, as AP iniciaram um processo de cadastro dos profissionais que já eram contratados para atuar como NASF e também de servidores que atuavam nos CMS e Policlínicas que futuramente poderiam se configurar como equipes NASF.

Desta forma, as AP foram identificando as categorias profissionais para compor as equipes NASF, realizando o cadastro junto à base de dados do SCNES e tentando organizar o processo de trabalho junto às equipes de SF. Assim, cada AP vem se organizando de forma diferenciada, tanto nas decisões de implantação e cadastro, quanto ao processo de trabalho das equipes.

Em 2011, a Coordenação do NASF organizou fóruns de discussão por AP, para acompanhar o processo de trabalho e as experiências locais, porém este modelo não foi suficiente visto a gama de dificuldades que as AP foram encontrando neste processo.

As mudanças ocorridas na coordenação do NASF no município, que passou por quatro gestores entre os anos de 2009 a 2011, pode ter influenciado o processo de implantação e qualificação das equipes NASF, tendo como consequência a descontinuidade das ações.

A necessidade da interface ESF e NASF fez com que a organização dos processos que envolvem os NASF passasse a ser orientado pela Coordenação de Saúde da Família, em setembro de 2011. Com este novo direcionamento, a gestão do NASF começa a ganhar mais visibilidade e concretude nas suas ações.

Em novembro de 2011 realizou-se a primeira Oficina de Qualificação do NASF, coordenada pelo DAB/MS. O principal objetivo desta oficina era formar multiplicadores para a qualificação do processo de trabalho do NASF, o público-alvo foi constituído por profissionais das AP que já atuavam ou coordenavam o NASF e os profissionais das Áreas Técnicas da SUBPAV, relacionadas com a composição do NASF, como: saúde da criança e adolescente, saúde da mulher, saúde do idoso, assistência farmacêutica, saúde mental, reabilitação, práticas integrativas e

complementares em saúde, serviço social, alimentação e nutrição, práticas corporais e atividade física.

A partir da Oficina de Qualificação, foi constituído um Grupo de Trabalho, denominado GT NASF e composto por dois representantes de cada AP e Áreas Técnicas. Este GT foi iniciado em dezembro de 2011, tendo como objetivos à construção de um modelo de Oficina de Qualificação para as equipes de NASF e SF, e um material contendo as diretrizes norteadoras para o NASF, ambas adequadas à realidade municipal. Vale ressaltar, que este processo está em construção, onde as primeiras oficinas foram realizadas em março de 2012.

Em relação aos nutricionistas inseridos nos NASF do município do Rio de Janeiro, o Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD), Área Técnica de Alimentação e Nutrição, tem investido no acolhimento, integração e formação dos nutricionistas.

Para subsidiar a atuação destes profissionais foi criado um Grupo de Trabalho (GT) Nutrição na ESF, que atua desde 2003. Nestes encontros utiliza-se metodologia participativa com troca de experiências, construção coletiva de diretrizes operacionais e distribuição de materiais de apoio, na perspectiva dos nutricionistas assumirem papel articulador e multiplicador local, junto às equipes de SF e comunidade.

Além do GT, também foram implementadas reuniões descentralizadas nas AP, visando organizar as ações de alimentação e nutrição e garantir a integralidade do cuidado nutricional na rede de atenção à saúde.

A experiência da cidade do Rio de Janeiro vem demonstrando que a inserção do nutricionista no NASF favorece a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Política Nacional de Atenção Básica de Saúde, contribuindo para o avanço da área no Sistema Único de Saúde e melhoria da saúde da população (SILVA et al, 2009).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A seguir, apresento o perfil dos entrevistados, para uma melhor caracterização dos sujeitos que fizeram parte deste estudo.

### **Perfil dos Entrevistados**

#### **Gestores**

Foram entrevistados 04 (quatro) gestores, sendo 02 (dois) são do sexo feminino e 02 (dois) do sexo masculino, sendo a variação da faixa etária entre 34 e 48 anos.

A formação profissional demonstrou ser multidisciplinar, sendo 02 (dois) médicos, 01 (um) assistente social e 01 (um) fonoaudiólogo. A maioria relatou ter feito pós graduação em saúde pública, sendo que 02 (dois) concluíram o mestrado nesta área de atuação.

Embora, os caminhos percorridos durante a vida profissional tenham sido dos mais variados, todos os entrevistados relataram experiência na saúde pública, passando da assistência à gestão. Quanto à gestão, 02 (dois) relataram já ter tido experiência na gestão municipal do Rio de Janeiro em outros cargos, 01 (um) relatou experiência na gestão de outros municípios e no MS, sendo que apenas 01 (um) entrevistado relatou ser esta a sua primeira experiência na gestão.

O tempo de atuação na saúde pública variou de 10 (dez) a 29 (vinte e nove) anos de serviço, e na função atual, entre 02 (dois) meses a 04 (quatro) anos.

Quanto ao vínculo trabalhista todos são estatutários, sendo 02 (dois) servidores da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ), e 02 (dois) de outros municípios da federação.

#### **Nutricionistas**

Foram entrevistados, 04 (quatro) do sexo feminino e 01 (um) do sexo masculino, em relação à faixa etária, esta variou entre 29 e 55 anos.

Além do curso de graduação em nutrição, 02 (dois) entrevistados relataram ter concluído outras graduações, como farmácia e história. Quanto a pós graduação, 02 (dois) entrevistados relataram ter feito especializações, mas apenas 01 (um) entrevistado cursou na área de saúde pública.

Quanto às experiências profissionais, 04 (quatro) já atuavam na rede municipal

na atenção básica, e apenas 01 (um) relatou ser a primeira experiência na área de saúde pública. Em relação ao vínculo trabalhista, 02 (dois) são estatutários e 03 (três) contratados pelas Organizações Sociais (OS).

O tempo de atuação na saúde pública variou de 07 (sete) meses a 13 (treze) anos, sendo o tempo na função atual<sup>17</sup> este variou de 07 (sete) meses a 01 (um) ano e 05 (cinco) meses.

Vale ressaltar, que o município mantinha contratos com cooperativas em algumas AP, que tinham dificuldades de lotação de profissionais nas unidades de saúde. A partir do contrato de gestão firmado com as OS, estes profissionais foram admitidos automaticamente, por isso encontramos profissionais contratados com bastante tempo de atuação na saúde pública, neste caso na atenção básica.

Pelo estudo ter sido realizado no início do processo de implantação do NASF, foram encontradas algumas inconsistências relativas ao cadastro dos profissionais e sua atuação efetiva no NASF. Neste contexto, 02 (dois) nutricionistas que estavam cadastrados no CNES, ainda não atuavam como NASF, sendo que 01 (um) deles, já tinha vivenciado a experiência do GAT, mas que no momento estava atuando como supervisor de território pela CAP, e o outro estava esperando uma definição da direção da unidade e da CAP para o início das suas atividades como membro da equipe NASF.

### **Profissionais das Equipes de Saúde da Família**

Foram entrevistados 03 (três) profissionais da ESF, sendo 02 (dois) do sexo feminino e 01 (um) do sexo masculino, e a variação da faixa etária, se manteve entre 38 a 58 anos.

Quanto à formação profissional, 02 (dois) são médicos e 01 (um) odontólogo. Todos os profissionais relataram especializações na área de saúde pública, incluindo Saúde da Família, Administração Hospitalar, Gestão em Saúde, entre outros.

As experiências profissionais na área de saúde pública foram diversificadas, perpassando da assistência, tanto na atenção básica como na hospitalar, como também na gestão de serviços de saúde. Vale destacar, que 01 (um) profissional entrevistado, esteve durante 20 (vinte) anos na direção de unidades de saúde municipais.

Neste contexto, os profissionais entrevistados relataram bastante experiência na saúde pública, que varia de 11 (onze) a 32 (trinta e dois) anos. Entretanto, este tempo

---

<sup>17</sup> O tempo da função atual dos nutricionistas que ainda não estão atuando como NASF, não foram contabilizados.

não reflete a atuação destes profissionais na ESF do município, onde atuam de 01 (um) a 03 (três) anos.

Quanto ao vínculo trabalhista 01 (um) é estatutário da PCRJ e 02 (dois) são contratados via Organização Social. Destes contratados, 01 (um) é servidor da PCRJ, mas pediu licença sem vencimento para poder ser contratado pela Organização Social, visto a diferença salarial existente entre servidores e contratados, principalmente na categoria médica.

Assim, o perfil dos entrevistados visa contribuir para uma melhor compreensão do atual contexto deste início da implantação do NASF no município, com seus limites e potencialidades. Apesar da diversidade existente entre os entrevistados pela trajetória na saúde pública, podemos identificar elementos em comum, onde a maioria tem formação em saúde pública, tempo no serviço público e vínculo estatutário.

De acordo com os pressupostos metodológicos já delineados anteriormente, as falas dos entrevistados foram analisadas e interpretadas à luz dos dois eixos temáticos: - **Processo de Implementação do NASF**; - **Inserção do Nutricionista no NASF e as Ações de Alimentação e Nutrição na ESF**, sendo para cada eixo extraído categorias empíricas para um melhor aprofundamento das questões apontadas pelos entrevistados.

## **Eixo I: Processo de Implementação do NASF**

Analisar a implementação do NASF, no contexto municipal possibilita um olhar mais ampliado sobre a inserção do nutricionista, as contribuições advindas desta realidade e as dificuldades encontradas.

Assim, este eixo visa identificar no discurso dos atores questões referente ao momento da implantação das equipes de NASF no município do Rio de Janeiro. Vale ressaltar, que este estudo não teve a pretensão de realizar uma análise de políticas públicas, neste caso uma análise da implementação do NASF, entretanto se fez necessário buscar referenciais teóricos desta natureza para uma melhor compreensão deste eixo.

O município do Rio de Janeiro, por ter iniciado uma experiência anterior com um núcleo de profissionais de diversas categorias que atuavam como apoiadores das equipes de saúde da família – Grupo de Apoio Técnico (GAT), a implantação do NASF foi relatada por alguns entrevistados como algo já vivenciado:

*(G2) A gente já tinha uma experiência que era a do antigo GAT que eu vivi desde o início que era uma experiência de apoio mesmo nas equipes. Então o NASF para a gente ele foi uma portaria do Ministério, mas a experiência já vinha sendo trabalhada. (...) Mas eu não acho que isso seja tão novo pra gente porque a gente já viveu algo anterior que deu o suporte para a gente.*

Esta experiência fez com que em algumas AP este processo não se mostre tão "novo", pois estes profissionais vivenciaram um trabalho semelhante do que hoje é o NASF.

*(N1) Bem, é.....eu acho assim.... quando o GAT entrou, era meio para funcionar como NASF, né... não tinha nada regulamentado, não tinha portaria, só que outras atribuições...*

*(G2) Que eu me lembro aqui na área, a nutricionista que trabalhava comigo, ela já ia nas equipes, ela já ia fazer consulta, ela já fazia grupo, era o dia da pesagem. Isso anterior ao Decreto. Então eu acho que tem muito mais chance de a gente melhorar agora porque a gente também tem essa experiência anterior.*

O GAT além das atribuições de cada categoria específica, também desenvolvia ações de gestão das equipes de saúde da família, o que o diferencia da atuação do NASF.

*(G2) Só que antes quando a gente trabalhava no Saúde da Família a gente tinha outras atribuições enquanto GAT que hoje já não fazem mais parte do NASF que a gente tem. Hoje o NASF está muito mais assistencial mesmo, na área da assistência, voltado para as equipes, voltado para os usuários em si. E nós antes fazíamos isso... E assim eu vi isso antes também como no caso o nutricionista, porque a gente viveu essa experiência anterior.*

Esta experiência acumulada por alguns profissionais que hoje fazem parte da gestão possibilita uma melhor compreensão do processo de implantação do NASF no município. Apesar de o município ter vivenciado uma experiência semelhante, não a mesma, com o Grupo de Apoio Técnico (GAT), e ter experiências que já vinham se estruturando na lógica do matriciamento, como o caso da saúde mental, mesmo assim, alguns gestores remetem a implantação do NASF como algo “novo”.

*(G1) (...). E o que foi bastante interessante, ainda não havia o NASF na cidade, a gente estava assim fazendo projeto para implantar o NASF, ainda era uma coisa muito nova para o Rio de Janeiro. E foi um grande desafio.*

Segundo Baptista e Rezende (2011) a implementação pode ser compreendida no campo da análise de políticas como um jogo em que uma autoridade central procura induzir agentes implementadores a colocar em prática os objetivos e as estratégias ainda não familiarizadas. Mas, a resposta, que pode ser de aceitação, neutralidade ou rejeição, destes agentes depende de muitos fatores, tais como: o entrosamento entre formuladores e implementadores, a compreensão da política, o conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política. As autoras indicam que este último fator apresenta-se como o mais crítico, porque determina os graus de consenso ou conflito em torno das metas e objetivos de uma política, e quanto maior a mudança, menor o consenso.

*(G1) Se você for entrevistar várias pessoas perguntando o que é o NASF, qual o papel do NASF as pessoas ainda têm muita dificuldade de entender o papel desse apoio, o que é apoio, o que é matriciar, o que é ser matriciado. E algumas unidades inclusive questionam para a gente: “Nossa unidade vai virar NASF?” como se NASF fosse uma unidade, na verdade é um serviço dentro de uma unidade. Mas as pessoas não conseguem até hoje ainda entender muito bem. Já melhorou muito, mas há 2 anos atrás quando se falava em NASF era uma novidade muito grande, as pessoas não entendiam. Nem o*

*próprio profissional não entendia a sua atribuição e o seu papel.*

No momento da implementação de uma política é que se descobre suas potencialidades e limites, se estabelecem novos pactos com diferentes atores responsáveis pela prestação direta de serviços, sendo estes os principais agentes de transformação, nesta fase da implementação. Assim, inicia-se uma nova formulação da política, de acordo com o contexto local e a compreensão dos atores responsáveis pela aplicabilidade mais imediata de suas ações (VIANA & BAPTISTA, 2008).

Para implementação do NASF, no município do Rio de Janeiro, podemos identificar nas falas dos entrevistados, as estratégias adotadas pela gestão municipal, onde a pactuação e sensibilização com os atores locais, “fazedores da política” se tornou fundamental.

*(G1) “Até para além de nós falarmos da Portaria que regulamenta o NASF, a 154, a gente também trabalhava exatamente o que é o NASF para vocês, o que eles entendiam quando eles liam uma portaria. Uma coisa é você ler uma portaria, outra é você ter a missão de implantar o que está escrito na portaria. E aí nós começamos fazer oficinas, íamos diversas vezes a algumas áreas de cidade fazer oficina para a gente poder trabalhar conceitualmente mesmo, o que é para cada um, como você se sente quando você acha que vem o NASF, por que tem que existir o NASF, não é? Tem que fazer sentido. Quando você implanta, um núcleo, o núcleo tem que fazer sentido, não adianta o sentido está descrito na portaria. Como que nós vamos colocar isso na prática?”*

Segundo Silva e Mello (2000), o processo de implementação de uma política dificilmente estará a cargo apenas de um agente, sendo necessária uma articulação entre os diversos agentes envolvidos, e também não ocorre no âmbito de uma organização apenas, mais de um campo interorganizacional.

Este processo de implementação do NASF teve início a partir das AP, onde foram realizadas oficinas com diversos agentes, como: os gestores municipais, gestores locais e profissionais de saúde, sobre a concepção do NASF e a organização do trabalho, de acordo com a realidade local. Vale destacar, que estas estratégias tiveram início antes mesmo da aprovação do projeto do NASF pela CIB/SES (out/2010).

*(G3) (...) para ter uma ideia pela CIB a gente teve aprovado 47 equipes de NASF, mas não tinha ainda equipe de Saúde da Família suficiente, porque o cronograma nosso não foi exatamente como a gente esperava lá atrás, há um ano, a gente tinha capacidade de montar 42, 43 NASF. Então a gente está montando NASF junto com outra coisa nova para o município que é a equipe de Saúde da Família, que é uma coisa nova, recente, está dentro dessa expansão. Então a gente sabe que é um pouco mais trabalhoso, sabe um pouco mais difícil e tudo. Mas faz parte.*

A partir da aprovação na CIB, a Coordenação de NASF do município iniciou um processo de cadastro das equipes de NASF pelas AP. Este processo foi dificultado à medida que ocorreu concomitante a expansão das equipes de SF, sendo que algumas AP ainda não estavam organizadas para a implantação do NASF, visto a expansão acelerada da ESF.

*(G3)E a partir de 2010 com a aprovação da CIB a gente foi buscar isso. Como? Tentando caracterizar essas equipes que já estavam que já eram NASF, tentando caracterizar da melhor maneira possível como NASF. E as que não tinham essa característica tentando instrumentalizar, fazendo a discussão, conversar para que elas realmente adquirissem uma cara, desenvolvesse atividades relacionadas ao NASF.*

A dificuldade de implantação do NASF quando ainda não se tem a ESF estruturada, e o tempo para não perder a habilitação, fez com que as equipes do NASF fossem constituídas com os profissionais que já atuavam nos CMS e policlínicas, mesmo que ainda não fossem na lógica do processo de trabalho do NASF, para não perder a habilitação. Mesmo assim, podemos perceber na fala abaixo, a preocupação de um gestor com a qualificação profissional das equipes NASF.

*(G4) É... avalio que teve que ser feito rápido, né... não foi uma decisão assim.... não foi uma escolha do município.... mas como a gente implantou todas essas.... habilitou todas as 47... teve que ser feito num prazo mais curto para que a gente não perdesse esta habilitação. Mas não foi perdido... a gente não perdeu de vista, a necessidade de estar qualificando estas pessoas para estarem trabalhando no núcleo de apoio.*

A portaria 154/GM e a PNAB (2011) definem que a composição das equipes do NASF deverá ser identificada pelos gestores municipais, seguindo os critérios epidemiológicos de acordo com as necessidades locais. No município, os gestores entrevistados relatam ter iniciado a implantação dos NASF a partir das AP, por estarem

mais próximas das necessidades de saúde da população.

*(G4) Como o município é grande, com mais de 6 milhões de habitantes e a gente trabalha com 10 CAP... então a gente trabalhou com os profissionais que cada CAP achava que deveria compor os NASF (...) Então, foi tentando seguir o máximo as necessidades da região, e da população... e tendo em vista os profissionais que já faziam parte da CAP, da área de planejamento, a gente fez a composição dos NASF.*

*(G3) A opção num primeiro momento foi que as próprias áreas de planejamento elas decidissem de como seriam constituídos esses NASFs.*

Pela fala dos gestores a composição das equipes de NASF partiu dos recursos já existentes em cada AP, da necessidade de cada área, de acordo com o processo de territorialização e historicidade local e ações que já estavam sendo desenvolvidas.

*(G1) Você faz um diagnóstico [situacional] e aí você começa a fazer o desenho: Que NASF que eu preciso. O que é que essa equipe... Eu acho que essa equipe, e esse respeito, e essa troca é muito importante para esse profissional. Que categoria profissional poderia otimizar o meu trabalho dentro dessa equipe de saúde da família, a me ajudar a eu ter mais resolutividade nos meus atendimentos, não é? E algumas categorias profissionais são chaves, não é? É nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, algumas especialidades médicas tem sido de muito sucesso.*

*(G2) O que a gente fez quando a gente desenhou cada NASF? A gente pensou no território em si. (...) Então aqui no centro a gente tem uma Vila Olímpica. Nessa Vila Olímpica você tem fisioterapia, professores de educação física. Como a gente não tinha recurso muito abundante a gente foi utilizando o que o Complexo já tinha (...) Ah, a gente já tem nutrição, a gente já tem professor de educação física... A gente considerou a historicidade do local. Entendeu?*

Se por um lado, compor as equipes NASF, com os recursos já existentes na área pode possibilitar uma maior apropriação do território e das necessidades locais, por outro lado, estes profissionais podem não ter perfil, e as habilidades para a lógica de trabalho proposta, o que dificulta a organização do trabalho no NASF.

*(G2) (...) Então hoje o perfil do nosso NASF não é o perfil dos nossos sonhos, é o perfil possível, aquele que é possível de se trabalhar considerando o número de vagas que tenho. Entendeu? Então foi difícil.*

Neste processo de composição das equipes houve dificuldades na comunicação dos gestores locais (diretores) sobre o que seria o NASF, causando um grande desconforto e insegurança entre os profissionais. Neste momento, os profissionais contratados foram automaticamente admitidos pela OS, sendo que os servidores poderiam optar em aderir ou não ao NASF, que dependendo da CAP eram mantidos na própria unidade ou transferidos para outras unidades.

*(N2) Eu estava aqui como nutricionista do PS,... a diretora na época, ... , foi até a sala da nutrição, explicou superficialmente que iria implantar o NASF aqui nessa unidade. Não soube explicar no momento presente o que seria o NASF. Só deu duas opções: ou permanece aqui pelo NASF ou teria que sair da unidade. Então graças a Deus eu optei pelo NASF e deu certo. [rindo]*

Em algumas falas podemos observar a dificuldade neste início, onde as mudanças no processo de trabalho nos serviços de saúde, principalmente os que atuavam como CMS e passaram a atuar com o modelo da estratégia saúde da família foram mais acentuadas. A falta de qualificação, tanto para os gestores locais como para os profissionais que atuam na ponta, neste início, fez com que a condução fosse muitas vezes desencontrada, causando conflitos e desgastes pessoais.

*(N4) Eu fiquei até assim com uma leve depressão, porque acostumada com um tipo de trabalho e repente chegam para mim e dizem: “Olha, aquele trabalho não é mais para ser feito, não é para ser feito...” ou pelo menos: “Não é para ser feito dessa maneira, é para ser feito dessa maneira”. E foi um embate para administrar isso tudo na minha cabeça, foi difícil foi muito difícil...*

A falta de esclarecimento sobre a política, sobre o papel do NASF na rede municipal, a própria localização do NASF, no organograma municipal (associado a policlínicas), e a expansão acelerada da ESF podem ter sido elementos dificultadores neste início de implementação.

## **Eixo II: A Inserção do Nutricionista e as Ações de Alimentação e Nutrição na ESF**

Este eixo visa discutir a inserção do nutricionista no NASF e as ações de alimentação e nutrição realizadas na ESF pela percepção dos gestores, profissionais de saúde e nutricionistas, assim como identificar as potencialidades e dificuldades desta inserção para a agenda das políticas públicas em alimentação e nutrição, de acordo com o contexto da implantação do NASF no município.

As ações de alimentação e nutrição situam-se em um campo que podemos considerar transversal, pois está presente em todas as fases do curso da vida e isso faz com que a inserção do nutricionista contribua para o cuidado em saúde, conforme enfatizado pela fala abaixo:

*(G1) E o papel do nutricionista é fundamental também para ajudar a essa equipe a entender melhor o que é desenvolvimento e crescimento saudável (...) Então assim pensando nesse público dos três seguimentos, tanto o infantil, quanto o adulto, quanto o idoso o nutricionista perpassa nessa linha de cuidado tranquilamente e tem nos ajudado muito(...) Então assim, eu acho que o que motiva a colocar o nutricionista no NASF é porque realmente ele perpassa toda linha de cuidado (...)*

Em um país como o Brasil, onde as desigualdades regionais são expressivas, é importante destacar que as estratégias de saúde pública devem dar conta de um modelo de atenção à saúde que inclua o cuidado nutricional, direcionados para a prevenção da desnutrição como também do sobrepeso, da obesidade e das demais DCNT (BRASIL, 2006c).

*(G1) Se a gente for pensar nas patologias na hipertensão e diabetes, se a gente pensar na obesidade infantil que hoje está assim assolando a gente, não é? Há um tempo, a gente preocupava com a desnutrição, hoje a gente se preocupa com obesidade infantil.*

O declínio nas prevalências de baixo peso e déficit de crescimento linear, especialmente entre as crianças menores de cinco anos, e o aumento das prevalências de excesso de peso e obesidade nos demais grupos etários são as principais mudanças observadas no perfil nutricional da população brasileira (CARDOSO E MONTEIRO, 2011).

O perfil epidemiológico da população brasileira adquiriu uma maior complexidade nos últimos anos, onde as DCNT vem assumindo importante magnitude, ao mesmo tempo que as doenças infecciosas e as deficiências nutricionais ainda se constituem como desafios para a saúde pública (BRASIL, 2006c).

Diante deste cenário epidemiológico, os profissionais da Atenção Básica possuem um papel primordial nas ações de caráter individual e coletivo, voltadas à prevenção dos agravos nutricionais, como excesso de peso, obesidade e deficiências nutricionais, além da promoção da alimentação saudável.

Assim, a inserção do nutricionista na equipe NASF é apontada nas falas dos entrevistados como sendo uma necessidade das equipes de saúde da família, em receber o apoio de outras categorias profissionais, visando a melhoria das situações de saúde identificadas no território, e também da própria população que demanda dos serviços de saúde, o cuidado nutricional.

*(G4) Acho que isso se deve a necessidade, que principalmente a população demonstra e as equipes de saúde da família sentem, de estar, de contar com esse profissional que pode fazer uma diferença em várias questões, tanto no manejo de algumas doenças como questões de promoção a saúde e promoção da alimentação saudável. Eu acho que a necessidade é que trouxe a gente a compor equipes com nutricionistas.*

*(G1) Da demanda da própria unidade. Até porque quando as equipes são montadas a gente sabe que tem uma gama aí de linha de cuidados que essa equipe vai ter que dar conta. E, lógico, ninguém domina tudo. Não é? Então esses atores chaves que compõem o NASF eles é que vão dar o suporte a essas equipes, fazendo o planejamento de atividades voltada a cada grupo que frequenta essa unidade.*

A inserção do nutricionista no NASF tem um importante papel tanto na assistência como na qualificação das equipes de saúde da família e NASF, tendo como ações prioritárias: a Vigilância Alimentar e Nutricional, a Prevenção dos Agravos Nutricionais e a Promoção da Alimentação Saudável.

A promoção da alimentação saudável faz parte da agenda política de diversos setores, sendo uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e integrando as estratégias citadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Além disso, é apontada como um elemento fundamental na construção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

Atualmente, a SAN compõe uma das prioridades do governo federal, que contempla políticas públicas voltadas para erradicação da fome, para a garantia de uma alimentação saudável e adequada e também, para o acompanhamento e tratamento dos agravos nutricionais.

Na fala abaixo o entrevistado aponta a inserção do nutricionista no NASF pela situação de insegurança alimentar e nutricional na qual se encontra a população brasileira:

*(G3) (...) a gente tem uma demanda grande de questões nutricionais. A gente está num país ainda em transição, tem ainda uma população que tem dificuldade de acesso ao alimento e tem uma grande faixa agora entrando que tem acesso e bastante ao alimento, e é um alimento de péssima qualidade (...) Então, a gente vai ter grande parte da população se alimentando inadequadamente na qualidade. Isso acaba empurrado o gestor a ter que buscar esse profissional porque vai ter que resolver.*

A complexidade da questão alimentar, impõe a articulação de diferentes esferas das políticas públicas, tais como a produção, comercialização, distribuição e consumo de alimentos, controle de qualidade, estímulo à educação nutricional, dentre outras. Assim, para a garantia do DHAA, se faz necessário uma atuação intersetorial, sendo o papel específico do setor saúde as ações de promoção de alimentação saudável, prevenção e cuidado de agravos nutricionais.

A compreensão da relação homem – alimento - sociedade, e os princípios da área de alimentação e nutrição são vistos como essenciais para lidar com estas questões. Assim, o profissional nutricionista é considerado como o principal responsável em potencializar o papel do setor saúde na garantia do DHAA.

Entretanto, os conceitos de DHAA e a SAN não permearam as falas dos nutricionistas entrevistados no estudo, o que expressa uma não incorporação explícita destes conceitos, tendo como uma possível explicação ser uma temática ainda recente para a maior parte dos profissionais. Apesar da PNAN publicada em 1999, já trazer a SAN em suas diretrizes abordando a importância da articulação entre as diversas dimensões relacionadas ao acesso universal aos alimentos, à qualidade dos alimentos consumidos, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais.

As políticas sociais de enfrentamento da pobreza têm propiciado o acesso da população aos bens de consumo, inclusive a alimentação, trazendo outro desafio ao setor saúde. O aumento no poder de compra, ao mesmo tempo em que proporciona à população mais pobre a aquisição de alimentos básicos, também estimula a compra de outros alimentos considerados supérfluos, acessíveis e já consumidos pelos demais estratos da população, e por isso mais valorizados. A fala abaixo retrata este desafio posto ao setor saúde em relação a SAN:

*(P2) (...) a gente vem de uma realidade que as pessoas não tinham acesso à comida, e uma vez que agora elas têm acesso à comida e a propaganda meio que se aproveita disso, elas deixam de ter anemia, que é uma coisa que a gente percebe claramente nos exames, e passam a ter problemas relacionados ao excesso da oferta de comida que não é uma comida tão saudável assim. E você quebrar isso e dizer que isso está errado: “Como está errado se eu fiquei tanto tempo sem poder comer uma mortadela e agora que eu posso você vai dizer que isso está errado?”.*

A alimentação se dá em função do consumo de alimentos e não dos nutrientes que este alimento proporciona ao corpo, compreendendo que uma alimentação saudável deve estar baseada em práticas alimentares que tenham significado social e cultural (BRASIL, 2006c).

Em geral, as escolhas alimentares não são determinadas apenas pelas preferências e hábitos, mas também pelo sistema de abastecimento de alimentos. A escolha dos alimentos não é somente uma decisão individual, mas estão relacionados com a questão familiar e social. A pobreza, exclusão social e a qualidade da informação disponível restringem a escolha de uma alimentação mais adequada e saudável (BRASIL, 2006c).

Neste contexto, no Brasil, foi implementado o programa de transferência condicionada de renda (TCR), Programa Bolsa Família<sup>18</sup> (PBF), por sua potencialidade em interferir no ciclo intergeracional da pobreza, ao articular ações de diversos setores, como: saúde, educação e assistência social, contribuindo para conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável, em situação de pobreza ou extrema pobreza.

O desenho operacional do PBF aponta para o impacto potencial da transferência

---

<sup>18</sup> A criação do Programa Bolsa Família (PBF), em outubro de 2003, teve como finalidade a unificação das ações de transferência de renda do Governo Federal, especialmente as dos programas Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Auxílio-gás e Cartão Alimentação. O desenho deste programa associa a transferência de renda a contrapartidas sociais, que envolvem as áreas da saúde, educação e assistência.

de renda na redução das desigualdades sociais e da pobreza (BURLANDY et al., 2007; MONNERAT et al., 2007).

O PBF busca assegurar o DHAA, tendo como estratégia interferir no enfrentamento das situações de insegurança alimentar, tanto na sua dimensão alimentar, proporcionando maior acesso a alimentos por meio da transferência de renda, quanto na dimensão nutricional, que diz respeito à relação com a saúde. Desta forma, o nutricionista é identificado como um potencializador das ações do PBF na saúde.

*(G1) (...) O próprio Programa Bolsa Família que, na verdade, é uma responsabilidade muito grande nossa a qual nós temos que avaliar, e temos que dar conta dessas condicionalidades que pertencem à saúde.*

As condicionalidades do PBF na saúde pressupõe a organização da atenção básica em garantir a oferta de serviços às famílias beneficiárias do programa, que inclui: consultas de pré natal, cumprimento do calendário de vacinação e a vigilância nutricional de crianças menores de sete anos. Entretanto, as ações de saúde não devem se esgotar apenas no cumprimento das condicionalidades, mas garantir o acesso aos serviços de saúde, de acordo com os princípios da equidade e integralidade em saúde.

O fato de o PBF, ter como um dos seus objetivos o combate à fome, e esta estar relacionada ao tema da nutrição, a sua coordenação na saúde ficou sob a responsabilidade da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) no DAB/MS. Esta configuração administrativa-organizacional acaba trazendo para o nutricionista esta responsabilidade no setor saúde, apesar de ser enfatizada a necessidade da apropriação das ações do PBF por todos os profissionais da atenção básica.

Por outro lado, se mantém a dificuldade da inserção do nutricionista no NASF, sendo relatado pelos entrevistados a questão da composição das equipes terem sido feitas de acordo com a disponibilidade dos profissionais que já estavam lotados nos CMS e policlínicas, sendo que cada AP também poderia contratar profissionais pelas OS, de acordo com o contrato de gestão vigente em cada AP.

*(G4) O que dificulta também é esta questão das equipes já terem sido compostas por profissionais que já estavam nas CAP muitas vezes... isso também pode ter disputado em algumas áreas porque onde não havia nutricionista, as equipes podem não ter sido compostas com nutricionistas, né... Apesar que, quando havia necessidade de algum*

*profissional , as áreas de planejamento podiam estar apontando e contratando... mas acho que isso pode ter sido um fator que dificultou.*

*(N1) Mais o que dificulta é que está cada vez menor o número de nutricionista na área, né. Tá saindo cada vez mais.... não tá tendo reposição, não tá tendo contratação e aí isso dificulta....*

Segundo Boog (2008), a percepção dos gestores acerca da intervenção e o potencial de resolutividade do papel que o nutricionista pode ou deve desempenhar são tão ou mais significativos na tomada de decisão sobre a incorporação do profissional na equipe, do que a necessidade e disponibilidade de profissionais na região, e a avaliação dessa necessidade dificilmente será realizada sem sofrer a influência dos centros de interesse e de poder.

O que não tem sido diferente no município do Rio de Janeiro, onde mesmo que algumas CAP possam contratar nutricionistas para compor a equipe NASF, sua inserção vai depender da percepção destes gestores quanto ao papel a ser desempenhado pelo nutricionista no NASF.

Outra questão apontada foi à adesão dos nutricionistas estatutários ao NASF, que não foi igual em todas as AP, sendo a maioria contratada. Algumas AP deixaram a cargo dos profissionais estatutários, aderirem ou não ao NASF, sendo inicialmente realizado um levantamento de quem gostaria de trabalhar como NASF. No caso de recusa, este profissional permaneceria em sua lotação original, dando continuidade aos atendimentos da população.

*(G1) (...) às vezes pode existir alguma área da cidade que as pessoas estejam com dificuldade não porque não deseje que os nutricionistas estejam incluídos, mas porque os próprios nutricionistas da área não estão conseguindo se ver nesse papel de matriciador.*

*(N1) O problema é como tínhamos só 4 profissionais (nutricionistas) contratados na época, os contratados conseguiram se inserir melhor, né. Os estatutários eles não quiseram esta oportunidade, né. Alguns por não acreditar, outros por não se identificar com o trabalho, né. Então isso foi uma grande dificuldade, a questão da não identificação dos estatutários. Não sei se por não conseguirem entender, não acreditar, achar que é uma coisa passageira, eles não tem interesse, mesmo se tivesse gratificação, as pessoas não tem interesse.*

A dificuldade de adesão dos nutricionistas estatutários, em algumas AP, pode

estar relacionada a diversos fatores, entre eles: outros vínculos de trabalho; a insegurança quanto ao vínculo trabalhista, visto que a ESF no município é gerenciada pelo terceiro setor (OS), o que gera repercussões na adesão dos servidores, principalmente quanto à sustentabilidade das ações; e a não adequação salarial (gratificação) por parte da Secretaria Municipal, visto a carga horária inicialmente definida pela portaria 154/GM, de 40h semanais (item revogado recentemente pela PNAB em 2011), o que é incompatível com a carga horária de 32h e 30min, para o cargo de nutricionista na PCRJ. Na fala dos entrevistados abaixo, podemos perceber alguns destes entraves durante a implementação do NASF:

*(N4) Eu acho que o que dificulta bastante é a questão do horário. Essa dedicação exclusiva, 40 horas não é? As colegas [servidoras] mesmo não quiseram, ninguém quis. (...) Porque a maioria já tem já vinha de 20 horas, então por mais que seja... “Ah, porque o salário é...” Mas, mesmo assim não compensa. Entendeu? Não compensa, 40 horas para você ficar aqui em cima é muita coisa. É muita coisa.*

*(G3) A primeira dificuldade tem uma questão mesmo de carga horária dos estatutários. E a gente está num momento aqui no Rio de Janeiro em que está sendo utilizado muito a questão das organizações sociais. E a preferência de contrato de forma de contratação é 40 horas, incompatibiliza. E aí estatutário também tem uma carga horária diferente. Então essa incompatibilidade das cargas horárias isso tem sido algo que tem dificultado um pouco.*

Em relação à carga horária, esta é uma questão antiga da ESF, que vem sofrendo muitas pressões, principalmente das categorias profissional médicas, que culmina com uma grande dificuldade de contratação dos médicos. A PNAB (2011) traz uma flexibilização da carga horária dos médicos, que agora podem optar em trabalhar como 20, 30 ou 40 horas semanais. No NASF, como já mencionado, também houve flexibilização, tendo a possibilidade de cada categoria profissional ser composta com 02 profissionais de 20h.

A flexibilização da carga horária na ESF, tem recebido inúmeras críticas, entre elas o possível enfraquecimento do vínculo e da responsabilização, aumento das ações fragmentadas, pela possível ruptura do processo de trabalho das equipes, que não terão mais todos os seus membros trabalhando em tempo integral e com isso, partilhando de todas as situações expressas na comunidade.

A inserção do nutricionista no NASF, pelo olhar do próprio profissional, suas

aspirações, crenças e desejos, aparecem nas falas dos entrevistados, onde a maioria remete a motivação pela diferenciação da lógica do processo de trabalho realizado pela ESF.

Destacou-se nos discursos que a motivação partiu pelo fato do trabalho realizado no NASF permitir uma atuação mais próxima da população, ou seja, sair da rotina dos ambulatórios, realizar outras atividades com a população e também a articulação com outros setores, ações que se coadunam com a proposta da ESF. A lógica diferenciada do processo de trabalho do NASF, e o trabalho mais próximo da população e das famílias é um motivador para os nutricionistas poderem atuar e ampliar as ações do cuidado nutricional.

*(N2) Hoje em dia, toda unidade, nesses quatro módulos, eu chego lá tem evento na creche dia tal com os dentistas, tem avaliação na escola com a pediatra, com a médica na equipe, e muita visita domiciliar, muito grupo, então isso que valeu a pena, foi a parte da dinâmica mesmo.*

*(N1) ... Eu queria ficar mesmo mais perto da população, sair daquela coisa do consultório, fazer visitas, as parcerias.... Isso me motivou. Eu sempre achei que o profissional nutricionista na ESF ia atuar como o NASF preconiza, a VD, a interconsulta, o lidar com o público....*

A motivação foi destacada pela importância do trabalho centrado na família, e a amplitude proporcionada pelas ações desenvolvidas na ESF, onde o cuidado abrange não somente o indivíduo mais toda a família.

*(N4) O trabalho é interessante nesse ponto que a gente tem a oportunidade de trabalhar mesmo com a família, certo, também tem isso, você vai e não trabalha só com o paciente, você trabalha com a família do paciente. O paciente é uma pessoa que muitas vezes você vai lá por conta dele, mas você acaba trabalhando com todos da família, não é?*

A incorporação do atendimento domiciliar aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço-domicílio das famílias e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas. Sendo assim, a família e seu contexto tornam-se o elemento

impulsionador do trabalho na ESF (TRAD E BASTOS, 1998).

A inclusão da família na agenda da atenção básica pode ser ressaltada como um dos avanços da ESF e atualmente dos NASF, por ampliar as ações em saúde, frequentemente centradas no modelo biomédico, que tem como foco o cuidado individualizado, por um cuidado que inclui a família, seu contexto social, resgatando suas múltiplas dimensões (BRASIL, 2010b).

Neste contexto, o trabalho em equipe multiprofissional se torna fundamental, na medida em que consegue abordar a diversidade das situações de saúde encontradas no âmbito familiar. Na fala abaixo, o entrevistado traz o trabalho em equipe multiprofissional como um elemento motivador para a inserção do nutricionista no NASF.

*(N5) Pela proposta de ter uma equipe multiprofissional, todas voltadas realmente para estar resolvendo caso a caso. Eu acho muito importante. Como eu já falei, cada um tem o seu papel na saúde em geral. Claro que tem tudo para dar certo, uma coisa super coesa, a inserção mesmo do indivíduo como um todo, como um cidadão mesmo, não é?*

O trabalho em equipe multiprofissional representa um dos principais desafios na reorganização da atenção à saúde no SUS, particularmente na ESF e NASF, que visa a construção de projetos assistenciais mais integrais e resolutivos que promovam mudanças na organização do trabalho em saúde e nas formas de atuar sobre o processo saúde-doença.

Para Schraiber e colaboradores (1999), diante das múltiplas dimensões que as necessidades de saúde expressam – social, psicológica, biológica e cultural – e do intenso processo de especialização do conhecimento e das intervenções acerca desse objeto complexo, nenhum agente isolado tem a capacidade de realizar a totalidade das ações demandadas e necessárias.

Vale ressaltar, a importância do trabalho em equipe multiprofissional, pois amplia o olhar, e faz com que o conhecimento se difunda nos diversos saberes, o que proporciona o avanço da equipe em direção a um trabalho integral e à construção de um novo saber, o saber coletivo.

Outro elemento motivador citado pelos entrevistados foi em relação à valorização profissional:

*(N3) Primeiro que é você lidar diretamente com a questão saúde - doença, e o paciente, e o apoio e o tratamento, o acompanhamento e você ver o resultado do seu trabalho, a valorização do profissional, quando você vê o resultado positivo do que você está fazendo você se sente muito mais motivada (...) E então o que me motivou foi isso mesmo, foi à questão da valorização profissional, que a gente realmente é valorizada enquanto profissional, pelo menos em vista de outros locais que eu trabalhei ..., a gente tem esse contato mesmo com as pessoas, o olhar, não é? Que estão ali às vezes precisando de uma atenção, de um ouvido...*

Pádua e Boog (2006) realizaram estudo com nutricionistas que atuam na rede básica de saúde, da região metropolitana de Campinas, onde a valorização profissional apareceu como um fator fortemente facilitador para o exercício do trabalho na rede básica de saúde. Os motivos explicitados foram referentes ao fato de se sentirem profissionais da saúde, e terem o reconhecimento dos usuários com relação à relevância do seu trabalho e o prestígio de que gozam. As autoras indicam que este elemento se apresenta maior para os profissionais deste campo de trabalho do que para aqueles que trabalham em outros setores, quer sejam de hospitais ou empresas.

Neste contexto, o trabalho realizado no NASF, tanto na assistência, estando mais próximo das famílias, como na formação permanente das equipes, traz para o nutricionista uma amplitude e autonomia das ações de alimentação e nutrição e consequentemente, o reconhecimento profissional tanto da população como dos profissionais.

A atuação do nutricionista no NASF é embasada pelas diretrizes da PNAN (2011), sendo a interface com a Atenção Básica, as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, Promoção da Alimentação Saudável e a Prevenção dos Agravos Nutricionais.

As ações prioritárias foram definidas e descritas na Agenda Programática da Atenção Básica com relação às ações de alimentação e nutrição (BRASIL, 2010b), sendo elas: o incentivo, apoio e proteção ao aleitamento materno e à alimentação complementar; realização de vigilância alimentar e nutricional (VAN), com vistas ao monitoramento do estado alimentar e nutricional da população atendida no território, com identificação de risco nutricional precoce e pronto atendimento; desenvolvimento de programas de suplementação preventiva de micronutrientes (ferro, ácido fólico e vitamina A); cuidado nutricional para grupos populacionais portadores de agravos

específicos (desnutrição, risco nutricional, hipertensão, diabetes, entre outros); e o acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2010b; JAIME et. al., 2011).

Neste contexto, a atuação do nutricionista no NASF visa desenvolver e potencializar estas ações junto às equipes de saúde da família. Na fala do entrevistado abaixo, podemos identificar as ações referentes a VAN:

*(N1) Através da Vigilância Nutricional, não só das crianças, mas também dos adultos, pelas consultas nas equipes, né. Porque se vê muita criança, mas esquecem de que tem a gestante que pode estar acima do peso, baixo peso, pode ter uma anemia. Hoje uma criança sobrepeso pode ter outras questões.....*

A VAN se constitui como uma ação fundamental para a organização da atenção em saúde e nutrição, fornecendo informações que vão subsidiar tanto as intervenções no nível local como decisões políticas voltadas para a melhoria da situação de saúde.

A valorização do estado nutricional dos indivíduos nos remete a noção de “atitude de vigilância”, do olhar ampliado para os problemas nutricionais, sendo a atenção básica o local privilegiado destas práticas (ENGSTROM, 2005). O acompanhamento da VAN é uma ação que deve ser cotidiana nos serviços de saúde, e envolver todos os profissionais da atenção básica.

Já em relação às ações de prevenção dos agravos nutricionais e a promoção da alimentação saudável, a fala do entrevistado abaixo aponta uma diversidade de ações onde o nutricionista pode estar se inserindo:

*(P2) (...) quer intervindo em grupo, quer intervindo em entrega de resultados, quer intervindo individualmente, a gente consegue com que o nutricionista tenha um papel preponderante, acho que até fundamental, principalmente nesses tipos de patologias onde a nutrição interfere diretamente. E indiretamente no programa de hipertenso, no programa de diabético, na questão da abordagem das crianças na puericultura, que é uma coisa que às vezes a gente passa meio que batido, o nutricionista tem um papel importante também nessa questão do desmame, na troca do leite materno para primeira alimentação. Então tem várias frentes onde eu consigo estar enxergando a atuação do nutricionista dentro da clínica.*

Segundo Burlandy (2005), na atenção a saúde, o nutricionista se diferencia dos demais profissionais pela possibilidade de conjugar conhecimentos mais gerais em saúde, com aqueles mais específicos sobre os alimentos, como: a técnica dietética, prescrição dietoterápica, práticas educativas em nutrição, entre outros.

Os agravos nutricionais, de diferentes categorias e magnitudes, permeiam todo o curso da vida, desde a concepção até a velhice, assumindo diversas configurações epidemiológicas. Assim, é importante a integração dos nutricionistas em todas as ações de cuidado à saúde, desenvolvidas pelas equipes, nas diferentes fases do curso da vida (BRASIL, 2006e).

Em relação às ações de alimentação e nutrição na assistência integral à saúde da criança, o nutricionista vem desempenhando papel importante na promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

A alimentação saudável desde o início da vida fetal e ao longo da primeira infância, contemplando a alimentação da gestante, da nutriz, o aleitamento materno e a introdução oportuna da alimentação complementar, tem impactos positivos, afetando não somente o crescimento e desenvolvimento da criança, mas também as demais fases do curso da vida. O inverso também ocorre, a alimentação inadequada pode levar ao risco nutricional, como a desnutrição ou excesso de peso, gerando um aumento da suscetibilidade para DCNT na vida adulta, como diabetes, hipertensão e obesidade (BRASIL, 2006e).

Visto a complexidade que se apresenta a situação alimentar e nutricional, fica clara a necessidade de uma atuação profissional que promova a articulação entre os aspectos sociais, econômicos, culturais e simbólicos que envolvem as ações de alimentação e nutrição.

A prática educativa coletiva é uma estratégia que prioriza esta articulação, ao criar espaços de diálogo, de interação entre os profissionais, e destes com a população.

*(N3) (...) fazendo as visitas, que a gente sempre vai junto com as equipes para poder também orientar a família de como melhorar a alimentação (...) Então junto à equipe a gente trabalha muito dessa forma, levando orientações mesmo, fazendo grupos de orientações sobre alimentação saudável principalmente.*

A realização de visitas domiciliares junto as equipes de saúde da família possibilita o (re)conhecimento do território, seus equipamentos sociais, cultura e hábitos da comunidade. O domicílio é o local onde o profissional conhece a realidade da família, seu ambiente, seus costumes, crenças e valores. As orientações realizadas podem fazer com que as famílias adquirirem conhecimentos e habilidades que facilitem seu dia-a-dia e a construção de melhores condições de vida.

Já as atividades desenvolvidas em grupos proporcionam um espaço de troca, onde as ansiedades, o medo, as dúvidas, e as fantasias possam ser expostas, possibilitando um aprendizado coletivo. Desta forma, a “escuta”, se torna uma prática fundamental, pois é a partir dela que o profissional irá identificar as reais necessidades trazidas pelo grupo, e assim poder dialogar e construir coletivamente estratégias e formas para lidar com as situações apresentadas (SILVA, J.P.; ROTENBERG, S; VIANNA, E.C., 2004).

O trabalho com grupos permite romper com a visão centrada exclusivamente no saber específico de cada profissão, e contribui para a interlocução entre o saber científico na área da saúde e o pensar e fazer cotidiano que se apresentam nas comunidades.

*(N3) (...) o que eu acho bacana do grupo, é que você consegue atingir um número grande de pessoas ao mesmo tempo. Além de ter uma troca, porque todo mundo pergunta, todo mundo tira suas dúvidas, todo mundo... Um responde para o outro, às vezes coisas que você já ia responder os outros já respondem... Então assim, eles interagem, não ficam lá só ouvindo, podem ensinar, podem dizer as suas próprias experiências.*

Apesar da diversidade existente em cada grupo, questões como cidadania, autonomia e liberdade devem estar inseridas em todos os momentos, contribuindo para que os participantes se percebam como sujeitos atuantes (ROTENBERG, 2009).

A fala do entrevistado abaixo traz a inserção do nutricionista na equipe NASF como um elemento facilitador para a realização das ações de alimentação e nutrição pelas equipes de saúde da família, principalmente na promoção de saúde:

*(G4) Eu acho que o que pode facilitar agora é a presença dos nutricionistas nos NASF, né... este profissional é um profissional que pode está trabalhando junto as equipes, está influenciando as equipes para adotar algumas ações de promoção da alimentação saudável e está sendo um catalizador destas ações na atenção primária.*

A atenção básica em saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares saudáveis. Cabe ressaltar que estas ações, além de garantir o acesso a informação, devem buscar viabilizar espaços de reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas de saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade e promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania (BRASIL, 2006e). Na fala abaixo, é apontada a necessidade de mudança das práticas em saúde:

*(P2) O que falta muitas das vezes é como dessa abordagem a gente traduzir isso para a prática, e nisso a gente tem que ser bastante criativo (...) Então se a gente começa a trabalhar um pouco mais nessa coisa do lúdico e de traduzir para a prática aquilo que a gente está dando em teoria apenas, eu acho que aquela coisa chata, enfadonha, de que “eu estou fazendo uma dieta”, e passa: “Não, eu estou mudando meu jeito de me alimentar e por conta disso estou me sentindo melhor e mais saudável”.*

A realização das ações de promoção da alimentação saudável de forma participativa e lúdica permite compartilhar experiências, vivências e aprendizados melhorando a auto estima, o crescimento e a cidadania. A utilização dos momentos lúdicos, como: jogos, brincadeiras, dramatização, poesias, músicas, entre outros, faz com que as práticas em saúde sejam compreendidas de forma ampla e não fragmentada, fazendo sentido na vida das pessoas (ROTENBERG, 2009).

Assim, as ações de promoção da alimentação saudável devem utilizar práticas referenciadas em metodologias ativas que têm como característica principal o aumento da autonomia, concebendo o sujeito como um agente da transformação social, capaz de desenvolver uma reflexão crítica sobre a realidade.

As metodologias ativas atuam como práticas pedagógicas inovadoras e vêm romper com a verticalidade, o autoritarismo e as desigualdades presentes em nossa sociedade. Segundo Mitre et al (2008), *“a reflexão coletiva, o diálogo, o reconhecimento do contexto e de novas perspectivas são a base para a reconstrução de novos caminhos, na busca pela integralidade entre corpo e mente, teoria e prática, ensino e aprendizagem, razão e emoção, ciência e fé, competência e amorosidade.*

*Somente por meio de uma prática reflexiva, crítica e comprometida pode-se promover a autonomia, a liberdade, o diálogo e o enfrentamento de resistências e de conflitos”* (pag. 2141).

Embora o trabalho no NASF ocorra basicamente em ações conjuntas com outros profissionais de saúde, também podem ser identificadas situações em que seja necessária uma abordagem individualizada, que vai depender de cada caso. Na fala abaixo o entrevistado traz alguma destas situações, que fogem ao escopo das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelos outros profissionais.

*(P2) Eu dou exemplo aqui de um paciente que a gente estava explicando hábitos saudáveis de se alimentar e o paciente colocou: Ué! Mas eu saio de casa 3 e meia da manhã para trabalhar, meu turno vai até 2 horas da tarde, eu levo três horas para chegar em casa, só chegou as 5. Ele não tinha um lugar nesse período onde ele podia fazer uma refeição adequada. Então cabia aí uma intervenção individual de um nutricionista, porque o projeto alimentar dele é uma coisa totalmente anacrônica em relação aos demais. Então tem que ter uma intervenção individual. E aí nesse caso cabe a consulta, cabe a intervenção.*

A consulta individualizada do nutricionista é orientada pelos documentos oficiais disponíveis para a atuação no NASF, desde que partilhada com a equipe de saúde da família, nas discussões de casos e na construção do projeto terapêutico singular.

A consulta individualizada seguida da discussão de caso com o profissional ou equipe de saúde, é definida por Chiaverini (2010), como uma das formas de se realizar a interconsulta.

Esta modalidade de interconsulta, a consulta individualizada seguida de discussão de caso, foi relatada pelos nutricionistas como sendo a mais frequente, pela dificuldade que os profissionais da equipe de saúde da família sentem em incorporar a consulta conjunta, seja por esta demandar uma maior disponibilidade de tempo, prejudicando o cumprimento das metas, a produtividade cobrada, e também pela dificuldade de compartilhar com o outro profissional o saber, a insegurança, o medo, entre outras questões.

*(N3) Algumas equipes eu consigo fazer sim, mas a maioria eu acabo atendendo sozinha, mas depois eu sento com o médico e discuto aquele caso, (...) na minha concepção o paciente tem que ser atendido.*

*(N2) ... é bem complicada essa parte de interconsulta. Teve médico que não aceitou, e tem médico ainda que não aceita. (...) Eu particularmente tenho feito assim, atendo o paciente, no final do turno seja manhã ou de tarde, a gente senta, eu vou à sala de cada equipe e passo o que foi feito com aquele paciente comigo (...) A aceitação melhorou bastante. Antes essa parte de marcar interconsulta, o médico junto, o enfermeiro junto, a consulta demorava mais, o médico ficava meio constrangido, o paciente também, não entendia porque 2 profissionais juntos, que era complicado entender. Aí eu por si só pensei nisso, fazer a consulta, digamos individual e no final passar tudo. Não deixa de ser estudo de caso clínico, não é? Senta e passa tudo que foi feito com aquele paciente. Eu tenho feito muito isso.*

A realização da consulta conjunta, denominada pelos entrevistados como interconsulta, faz com que o momento da consulta também seja de formação permanente, de troca de saberes, sendo oportunizada uma maior resolutividade ao caso.

A dificuldade apontada com o paciente, pode na verdade ser uma dificuldade dos próprios profissionais em não compreender e não aceitar a consulta conjunta, o que conseqüentemente reflete no paciente, já que não é uma prática comum nos serviços de saúde.

Entretanto, além da assistência em saúde, o nutricionista inserido no NASF tem como atribuição realizar a formação permanente das equipes de saúde da família e NASF. Esta formação ocorre nos diversos momentos, tanto nas consultas, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, dando suporte para os outros profissionais para a realização de ações em alimentação e nutrição.

*(N1) Estar instrumentalizando as equipes para que eles possam tá trabalhando, tanto nas consultas com os enfermeiros, como na VD. Os ACS fazendo as visitas, tá orientando, né, as pessoas a respeito da alimentação saudável, como é importante....*

Contrapondo, ainda observarmos, uma concepção normativa, na tentativa de modificar o olhar dos outros profissionais:

*(N4) Olha, a gente tenta, tenta também com esses ACS, eu já fiz trabalhos, já fiz treinamentos para poder modificar o olhar deles. Eu fico dizendo a eles qual o olhar que eles têm que ter quando vão à casa de uma pessoa.*

Segundo Capozzolo (2003), ao continuar trabalhando sem considerar a singularidade dos sujeitos, suas histórias de vida, cultura, valores e desejos, realizando práticas de saúde normativas e prescritivas, estaremos pouco contribuindo com as mudanças nas relações que as pessoas estabelecem com seus problemas de saúde.

A qualificação dos profissionais de saúde constitui uma das diretrizes da PNAN, e representa uma estratégia de mudança do modelo hegemônico em saúde, baseado na fragmentação das práticas em saúde, alienação do sujeito e do trabalho, por um novo modelo baseado em uma abordagem ampliada de saúde, que considere o sujeito em seu contexto social, afetivo e sua relação com o território e meio ambiente.

*(N3) a gente se atualiza e traz para as clínicas e para os próprios profissionais das clínicas, nas capacitações o que a gente aprendeu nesses cursos, nesses GTs, nesses grupos que vocês desenvolvem e convidam a gente para participar, essas informações a gente faz questão de trazer e de repassar para os profissionais, para os médicos, os enfermeiros, pra os técnicos, para ao ACS, a gente vai nas equipes e tenta fazer uma capacitação para eles também, levar essas informações para eles para que possa mesmo disseminar mesmo o conhecimento e fazer esse trabalho em grupo.*

Em contrapartida, ainda encontramos resistência na construção do saber compartilhado. Na fala abaixo, o entrevistado traz concepções ainda corporativistas quanto ao saber científico de cada categoria, e a dificuldade do trabalho em saúde pautado na dimensão interdisciplinar:

*(N4) Mas eles também ainda estão engatinhando um pouco, eles precisam ter mais esse olhar diferenciado que só nós acabamos tendo. Não adianta, por mais que a gente faça treinamento, matriciamento...*

Alguns profissionais ainda não possuem a concepção do matriciamento, da formação permanente incorporada a sua prática, o que dificulta a apropriação das ações de alimentação e nutrição pelos outros profissionais, o que segundo JAIME et. al. (2011), se constitui como sendo um dos grandes desafios para a área de alimentação e nutrição na atenção básica.

Assim, destaca-se a necessidade da formação permanente dos nutricionistas que atuam nos NASF, tendo como objetivo a qualificação das duas dimensões: o suporte assistencial e técnico - pedagógica, para que de fato, possam contribuir para a efetividade das ações propostas para a área de alimentação e nutrição no NASF.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste trabalho foram compreender a inserção do nutricionista na ESF no cenário da implantação da proposta dos NASF no município do Rio de Janeiro.

Os entrevistados apontaram que a expansão da ESF concomitante ao processo de implantação do NASF dificultou a organização do trabalho e a qualificação das equipes. Nesse sentido, é desafiadora a proposta NASF diante de uma configuração diferenciada para a organização do modelo de atenção básica no Brasil. A existência de uma equipe NASF com novos profissionais na estrutura da Saúde da Família pode gerar mudanças e também desafios no processo de sua implementação.

Em relação aos fatores facilitadores da inserção dos nutricionistas destacaram-se três questões: o perfil nutricional da população brasileira, a insegurança alimentar e o cuidado em saúde abrangendo todas as fases do curso da vida.

Nesta linha, uma questão que merece destaque na área de alimentação e nutrição é o crescente número de publicações sobre Nutrição na Atenção Primária em Saúde, assim como os materiais produzidos pela CGAN a partir da PNAN sendo de grande relevância na produção do conhecimento e contribuindo para orientar a ação dos profissionais e dar visibilidade a esta área. Concomitante a produção de dados oriundos de inquéritos sobre o perfil nutricional da população brasileira, que apontam a convivência de grandes questões: fome e carências nutricionais e o excesso de peso e obesidade. Um ponto de destaque em muitas falas foi a ênfase dada as ações de Promoção de Alimentação Saudável. Por outro lado, mudanças no modelo de cuidado em saúde e nutrição, embasados na perspectiva da SAN, como vimos ainda se constitui como um grande desafio para área.

Identificamos diversas ações onde o nutricionista está envolvido no NASF: na construção de projetos terapêuticos, na participação de grupos educativos, em visitas domiciliares além de seu papel formador e matriciador da área de AN. Coube aos nutricionistas realizarem práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, de forma a impactar mudanças no cuidado em saúde e nutrição. Uma grande motivação da sua inserção na ESF foi a possibilidade de ampliar seu olhar, assim como o reconhecimento e valorização de sua prática.

Entretanto, as mudanças do processo de trabalho das equipes de saúde ainda é um grande desafio. Uma das fragilidades apontadas foi a realização de interconsultas onde ficou evidenciado a dificuldade dos profissionais na integração com as equipes de SF e

na construção compartilhada do conhecimento.

Apesar de todo investimento e mudanças no cenário da Atenção Básica, onde o NASF se configura como a inovação mais expressiva do modelo de atenção vigente, ainda são muitos os desafios para a construção de propostas capazes de fazer uma clínica mais ampliada.

A gestão dos serviços de saúde tem um papel importante na organização no processo de trabalho e no desenvolvimento de dispositivos institucionais que contribuam para o trabalho em equipe, para a construção cotidiana de novas formas de produção de práticas e de subjetividades mais cuidadoras e solidárias.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, 1999, 4(2): 263-286.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1975.

ASSIS, A.M.O. et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev. Nutr.* 2002; 15(3):255-66.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1º ed. - Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2011.

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M.P. Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R., CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [ 4 ]: 1007-1028, 2009.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.138-172. Online: disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. **A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais**. Cadernos de Saúde Pública, v.19 (supl. 1), p. 181-191, 2003.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. **A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 27-53, mar/jun, 2010.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional n. 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2010a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção a Saúde. DATASUS. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/SCNES. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/> Acesso em 20 de fevereiro de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, DF: Imprensa Nacional, nov. 1995.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília,DF, 1996a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília, DF,1996b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93. Brasília: MS, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida e de Gestão – Regulamento. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol 2. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 710, de 10 de junho de 1999. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 678/GM, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 2.715/GM, de 17 de novembro de 2011. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES – competência Dezembro/2011. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 10 março de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica Guia Alimentar para a população Brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília, DF, 2010b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos/, Cadernos de Atenção Básica n. 27)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Carências de Micronutrientes. Brasília, DF, 2007a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos/ Cadernos de Atenção Básica n.20).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Consolidado histórico de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Disponível em < [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)> Acesso em: 21 de janeiro de 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4a ed. Brasília, DF, 2006d. (Série E. Legislação de Saúde/Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2011b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília, DF, 2006e. (Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica n. 12)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada: Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2 ed. Brasília, DF, 2007b.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Constituição Federal de 1988. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990b.

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

BURLANDY, L. Atuação do Nutricionista em saúde coletiva. (mimeo). 2005.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1441-1451, nov./dez. 2007.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 5 (1): 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S. et al. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 745-749, 2004.

\_\_\_\_\_. Uma Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G.W.S. Saúde e Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. (mimeo). Campinas, 2008.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p., jan./mar. 1997.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Fev. 2007.

CARDOSO, L. O.; MONTEIRO, C. A. Situação nutricional da população brasileira - cenário atual e futuros desafios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Textos de Opinião: temas estratégicos para a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) / Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRAND H). Ministério da Saúde. – Brasília: Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), 2011. 196 p.

CARVALHO, M.A.P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E.N. O Processo de Construção Compartilhada do Conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E.M. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

CASTRO, A. L. B. A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface- comunicação, saúde, educação/ Fundação UNI/UNESP. Botucatu: SP, v.9, n 16, p. 161- 177, set. 2004/fev. 2005.

CHIAVERINI, D. H. et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental . Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). O Papel do nutricionista na Atenção Primária à saúde. Brasília, 2008

CONSEA - CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (Relatório final). Brasília, Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional / Secretaria Executiva Nacional da Ação da Cidadania/Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida. 1995

CONSEA - CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E

NUTRICIONAL: II Conferência Nacional de Segurança Alimentar. A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Olinda, 2004.

CONILL E. M.; FAUSTO M. C. R. Análisis de la problemática de La integración APS em el contexto actual: causas que inciden en La fragmentación de servicios y sus efectos en La cohesión social. Documento técnico. Rio de Janeiro, 2007.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e a Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2008, 24 Sup 1: S7- S27.

CONTREAS, J. ; GRACIA, M. A Alimentação Humana: um fenômeno biocultural. In: Alimentação, sociedade e cultura. Tradução de Mayra Fonseca e Barbara Atie Guidalli - 496p. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CORBO, A. D. ; MOROSINI, Márcia Valéria G. C. ;PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D.(org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

CORDEIRO, H. Sistema Único de Saúde. Ayuri Editorial, Coleção Saúde 1, Rio de Janeiro,1991.

COSTA, I. S . Da mudança de modelo ao modelo de mudanças: um estudo sobre o curso introdutório do PSF. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

COUTINHO, J.G.; CHAVES, P.G.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cadernos de Saúde Pública, v.24, (Supl. 2), p.332-340, 2008.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(11): 1864-1874. Disponível em: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/11/1864> Acesso em: 2 out. 2011.

CUNHA, G.T. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. 3º ed. - São Paulo: Hucitec, 2010.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DESLANDES, S F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13(1):103-107, janeiro, 1997

ENGSTROM, E.M. (org). *SISVAN: instrumento para combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde: o diagnóstico nutricional*. 3 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA N. T. (Org.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 59-81.

FAUSTO, M.C.R. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. *Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas*. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-68.

FAVORETO, C.A.O. Programa de Saúde da Família no Brasil: do Discurso e das Práticas. 2002. 126f. Tese (mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde perspectivas atuais. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 23(7), p.1674-1681, jul 2007.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? *Rev. Olho Mágico*, Londrina/PR, v.5, n.18, p.5-6, mar. 1999.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Gestão em Redes – práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 2006, 22(6): 1171-1181.

GIOVANELLA, et al. *Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.26, n.60, jan/abr. 2002. p. 37-61.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, 2008, 24(Sup 1):S21 –S23.

GIOVANELLA L., MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária em Saúde. In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et. al (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M,C.S. (Org.). Avaliação por Triangulação de métodos – Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 – 2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002 – 2003: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

JAIME, P.C. et al. Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: a Experiência de Organização no Governo Brasileiro. Rev. Nutrição, Campinas, 24(6):809-824, nov/dez, 2011.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEVCOVITZ E., LIMA L. D., MACHADO C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva, 2001, 6 (Supl. 2): 269-291.

LIMA, N. T. (Org.). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

LUDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1: S42-S57, 2008

MATTEI, L.; WRIGHT, S.; BRANCO, T.C. Colocando a fome na agenda pública brasileira - A ação do Estado, do Banco Mundial e das Organizações Não Governamentais. *Cadernos de Pesquisa*, n° 7, maio 1997.

MATTOS, R. A. O Incentivo ao Programa Saúde da Família e seu Impacto sobre as Grandes Cidades. *PHYSYS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12 (1): 77- 108, 2002.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R. e MATTOS, R. A (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-64.

\_\_\_\_\_. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO R; MATTOS R. A. (org). *Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007.

MEHRY, E.E. A Rede Básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MEHRY, E.E e ONOCKO, R. (Org). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 3° ed – São Paulo: Hucitec, 2007.

MENEZES, E. A. Territórios Integrados de Atenção à Saúde como Estratégia para Implementação da Política de Saúde no Município do Rio de Janeiro. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed .São Paulo: HUCITEC, 2010.

MIRANDA, R. B. O cotidiano da Educação em Saúde de Equipes de Saúde da Família. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2133-2144, 2008

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SCHOTTZ, V.; MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.12, no.6, p. 1453-1462, nov/dez. 2007.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C.O. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010 ;34(1):92-96.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Atenção Primária à Saúde, Agora mais do que nunca. *The World Health report 2008*. Geneva: WHO; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global strategy on diet, physical activity and health: fifty – seventh World Health Assembly, 2004. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/index.html> (acesso em 10 novembro de 2011).

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Panamerican Health Organization- PAHO/WHO, 2005.

PÁDUA, J.G & BOOG, M.C.F. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Rev. Nutr.*, Campinas, 19(4):413-424, jul./ago., 2006

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: Avanços, Limites e Perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, C. F. L. (Org.). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em*

Saúde – Contradições e Desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. *Hygeia*, 2(2):47-55, jun 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PRADO, S.D.; ABREU, M.S.D. Nutricionista: onde trabalha? Quais suas condições de trabalho? *Rev. Nutr.* 1991; 4(1/2):65-92.

RECINE, E.; VASCONCELLOS A.B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1):73-79, 2011

ROTENBERG, S. et al. Práticas Educativas em Saúde e Nutrição: repensando esta ação no cotidiano dos serviços de saúde. In: *Revista Saúde em Foco. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva. Edição Especial.* 2009

SANTOS, M. A urbanização brasileira. São Paulo. Edusp, 2005.

SCHRAMM, J.M.A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.897-908, 2004.

SILVA, J.A. & DALMASO, A.S.W. Agente Comunitário de Saúde – o ser, o saber, o

fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVA, J.P.; ROTENBERG, S.; VIANNA, E.C. Concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos. In: Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12 (2): 119- 136, 2004.

SILVA, J.P. et al. A Inserção do Nutricionista na Estratégia de Saúde da Família (ESF): a experiência na cidade do Rio de Janeiro. In: Revista Saúde em Foco. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva. Edição Especial. 2009

SILVA, P.L.B.; MELLO, M.A.B. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos, caderno n° 48 – UNICAMP/NEPP – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 2000.

SMEKE, E.L.M; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em Saúde e Concepções de Sujeito. In: BRANDAO, C.R. A Educação Popular na Área da Saúde. In: VASCONCELOS, E.M. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA N. T. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 451-480.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(2) : 429-435, abr-jun, 1998.

TRIVINOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

VALENTE, F.L.S. (Org.). *Direito Humano à Alimentação: desafios e conquistas*. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELLOS, A.B.; GENTIL, P. C. A política nacional de alimentação e nutrição: o resgate da nutrição na saúde pública. *Revista Saúde em Foco / Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva* n° 25,mar 2009.

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E.M. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, F. A. G. Fome, solidariedade e ética: uma análise do discurso da Ação da Cidadania contra a fome, a Miséria e pela Vida. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 11(2): 259-77, maio-ago. 2004.

\_\_\_\_\_. A Inserção do Nutricionista no Sistema Único de Saúde. In: TADDEI, J.A.; LANG, R.M.F.; SILVA, G.L.; TOLONI, M.H.A. *Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

VIANA, A. L. d'Á., DAL POZ, M. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8 (Suplemento 2):11-48. 1998

\_\_\_\_\_. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família1. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225- 264, 2005.

VIANA, A. L. d'Á.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et. al (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-106.

**APÊNDICE A - Roteiro de Entrevistas para os Gestores Municipais-  
(Coordenador da ESF e/ou Coordenador do NASF)**

**- versão preliminar-**

**Para uso exclusivo da pesquisadora:**

Data da entrevista:	Local da entrevista:
Nome:	
Sexo:	Idade:
Formação acadêmica:	
- Graduação:	- Pós –graduação:
Cargo/ função ocupada no município:	
Tempo em que está no cargo/ função:	

- 1- Comente sobre sua trajetória profissional na saúde pública....
- 2- Como surgiu a proposta do NASF no município e seu processo de implantação?
- 3- Como ocorreu o processo de identificação das categorias profissionais para compor os NASF?
- 4- O que motivou o gestor municipal a inserir o nutricionista na equipe do NASF?
- 5- Do seu ponto de vista, como gestor, o que tem facilitado e/ou dificultado:
- 6- As ações de alimentação e nutrição na ESF?
- 7- A inserção do nutricionista no NASF no município do RJ?
- 8- Há algum processo de formação instituído para qualificação da equipe do NASF para atuação na ESF?

## APÊNDICE B - Roteiro de Entrevistas para Nutricionista do NASF

-versão preliminar-

### Para uso exclusivo da pesquisadora:

Data da entrevista:	Local da entrevista:
Nome:	
Sexo:	Idade:
Formação acadêmica:	
- Graduação:	- Pós –graduação:
Cargo/ função ocupada no município:	
Tempo em que está no cargo/ função:	
Vínculo trabalhista:	
Trajetória profissional relevante anterior ao cargo/função:	

- 1- Comente sobre sua trajetória profissional na saúde pública....
- 2- Para você, como surgiu o processo de implantação do NASF no município?
- 3- Como você percebe a inserção do nutricionista no NASF?
- 4- O que te motivou a fazer parte da equipe do NASF?
- 5- Como o nutricionista do NASF pode contribuir para desenvolver ações de alimentação e nutrição junto às equipes de SF?
- 6- Como você organiza seu processo de trabalho? Por exemplo, em uma semana típica?
- 7- Como ocorre o processo de integração com a equipe do NASF e do SF? E com a rede de saúde?
- 8- Quais as facilidades e dificuldades deste processo de integração?
- 9- Há algum processo de formação instituído para a sua qualificação na ESF?
- 10- Para você, que fatores têm facilitado e/ou dificultado:
  - As ações de alimentação e nutrição na ESF?
  - A inserção do nutricionista no NASF no município do RJ?

**APÊNDICE C - Roteiro de Entrevistas com os Profissionais de Saúde das Equipes  
de Saúde da Família**

**- versão preliminar-**

**Para uso exclusivo da pesquisadora:**

Data da entrevista:	Local da entrevista:
Nome:	
Sexo:	Idade:
Formação acadêmica:	
- Graduação:	- Pós –graduação:
Cargo/ função ocupada no município:	
Tempo em que está no cargo/ função:	
Vínculo trabalhista:	
Trajetória profissional relevante anterior ao cargo/função:	

- 1- Comente sobre sua trajetória profissional na saúde pública....
- 2- De que forma ocorreu o processo de implantação do NASF no município?
- 3- Como você percebe a inserção do nutricionista no NASF?
- 4- Como o nutricionista do NASF junto às equipes de SF pode contribuir para desenvolver ações no campo da: promoção da alimentação saudável? Vigilância alimentar e nutricional? Prevenção dos agravos nutricionais?
- 5- Como ocorre o processo de integração com a equipe do NASF e do SF? E com a rede de saúde? Quais as facilidades e dificuldades deste processo de integração?
- 6- Para você, que fatores têm facilitado e/ou dificultado:
  - As ações de alimentação e nutrição na ESF?
  - A inserção do nutricionista no NASF no município do RJ?

## **APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “A Inserção do Nutricionista no Núcleo de Apoio a Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro”, desenvolvida como parte do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

O (a) Sr (a) foi selecionado por ser considerado ator chave para a pesquisa e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos do estudo são: descrever o processo de inserção do nutricionista no NASF; identificar a percepção dos gestores e profissionais de saúde quanto à inserção do nutricionista no NASF e identificar fatores limitantes e facilitadores na atuação do nutricionista do NASF.

Sua participação na pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada com duração de cerca de uma hora relacionada a esses temas. Caso o Senhor (a) autorize, a entrevista será gravada e transcrita por profissionais qualificados. Para assegurar o sigilo e a confidencialidade dos relatos, os arquivos de áudio e as entrevistas transcritas serão armazenados em computador de uso restrito pela pesquisadora; os dados ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos e serão destruídos após esse período. Na apresentação dos resultados da pesquisa, os participantes das entrevistas não serão identificados pelo nome, e sim por códigos numéricos. No entanto, a identificação indireta desses sujeitos é um risco iminente, em função do pequeno número de entrevistados e o cargo que ocupam.

Além das entrevistas, outras estratégias metodológicas serão utilizadas, como análise documental e dados dos sistemas de informações de acesso público. A análise será de responsabilidade da pesquisadora, a partir do conjunto do material da pesquisa.

Sua participação na pesquisa contribuirá para um olhar mais ampliado sobre a inserção dos nutricionistas nos NASF, as contribuições advindas das realidades locais, os avanços e as dificuldades encontradas.

O (a) Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

**Juliana Paulo e Silva**

Mestranda em Saúde Pública  
Rua Noronha Torrezão, 40/902  
Santa Rosa - Niterói/RJ - CEP 24.240-182  
Tels.: (21) 86256858  
E-mail: [julianapauloesilva@hotmail.com](mailto:julianapauloesilva@hotmail.com)

**Comitê de Ética em Pesquisa - ENSP**

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - térreo  
Tel:(21)2598-2863 email: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

---

**Denise Cavalcante Barros**

Pesquisadora - Orientadora  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480  
Prédio Joaquim Alberto Cardoso (sl 103)  
Tel: (21) 2598- 2916  
E-mail: [barrosdc@ensp.fiocruz.br](mailto:barrosdc@ensp.fiocruz.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa- SMSDC/RJ**

Rua Afonso Cavalcante, 455, sl 715 Cidade  
Nova – Tel: 3971-1590  
Email: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo, em participar: \_\_\_\_\_

Sujeito da Pesquisa

## ANEXO 1:

## Quadro comparativo entre a proposta do Núcleo de Saúde Integral e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família em 2008 e 2011

Principais aspectos	Núcleo de Saúde Integral (2004)	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2008)	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2011)
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualificar Atenção Básica com ênfase na estratégia Saúde da Família, ampliando a resolubilidade e integralidade das ações;</li> <li>- Ampliar o acesso às ações de Atividade Física, Saúde Mental, Reabilitação, Alimentação e Nutrição e Serviço Social;</li> <li>- Ampliar a implementação de práticas que contribuem para a construção do cuidado em saúde, na perspectiva do auto-cuidado;</li> <li>- Promover a autonomia dos usuários e famílias e fortalecer a cidadania.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.</li> </ul>
<b>Diretrizes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integralidade da Atenção;</li> <li>_ Multiprofissionalidade e transdisciplinaridade - responsabilização compartilhada;</li> <li>_ Base territorial - vínculo e responsabilização;</li> <li>_ Promoção da Saúde;</li> <li>_ Humanização da Atenção;</li> <li>_ Promoção do autocuidado e fortalecimento da cidadania.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integralidade da Atenção;</li> <li>_ Multiprofissionalidade e transdisciplinaridade - responsabilização compartilhada;</li> <li>_ Base territorial - vínculo e responsabilização;</li> <li>_ Qualificação e complementaridade do trabalho das equipes de saúde da família;</li> <li>_ Promoção da Saúde;</li> <li>_ Humanização da Atenção;</li> <li>_ Promoção do autocuidado e fortalecimento da cidadania.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integralidade da atenção;</li> <li>- Interdisciplinaridade;</li> <li>- Territorialização;</li> <li>- Educação Permanente em Saúde;</li> <li>- Educação Popular;</li> <li>- Intersetorialidade;</li> <li>- Participação Social;</li> <li>- Humanização;</li> <li>- Promoção da Saúde.</li> </ul>
<b>Modalidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentação e Nutrição;</li> <li>- Atividade Física;</li> <li>- Reabilitação ;</li> <li>- Saúde Mental ;</li> <li>- Serviço Social.</li> </ul>	<p>NASF 1: composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes. Poderão compor o NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de ocupações – CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social;</p>	<p>NASF 1: composto por uma equipe formada com profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições: I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da</p>

		<p>profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.</p> <p>NASF 2 : composto por no mínimo três profissionais de de nível superior de ocupações não coincidentes. Poderão compor o NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de ocupações – CBO: Assistente Social; profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.</p>	<p>equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais; II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.</p> <p>NASF 2: composto por uma equipe formada com profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições: I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais; II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.</p> <p>- Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e</p>
--	--	---	---

			profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.
<b>Processo de Implantação</b>	<p>O município pode implantar o Núcleo com todas as suas modalidades ou poderá optar por realizar a implantação das modalidades separadamente, de acordo com as necessidades de saúde locais;</p> <p>_ Implantação do Núcleo com as três modalidades:</p> <p>_ Amazônia Legal - população maior ou igual a 30 mil habitantes e no mínimo 7 ESF</p> <p>_ Demais regiões do país - população maior ou igual a 40 mil habitantes e no mínimo 9 ESF</p> <p>- Implantação do Núcleo Atividade Física: É possível a implantação em municípios que ainda não se organizam pela estratégia SF ou que possuam menos de 7 ESF, na Amazônia Legal e menos de 9 ESF nas demais regiões do país, guardada a proporção 1 Núcleo para cada 40 mil hab (demais regiões) ou 30 mil hab (na Amazônia Legal).</p>	<p>É vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e Distrito Federal;</p> <p>_ Cada NASF 1 deve realizar suas atividades vinculado a no mínimo, 8 equipes de saúde da família, e a no máximo, 20 equipes de saúde da família;</p> <p>_ Excepcionalmente, nos municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a , no mínimo, 5 equipes de saúde da família, e a no máximo 20 equipes de de saúde da família;</p> <p>O número máximo de NASF 1 aos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas: I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.</p> <p>_ Cada NASF 2 deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família. O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1</p>	<p>A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal.</p> <p>- Cada NASF 1 deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas.</p> <p>- Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes.</p> <p>O número máximo de NASF 1 aos quais os municípios e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas: I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Amazônia Legal = número de ESF do Município/5; e II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Amazônia Legal e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.</p> <p>- Cada NASF 2 deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três)</p>

		(um) NASF 2.	equipes de Saúde da Família e no máximo 7 (sete) equipes de saúde da família. O número máximo de NASF 2 aos quais o município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.
<b>Mecanismo de adesão</b>	Elaboração do Plano Municipal de Implantação dos Núcleos e aprovação no CMS; _ Homologação do Plano na CIB; _ Encaminhamento pela CIB da documentação ao DAB / SAS /MS.	Elaboração do projeto de Implantação; _ Homologação do projeto de implantação pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou a sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar seu projeto ao Ministério da Saúde; _ A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Vencido o prazo fixado, o Município poderá enviar a solicitação de credenciamento com o protocolo de entrada na SES que comprove a expiração do prazo diretamente ao Ministério da Saúde.	Elaboração do projeto de implantação Homologação do projeto de implantação pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde; - A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite - CIB.
<b>Atribuições do município</b>	Elaborar, executar, acompanhar e avaliar a implementação dos Núcleos; _ Garantir recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades; _ Estabelecer estratégias de parceria com os demais setores da sociedade; _ Integrar os Núcleos ao sistema de saúde local.	Definir a composição dos NASF, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações; _ Definir o território de cada NASF; _ Planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, _ Definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF; _ Selecionar, contratar e remunerar os	Definir a composição dos NASF, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas; - Definir o território de cada NASF; - Planejar as ações que serão realizadas pelos NASF; - Definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF; - Selecionar, contratar e remunerar os

		<p>profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;</li> <li>_ Disponibilizar a estrutura física adequada para garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades dos NASF;</li> <li>_ Realizar avaliação de cada NASF;</li> <li>_ Assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais de cada NASF;</li> <li>_ Estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento do NASF.</li> </ul>	<p>profissionais dos NASF, em conformidade com a legislação vigente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;</li> <li>- Disponibilizar a estrutura física adequada para garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades dos NASF;</li> <li>- Realizar avaliação de cada NASF;</li> <li>_ Assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais de cada NASF;</li> <li>_ Estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento do NASF.</li> </ul>
<b>Atribuições do estado</b>	<p>Contribuir para a implementação da proposta apoiando os municípios técnica e financeiramente e realizar o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento das ações dos Núcleos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF I entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas no artigo 5º da Portaria GM nº 154;</li> <li>_ Assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF;</li> <li>_ Realizar avaliação e/ou assessorar sua realização;</li> <li>_ Acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF segundo os preceitos regulamentados na Portaria GM nº 154.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica;</li> <li>- Prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;</li> <li>- Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde;</li> <li>- Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação</li> </ul>

			permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família.
<b>Financiamento</b>	<p>O valor do incentivo irá variar de acordo com a composição dos núcleos, atendendo às necessidades específicas de cada município;</p> <p>_ Ao implantar as demais modalidades, os municípios passarão a receber o incentivo integral;</p> <p>_ Incentivo federal de Implantação:</p> <p>_ Incentivo por modalidade de ação: R\$ 1.000,00</p> <p>_ Incentivo por Núcleo com três modalidades: R\$ 3.000,00.</p> <p>_ Incentivo federal de custeio:</p> <p>_ Implantação por modalidade, composição mínima de 2 profissionais:</p> <p>_ Reabilitação – R\$ 1.500,00</p> <p>_ Saúde Mental – R\$ 1.500,00</p> <p>_ Atividade Física e Saúde 1- R\$ 1.200,00</p> <p>_ Atividade Física e Saúde 2 - R\$ 1.900,00</p> <p>_ Implantação do Núcleo com três modalidades, equipe mínima de 5 profissionais: R\$: 5.400,00</p>	<p>Incentivo federal de Implantação (parcela única):</p> <p>_ NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00</p> <p>_ NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00</p> <p>–</p> <p>_ Incentivo federal de custeio (a cada mês):</p> <p>_ NASF 1: o valor de 20.000,00</p> <p>_ NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00</p> <p>_ Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES.</p>	<p>Incentivo federal de Implantação (parcela única):</p> <p>_ NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00</p> <p>_ NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00</p> <p>–</p> <p>_ Incentivo federal de custeio (a cada mês):</p> <p>_ NASF 1: o valor de 20.000,00</p> <p>_ NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00</p> <p>_ Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES. (Portaria N° 2.489, de 21 de outubro de 2011).</p>