



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

RELATO DE EXPERIÊNCIA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO NA INSERÇÃO/ATUAÇÃO DE NUTRICIONISTAS
DO NASF NA ATENÇÃO DOMICILIAR

AUTORA: MARIA DE LOURDES MOREIRA PONTES

ORIENTADORA: GISELE LOPES

CAMAÇARI – BA

2017

MARIA DE LOURDES MOREIRA PONTES

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO NA INSERÇÃO/ATUAÇÃO DE NUTRICIONISTAS
DO NASF NA ATENÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de conclusão de residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, FESF-SUS/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Gisele Lopes

CAMAÇARI – BA

2017

MARIA DE LOURDES MOREIRA PONTES

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO NA INSERÇÃO/ATUAÇÃO DE NUTRICIONISTAS
DO NASF NA ATENÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de conclusão de residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, FESF-SUS/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em: ____ de _____ de 2017.

Gisele Lopes - Orientadora _____

Apoiadora Institucional de NASF da Residência Multiprofissional em Saúde da Família FESF-SUS/FIOCRUZ.

Psicóloga e Gestalt-Terapeuta, Especialista em Saúde da Família e Mestre em Saúde Comunitária.

PONTES, Maria de Lourdes Moreira. Relato de experiência: desafios e estratégias de enfrentamento na inserção/atuação de nutricionistas do NASF na Atenção Domiciliar. 2017. Trabalho de Conclusão de Residência. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família FESF-SUS/FIOCRUZ, Camaçari, 2017.

RESUMO

A importância da Atenção Domiciliar como ferramenta para o cuidado em saúde é amplamente reconhecida no Brasil. Com o fortalecimento da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família houve uma expansão dessa forma de atenção que visa garantir um cuidado continuado e multidisciplinar em uma perspectiva de reconhecimento do potencial terapêutico do ambiente domiciliar. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivos, discutir os desafios e estratégias de enfrentamento na inserção/atuação de nutricionistas do NASF na Atenção Domiciliar, apresentar o papel do nutricionista do NASF na Atenção Domiciliar e descrever o estranhamento e afetações geradas na Atenção Domiciliar. Trata-se de um trabalho denatureza qualitativo-descritivo do tipo relato de experiência sobre a experiência de inserção/atuação de uma Nutricionista do NASF, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família FESF-SUS/FIOCRUZ, na Atenção Domiciliar. As atividades foram desenvolvidas na Região IV de saúde do município de Camaçari, Bahia. O estudo identificou como principais desafios para a atuação/inserção de nutricionistas do NASF na AD o estranhamento com o trabalho do NASF, a deficiência na formação acadêmica desses profissionais para atuar na SF e na AD, a falta de transporte para realização das visitas, a dificuldade em lidar com demandas que extrapolam o campo da Nutrição e da Saúde, o encontro com o usuário que gera sentimentos por vezes contraditórios como ansiedade e frustração que repercutem diretamente no cuidado prestado aos usuários/famílias. Entre as estratégias para o enfrentamento destaca-se a criação e fortalecimento do vínculo entre usuário/profissional e profissional/profissional, articulação intersetorial e desenvolvimento da educação em saúde.

Palavras chave: Atenção Domiciliar. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Nutricionista.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1	ATENÇÃO DOMICILIAR.....	8
2.1.1	Atenção domiciliar na Atenção Básica.....	9
2.2	TRABALHO EM SAÚDE.....	10
3	METODOLOGIA	13
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	13
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	13
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4.1	UMA NUTRICIONISTA DO NASF NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	15
4.2	DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DO NUTRICIONISTA DO NASF NA AD.....	19
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) esteve presente no contexto histórico brasileiro, assumindo características diferentes de acordo com os diversos cenários sociais, políticos e ideológicos, ganhando destaque quando surgiu o compromisso da eliminação das epidemias e das doenças infectocontagiosas, pois a família era orientada quanto aos hábitos de higiene e cuidados aos doentes.

A partir da criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Rio de Janeiro, no Hospital de Alienados, as elites intelectuais acreditavam que, para o desenvolvimento do Brasil, o caminho seria a melhoria das condições de saúde da população. Dessa forma, em 1918, Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, com apoio da Fundação Rockefeller incentivou a criação de cursos e escolas, entre elas a de Enfermeiras Visitadoras, fundada em 1923 (ROSEN, 1994).

Em 1920, Amaury de Medeiros introduz, na escola de enfermagem da Cruz Vermelha, um curso de visitadoras sanitárias, criando o serviço de visitadoras como parte do serviço de profilaxia da tuberculose. Essa iniciativa marca a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública, pois o serviço fazia parte do Departamento Nacional de Saúde Pública. As visitadoras deveriam prestar assistência priorizando aspectos educativos de higiene e cuidado dos doentes. Nesse mesmo momento histórico foram criados os centros de saúde para o tratamento da tuberculose, hanseníase e a diminuição da mortalidade infantil (ROSEN, 1994).

A partir da análise histórica da Atenção Domiciliar, constata-se que a preocupação estava mais centrada em evitar doenças e diminuir a dor dos doentes do que a valorização de seu contexto social, modo de vida, promoção de saúde e qualidade de vida. A enfermagem e medicina foram pioneiras nessa prática, a qual foi sendo incorporada em todas as áreas da saúde, com a crítica recente de que o modelo assistencialista/hegemônico sozinho não daria conta da necessidade de saúde da população.

A discussão sobre o modelo assistencial busca dos profissionais de saúde a suplantação do modelo centrado na doença, para desenvolver um fazer sustentado na produção social do processo saúde-doença. Dessa forma, a implementação de

políticas e estratégias de mudança nos modelos deve ter como base a identificação e a avaliação dos problemas e necessidades de saúde da população, centrada no usuário e no cuidado (TEIXEIRA, 2002).

A reorientação do modelo de atenção à saúde preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil com a implantação da Estratégia Saúde da Família tem repercutido na Atenção Domiciliar. Esta, ao longo do tempo passou de uma assistência pontual, a um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde (FRANÇA, 2006).

Para atingir este objetivo, a AD ajuda no entendimento dos condicionantes que afetam a vida do cidadão e da sua família. Assim, a Estratégia de Saúde da Família utiliza essa ferramenta, considerada uma tecnologia leve-dura que viabiliza um conjunto de ações educativas e assistenciais, com a finalidade de atingir o cuidado integral de usuários e suas respectivas famílias (FRANÇA, 2006).

Deste modo, a Atenção Domiciliar faz parte das atribuições de diversas categorias na área de saúde, possibilitando ao usuário se beneficiar com o cuidado prestado por uma equipe multidisciplinar, operando tecnologias leves e leve-duras, salientando o potencial terapêutico da permanência no ambiente familiar e as possibilidades de ações de cuidado. Nesse cenário, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que tem o seu trabalho pautado no apoio técnico-pedagógico e retaguarda assistencial para as Equipes de Saúde da Família (EqSF), deve atuar na lógica da corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, incorporando os saberes dos diversos núcleos profissionais também na Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012).

Dentre os profissionais que compõem as equipes de apoio, estão os nutricionistas que devem desenvolver ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo de vida, apresentando respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, às deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis, realização de diagnóstico alimentar e nutricional da população e promoção de segurança alimentar e nutricional, essas

ações devem estar inseridas no planejamento anual das equipes. Assim, os nutricionistas têm sua agenda baseada na necessidade local de saúde e de apoio das EqSF (BRASIL, 2008).

Poucos estudos trazem a inserção/atuação de nutricionistas do NASF na AD. Mancuso et al (2012), em um estudo realizado em São Paulo com 123 nutricionistas que atuavam na AB (no NASF e UBS), constataram uma diferença significativa na priorização da carga horária de trabalho destinada a AD, sendo que os nutricionistas do NASF destinavam uma carga horária bastante superior para a AD em relação as que atuavam em UBS sem ESF. As pesquisas encontradas relatam apenas a AD como atividade prevista desses profissionais na AB e não aprofundam sobre os desafios do enfrentamento no cotidiano de trabalho com as equipes e as famílias que demandam constantes deslocamentos ao adentrar o universo real e simbólico dessas pessoas a partir do cuidado no domicílio.

O interesse pela temática surgiu no primeiro ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no ano de 2015, onde foi possível atuar na AD e enfrentar alguns desafios na prática, que despertaram a afinidade com o tema.

O reconhecimento da potencialidade da Atenção Domiciliar (AD) na produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família, bem como o estranhamento e afetações diante do encontro com o usuário e a família no domicílio motivaram o desenvolvimento deste trabalho. Compartilhando a experiência dos desafios e estratégias para o enfrentamento na inserção/atuação do nutricionista do NASF na AD, pretendo fortalecer o trabalho da categoria nessa área de atuação.

O presente trabalho teve como objetivo geral discutir os desafios e estratégias de enfrentamento na inserção/atuação de nutricionistas do NASF na Atenção Domiciliar, e como específicos, apresentar o papel do nutricionista do NASF na Atenção Domiciliar, bem como descrever o estranhamento e afetações geradas na Atenção Domiciliar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO DOMICILIAR

As mudanças ocorridas na sociedade, caracterizadas por uma transição epidemiológica e uma transição demográfica representadas pelo aumento da expectativa de vida da população, queda da taxa de natalidade e melhoria das condições de vida nos âmbitos da saúde, educação, saneamento e habitação, apontam para uma necessária reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde, lidar de forma mais resolutiva e eficaz com as necessidades de saúde resultantes desse cenário. Neste caso, o envelhecimento da população é descrito como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio, somando-se ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas e suas complicações, acidentes automobilísticos e violência (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas, esta modalidade de atenção deve estar integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS). A AD é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. A AD é indicada para pessoas que estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade. A AD é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2016).

A mesma portaria traz ainda a organização da AD em três modalidades. Essa divisão é importante para a compreensão do perfil de acompanhamento prevalente e para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais. Essa determinação está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. A modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes da AB, já a AD2 e AD3 é de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

As três modalidades apresentam atribuições comuns como: trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS; identificar, orientar e capacitar os cuidadores dos usuários em atendimento, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando como sujeitos do processo; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores; promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares; utilizar linguagem acessível, considerando o contexto; pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território; articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes (BRASIL, 2016).

Apesar da política adotar o termo Atenção Domiciliar para situações de restrição ao leito ou lar, para este trabalho adotaremos o conceito de Lacerda (2006). Segundo o autor, a Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, abarcando a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde com objetivo de reduzir os riscos de adoecimento, a fiscalização e o planejamento dos programas de saúde, a execução das atividades assistenciais, preventivas e educativas. Nessa perspectiva, a Atenção Domiciliar abrange a visita domiciliar, o atendimento e a internação domiciliar.

2.1.1 Atenção domiciliar na atenção básica

De acordo com a Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da EqSF realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário (BRASIL, 2011)

Com base no princípio da territorialização, as equipes devem ser responsáveis pela atenção à saúde de todas as pessoas adscritas. Dessa forma, a atenção domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de

atenção básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar (BRASIL, 2012).

A Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1), que compete a Atenção Básica, é destinada a usuários que precisam de cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. A prestação da assistência à saúde nesses casos é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada usuário/família, devendo ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação (BRASIL, 2012).

Além do atendimento clínico domiciliar para os usuários restritos ao domicílio, que se refere à AD1, outras ações podem ser desenvolvidas pelas equipes da Atenção Básica na Atenção Domiciliar dentro do conjunto de ações do cuidado como promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, garantindo assim uma maior integralidade e resolutividade da assistência (BRASIL, 2012)

2.2 TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho vivo é o trabalho em ato que acontece no momento de produção, criação, e se realiza na atividade do trabalhador. Sendo assim, o trabalho vivo é de controle do próprio trabalhador, ele lhe oferece altos graus de liberdade na execução da sua atividade produtiva, pois se realiza enquanto o trabalho é executado, o produto é realizado. O trabalho morto é o trabalho pregresso, que já foi realizado e está incorporando as máquinas e instrumentos de trabalho. É um trabalho que não vai realizar nenhum produto, pois já foi usado para isto (MERHY, FRANCO, 2012).

O trabalho em saúde e seu conteúdo relacional traz a centralidade no trabalho vivo uma vez que os produtos da saúde se consolidam em ato, na relação entre trabalhador-usuário. O trabalhador tem a liberdade de operar seu trabalho com graus de liberdade, exercendo autonomia em seu processo de trabalho, há também

processos intensos de captura, mas que não se dão pela máquina, mas por ação do próprio profissional (MERHY, FRANCO, 2012).

O modelo assistencial se consolida a partir de acordos entre os atores sociais e políticos, os atores envolvidos, comprometidos com a produção da saúde, governam alguns espaços por conta do grau de liberdade que constitui o cotidiano de trabalho em saúde (MERHY, FRANCO, 2012).

Por sua vez, a construção de ambientes mais saudáveis nos domicílios para a pessoa em tratamento envolve a tecnologia médica e o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes no ambiente familiar. Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, reconstruindo relações e significados (BRASIL, 2012).

A AD proporciona um emaranhado de desafios para todos os profissionais de saúde que atuam na AB ao se depararem com os mais diversos problemas envolvendo não apenas o enfrentamento da doença em si, como também situações relacionadas ao contexto social e cultural em que a família vive para os quais a medicina tecnológica tem pouco a ofertar. Assim, é necessário reconhecer os limites e admitir que as alternativas e encaminhamentos tenham a participação do usuário e sua família, assim como ações intersetoriais e de articulação com a sociedade civil. Essa situação faz com que os mesmos criem estratégias defensivas individuais ou coletivas para lutar contra o sofrimento gerado por esse confronto, produzindo efeitos positivos ou negativos na produção do cuidado em saúde (BORGES, D'OLIVEIRA, 2011).

Neste sentido, salienta-se a importância da tecnologia leve, produzida através do trabalho vivo e entendida como o processo das relações. Entende-se esta tecnologia como um encontro entre pessoas que atuam umas sobre e com as outras, criando espaços de intersubjetividade, onde acontecem os momentos das falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro. São momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, ONOCKO, 2007).

A AD reúne pelo menos três tecnologias leves a serem aprendidas e desenvolvidas que são; a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos (MERHY, ONOCKO, 2007).

No conjunto das práticas em saúde, estão os equipamentos e instrumentos (tecnologias duras) e os saberes profissionais (tecnologia leve-dura). O saber que os profissionais adquiriram inscreve sua forma de pensar as situações de saúde e na sua maneira de organizar uma atuação sobre elas, na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem normalizado e bem protocolado (AMARO, 2003).

Em meio aos desafios cotidianos do trabalho em saúde emergido na complexidade das relações que se estabelecem entre trabalhador-usuário, surge a reflexão sobre a formação acadêmica de Nutrição. A grade curricular encontra-se pautada na prática assistencialista/hegemônica, com disciplinas voltadas para intervenções individuais, focadas em doenças. Apesar da Nutrição apresentar princípios de valorização dos contextos e modos de vida, da observância dos aspectos socioeconômicos, com respeito à diversidade cultural, religiosa dos usuários, a formação segue um caminho totalmente controverso.

Algumas críticas a respeito do currículo profissional do nutricionista têm sido formuladas. Nascimento e Oliveira (2010) apontam a necessidade de uma reformulação nas bases curriculares dos cursos de graduação dos profissionais de saúde, havendo uma maior aproximação das práticas e das concepções de atenção a saúde. Boog (2008) acredita que a formação do nutricionista está sobrecarregada pelas ciências biológicas, com o currículo que segue a lógica de discussões ideológicas faltando a vinculação com a prática da realidade.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um trabalho de natureza qualitativo-descritivo do tipo relato de experiência. Este tipo de estudo revela as ações do indivíduo como um agente humano e como um participante da vida social, consiste em analisar e compreender variáveis importantes ao desenvolvimento do cuidado dispensado ao indivíduo ou a seus problemas (CARDOSO, 2000).

O relato é sobre a experiência de inserção/atuação de uma Nutricionista do NASF, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família FESF-SUS/FIOCRUZ, na Atenção Domiciliar, de março a dezembro de 2015.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

As atividades foram desenvolvidas em duas unidades de saúde da família da Região IV de saúde do município de Camaçari, Bahia. Essa região no ano de 2015 recebeu os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade. Apresentando como corpo pedagógico preceptores, apoiadores de núcleo e apoiadores institucionais. As categorias profissionais que compõem os programas são: médicos, enfermeiros e odontólogos que formam as equipes mínimas, nutricionistas, fisioterapeutas e professores de Educação física que formam os NASF e sanitaristas que atuam como apoio institucional.

O NASF no qual as atividades foram desenvolvidas é composto por duas nutricionistas, duas fisioterapeutas e dois professores de Educação Física e apoiava as equipes de duas unidades de saúde da família. A USF 1, localizada em área urbana e central do município, e a USF 2 localizada em região periurbana, sendo que as mesmas apresentam características bastante distintas em relação ao território e as necessidades de saúde da população adscrita. Nas duas unidades existem servidores públicos, residentes e servidores terceirizados.

A USF 1 possui duas EqSF. A equipe 1 é composta por um médico, dois enfermeiros, um odontólogo, uma técnica de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde. A equipe 2 é composta por um médico, dois enfermeiros, um odontólogo, uma técnica de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde. A USF conta ainda com uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de enfermagem, duas recepcionistas, uma técnica em farmácia, um auxiliar de serviços gerais, um vigilante e um gerente.

A USF 2 é composta por três EqSF. A equipe 1 é composta por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um técnico de enfermagem, três agentes comunitários e uma auxiliar de saúde bucal. A equipe 2 é composta por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um técnico de enfermagem e um auxiliar de saúde bucal. A equipe 3 é composta por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um técnico de enfermagem e um auxiliar de saúde bucal. A USF conta ainda com duas recepcionistas, um técnico em farmácia, um auxiliar de serviços gerais e um vigilante.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 UMA NUTRICIONISTA DO NASF NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Ao iniciar as atividades no NASF enquanto nutricionista me deparei com uma realidade bem diferente do que eu tinha experimentado em minha vida profissional até o momento. A proposta de trabalho do NASF a princípio me causou estranheza, pois ainda estava muito restrita ao meu núcleo de conhecimento. Atuar como apoio técnico-pedagógico e retaguarda assistencial para as EqSF, na lógica da corresponsabilização, gestão integrada do cuidado e compartilhamento de saberes dos diversos núcleos profissionais me pareceu bastante desafiador.

Aguiar e Costa (2013) identificaram essa mesma dificuldade em um estudo realizado em Goiás com 22 nutricionistas que atuavam em NASF. Dentre as participantes da pesquisa 59,1% sentiam-se pouco capacitadas para exercer as atividades sob sua responsabilidade, demonstrando insegurança para o trabalho.

De acordo como CFN (2008), o nutricionista do NASF deverá atuar nos âmbitos familiares e comunitários, a partir de suas funções de planejamento, organização, elaboração de protocolos de atendimento e de encaminhamento, formação e educação continuada dos profissionais de saúde das ESF de sua área de abrangência. Deve atuar junto com os demais profissionais do NASF e das equipes de Saúde da Família, visando a qualificação da atenção à saúde e ampliar a sua resolubilidade. Deve ainda atuar de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e dos distúrbios alimentares e nutricionais que acometem a população local, contribuindo, assim, para a segurança alimentar e nutricional da população atendida.

Nessa lógica de trabalho com foco na família e comunidade, a AD, configura-se como uma atividade estratégica para os profissionais do NASF o conhecimento da situação de saúde das famílias. A princípio, a AD era executada sem que houvesse discussões prévias sobre os casos, na maioria das vezes a demanda era trazida pelos Agentes Comunitários de Saúde para as equipes que os compartilhavam com algum dos profissionais do NASF. Os critérios para a solicitação não eram bem definidos, a demanda era alta e chegava de forma superficial. Com o passar do tempo, os profissionais do NASF, avaliaram que a AD deveria ser discutida

prioritariamente nas reuniões com as equipes para que houvesse uma discussão prévia do caso e um planejamento. O objetivo era que as equipes primeiramente conhecessem os casos e que posteriormente passariam para o NASF, a fim de qualificar e fortalecer a discussão de casos entre a equipe multiprofissional.

Esse posicionamento foi levantado com o intuito de alcançar o objetivo principal do NASF, que é o de ampliar a abrangência, a resolubilidade e o escopo das ações da Atenção Básica e para isto, deve haver um compartilhamento dos saberes e a trocas entre especialistas e equipe de referência com a gestão compartilhada do cuidado. A responsabilidade sobre os casos não deve ser dividida, nem transferida a partir de encaminhamentos, deve ser priorizado o vínculo do usuário com a equipe de referência e assim garantirá o seu cuidado longitudinal (BRASIL, 2014).

Fittipaldi (2013) reforça que a participação do NASF nas reuniões de equipe é extremamente importante para o matriciamento e as discussões de casos, mesmo que existam dificuldades que comprometam a participação de todos profissionais do NASF em uma mesma reunião. Em minha experiência, o NASF se organizou em equipes de referência com um profissional de cada categoria para participar das reuniões de equipe com objetivo de fortalecer a discussão e compartilhamento dos casos com as EqSF, o que possibilitou realizar o matriciamento nesses espaços.

Enquanto nutricionista do NASF, eu era uma das mais solicitadas para a realização da AD, sendo acionada freqüentemente para as mais diversas demandas, desde usuários com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sequelas de AVC, desnutrição, Alzheimer até visitas de vinculação e luto. O caderno de AD volume 3 traz os cuidados em Terapia Nutricional com enfoque apenas para usuários em uso de terapia enteral ou parenteral, nesses casos normalmente os usuários são acompanhados pelas equipes do SAD, dessa forma há uma necessidade de ampliação das orientações em outros agravos.

Entre os desafios específicos do núcleo que encontrei na prática da AD foram casos de usuários que necessitavam de uma alimentação diferenciada, porém possuíam dificuldade financeira para a aquisição dos alimentos e sobrevivia através de doação o que me levou a repensar a conduta nutricional orientada, a necessidade de constante adequação para atender sua realidade socioeconômica e a articulação intersetorial para garantia da segurança alimentar e nutricional dos mesmos. O vínculo que construí com algumas famílias possibilitou a entrada nas

cozinhas para observar formas de preparo, armazenamento dos alimentos na geladeira e até a disponibilidade dos alimentos para o consumo da família, o que me levou a identificar condições precárias na alimentação que justificavam boa parte das demandas de saúde da família.

Pude vivenciar a aflição e orientar cuidadores de usuários em uso de terapia enteral, que na alta hospitalar não foram orientados quanto ao manejo e se desesperaram ao chegarem em casa, no caso de cuidadores idosos havia uma preocupação ainda maior, nesses casos as orientações eram repetidas em todas as visitas, a EqSF quanto aos cuidados com a higiene e integridade da sonda e a nutricionista quanto ao valor nutricional da dieta artesanal ofertada, os cuidados higiênicos com a preparação das mesmas para evitar infecções gastrointestinais, as receitas e formas de melhorar o valor calórico e nutricional das refeições, a hidratação e a oferta dos medicamentos via sonda.

Na experiência pude entender o quanto o alimento apresenta significados diferenciados para as famílias, o que me levou a repensar as estratégias de educação nutricional a serem utilizadas, bem como a necessidade de colocar o usuário como protagonista de seu cuidado. Essa percepção nem sempre é possível no trabalho ambulatorial. No domicílio os sujeitos se sentiam mais a vontade para compartilhar suas demandas e angústias, bem como possibilita a observação e percepção das demandas e determinantes de saúde imersos no cotidiano das famílias, dando mais ferramentas para o desenvolvimento de estratégias para o cuidado.

Em um relato de equipes de SF, no estudo de Amaral (2013), os nutricionistas eram os profissionais mais solicitados pela equipe, colaborando com o seu conhecimento específico no cuidado em saúde com objetivo de alcançar a integralidade. Porém, no estudo de Camossa *et al.* (2012) identificou-se que existe um olhar limitado dos profissionais das EqSF sobre o trabalho do nutricionista, caracterizando-se apenas no conceito de perda de peso e dieta.

Em um estudo realizado por Oliveira e Jesuino (2014), no estado do Piauí que contou com a participação de 11 nutricionistas que atuavam no NASF em diferentes regiões do estado, constatou-se que a grande maioria apresentava menos de três anos de atuação, apoiando mais de duas EqSF e que a realização de AD ocorria com pouca frequência e basicamente em casos em que o usuário não pode ir até a USF, normalmente acamados.

A falta de transporte foi a principal dificuldade encontrada para a realização das visitas no estudo de Oliveira e Jesuino (2014), sendo essa uma dificuldade também encontrada em minha experiência. Com isso, na maioria das vezes a visita era realizada sem a presença do médico, pois o mesmo se recusava a realizá-las sem o transporte do município, demonstrando uma diferença no perfil dos profissionais a depender da posição histórica que sua categoria representa. Em casos de menor distância, os demais profissionais deslocavam-se até o domicílio caminhando.

Entretanto, na minha experiência com AD apoiando quatro EqSF, as visitas ocorriam com maior frequência e eram destinadas tanto para usuários acamados ou com dificuldade de locomoção, como para outros usuários e famílias em que a equipe junto com o NASF avaliasse a necessidade, como situações de conflitos familiares, famílias em situação de vulnerabilidade social, casos graves de desnutrição, violência contra idosos, orientações quanto a cuidados paliativos, sobrecarga de cuidadores.

De acordo com Giovanella (2000), essa postura remete a integralidade sendo que a forma de compreender e abordar o indivíduo baseia-se na sua totalidade. Nessa perspectiva, o sujeito é visto como um ser indivisível, completo, não podendo ser descrito ou entendido por seu aspecto físico, psicológico ou social separadamente. A saúde do indivíduo deve ser avaliada através de uma visão ampliada do ser humano que possui sentimentos, vontades e aflições.

A atuação na AD possibilitou o fortalecimento do vínculo com as equipes de Saúde da Família, bem como com os usuários e suas respectivas famílias, os quais ampliaram a visão sobre o papel da Nutrição na ESF, reconhecendo as particularidades e formas de apoio entre as diferentes categorias profissionais.

Entre as intervenções nutricionais específicas implementadas na AD, destacam-se a avaliação nutricional dos membros da família, o aconselhamento nutricional familiar a partir da avaliação das condições socioeconômicas da mesma, orientações quanto a higiene e cuidados no armazenamento de alimentos, disponibilização de receitas e dicas de preparo de alimentos, orientação e articulação sobre programas nutricionais disponíveis no município para aquisição de fórmulas alimentares especiais para patologias específicas, Programa Bolsa Família

e Programa de Complementação Alimentar, com vistas a garantia da segurança alimentar e nutricional dessas famílias.

Em consonância com Canesqui *et al.* (2008), a minha experiência na AD instrumentalizou e estabilizou a inserção dos profissionais de saúde na comunidade, permitindo a criação de vínculo com a população, bem como o aperfeiçoamento no entendimento da realidade de vida, direcionando uma atenção especial as diferentes necessidades de saúde dos sujeitos.

A atuação na AD me trouxe a reflexão sobre o uso das tecnologias leve-duras, pautadas no saber técnico dos profissionais que na maioria das vezes imprimem e orientam sua atuação a partir de um fazer estruturado e nem sempre darão conta das reais necessidades de saúde, salientando a necessidade de uma constante adequação a realidade de vida desses sujeitos. Já as tecnologias leves, como a observação, a escuta qualificada da história de vida desses usuários permitiram uma ampliação do olhar sobre os determinantes de saúde envolvidos no processo de adoecimento dos mesmos e na formulação de novas estratégias de cuidado.

4.2 DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DO NUTRICIONISTA DO NASF NA AD

Entre os desafios encontrados pelos nutricionistas na AD, está a inexperiência no desenvolvimento dessa atividade, visto que durante a formação acadêmica não ter contato, nem mesmo em estágios curriculares e disciplinas práticas com o cuidado profissional em domicílio, o que gerou muita insegurança e frustração nas primeiras experiências vivenciadas. Essa insegurança e frustração inicial levaram a efeitos negativos no cuidado, ao passo que me deixou paralisada por achar que não saberia lidar com tantas demandas, já que adentrando o domicílio houve aproximação de problemas que perpassam todas as dimensões da saúde, situação bastante diferente do cotidiano do trabalho ambulatorial.

Aguiar e Costa (2013) identificaram que, embora as Diretrizes Curriculares Nacionais preconizem a importância da formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, apenas 27,1% das nutricionistas que participaram de sua pesquisa, sentiam-se capacitadas a atuar com base em reflexões sobre a realidade socioeconômica, política e cultural do território de atuação.

Entretanto, Nascimento e Oliveira (2010) vêem o atendimento individual ambulatorial como uma tendência na formação acadêmica de todos os profissionais da saúde, onde o modelo clínico assistencialista faz com que esses profissionais tenham um olhar biomédico tradicional, caracterizando um erro do sistema de ensino.

No desenvolvimento das atividades com a AD, pude vivenciar situações imprevistas, como conflitos familiares, estados depressivos de cuidadores por cansaço físico e psicológico, situações de violência e abandono de idosos, falta de alimentos, luto, violência doméstica, situações precárias de vida em todas as esferas, uso abusivo de álcool e outras drogas, dentre outras. Esses casos na maioria das vezes me obrigavam a deslocar-me de uma posição confortável restrita ao seu núcleo de saber. Tais situações me levaram a inúmeras reflexões em minha prática profissional, visto que por maior domínio que eu tivesse sobre as demandas específicas, as outras demandas que extrapolavam meu núcleo e até mesmo o campo, apareciam e seriam na maioria das vezes o ponto de partida para dar resolutividade aos problemas do usuário/família. A possibilidade de não atender a necessidade daquela família me desconsertava e me afligia.

Nessa trajetória, houve um entendimento da necessidade de assumir uma postura diferenciada no cuidado desses usuários/famílias, a partir do conhecimento do real contexto de vida onde pudemos elencar as potencialidades e fragilidades da dinâmica familiar e do quanto os mesmos podem influenciar e determinar a situação de saúde dos sujeitos. Tal compreensão aliviou os ânimos e deixou de me paralisar como antes, entender que o agente transformador é o próprio sujeito e não o profissional de saúde gerou menos sofrimento psíquico.

A necessidade desse constante deslocamento acaba por levar alguns profissionais a transformar a AD em uma consulta ambulatorial, seja por não reconhecer a potencialidade, seja por medo de ao realizar uma escuta qualificada e não conseguindo responder a tal demanda se sentir incapaz e frustrado diante da situação. Para Merhy e Onocko (2007), a tecnologia leve que é produzida através do trabalho vivo e entendida como o processo das relações onde há um encontro entre pessoas que atuam umas sobre e com as outras cria espaços de intersubjetividade, passíveis de afetações positivas e negativas. Esse processo de mobilização foi um contexto presente na minha prática e que gerou uma série de afetações como

ansiedade, insônia, medo, envolvimento pessoal no caso e até mobilização financeira.

Sá (2009), traz em seu trabalho que esses sentimentos contraditórios a partir do encontro com o usuário em seu domicílio, bem como o caráter relacional, intersubjetivo e de intervenção na vida, sofrimento e adoecimento do corpo e da alma dos sujeitos impõem ao trabalhador muitas exigências e sentimentos negativos como ansiedade, desamparo, impotência, angústia dentre outros, tornando o trabalho em saúde altamente exigente do trabalho psíquico.

Um ponto importante a ser destacado na superação das aflições diante da complexidade das demandas acolhidas durante a Atenção Domiciliar foi o conhecimento dos pontos da rede de assistência a saúde no município, os equipamentos sociais do território e dos demais setores como educação, esporte e lazer, assistência social para facilitar as articulações intersetoriais quando necessárias, construindo uma rede de apoio ao cuidado dessas famílias. Na minha experiência em AD houve a necessidade de articular serviços como CAPSi, Centro de Referência à Mulher, escolas, igrejas, creches, Centro de Especialidades em Saúde Mental, Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Social, Estádio municipal e cursos profissionalizantes.

Nessa perspectiva de trabalho em rede, Wimmer e Figueiredo (2006), afirmam que ações intersetoriais construídas em articulação pelos atores, contribuem para efetividade e eficiência das ações de saúde. Acredita-se que as articulações podem ocorrer através da construção de uma rede entre diferentes setores e segmentos sociais como: educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não-governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros.

Ademais, entre as estratégias destaca-se a criação de vínculo profissional/usuário e profissional/profissional, como principal ponto de fortalecimento no cuidado domiciliar desenvolvido na ESF. A AD por sua complexidade proporcionou um envolvimento maior com as famílias, o território e seus equipamentos.

A participação de diversos profissionais nas visitas possibilitou o compartilhamento de saberes e de angústias entre os núcleos, que mobilizou a produção de outras estratégias de cuidado, fortalecendo as relações de apoio entre

a própria equipe, além de uma melhor identificação das necessidades de saúde a partir do que fora relatado e observado fora das paredes dos consultórios, dentro do universo simbólico desse sujeito/família. Dessa forma, percebi que só o fato de adentrarmos a casa desses sujeitos e ouvi-los de forma mais íntima já produzia algum tipo de bem-estar, a noção de um cuidado mais próximo da realidade dessa família.

Em um estudo realizado em Camaragibe-PE a partir das experiências vivenciadas no município com profissionais do NASF e EqSF que atuavam em parceria na AD, observou-se que as visitas domiciliares compartilhadas favorecem a ampliação do cuidado integral, permitem acesso maior às necessidades em saúde dos usuários, proporcionam o fortalecimento de vínculo dos profissionais com os usuários e aumentam a sensibilização dos profissionais da saúde para o compartilhamento de conhecimentos e ampliação da clínica, que facilitaram a abordagem da saúde da família, e assim levaram a uma maior adesão dos usuários e cuidadores as orientações. (SPINELLI, et al. 2013).

A utilização da educação em saúde como dispositivo de coprodução de saberes da pessoa/família para a busca de autonomia, de soluções mais amplas e uma existência digna, o diálogo, a troca de informações, o conhecimento da realidade do outro e todos os seus determinantes sociais foram formas utilizadas para atingir com efetividade o objetivo proposto que foi o de estimular a pessoa a analisar sua própria realidade e ser o próprio agente de mudança na minha experiência com AD. Para Machado e Vieira (2009), as ações de educação em saúde, numa concepção ampliada de cuidado de saúde, requerem a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença, estendendo-se à concretização de políticas públicas saudáveis.

Nessa perspectiva, há uma necessidade constante de criar ou mesmo recriar estratégias de cuidado, uma vez que o trabalho em saúde é pautado no trabalho vivo, realizado em ato, a partir do encontro entre trabalhador-usuário e no estabelecimento de relações de confiança onde está em jogo o protagonismo dos sujeitos diante das especificidades das demandas de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população e o aumento da incidência de doenças crônicas degenerativas são descritos como os principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento da Atenção Domiciliar no Brasil. Esse novo cenário demanda uma mudança no modelo de atenção à saúde para responder a essa transição no perfil de saúde da população, com vistas a alcançar um cuidado efetivo e resolutivo. (BRASIL, 2012)

Por sua vez, o trabalho em saúde pautado no trabalho vivo, exige uma alta carga psíquica dos profissionais, pois o produto do seu trabalho é derivado das intervenções em ato, no momento de sua execução, resultado das relações que se estabelecem e das tecnologias leves e leve-duras utilizadas para o alcance de um cuidado resolutivo. Assim, muitos desafios são encontrados na prática para os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica e na Atenção Domiciliar.

Considerando o foco principal do trabalho, discutir os desafios e estratégias de enfrentamento da inserção/atuação de nutricionistas do NASF na AD, na experiência ficou evidente a fragilidade na formação acadêmica dos nutricionistas para atuação na Saúde da Família, especialmente na AD, isso se deve a uma formação que se distancia da realidade encontrada no território com demandas que extrapolam o campo da saúde e que devem ser consideradas para o cuidado desses usuários. Apesar de se preconizar uma formação generalista e reflexiva, ainda existem muitas dificuldades no cotidiano de trabalho para lidar com outras demandas que não sejam específicas do núcleo e do campo da saúde, reforçando a necessidade da efetivação dessa formação.

As demandas específicas de Nutrição se tornaram ainda mais evidentes na AD em comparação ao trabalho ambulatorial, pois há um distanciamento entre o que o usuário relata entre as paredes do consultório e o que de fato acontece em sua residência que podem ser observados e identificados em uma visita. Esses fatores que afetam sua alimentação e nutrição e estado de saúde, como conflitos familiares, violência doméstica, problemas socioeconômicos e afetivos e problemas com familiares em uso abusivo de álcool e outras drogas comumente não são relatados em uma consulta individual.

Com isso, Merhy e Onocko (2007), afirmam que a AD utiliza-se de três tecnologias leves que são a observação, a entrevista, e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos.

O encontro com o usuário no domicílio possibilitou uma aproximação e envolvimento que geraram sentimentos como desamparo e ansiedade inicialmente, mas que foram minimizados com o fortalecimento da articulação intersetorial, a aproximação entre os profissionais para a produção de estratégias de cuidado e o desenvolvimento da educação em saúde.

A atuação na AD permitiu formular estratégias para o enfrentamento como o fortalecimento do vínculo, gerando uma relação de maior confiança entre os profissionais e a comunidade, propiciando o desenvolvimento de uma relação não apenas baseada no caráter técnico da prática, mas que também inclui relações mais comunicativas e afetivas.

A experiência na AD representou um marco de entrada na atuação em Saúde da Família enquanto profissional de saúde, possibilitando um crescimento no que tange o entendimento sobre as relações familiares, os sentimentos e afetos que participam do processo de tratamento e adoecimento das pessoas que foram possíveis a partir do encontro com os usuários em seu ambiente domiciliar. Enquanto nutricionista fez despertar para a importância do barramento dos núcleos e para a ampliação do olhar sobre a saúde e a corresponsabilização do cuidado com o próprio usuário. A experiência me proporcionou desafios psicológicos, constantes deslocamentos e a aproximação com usuários e famílias em situações alarmantes de subcidadania que geraram reflexões sobre minha própria vida

Contudo, se faz necessário o compartilhamento de novas experiências na atuação/inserção de nutricionistas do NASF na AD que correlacionem os aspectos descritos nesse trabalho, como o desenvolvimento de novas estratégias para o enfrentamento dos desafios na AD, considerando a importância do tema com bases evidentes, mas que requer ainda, amplas discussões que irão contribuir e subsidiar efetivamente o trabalho desses profissionais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. B. **Formação acadêmica e atuação profissional de nutricionistas de Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Goiás**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, p. 15, 2013. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v28n2/1415-5273-rn-28-02-00207.pdf>>. Acesso em 29 dez., 2016.

AMARAL, M. N. D. **O nutricionista na estratégia saúde da família : recurso eletrônico : reflexões sobre sua atuação no município de Chapecó**. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais) - Universidade Comunitária da Região de Chapecó, p. 162, 2013. Disponível em:<<http://fleming.unochapeco.edu.br:8080/pergamumweb/vinculos/0000AE/0000AE4F.PDF>> . Acesso em: 19 jan., 2017

AMARO, S. **Visita Domiciliar: guia para uma abordagem completa**. Porto Alegre: AGE; 2003.

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, 2008. Disponível em:

<<http://educacaoemnutricao.com.br/documentos/atuacaodonutricionistaemsaudepublicanapromocaodaalimentacaosaudavel55694.pdf>> Acesso em 29 dez. 2016.

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **A visita médica como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.15, n.37, p.461-72, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop0611>> Acesso em 10 set., 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhor em Casa – A segurança do hospital no conforto do seu lar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, v.1, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf>. Acesso em: 10 set., 2016.

BRASIL. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os núcleos de apoio a saúde da família. Brasília (DF). Ministério da Saúde, 2008**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf> Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**.

Brasília (DF). Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html> Acesso em: 25 nov. 2016.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. . Ministério de Saúde, 2011.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 10 out. 2016.

CAMOSSA, A. C. D. A.; TELAROLLI JUNIOR, R.; MACHADO, M. L. T. **O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes**. Revista de Nutrição, v. 25, p. 89-106, 2012.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. **A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil**. Cad. Saúde Pública., São Paulo, v. 24, n. 4, p. 862-870. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/17.pdf>> Acesso em 08 set. 2016.

CARDOSO, L. S. **Exercícios e notas para formular uma pesquisa**. Rio de Janeiro: Papel Virtual; 2000.

MANCUSO, A. M.; et al. **A atuação do nutricionista na Atenção Básica à saúde em um grande centro urbano**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 17(12):3289-3300, São Paulo 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/14.pdf> > Acesso em : 12 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – CFN. **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. Brasília: CFN; 2008. Disponível em: http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/artigo_atencao.pdf> Acesso em: 18 nov. 2016.

FITTIPALDI, A. L. D. M. **Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, p. 92, 2013. Disponível em: < <file:///C:/Users/MariadeLourdes/Downloads/fitipaldialmm.pdf>>. Acesso em: 19 jan., 2017.

FRANÇA S.P., PESSOTO, U.C, GOMES, JO. **Capacitação no Programa Saúde da Família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo**. Trab. Educ Saúde. 2006;4(1):93-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000100006> Acesso em : 19 set. 2016.

FRANCO, T.B., MERHY, E.E. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde**. Tempus- Actas de Saúde coletiva. P.151-163, 2012. Disponível em :<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

GIOVANELLA, L. et al. **Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção**. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000.

LACERDA, M. R. et al. **Atenção a saúde no domicílio. Modalidades que fundamentam sua prática**. Ver. Saúde e sociedade v.15, n 2, p.88-95, 2006. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09.pdf>> Acesso em: 20 out., 2016.

LIMA, C. H.R. et al. **A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva**. Rev. Interd.v.8, n. 2, p. 209-214, 2015. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/732>>. Acesso em: 16 set., 2016.

MACHADO, M. F.; VIEIRA, N.F.C. **Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação dos usuários**. Rev.Latino-america Enfermagem, 2009. Disponível em :<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_06.pdf>. Acesso em: 20 jan., 2017.

MERHY E.E, ONOCKO R, editores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>>. Acesso em: 28 out., 2016.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. O Mundo da Saúde., v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilos-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf> Acesso em: 15 set., 2016.

OLIVEIRA, A.R; JESUINO, M.R.C. **Atuação do nutricionista em núcleo de apoio a saúde da família no estado do Piauí**. R.Interv. V.7, n.1, p.123-133, jan. fev. mar.2014. Disponível em : http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/166/pdf_102 . Acesso em: 27 out., 2016.

ROSEN G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec; 1994.

SÁ, M.C. **A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde**. Interface - Comunic., Saude, Educ., n.13, v.1,p.651-64, 2009.Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a16v13s1.pdf>> Acesso em: 19 out., 2016.

SPINELLI, V. B.; et al. **Visita domiciliar compartilhada e cuidado integrado: a experiência do NASF em Camaragibe – PE**. Cong.Br.med. Fam.Comunidade. Belém, 2013.Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1132/1124>>. Acesso em: 18 jan., 2017.

TEIXEIRA, C. F. **Modelos de atenção para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde**. In: TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S; 2002.

VILABOAS, A. L. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Instituto de saúde coletiva, [s.l], p. 79-99, 2002.

WIMMER, G. F., FIGUEIREDO, G. O. **Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade**. Ciên. Saúde Coletiva 2006; 11(1): 145-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29458.pdf> . Acesso em: 16 jan., 2017.