



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Os nutricionistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro: perfil, formação e prática profissional”

por

Fernanda Ribeiro dos Santos de Sá Brito

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

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Maria Helena Machado
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Lobato Tavares*

Rio de Janeiro, março de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Os nutricionistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro: perfil, formação e prática profissional”

apresentada por

Fernanda Ribeiro dos Santos de Sá Brito

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Monica Vieira

Prof.^a Dr.^a Denise Cavalcante de Barros

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Machado – Orientadora principal

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

B862n Brito, Fernanda Ribeiro dos Santos de Sá
Os nutricionistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família
(NASF) do município do Rio de Janeiro: perfil, formação
profissional e prática. / Fernanda Ribeiro dos Santos de Sá Brito. -
- 2015.
162 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Maria Helena Machado
Maria de Fátima Lobato Tavares
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Promoção da Saúde. 4. Nutricionistas. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12

*Às Minhas avós Lucy e Ivete que certamente estão vibrando com todas as
minhas conquistas lá do céu.*

Ao Nando, ao qual minha gratidão e amor serão eternos.

AGRADECIMENTOS

Esse momento é de grande importância pois de fato muitas pessoas contribuíram para a realização deste sonho.

Primeiramente agradeço a Deus, por permitir essa caminhada e direcionar meus passos quando existiam vários caminhos a seguir.

Agradeço àquela que contribuiu enormemente para a construção da base do meu conhecimento e que me apoiou e torceu por mim em todos os momentos, mas que infelizmente sua saúde não permitiu presenciar em corpo físico essa conquista, mas certamente de algum lugar está vibrando comigo, minha linda avó Lucy. Da mesma forma minha linda avó Ivete, aquela que esteve ao meu lado e foi meu grande incentivo em estudar este tema, mas que infelizmente também não conseguiu chegar até aqui ao meu lado. Por elas minha eterna gratidão!

Meu grande amor Fernando, sem ele nada disso teria acontecido. Foi ele quem acreditou no meu potencial, sendo meu maior incentivo para concretizar esse sonho. Companheiro desta jornada, esteve ao meu lado diariamente e foi meu grande amigo, meu porto seguro, e consolo com sua voz serena e sua sabedoria infinita.

Gratidão a minha família, especialmente aos meus pais, Henrique e Vilma, pelo apoio, amor incondicional e pela educação que me concederam, o que contribuiu muito para que eu chegasse até aqui. Meus lindos irmãos Vinícius e Leticia por serem uma fonte de inspiração, meus exemplos, meus grandes amigos. Minha cunhada Bianca pelo auxílio e apoio em todos os momentos.

Minhas queridas orientadoras Maria Helena Machado e Maria de Fátima Lobato Tavares, pelos inúmeros aprendizados que levarei por toda vida, pela paciência, e por confiarem em mim, muitas vezes mais do que eu mesma, e com isso permitirem que eu seguisse com meus sonhos, o que foi muito enriquecedor. Agradeço também a equipe de trabalho da Maria Helena que contribuiu muito para essa construção.

À ENSP, ao CNPQ e aos professores dessa instituição que tanto contribuíram para minha formação, aos professores do DAPS, em especial as professoras Tatiana Wargas, Cristiani Vieira Machado e Luciana Dias Lima, que acompanharam de perto meu trabalho na disciplina, por serem grandes exemplos de competência e seriedade, pelo apoio e carinho em momentos difíceis, por serem inspiração profissional para mim.

A todos os nutricionistas que participaram desta pesquisa, àqueles que contribuíram e me auxiliaram de alguma forma nessa jornada, principalmente do INAD.

Todos os meus amigos por serem a válvula de escape, por entenderem minhas ausências em tantos momentos importantes. Agradeço especialmente a Tais, amiga de profissão, de trabalho, de mestrado, que esteve ao meu lado nos melhores e piores momentos da vida, minha irmã, obrigada por viver comigo esse sonho, sempre nós duas. Agradeço também a Clara por me ouvir mesmo sem entender muito o que acontecia, e por entender o meu distanciamento frequente nestes 2 anos.

Agradeço muito também aos meus amigos de turma Camille Melo, Celita Almeida, Diana Graça, Elias Barbosa, Lucas Bronzatto, Luisa Chaves, Marina do Prado, Marta Maior, Raquel Lisboa, Renata Knust e Verena Moraes por serem companheiros nessa jornada, pelo apoio, ajuda, pelas comemorações, deixarão saudades. Especialmente agradeço a Verena, por todo apoio nos momentos mais difíceis, compartilhar as alegrias e tristezas com você tornou todo processo muito mais fácil.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”

Paulo Freire

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.”

Chico Xavier

“As tarefas que nos propomos, devem conter exigências que pareçam ir além de nossas forças. Caso contrário, não descobrimos nosso poder, nem conhecemos nossas energias escondidas e assim deixamos de crescer.”

Leonardo Boff

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a estratégia prioritária para a reorientação das práticas em saúde, tendo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como suporte com vistas a ampliar e qualificar a atenção prestada. O objetivo deste estudo foi analisar a prática dos Nutricionistas no contexto do NASF no município do Rio de Janeiro e sua relação com a formação profissional. O estudo se dividiu em dois momentos. Inicialmente todos os profissionais responderam a um questionário virtual estruturado, que traçou o perfil dos mesmos. No segundo momento, foram selecionados 8 profissionais com perfis diversificados, para realização de entrevistas contando com um questionário semiestruturado. O material coletado foi analisado seguindo a metodologia de *Análise do Conteúdo*. Em relação ao perfil dos profissionais a grande maioria é do sexo feminino, com uma média de 36 anos de idade, naturais e graduados no estado do Rio de Janeiro, em média possuem 12 anos de formados, sendo a maioria (73%) graduada em universidades públicas. O estudo mostrou que no momento de implantação do NASF no município (2010), pouco se sabia a respeito da sua metodologia de trabalho, sendo iniciado às cegas, e com isso o quadro de funcionários selecionados para iniciar no serviço não estava adequado à prática. Até os dias atuais o quadro conta com alguns desses profissionais e outros com contratos mais recentes, no entanto, de maneira geral os profissionais não apresentam um perfil de formação profissional condizente com os principais objetivos do NASF e sinalizam algumas lacunas no processo de formação, como o entendimento sobre composição da rede de atenção à saúde e a uma visão ainda biologicista da formação dos profissionais de saúde. Apesar disso, os profissionais demonstraram familiaridade com seu campo de trabalho e suas atribuições, que se deu por meio da experiência adquirida com a prática. Alguns fatores foram destacados como obstáculos a serem superados, a saber: a resistência por parte de muitos profissionais que atuam na ESF em compreender o trabalho desenvolvido pelo NASF, e atuar nesta parceria; o elevado número de equipes a serem matriciadas; e a alta rotatividade de profissionais, caracterizado como motivo de descontinuidade do trabalho desenvolvido.

Palavras-chave: Atenção primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Promoção da Saúde e Nutricionista

ABSTRACT

The Family Health Strategy is the priority strategic to reorientation health practices, and has the Family Health Support Units (NASF) as a support in order to widen and improve the care provided. The objective of this study was to analyze the Nutritionists practice in NASF context in the city of Rio de Janeiro and its relation to vocational training. The study was divided into two parts. Initially, all professionals answered a structured virtual questionnaire, which traced their profile. In the second phase, it was selected eight diverse professionals' profiles to interviews relying on a semi-structured questionnaire. The collected material was analyzed following the "content analysis" methodology. Related to the professional profile the vast majority is female, with an average of 36 years old, natural and graduate in the state of Rio de Janeiro, on average they have 12 years graduated, and the majority (73%) was graduated in public universities. The study showed that at the time NASF implementation in the city (2010), little was known about its methodology, being started blindly, and the selected workforce to start the service was not suitable to practice. Until today, many of these professionals are still present in teams, which also have other professionals with more recent contracts, however, in general practitioners don't have a training profile consistent with the main objectives of NASF and indicate some gaps in the training process, as understanding the composition of the health care network and an even clinic view of the health professionals' education. Nevertheless, the professionals demonstrated familiarity with their field and their assignments, which occurred through the experience gained in practice. Some factors were highlighted obstacles to be overcome, namely: the resistance from many professionals working at ESF in understanding the work developed by NASF and act in partnership with it; the high team's numbers to be supported; and high turnover, characterized as the reason for the discontinuation of their work.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Health Promotion e Nutricionist

SIGLAS

AP – Áreas de planejamento

APS - Atenção Primária à Saúde

ASBRAN / ABN - Associação Brasileira de Nutrição

CAP - Coordenação de Área de planejamento

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial infantil

CAPSad - Centros de Atenção Psicossocial Álcool Drogas

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CECAN - Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição

CEPI-DSS - Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde

CER - Coordenação de Emergência Regional

CFE - Conselho Federal de Educação

CFN - Conselho Federal de Nutrição

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CME - Coordenação da Mobilização Econômica

CMS – Centro Municipal de Saúde

CNA - Comissão Nacional de Alimentação

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DEGERTS - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FEBRAN - Federação Brasileira das Associações de Nutricionistas

GAT- Grupo de Apoio Técnico

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICCN - Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais

IES - Instituições de Educação Superior

IGC - Índice Geral de Cursos

INAD - Instituto de Nutrição Annes Dias
INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INCA - Instituto Nacional do Câncer
INTO - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
ITA- Instituto de Tecnologia Alimentar
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial da Saúde
OS - Organizações Sociais
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAAS - Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PAB - Piso da Atenção Básica
PACS - Programa Agente Comunitário de Saúde
PAT - Programa de Alimentação do Trabalhador
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PND - Plano Nacional de Desenvolvimento
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PRONAN - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSE - Programa de Saúde na Escola
PSF - Programa de Saúde da Família
PST - Projeto de Saúde no Território
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RJU – Regime Jurídico Único
SAN - Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS - Serviço de Alimentação da Previdência Social
SF - Saúde da Família
SGETS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SISREG - Sistema de Regulação de vagas

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SMSDC - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

STAN - Serviço Técnico da Alimentação Nacional

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

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELAS

TABELA 1: FAMÍLIAS ACOMPANHADAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL -1998 - 2012	24
TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR NA ÁREA DE SAÚDE SEGUNDO CATEGORIAS PROFISSIONAIS - BRASIL 2004 – 2009	42
TABELA 3: CAPACIDADE INSTALADA DE ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS DO SUS – BRASIL – 1980 A 2009.....	45
TABELA 4: EXPANSÃO DOS CURSOS DE NUTRIÇÃO NO BRASIL POR DÉCADA	57
TABELA 5: CURSOS DE NUTRIÇÃO SEGUNDO ESTADOS E REGIÕES – BRASIL 2013.....	61
TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO DOS NUTRICIONISTAS SEGUNDO ESTADOS E REGIÕES - BRASIL 2000 - 2013	65
TABELA 7: NUTRICIONISTAS POR ÁREA DE PLANEJAMENTO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	73
TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS NUTRICIONISTAS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA – NASF-RJ	83
TABELA 9: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE NUTRICIONISTAS SEGUNDO MODALIDADE DE PÓS GRADUAÇÃO QUE GOSTARIA DE REALIZAR. (ADMITE-SE MAIS DE UMA OPÇÃO)	86
TABELA 10: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE NUTRICIONISTAS QUANTO A MODALIDADE DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL UTILIZADA – NASF -RJ.....	87
TABELA 11: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE NUTRICIONISTAS SEGUNDO GRAU DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO – NASF - RJ	88
TABELA 12: DISTRIBUIÇÃO DOS NUTRICIONISTAS SEGUNDO JORNADA DE TRABALHO SEMANAL- NASF-RJ	89
TABELA 13: NUTRICIONISTAS SEGUNDO OPINIÃO SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO – NASF-RJ .	90
TABELA 14: NUTRICIONISTAS SEGUNDO MOTIVOS DE DESGASTE NO TRABALHO - NASF-RJ	91

QUADROS

QUADRO 1: DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE NASF POR 100.000 HABITANTES POR REGIÃO- BRASIL 2014.....	32
QUADRO 2: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA SGTES	47
QUADRO 3: PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO 1975 - 1985	56
QUADRO 4: INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	62
QUADRO 5: TOTAL DE NUTRICIONISTAS POR REGIÕES - BRASIL 2005-2012	67
QUADRO 6: EQUIPES DE NASF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - 2010 A 2014.....	79

GRÁFICOS

GRÁFICO 1: CURSOS DE NUTRIÇÃO POR REGIÕES – BRASIL 2013	62
GRÁFICO 2: DISTRIBUIÇÃO DO PERCENTUAL DE NUTRICIONISTAS POR REGIÕES – BRASIL 2013.....	66
GRÁFICO 3: DISTRIBUIÇÃO DE NUTRICIONISTAS POR REGIÕES - BRASIL	67
GRÁFICO 4: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS NUTRICIONISTAS SEGUNDO SEXO – NASF-RJ	81
GRÁFICO 5: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS NUTRICIONISTAS SEGUNDO COR OU RAÇA. NASF-RJ	82
GRÁFICO 6: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS NUTRICIONISTAS SEGUNDO TEMPO DE FORMADO - NASF-RJ	84
GRÁFICO 7: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS NUTRICIONISTAS SEGUNDO MODALIDADE DE PÓS- GRADUAÇÃO REALIZADA – NASF -RJ	85
GRÁFICO 8: DISTRIBUIÇÃO DOS NUTRICIONISTAS SEGUNDO TEMPO DE TRABALHO NO NASF- RJ	87
GRÁFICO 9: DISTRIBUIÇÃO DOS NUTRICIONISTAS SEGUNDO RENDA MENSAL APROXIMADA – NASF- RJ.....	90

FIGURAS

FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO DOS NASF NO TERRITÓRIO NACIONAL	33
FIGURA 2: DISTRIBUIÇÃO DOS NUTRICIONISTAS NO NASF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 2014.	79

SUMÁRIO

NOTAS INTRODUTÓRIAS	15
CAPÍTULO 1 - ATENÇÃO BÁSICA, SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: BASES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS.....	19
1.1- ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA.....	19
1.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO ALICERCE PARA REORIENTAÇÃO DE PRÁTICAS	26
1.3 - O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	30
CAPÍTULO 2 – FORMAÇÃO EM SAÚDE E A TRAJETÓRIA DA NUTRIÇÃO NO BRASIL.....	40
2.1 – FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	40
2.2 - NUTRIÇÃO: TRAJETÓRIA DE CONSOLIDAÇÃO PROFISSIONAL	50
CAPÍTULO 3 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	70
CAPÍTULO 4 - O NUTRICIONISTA DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	77
4.1- O NASF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	77
4.2 - PERFIL DOS NUTRICIONISTAS DO NASF DO MUNICÍPIO DO RJ	81
4.3- A PRÁTICA NO CONTEXTO DO NASF E SUA RELAÇÃO COM A FORMAÇÃO PROFISSIONAL	92
CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICES	148
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO - PERFIL DO NUTRICIONISTA.....	149
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO - FORMAÇÃO PROFISSIONAL	153
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	154
APÊNDICE D – PARECER DE APROVAÇÃO - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – ENSP	156
APÊNDICE E – PARECER DE APROVAÇÃO - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	159

NOTAS INTRODUTÓRIAS

O interesse em estudar a profissão de Nutrição surgiu em decorrência de inquietações que me acompanham desde a graduação em Nutrição, e que só vieram a aumentar na atuação como profissional da área.

É crescente a importância creditada à Nutrição atualmente, em um cenário onde, por um lado, as pessoas buscam cada vez mais vitalidade, por meio da prática de atividade física e de uma alimentação balanceada, e por outro, diversos fatores corroboram para uma alimentação pouco nutritiva e estilos de vida sedentários.

Ao pensar na necessidade de um olhar mais ampliado para o processo saúde-doença, e entendendo os sistemas de saúde como estruturas complexas, é importante considerar as profundas transformações que atravessamos e que se expressam em demandas ao sistema de saúde (TEMPORÃO, 2012:14). Tais transformações são as conhecidas transições, que vem ocorrendo de forma sobreposta e refletem um cenário preocupante.

Como destaca Temporão (2012), o Sistema de Saúde brasileiro foi historicamente construído tendo a doença como foco, e não a saúde, pautado no modelo biomédico. E neste momento é preciso pensar na determinação social destas doenças numa perspectiva de transformar o cenário que se coloca.

Atualmente, vivencia-se um processo de mudanças no perfil epidemiológico da população, que se dá de forma incompleta com a prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, e aumento considerável das doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e câncer (BRASIL, 2010a). Outro componente desta transição é o aumento da violência urbana (homicídios, agressões, acidentes de trabalho e de trânsito), compondo uma tripla carga de doença (TEMPORÃO, 2012).

Este cenário não ocorre de maneira isolada, está imbricado em outras transições que da mesma forma se sobrepõem, como a nutricional, onde ainda existe a desnutrição e a deficiência de nutrientes e ao mesmo tempo é crescente o número de casos de sobrepeso e obesidade na população. É paradoxal pensar que, em uma mesma comunidade, ou até no mesmo domicílio, coexistem pessoas com obesidade e com deficiência de ferro, por exemplo (BRASIL, 2010a).

Dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, mostram que no ano de 2011 quase a metade da população brasileira encontrava-se acima do peso, sendo 48,5% com sobrepeso e 15,6% com obesidade (BRASIL, 2012a). Este fato pode ser justificado, em partes, pelas

mudanças no padrão de vida da população, onde a mulher passou a trabalhar fora de casa, aumentando o número de refeições realizadas em outros ambientes, além de mudanças no perfil alimentar, com aumento do consumo de carboidratos simples, refrigerantes, gorduras saturadas e alimentos processados, e redução do consumo de cereais, leguminosas, frutas, verduras e legumes (BRASIL, 2010a).

Outros fatos que merecem destaque referem-se ao crescimento de indústrias do setor alimentício e ao aumento maciço de publicidade de alimentos, bebidas e *fastfoods*, trazendo esta realidade para mais perto dos consumidores, com produtos de baixo valor nutricional e ricos em gorduras, conservantes, aromatizantes e açúcares, contrapondo-se a um modo mais saudável de se alimentar.

Da mesma forma, em relação a aspectos demográficos, com a redução da mortalidade infantil e da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida, temos uma população com maior idade e conseqüentemente com risco aumentado para o desenvolvimento de doenças crônicas (BRASIL, 2010a). O Sistema de Saúde brasileiro ainda está muito voltado para urgências e emergências, para doenças agudas, e despreparado para acolher pacientes com múltiplas patologias, necessitados de um cuidado integral, de atenção interdisciplinar (TEMPORÃO, 2012).

Esse contexto se expressa em um cenário extremamente desigual com prevalência de fortes iniquidades. Usando como exemplo as informações providas pelo Observatório sobre iniquidades em Saúde (CEPI-DSS, 2012), com base nos dados do Ministério da Saúde, é possível observar a discrepância existente entre as taxas de mortalidade específica por Diabetes Mellitus de acordo com os anos de escolaridade nas regiões do Brasil. Em 2009, na Região Sudeste, essa taxa foi de 113,8% entre as pessoas com 3 anos ou menos de escolaridade, enquanto que entre os que possuem 8 anos ou mais foi de 10,5%.

As mudanças no perfil epidemiológico e nutricional trazem uma nova demanda às unidades básicas de saúde, relacionadas, principalmente, a agravos que acompanham as doenças crônicas não transmissíveis e as deficiências nutricionais. Assim, as Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde contribuirão para o maior controle e prevenção de tais patologias, com vistas à integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010a).

Neste sentido, torna-se de grande relevância estudar a atuação dos nutricionistas na Atenção Básica, na perspectiva de analisar essa prática e entender como se deu a trajetória de formação profissional destes trabalhadores até o momento, o quanto que esta formação vem

contribuindo para sua atuação, entendendo as mudanças que vem ocorrendo nesta, como forma de adaptar-se a um perfil de usuários que carece de uma visão mais holística da saúde.

No que tange esse olhar mais ampliado, onde a saúde não é vista apenas em oposição à doença, entendendo que diversos fatores, que são inerentes ao contexto em que se vive, influenciam diretamente a qualidade de vida, torna-se relevante trazer alguns princípios da Promoção da Saúde, compreendida aqui não só como uma política, que dialoga diretamente com as políticas voltadas para a Atenção Básica, mas sobretudo como um campo de conhecimento que tem muito a contribuir para essa necessária transformação das práticas em saúde.

O estudo aqui realizado justifica-se pela importância de trazer para o campo de pesquisa em saúde pública análises de como atualmente se encontra o trabalho realizado sob novas perspectivas de reorientação de práticas, bem como o entendimento do quanto a formação profissional vem dialogando com esses desafios. É importante ter em mente que, embora muitos esforços já estejam voltados para modificar um perfil populacional que se apresenta por aumento de sobrepeso, obesidade e doenças crônico-degenerativas, os dados mostram que ainda existe muito trabalho a ser feito.

Optou-se por estudar a atuação do profissional de Nutrição no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) por ser um campo mais recente e em expansão dentro da Atenção Básica. Um outro aspecto que chama atenção é o fato de que, apesar da reconhecida contribuição que esse profissional pode prestar as demandas que se colocam na Atenção Básica, sua presença não é obrigatória na Equipe de Saúde da Família, e no Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, ele pode fazer parte da equipe, onde são escolhidos 5 de 13 profissionais da área de saúde, dentre eles o nutricionista, o que significa que em muitos casos pode não existir um nutricionista atuando na Saúde da Família.

Não se pretende com esse estudo ignorar a essencialidade da presença de outros profissionais nesta equipe, no qual ao se propor um olhar diferenciado para as práticas e para uma conduta profissional ampliada, sabe-se que sua realização demanda uma participação multiprofissional. Acredita-se que a partir das necessidades atuais da população brasileira o nutricionista poderá contribuir não só no contato direto com os usuários, mas principalmente por meio da colaboração em equipe com outros profissionais que possam atuar em conjunto com ele.

Diante de tal problemática, algumas questões se colocam:

- Como se dá a atuação do nutricionista dentro do NASF?
- Qual a percepção deste profissional em relação a sua atuação nessas equipes?
- Em que medida sua formação contribui para a atuação dentro deste campo?
- Diante das necessidades requeridas, esse profissional se sente preparado para atuar no NASF?
- A formação do nutricionista está voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS), e de acordo com suas atribuições na prática, o que se coloca a partir das mudanças no modelo de atenção à saúde?

Assim a questão norteadora central deste estudo é: **Em que medida a formação profissional contribui para a prática do nutricionista no NASF?**

A fim de responder esta questão, a seguir serão apresentados os objetivos deste trabalho.

Objetivo geral:

Analisar a prática do nutricionista no contexto do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município do Rio de Janeiro e sua relação com a formação profissional.

Objetivos específicos:

1. Descrever o perfil dos nutricionistas que atuam no NASF;
2. Analisar o percurso de formação profissional destes nutricionistas;
3. Analisar como se deu a sua inserção nesta equipe;
4. Caracterizar as principais atividades desenvolvidas por estes profissionais.

O estudo está estruturado em 6 capítulos. O primeiro capítulo apresenta a fundamentação teórica sobre Atenção Básica, Saúde da Família e Promoção da Saúde importante para o maior aprofundamento sobre o tema. O segundo capítulo consiste em um panorama sobre a formação em saúde no Brasil e especificamente a formação em Nutrição, o seu percurso histórico e trajetória de consolidação profissional. O terceiro capítulo descreve o percurso metodológico utilizado no estudo. O quarto capítulo é dividido em três partes: se inicia com uma sucinta contextualização do NASF no município do Rio de Janeiro; em seguida são apresentados os resultados encontrados em campo relacionados ao perfil do nutricionista do município; e por último contexto de prática profissional e sua relação com a formação. O quinto e último capítulo é composto pelas considerações finais do estudo.

CAPÍTULO 1 - ATENÇÃO BÁSICA, SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: BASES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS

1.1- ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA

De acordo com Starfield (2002:19), todos os sistemas de saúde possuem duas metas prioritárias: a primeira é melhorar a saúde da população, com base em um conhecimento avançado sobre a causa e o tratamento das doenças, potencializando a saúde; e a segunda, seria reduzir as disparidades entre os grupos populacionais, de modo que todos tenham as mesmas oportunidades de acesso aos serviços e alcance de níveis ótimos de saúde.

Com o avanço de tecnologias e do próprio conhecimento, os profissionais tendem a se especializar cada vez mais, buscando dominar as novas demandas de informações, o que torna o setor saúde muito fragmentado. Cada profissional possui o domínio da sua área específica, focando apenas em uma determinada enfermidade, sem um olhar mais ampliado de tudo que está imbricado na determinação de uma doença. Além disso, essas especialidades são muito mais custosas, por demandarem alta tecnologia, do que a atenção primária, a prevenção e promoção da saúde, que transcendem enfermidades específicas. Diante do alto custo dos serviços especializados, a população tem menos acesso a ele e tal fato corrobora para gerar mais iniquidades (STARFIELD, 2002).

Ainda que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja um tema mais recente na história mundial, diversas ações realizadas na saúde no início do século XX se aproximavam dos conceitos de APS. No Brasil, por exemplo, nas décadas de 1920 e 30, quando a saúde se consolida como uma função do Estado, os serviços implantados já apresentavam concepções da APS, como as práticas de prevenção de doenças pelas campanhas sanitaristas e serviços de profilaxia rurais, no combate a epidemias como febre amarela, peste e varíola.

No entanto, no decorrer dos anos, começam a se discutir conceitos mais amplos de saúde, distintos do modelo biomédico que enfatizava uma atuação mais pontual sobre a doença, sem levar em conta o extenso cenário em que ela se insere.

Na década de 1970, um amplo debate ocorreu internacionalmente, acerca de propostas de intervenção na saúde, como o modelo vertical para combate às endemias pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o modelo biomédico hegemônico cada vez mais específico e intervencionista. Ao mesmo tempo, presenciavam-se mudanças estruturais como a democratização de países da América Latina e a libertação de colônias africanas, onde defendia-

se a modernização com ênfase nos valores locais, com a construção de um modelo de atenção à saúde distinto do hegemônico, propondo a articulação com a cultura popular, a democratização do conhecimento médico e maior autonomia das pessoas em relação à sua saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Em 1974, o Ministério da Saúde Canadense, por meio do Relatório Lalonde, já demonstrava a importância da prevenção de doenças e da Promoção da Saúde para a população, além da responsabilidade governamental em organizar um sistema de saúde adequado e resolutivo (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012:496).

No mesmo período, o mundo presenciava uma crise monetária, onde o setor saúde era alvo de preocupação por ser fonte de crescentes gastos, levando à necessidade de reformas setoriais. O modelo médico hegemônico, considerado um importante vetor dessa crise, além de elevar os gastos, se mostrou ineficiente em trazer melhorias para a qualidade de vida e saúde (GIL, 2006).

Todo esse contexto foi fundamental para a realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, e que representou um marco de influência no debate internacional sobre os rumos das políticas de saúde em todo o mundo. Nesta conferência foi aprovada a “Declaração de Alma-Ata” que enfatizou a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos, por meio de medidas sanitárias e sociais, reforçando a saúde como direito humano fundamental. Destacou ainda que os cuidados primários em saúde são a chave para que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde capaz de proporcionar uma vida social e economicamente produtiva. Ele representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, sendo possível focar nos principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação (BRASIL, 2002).

Nesta mesma declaração, Atenção Primária à saúde (APS) foi definida como:

[...] 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 constituem 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 (WHO, 1978:1).

Por outro lado, o documento foi criticado por agências internacionais por ser visto como muito abrangente e com pouca resolutividade, surgindo um embate entre uma concepção integral e abrangente e outra seletiva da APS, onde esta última acabou prevalecendo, principalmente nos países em desenvolvimento. APS seletiva se refere a um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em populações com acesso precário à bens e serviços, desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde-doença (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

De acordo com Starfield (2002:28), Atenção Primária é a entrada no sistema de saúde, fornecendo atenção para a pessoa, e não para a enfermidade, caracteriza-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, lidando com o contexto no qual a doença se insere, influenciando nas respostas das pessoas aos seus problemas, ou seja, com um olhar mais ampliado sobre a saúde e a doença, uma forma diferenciada do tão criticado modelo biomédico restrito à patologia e seus sintomas.

Influenciado pelo cenário internacional, assim como por mudanças no sistema público de saúde, o Brasil vivenciou uma grande experiência de reformas após o regime militar, que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Esta conferência foi palco de extenso debate sobre direito de cidadania, sistema de saúde e seu financiamento, expressas na Constituição Federal de 1988, que destaca uma concepção mais ampliada de saúde, entendida como de direito de todos e de dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas em prol da redução de doenças e agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde com vistas à promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988 e NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

A constituição instituiu ainda o Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Lei nº 8080, de 19 de dezembro de 1990 (complementada pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990) como: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1988).

Dentre os princípios e diretrizes norteadoras do SUS está a descentralização político-administrativa, com comando único em cada esfera de governo, onde são redefinidas as responsabilidades entre as esferas. Neste sentido, ao pensar em um país de dimensões continentais como o Brasil onde os problemas não se distribuem uniformemente nos territórios, envolvendo diferentes custos e complexidade, torna-se necessário organizar uma rede de atenção à saúde no SUS, em um nível básico e outro mais especializado que devem se referenciar quando necessário (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012:368).

No Brasil optou-se por utilizar o termo “Atenção Básica” para designar a Atenção Primária, em uma perspectiva de distanciar-se dos programas de APS seletivos e focalizados. Os defensores do termo argumentam que, em português “básico” possui o sentido de essencial, fundamental, diferente de “primário” que significa primitivo, simples, fácil e rude (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012:499). Portanto, neste estudo será o utilizado o termo “Atenção Básica” visto que versará sobre o contexto brasileiro, além de ser o termo adotado pelo Ministério da Saúde.

Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde fortaleceu as ações preventivas com investimentos em programas de ações básicas na perspectiva de mudanças no modelo de atenção, visando especialmente à Promoção da Saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

A partir de 1991, com a criação pelo Ministério da Saúde do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), passa-se a focar mais na família como unidade de ação programática de saúde e não somente o indivíduo e objetiva estender a cobertura do SUS a populações específicas.

E com o intuito de ampliar ainda mais a abrangência das ações de saúde, a partir de incentivos financeiros específicos e por meio da criação de mecanismos de transferência de recursos federais baseado no número de habitantes de cada município, o Ministério da Saúde cria em 1993, por meio da Portaria nº. 692 de dezembro de 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF), sendo a primeira política específica de atenção primária e de abrangência nacional no Brasil (SCOREL *et al.*, 2007).

A criação do PSF ocorreu, de certo modo, influenciada por experiências exitosas como o próprio PACS, avançando ainda mais no processo de descentralização e com foco em ações de Atenção Básica que busquem o direito à saúde, o acolhimento, o vínculo, a integralidade e a universalidade do acesso, aproximando-se principalmente das famílias e das comunidades.

Embora tenha sido criado inicialmente como um programa, o PSF foge dessa concepção por não ter o perfil de uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, caracterizando-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, dessa forma passando posteriormente (1999) a chamar-se Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997:8).

A ESF visa à reversão do modelo assistencial vigente, por meio da mudança no foco da atenção, na forma de atuar e de organizar as práticas, possuindo como perspectiva tornar a família o objeto central de atenção, passando a ser compreendida a partir do ambiente onde vive, não só como uma delimitação geográfica, mas principalmente como o espaço em que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, permitindo uma melhor compreensão sobre o processo saúde/doença e as reais necessidades das famílias que pertencem a esse espaço (BRASIL, 1997).

Portanto, a mudança no foco da atenção busca uma compreensão menos restrita sobre a doença, onde esta é apenas o resultado de diversos fatores relacionados com o viver, com o cotidiano do indivíduo. Ela não é a causa e sim a consequência de um amplo universo de questões que se aproximam à medida em que as práticas em saúde permeiam a vida para além dos muros dos serviços de saúde.

A ESF tem como objetivo central contribuir com a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do SUS. Além disso, a ESF tem como objetivos específicos: prestar assistência integral e contínua às necessidades de saúde da população, na unidade básica e no domicílio; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento; humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997:10).

O modelo preconiza uma equipe de caráter multiprofissional, composta por, no mínimo, um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). De acordo com a demanda e características das unidades de saúde, outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas equipes, que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento

da população residente na área. A unidade de saúde da família deve constituir a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção (BRASIL, 1997:13).

Recomenda-se que cada equipe fique responsável por 600 a 1.000 famílias (2.400 a 4.500 habitantes), devendo ser um critério flexível ao perfil do local, como a densidade populacional e a acessibilidade aos serviços. A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os principais problemas de saúde e potenciais riscos iminentes na comunidade, planejar ações para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, 1997, ESCOREL *et al.*, 2007).

A ESF expandiu-se ao longo dos anos, e teve como aliado a instituição da Norma Operacional Básica de 1996- NOB 01/96 (BRASIL, 1996a), que incentiva mudanças no modelo de Atenção Básica a partir de alterações no financiamento da saúde pública. A União deixa de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial de alocar recursos, passando a priorizar as transferências aos municípios (MARQUES e MENDES, 2003).

Além disso, a NOB focalizou a atenção básica como prioridade, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências. Isto, por um lado, torna-se um incentivo a expansão, e por outro reduz a autonomia dos municípios, induzindo-os a adotar programas formulados sem levar em conta as necessidades locais.

Tabela 1: Famílias acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família, segundo regiões do Brasil -1998 - 2012

Regiões	1998	2012
Norte	33.440	729.606
Nordeste	170.112	2.028.483
Sudeste	457.985	4.082.338
Sul	121.805	1.600.549
Centro – Oeste	7.663	416.810
Brasil	791.005	8.857.786

Fonte: DATASUS/SIAB, 2013 - Elaboração própria

Na tabela 1, é possível verificar a expansão do número de famílias acompanhadas pela ESF em todas as regiões do Brasil, entre os anos de 1998 e 2012, com destaque para o Sudeste que apresenta o maior número de famílias acompanhadas (4.082.338), seguido do Nordeste (2.028.283). Observa-se que, apesar do crescimento, este número é baixo no Centro-Oeste do país.

Contudo, esse crescimento ocorreu de forma mais expressiva nos municípios de menor porte, enquanto que nos grandes centros urbanos a sua implementação não ocorreu na mesma velocidade. Nestes, existem outras ofertas de assistência, além de dificuldade de acesso aos serviços e da grande concentração demográfica (SOUZA *et al.*, 2013).

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (DATASUS/SIAB) mostram que somente no município do Rio de Janeiro, o número de famílias acompanhadas pela ESF passa de 16.115 em 2000 para 2.021.921 em 2012. O que demonstra a importância que vem sendo creditada a essa estratégia também nos grandes municípios, tornando-se o principal foco da Atenção Básica no Brasil.

A Atenção Básica consolidou-se e expandiu-se como o primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população, e em 2006 foi regulamentada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada pela Portaria N° 648/GM de 28 de Março de 2006, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o PSF e o PACS.

A PNAB (2006) reafirma a Saúde da Família como estratégia prioritária de organização e substituição do modelo vigente, e define Atenção Básica como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”(p:10), com foco em uma ação integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde, devendo ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada do sistema(BRASIL, 2006a). Isto torna a Atenção Básica um ponto central na rede de atenção à saúde no SUS.

Em 2012, a PNAB teve sua última edição trazendo como novidades o fato dos recursos previstos para o ano de 2012 serem quase 40% maiores que os previstos para o ano de 2010, sendo o maior aumento de recursos repassados fundo a fundo desde a criação do Piso da Atenção Básica (PAB). Além desse importante aumento de recursos que corrobora para uma Atenção Básica de qualidade, a nova PNAB mudou o desenho do financiamento federal,

passando a combinar equidade, priorizando os municípios mais pobres e menores, e qualidade, incentivando ações de avaliação que valorizam e premiam equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos mediante realização de compromissos e dos resultados (BRASIL, 2012b).

Portanto, é possível destacar que nos últimos anos a Atenção Básica no Brasil se expandiu, buscando reduzir lacunas, e aperfeiçoando as ações que ainda eram incipientes, tendo como ponto central a ESF. Uma dessas ações foi a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), onde é possível contar com a participação de uma equipe multiprofissional composta por diversos profissionais que não estão presentes na equipe mínima da ESF. Contudo, antes de falar deste núcleo, será abordado brevemente o campo da Promoção da Saúde, que assume um papel importante neste debate.

1.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO ALICERCE PARA REORIENTAÇÃO DE PRÁTICAS

Um das ações que compreende a atenção básica de acordo com a sua política é a Promoção da Saúde, tema amplamente debatido desde os primeiros pensadores da área. Tornou-se um ponto importante nesse trabalho por possuir um olhar diferenciado para o processo saúde-doença e seus determinantes e condicionantes, propondo articulação entre os saberes técnicos e os populares. Tem seu foco no indivíduo, na família (não na doença), e na busca de mudanças no estilo de vida, conforme sugere a reorientação das práticas proposta pela ESF.

Conforme mencionado anteriormente, o SUS dialoga com a necessidade de uma visão ampliada da saúde, de criar políticas públicas para promovê-la, com a importância da participação social na construção destas e do próprio sistema de saúde, e com a impossibilidade do setor saúde responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes da saúde. É neste sentido que o SUS, como política de estado brasileiro, dialoga com os principais campos da Promoção da Saúde (BRASIL, 2010b:10).

Na opinião de Buss (2008:15), a Promoção da Saúde surge por motivações ideológicas, políticas e como uma reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde. Ao longo dos anos foi abordada de diversas formas, sob múltiplos enfoques, desde um “nível de atenção” da medicina preventiva, focalizando na medicalização da saúde, até conceitos mais recentes que a caracterizam em um sentido político e técnico em torno do

processo saúde-doença-cuidado. Essas múltiplas abordagens podem ser condensadas em duas concepções distintas (PELLEGRINI FILHO, BUSS e ESPERIDIÃO, 2013:306).

A primeira concepção refere-se a transformação de comportamentos individuais, focando no estilo de vida, principalmente no âmbito das famílias e no máximo no ambiente onde vivem – Concentra-se em componentes educativos, relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudança (hábito de fumar, dieta, atividade física) – todos controlados pelo indivíduo. É uma visão estreita por não considerar a importância que os padrões culturais, coletivos e políticos têm sobre os comportamentos “individuais”.

A segunda, conhecida como moderna Promoção da Saúde, foca no papel de protagonista dos determinantes gerais – saúde como produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida (alimentação e nutrição, habitação e saneamento, condições de trabalho adequadas, educação, ambiente físico limpo, apoio social, estilo de vida responsável, além de cuidados de saúde adequados).

Desta forma, a Promoção da Saúde contemporânea, desenvolvida nos últimos 40 anos, acredita na importância de se pensar além, onde o foco sobre indivíduos e famílias, por mais importante que seja, é insuficiente, sendo necessário atuar sobre os determinantes sócio-culturais, políticos e econômicos mais amplos que influenciam o processo saúde-doença. Contudo, não se pode pensar em concepções distintas e opostas, ambas são consideradas nas abordagens sobre a Promoção da Saúde.

Cabe salientar que entende-se aqui como Determinantes Sociais da Saúde (DSS) o quanto que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionados e influenciam diretamente a sua situação de saúde. O estudo sobre determinantes vem se desenvolvendo ao longo dos anos e vem ao encontro de ideais da moderna Promoção da Saúde. Destaca-se que a relação entre os Determinantes Sociais da Saúde e a situação de saúde é complexa e não ocorre de forma linear, onde por exemplo não existe em muitos países uma relação direta entre os macroindicadores econômicos e a situação de saúde de sua população, apesar da riqueza de um país ser fundamental no que tange melhorias nas condições de vida e saúde. Até mesmo por existirem diferenças entre os Determinantes Sociais da Saúde de indivíduos e de grupos populacionais (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

A Carta de Ottawa, documento de referência para a Promoção da Saúde e fruto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, define-a como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde” (p:19), possuindo

ainda um olhar mais focado nas ações individuais. A Carta propõe cinco campos centrais de ação: 1- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2-Criação de ambientes favoráveis à saúde; 3- Reforço da ação comunitária; 4- Desenvolvimento de habilidades pessoais e 5) Reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

As políticas públicas saudáveis se expressam por meio de legislações, medidas fiscais e mudanças organizacionais. A criação de ambientes favoráveis implica em reconhecer a complexidade das nossas sociedades, e das relações de interdependência setoriais. Para o desenvolvimento de habilidades pessoais, torna-se necessária a divulgação das ações de educação para à saúde nos espaços coletivos, trazendo a ideia de *empowerment* individual, ou seja, processo de capacitação e de consciência política. O reforço da ação comunitária relaciona-se à fixação de prioridades, à tomada de decisões, e à definição de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde. Tal campo remete a ideia de *empowerment* comunitário, que seria a aquisição de poder técnico e consciência política para agir em prol da sua saúde (BUSS, 2008).

Há discordância quanto ao termo *empowerment* por acreditar que possua um sentido de dar poder, de culpabilizar o outro por seus problemas e a partir do “conhecimento” o sujeito poderia ser capaz de melhorar sua saúde, o que retiraria a responsabilidade do sistema de saúde e a colocaria sobre o indivíduo. A Promoção da Saúde trabalha esse conceito no sentido de empoderar com, de emancipação dos sujeitos, numa perspectiva de aprendizado mútuo, de troca de conhecimentos para que todos possam agir na busca de um resultado mais favorável, e não em uma perspectiva de substituição das ações de saúde.

É necessário entender a reorientação dos serviços de saúde, no sentido da Promoção da Saúde, em uma perspectiva que vá além de serviços clínicos e de urgência. Sendo necessário um olhar mais abrangente, respeitando as peculiaridades culturais, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. É necessário pensar ainda em esforços voltados para pesquisa em saúde, mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área de saúde (BRASIL, 2002).

Um grande diferencial nas questões de Promoção da Saúde é a importância de ter ações pautadas pela equidade, trabalhando a coletividade, buscando incidir sobre a redução das desigualdades sociais. Diferente de ações que privilegiam um grupo específico de pessoas, aproximando-se mais com os aspectos da prevenção.

Um outro conceito que norteia as ações deste campo de conhecimento é a intersectorialidade. Entendendo que o setor saúde não é capaz de dar conta sozinho desse olhar ampliado sobre a saúde e de combater os Determinantes Sociais da Saúde, é preciso pensar em ações que envolvam diversos setores, tendo a setor saúde como eixo. Entende-se aqui como intersectorialidade a articulação dos distintos setores, co-responsabilizando-se e mobilizando-se pela garantia da saúde como direito humano (BRASIL, 2010b:13), em um movimento igualmente de tentar superar uma lógica que prima pela fragmentação do corpo, da vida, para melhor compreendê-la.

A Promoção da Saúde vem se fortalecendo e após a primeira conferência diversas outras iniciativas ocorreram, sendo sete de caráter global - Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (1999), Bangkok (2005), Nairóbi/Quênia(2009) e Helsinki (2013), além de outras duas de ocorrência sub-regional em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993). Cabe destacar a II Conferência Internacional de Promoção da Saúde(1988), onde foi produzida a Declaração de Adelaide que enfatizou como uma das áreas prioritárias para a Promoção da Saúde a alimentação e nutrição, trazendo como meta essencial para a melhoria da qualidade de vida a eliminação da fome, da má nutrição e dos agravos relacionados ao excesso de peso (BRASIL, 2002). Fato que reforça a importância das ações voltadas para alimentação e nutrição em evidência no mundo.

Neste sentido, foi lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde e com ampla participação de diversos setores, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Esse Plano acredita na importância de que as ações de controle de DCNT requerem articulação e suporte de todos os setores do governo, da sociedade civil e do setor privado, com vistas a preparar o Brasil para o enfrentamento dessas patologias que se constituem como o problema de saúde de maior magnitude, correspondendo a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo notadamente as camadas mais pobres e vulneráveis da população onde se destacam determinantes sociais, como as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis (BRASIL, 2011a e MALTA *et al.*, 2014).

O Plano destaca ainda a importância da expansão da Atenção Básica no país para enfrentamento das DCNT, sobretudo em relação a ESF, pautada em ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, mediante território definido e com população adscrita (BRASIL, 2011a).

Buscou-se aqui frisar o quanto que o campo de conhecimento da Promoção da Saúde é promissor com vistas a real mudança no que tange a prática na Atenção Básica e suas mais recentes estratégias de atuação. No próximo tópico deste capítulo será abordado o NASF, objeto de trabalho deste estudo onde as principais abordagens da Promoção da Saúde possuem um vasto campo para serem trabalhadas e aperfeiçoadas.

1.3 - O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) vem ao encontro da necessidade de um suporte às equipes de Saúde da Família, na busca de uma nova forma de atuar na saúde, nesse contato com a comunidade e de aliado a ela buscar responder às expectativas dispensadas à ESF. O NASF surge também como uma forma de responder a necessidade de pensar a saúde para além do enfoque biomédico, o que demanda uma visão complexa, constituída de múltiplas abordagens, tornando indispensável à presença de uma equipe multidisciplinar, para superar uma lógica fragmentada de cuidado na saúde.

Consolidou-se em 2008, por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, pelo Ministério da saúde. Ele constitui-se como uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL, 2010a).

Assim como a ESF é um programa em expansão, o NASF também vem se consolidando no Brasil como uma estratégia de apoio e melhoria da ESF. A exemplo disso, no município do Rio de Janeiro, o número de equipes do NASF passou de 10 para 54 entre início de 2010 e abril de 2014(DATASUS/CNES, 2014).

Cada NASF é constituído por uma equipe, formada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em conjunto com equipes de saúde da família. A composição é estabelecida pelos gestores municipais e pelas equipes de saúde da família, mediante critérios de prioridades identificados pelas necessidades locais do território em que se deseja atuar e conforme a disponibilidade desses profissionais (BRASIL, 2008).

No ano de 2011 uma nova Portaria Ministerial é editada, pela qual o NASF passou a ser regulamentado. Esta Portaria define que os NASF devem ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas, atuando de maneira integrada e apoiando os

profissionais das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde (BRASIL, 2011b).

Os NASF podem ser organizados em duas modalidades NASF 1 e NASF 2, sendo vedada a implantação de ambas de forma concomitante em um mesmo município, podendo não receber repasse financeiro. Ambas as modalidades de NASF deverão ter uma equipe formada por profissionais de nível superior dentre as seguintes ocupações da Classificação Brasileira 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 profissional de saúde sanitária (BRASIL, 2011b).

Nesta mesma Portaria foi definido que cada NASF 1 deve realizar suas atividades vinculado a um mínimo de oito e no máximo quinze equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Enquanto que cada NASF 2, utilizado em municípios que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado, deve estar vinculado a no mínimo três e no máximo sete equipes de saúde da família. (BRASIL, 2011b).

No ano de 2012, uma nova portaria é publicada (Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012), redefinindo os parâmetros de vinculação das duas modalidades de NASF às equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas e cria a modalidade NASF 3 (BRASIL, 2012c).

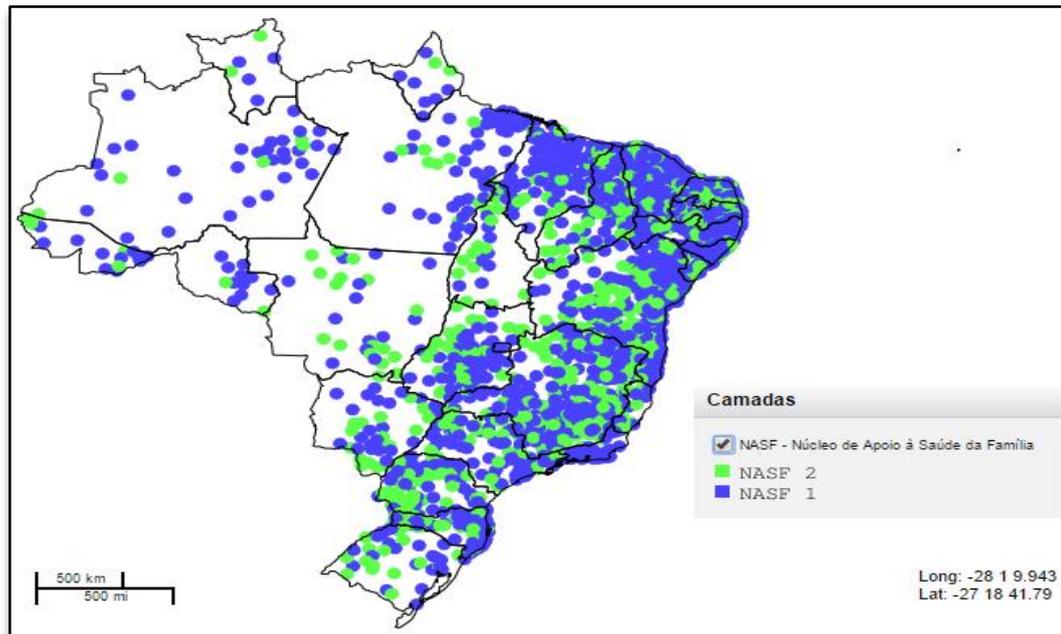
A partir desta nova portaria, as equipes do NASF 1 devem passar a ser vinculadas a no mínimo 5 e no máximo 9 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas, definidas como consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais. Já as equipes de NASF 2 devem estar vinculadas a no mínimo 3 e a no máximo 4 equipes de saúde da família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas. É criada a modalidade NASF 3, que deverá estar vinculada a no mínimo 1 e a no máximo 2 Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada (BRASIL, 2012c).

Quadro 1: Distribuição das equipes de NASF por 100.000 habitantes por Região- Brasil 2014

Regiões		2008	2009	2010	2011	2012
Brasil	Equipes	395	952	1.286	1.564	1.929
	População	189.612.814	191.481.045	190.755.799	192.379.287	193.976.530
	Coeficiente	0,21	0,50	0,67	0,81	0,99
Norte	Equipes	22	65	94	133	160
	População	15.142.684	15.359.645	15.864.454	16.095.187	16.347.807
	Coeficiente	0,15	0,42	0,59	0,83	0,98
Nordeste	Equipes	192	451	603	741	920
	População	53.088.499	53.591.299	53.081.950	53.501.859	53.907.144
	Coeficiente	0,36	0,84	1,14	1,38	1,71
Sudeste	Equipes	141	292	381	454	558
	População	80.187.717	80.915.637	80.364.410	80.975.616	81.565.983
	Coeficiente	0,18	0,36	0,47	0,56	0,68
Sul	Equipes	30	86	116	128	173
	População	27.497.970	27.718.997	27.386.891	27.562.433	27.731.644
	Coeficiente	0,11	0,31	0,42	0,46	0,62
Centro-Oeste	Equipes	10	58	92	108	118
	População	13.695.944	13.895.467	14.058.094	14.244.192	14.423.952
	Coeficiente	0,07	0,42	0,65	0,76	0,82

Fonte: DATASUS/SIAB (2014) – Elaboração própria.

Figura 1: Distribuição dos NASF no território nacional



Fonte: BRASIL, 2014 - SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica)

A distribuição dos NASF no Brasil não ocorre de maneira homogênea, haja visto que as equipes encontram-se mais concentradas nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país (Figura 1). Contudo, ao pensar na proporção populacional, esta constatação carece de uma análise mais detalhada, dado que o Sudeste por exemplo, apresenta um coeficiente (número de NASF por 100.000 habitantes) inferior ao Norte e ao Centro-Oeste a partir do ano de 2009. Cabe destacar que, como sugere a figura, a Região Nordeste é a que apresenta maior número de NASF por 100.000 habitantes, superando a média nacional (Quadro 1).

Considerando a expansão do NASF na rede de atenção básica do território nacional, é importante destacar que ele não se constitui como uma porta de entrada do sistema, e deve atuar em conjunto com as equipes da ESF de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas, se constituindo como um apoio multidisciplinar a essas equipes, compartilhando responsabilidades com elas, como na prática de encaminhamento e nos processos de referência e contra referência (BRASIL, 2010a).

O NASF prevê o desenvolvimento de diversas ações estratégicas, dentre elas a prática de atividade física/práticas corporais, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental dentre outras. As práticas de alimentação e nutrição são realizadas por meio de atividades voltadas

para a alimentação saudável e restabelecimento do equilíbrio nutricional em seus extremos - obesidade, desnutrição, déficit de nutrientes (BRASIL, 2008).

As principais ações devem ser pautadas em algumas diretrizes embasadas na Atenção Primária à Saúde: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010a).

A integralidade é considerada a principal delas e compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção (BRASIL, 2010a).

Cabe ressaltar que a integralidade é também uma das principais diretrizes do SUS, e que é importante não pensar somente na universalidade das ações em detrimento de um atendimento integral com garantia de acesso em todos os níveis de atenção.

Para auxiliar o desempenho das equipes é possível a utilização de algumas ferramentas tecnológicas de apoio à gestão e à atenção, dentre elas: Clínica Ampliada, Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST). Tais ferramentas serão brevemente abordadas a seguir.

a) **Clínica ampliada:**

Cada profissional em sua especificidade possui um olhar diferenciado sobre os sintomas e informações apresentadas pelo indivíduo/família. Ampliar a clínica significa ajustar esses recortes teóricos às necessidades dos usuários, ampliando o objeto de trabalho e o entendimento sobre o processo saúde-doença. Se faz necessária a realização de um diagnóstico em equipe (compartilhado) dada a complexidade desse processo, com um olhar atento em relação as especificidades de cada usuário (BRASIL, 2010a).

Ampliar um conceito, um diagnóstico, um olhar sobre um território é também um grande desafio, por tornar necessário que os profissionais ultrapassem seu campo de conhecimento e se coloquem em situações nem sempre confortáveis. Mas essa ampliação do objeto de trabalho é uma característica necessária na clínica ampliada.

b) Apoio Matricial:

Esta ferramenta se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência” onde a responsabilidade sobre um grupo populacional dentro de um território de abrangência está em um grupo e não em um profissional (Brasil, 2010a).

Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram inicialmente propostos com vistas a reforma das organizações e do trabalho em saúde, sendo posteriormente adotados em outros serviços como saúde mental, atenção básica e programas do Ministério da Saúde como o Humaniza-SUS e Saúde da Família.

Essa ideia parte do pressuposto de que existe uma interdependência entre os profissionais, onde uma coordenação da equipe (gerência) deve produzir interações positivas entre eles, O enriquecimento que as diferenças proporcionam deve ser aproveitado, evitando-se a segmentação entre os grupos de profissionais (enfermeiros, médicos, nutricionistas), como nas tradicionais gerências específicas, em um cenário mais de competição do que contribuição mútua (BRASIL, 2010a).

Portanto, o apoio matricial se dá por meio de um grupo de profissionais que não possuem necessariamente relação direta com o usuário, mas prestam apoio às equipes de referência (Saúde da Família), e quando se fizer necessário, deverão acionar a rede assistencial, onde estarão presentes as equipes de apoio matricial, assegurando a retaguarda especializada nas equipes de referência (BRASIL, 2010a).

Tanto o apoio matricial quanto a equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, possuindo como objetivo ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre as diversas profissões (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

c) Projeto Terapêutico Singular (PTS):

Se constitui em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas principalmente para os casos mais complexos, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, em associação com o apoio matricial, caso se faça necessário. O PTS se desenvolve a partir das seguintes etapas: diagnóstico, estabelecimento de metas e avaliação (BRASIL, 2010a).

No diagnóstico é realizada uma avaliação orgânica, psicológica e social, possibilitando uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve buscar compreender

como o Sujeito singular se porta diante de forças como as doenças, os desejos, os interesses, o trabalho, a cultura, a família e a rede social (BRASIL, 2007a).

Portanto, o PTS está comprometido com mudanças na percepção e na atuação de todos os profissionais que atuam na saúde da família, onde o vínculo das equipes com a família é considerado como essencial neste processo, e a partir da intensidade desse vínculo com cada profissional são estabelecidas tarefas diferenciadas (BRASIL, 2007a).

d) Projeto de Saúde no Território (PST):

Estratégia utilizada pelas equipes de ESF e NASF para o desenvolvimento de ações em prol da saúde em um território, com foco na articulação de serviços de saúde com os demais setores, buscando investir na qualidade de vida e autonomia dos sujeitos e das comunidades (BRASIL, 2010a).

O início desse projeto se dá pela identificação de uma população e/ou um território vulnerável, mediante debates de casos clínicos ou mesmo da análise da situação de saúde. As suas ações devem ser pautadas pela Promoção da Saúde, participação social, pela intersetorialidade, bem como na existência de demanda e na criação de espaços coletivos de discussão onde todos os sujeitos envolvidos poderão participar do projeto (BRASIL, 2010a).

As ações que vêm sendo desenvolvidas por essas equipes visam agregar mais qualidade ao serviço e não meramente suprir a demanda assistencial em seu aspecto numérico, sendo seu principal desafio mudar uma cultura organizacional no SUS que prioriza quantidade em prol da qualidade e o referenciamento em detrimento da resolubilidade. Para o desenvolvimento de um trabalho com esse perfil interdisciplinar, de acordo com os moldes propostos, é importante que haja uma revisão crítica acerca dos processos educativos desenvolvidos pelas Instituições de Ensino Superior, efetivando de fato as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde, que institui que a formação deve ser voltada para os princípios estabelecidos pelo SUS (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010:94).

Um estudo qualitativo, de caráter exploratório, realizado por Souza *et al.* (2013) com usuários do ESF do sexo feminino, em um município de médio porte em Minas Gerais, foi possível notar um total desconhecimento da sigla NASF. De acordo com o autor, isto indica falta de divulgação de tais atividades dentro do escopo do ESF, também demonstrado nas falas dos entrevistados que relatam ter conhecimento das atividades por intermédio de amigos e

vizinhos. As considerações dessa pesquisa podem indicar um despreparo por parte das equipes no adequado envolvimento com seu território de trabalho.

A proposta de trabalho do NASF busca superar uma lógica que prima pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, vai em direção à co-responsabilização e gestão integrada do cuidado, 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, 2010:93).

Merhy (2007) cita que a visão dos profissionais da saúde sobre o campo do cuidado ainda pautada no enfoque biomédico, fundamentada pela compreensão de que a doença, enquanto processo instalado de maneira patológica no corpo biológico, é uma das mais importantes causas do sofrimento individual ou coletivo. E mesmo dentro da saúde pública, na busca de compreender o processo de adoecimento das populações para intervir coletivamente, sua base ainda está imbricada na compreensão patológica da saúde e doença, apesar de não limitar-se a ela.

Essa é uma das dificuldades que vêm sendo identificadas no processo de trabalho do NASF, a formação dos profissionais que não atende às necessidades do SUS, muito menos da Atenção Básica, distante de questões tão singulares como vínculo, acolhimento, escuta e trabalho em equipe, indispensáveis para a proposta do NASF (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010:95).

É importante que não somente as equipes, mas também os gestores e todos os profissionais envolvidos, estejam comprometidos com o aperfeiçoamento das práticas, em um trabalho interdisciplinar, onde cada profissional a partir do seu conhecimento específico possa agregar para o equacionamento dos desafios que se colocam, lançando mão de um trabalho intersetorial, já que o setor saúde sozinho não é capaz de solucionar todas as questões imbricadas nos territórios. No entanto, para que haja uma reorientação do modo de fazer saúde é primordial que haja de fato uma reorientação no modo de ver a saúde, de estudar a saúde. Dessa forma a mudança pode começar nos próprios profissionais que estão na ponta, bem como na formação desses futuros atores.

Portanto, torna-se necessário pensar em Educação Permanente em Saúde, presente nas diretrizes do NASF como uma das principais atividades desenvolvidas, considerada um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho (ou da formação) em saúde em análise, a qual possibilita a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação do sentido das

atitudes produzidas no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos, insere-se em uma necessária construção de relações e processos entre as equipes e as instituições (CECCIM, 2005).

Cabe enfatizar que este modelo de educação possui um potencial de mudar o cotidiano das práticas, por ele trazer o embasamento necessário para a formação mais adequada. De acordo com Ceccim (2005), um ponto central deste modelo de educação é “a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços” (p:162).

A reorientação das práticas e as mudanças na própria formação são questões que estão sendo trabalhadas com maior ênfase nos últimos anos, mas ainda se colocam como um grande desafio, é o que concluem Nascimento e Oliveira (2010) em seu trabalho:

Sabe-se que a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais. Apenas o diálogo e a aproximação das práticas e das concepções vigentes de atenção à saúde poderão minimizar o descompasso entre a formação e a realidade concreta dos serviços. Somente assim será possível construir um novo modo de trabalho em saúde, centrado no usuário, com qualidade, resolubilidade e equidade (p:95).

Ao compreender as organizações como produto do trabalho humano, não se pode deixar de pensar nos profissionais de saúde como peça fundamental para o funcionamento destas. Tal fato está intimamente relacionado com a formação desses profissionais, que aprendem a olhar mais para as máquinas do que para os doentes, tendo com estes o contato mínimo necessário, onde a capacidade dos profissionais de inovar, de ter uma visão crítica do sistema a que pertencem, se empobrece. Desta forma, os sistemas que terão mais capacidade de inovação, serão aqueles que melhorem o ensino desses profissionais (TEMPORÃO, 2012:17).

Portanto é necessário trabalhar com maior veemência nas questões voltadas para a formação, mas esse não é o objetivo central desse estudo, que busca entender as lacunas existentes entre a formação e a prática especificamente do nutricionista que atua no NASF. Desta forma, torna-se importante que haja um entendimento maior de como se deu a construção

histórica desse curso e como vem se inserindo dentro da saúde pública como parte essencial no cenário atual, assunto que será o foco do próximo capítulo.

É importante destacar que não é somente por meio de mudanças na formação que será possível uma atenção à saúde mais holística, como já mencionado anteriormente neste estudo, é necessária uma articulação de diversos setores para cuidar de um campo tão complexo como o da saúde, a questão da formação é apenas um dos aspectos a serem trabalhados.

CAPÍTULO 2 – FORMAÇÃO EM SAÚDE E A TRAJETÓRIA DA NUTRIÇÃO NO BRASIL

Neste capítulo buscou-se contextualizar a formação em saúde no Brasil, e destacar a profissão de nutrição como objeto de estudo deste trabalho. Para tanto, inicialmente foi trabalhado o contexto da formação em saúde no Brasil, e na sequência o contexto histórico de surgimento do curso de nutrição e sua interface com as políticas e principais programas na área.

2.1 – FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Segundo Campos, Aguiar e Belisário (2012:886), as profissões de saúde são recentes. Mesmo a medicina, uma atividade milenar, somente passou a se firmar como ciência a partir do século XIX, com o surgimento do método científico. Entre os séculos XIX e XX, o mundo presenciou o surgimento de novas formas de tratar as doenças com a descoberta da anestesia e da microbiologia, o que trouxe mudanças de paradigmas e corroborou para o fechamento de diversas escolas médicas.

Neste mesmo período, início do século XX, foi publicado o relatório Flexner, conhecido por normatizar as bases para um ensino médico calcado no modelo científico. O modelo Flexneriano foi introduzido no Brasil na década de 1940 e influenciou não só as escolas médicas como também as demais profissões da área da saúde, refletindo até os dias atuais, no que diz respeito, por exemplo, à separação da maioria dos cursos em ciclo básico e profissional, ao ensino baseado em disciplinas ou especialidades e ambientado com frequência dentro de hospitais (CAMPOS, AGUIAR e BELISÁRIO, 2012; e GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010)

Como sinalizado por Campos, Aguiar e Belisário (2012:888), este modelo corroborou para inegáveis conquistas na cura e prevenção de doenças, mas tornou-se limitado em responder aos novos problemas de saúde, além disso, seu sucesso contribuiu para a formação do complexo médico-hospitalar (prática de saúde como prática econômica e industrial) e da inflação médica (aumento crescente do custo da assistência).

Com a consolidação do SUS e a expansão da atenção básica, e a perspectiva de mudanças na prática assistencial, houve notório incremento na força de trabalho em saúde, principalmente no que tange os profissionais não médicos, na busca de um trabalho multiprofissional que responda as diretrizes de universalidade, equidade, e integralidade.

Antes do SUS possuíamos um mercado de trabalho bipolarizado, com basicamente dois tipos de trabalhadores: os altamente qualificados e os com pouca qualificação, o que refletia a

constituição do contingente de trabalho existente na época. E principalmente após a consolidação do SUS, há um crescimento nos outros cursos da área de saúde, tornando-a mais multidisciplinar com a presença de profissionais diversificados e especializados, com aumento da participação de odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, entre outros (MACHADO, 2012:262).

Esta expansão dos cursos da área de saúde, e respectivamente na força de trabalho deste setor, não se deu exclusivamente no ensino superior, houve um aumento considerável no quantitativo de profissionais de formação técnica. Em análise realizada por Machado, Oliveira e Moysés (2011:109) a partir de dados do IBGE, é possível verificar que em relação as ocupações no setor saúde, no ano de 1992 o Brasil contava 451.303 (43,6%) profissionais de saúde de nível superior, 310.219 (30%) de nível técnico/auxiliar e 272.846 (26,4%) de nível elementar. Já em 2005, estes percentuais se alteram positivamente 45,6%; 39% e 15,3%, respectivamente. O que sugere uma melhoria na qualificação profissional dos trabalhadores de saúde no Brasil em todos os níveis de formação.

Além da implementação de novos modelos de atenção, diversos outros fatores impactam diretamente sobre a força de trabalho necessária aos serviços de saúde, como a globalização, a introdução de novas tecnologias, a mudança nas características populacionais, surgindo com isso novas expectativas por parte desta (DAL POZ, 2013).

Um exemplo seria a implantação da Estratégia de Saúde da Família (EFS), que representa uma importante expansão do mercado de trabalho e um crescente desafio para a área de recursos humanos (HADDAD *et al.*, 2010). Pode-se pensar da mesma forma em relação à implantação do NASF, que conta com uma equipe multiprofissional, demandando mais esforços e investimentos na formação e atuação destes profissionais.

Tabela 2: Distribuição dos cursos de nível superior na área de saúde segundo categorias profissionais - Brasil 2004 – 2009

Cursos	2004	2009	Crescimento
Biomedicina	54	168	211%
Ciências biológicas	507	374	-26%
Educação física	469	413	-12%
Enfermagem	415	760	83%
Farmácia	237	444	87%
Fisioterapia	339	492	45%
Fonoaudiologia	99	96	-3%
Medicina	136	181	33%
Medicina veterinária	119	160	34%
Nutrição	201	325	62%
Odontologia	174	196	13%
Psicologia	272	495	82%
Serviço Social	162	294	81%
Terapia Ocupacional	39	53	36%

Fonte: INEP, 2005; INEP,2010; para Serviço Social - Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH.

Neste sentido, na tabela 2 é possível verificar o crescimento dos cursos de graduação da área de saúde, como por exemplo a Nutrição, que passou de 201 para 325 cursos, obtendo um aumento de 62%, assim como a Fisioterapia que apresenta um crescimento de 45% e a Psicologia com 82%, profissões presentes com frequência nas equipes do NASF. Destaca-se ainda o amplo crescimento no número de cursos de Biomedicina, passando de 54 para 168 cursos no período, totalizando um aumento de 211%.

Ao pensar em reorientação das práticas a partir de um novo olhar sobre a saúde, torna-se essencial que a formação dos profissionais de saúde adquira um perfil que se aproxime das perspectivas destas mudanças, entendendo, como afirma Campos, Aguiar e Belisário (2012), que o trabalho em saúde se baseia no elemento humano, ou seja, na capacidade de agir, refletir,

colocar-se no lugar do outro, e entender os determinantes do processo saúde-doença no seu dinamismo e complexidade.

Com a necessidade de mudanças na formação em saúde, a defasagem entre o que se ensina nos cursos e a realidade que se observa na prática se torna um dos maiores problemas da formação. A supervalorização do espaço hospitalar no ensino médico limita o aprendizado às questões vinculadas neste local. Além disso, a obrigação do docente de realizar atividade de ensino e de pesquisa faz com que muitos valorizem mais a segunda em detrimento da primeira (CAMPOS, AGUIAR e BELISÁRIO, 2012:889).

Contudo, o SUS passou a década de sua consolidação sem se preocupar de fato com seus trabalhadores, sem uma política de recursos humanos que respondesse a sua concepção universalista (MACHADO, 2006:21), o que traz consequências para a formação dos profissionais de saúde, que se torna distante da realidade do seu sistema de saúde.

É importante considerar as diversas legislações que entraram em vigor no decorrer dos anos após a Constituição Federal de 1988 e a implantação do SUS no que diz respeito a regulação do mercado de trabalho no país. A referida Constituição, para além da garantia do acesso universal e integral à saúde, constitui-se como um marco regulatório para o trabalho em saúde ao estabelecer a obrigatoriedade universal do concurso público para fins de provimento dos cargos em todas as instituições de administração pública, sob a égide de um regime unificado de trabalho, admitindo os direitos à greve e à livre organização sindical (NOGUEIRA, 2006).

Contudo, nos anos que se seguiram, notadamente na década de 1990, ocorreram importantes mudanças na legislação no que concerne à regulação do trabalho no SUS. Neste período, foi sancionada a lei que institui o Regime Jurídico Único para os servidores do governo federal, a partir da qual surgiram nos anos subsequentes diversas leis que passaram a permitir a contratação sem a necessidade de concursos públicos, permitindo a modalidade de contratação por meio de cooperativas, o que corroborou para diversas formas de vínculo de trabalho irregular (NOGUEIRA, 2006).

Durante o Governo Fernando Henrique Cardoso ocorre uma Reforma do Estado, sob forte influência da ideologia neoliberal de Estado Mínimo, onde foram propostas mudanças na legislação vigente visando uma maior estabilidade no serviço público e a permissão de regimes jurídicos diferenciados. Neste sentido, são criados novos dispositivos legais, tais como: demissibilidade do servidor por insuficiência de desempenho e por excesso de quadro na esfera

de governo correspondente; Incentivos à demissão voluntária e a criação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) em 1995 (TEIXEIRA, OLIVEIRA e ARANTES, 2012:199), que por fixar limites máximos para despesas com pessoal, nas diferentes esferas, contribuiu, segundo Nogueira (2006), para a terceirização no setor.

No ano de 1998, a Emenda Constitucional 19/1998 cria a modalidade de emprego público, que permite a contratação por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) nos serviços públicos. Em seguida são propostos outros formatos institucionais de contratação e modelos de gestão, como as Organizações Sociais - OS e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP (NOGUEIRA, 2006). Por falta de consenso sobre essas organizações, desviou-se a atenção quanto às formas de vinculação de trabalhadores, originando formas de contratação pouco reguladas, como por exemplo as bolsas de consultoria, cooperativas de trabalho e até mesmo contratos verbais (TEIXEIRA, OLIVEIRA e ARANTES, 2012:200), seguindo-se um período de intensa desregularão das relações de trabalho decorrentes dessas novas leis que afetam fortemente o setor público.

Um outro ponto que merece destaque é o fenômeno da descentralização do SUS, que desencadeou a transferência da gestão da força de trabalho para os municípios, provocando a expansão da contratação de trabalhadores de saúde. Porém, por apresentar recursos e capacidade gestora limitada, tal fato expôs os trabalhadores a situações de flexibilidade dos vínculos trabalhistas, frequentemente precários (MACHADO e KOSTER, 2011:196).

A necessidade de ampliar cobertura e implantar novos modelos assistenciais facilitou a proliferação de alternativas, sem implicar a adoção de um modelo sistematizado de gestão. Foram desencadeadas parcerias regionais, como os consórcios intermunicipais; a utilização de soluções alternativas de compromisso, como terceirização; a criação de cooperativas; a vinculação mista mediada por entidades de direito privado, entre outras (PIERANTONI, 2001).

Tabela 3: Capacidade instalada de estabelecimentos públicos do SUS – Brasil – 1980 a 2009

Capacidade instalada	1980	1992	2002	2005	2009
Estabelecimentos públicos	10.055	27.092	38.373	45.089	52.021
Federais	1.575	1.387	656	1.044	950
Estaduais	5.768	7.043	1.607	1.496	1.318
Municipais	2.712	18.662	36.110	42.549	49.753
Empregos públicos	265.956	735.820	1.193.483	1.448.749	1.703.050
Federais	122.475	113.987	96.064	105.686	117.232
Estaduais	96.443	315.328	306.042	345.926	382.733
Municipais	47.038	306.505	791.377	997.137	1.203.085

Fonte: IBGE, 2006, IBGE, 2010 – Adaptado de Machado, 2012

Com o intuito de exemplificar as mudanças ocorridas com a municipalização, é possível observar na Tabela 3 o crescimento no número de estabelecimentos públicos de saúde, passando de 10.055 em 1980 para 52.021 em 2009. Observa-se, contudo, que tal aumento ocorre exclusivamente no âmbito municipal, que passou de 2.712 em 1980 para 49.753 em 2009, já que nas demais esferas houve redução no número de estabelecimentos públicos no período analisado. Em consequência do aumento ocorrido em âmbito municipal, houve um expressivo incremento no quantitativo de empregos públicos nesta esfera, passando de 47.038 em 1980 para 1.203.085 em 2009. Sendo em grande parte responsável pelo aumento no total de empregos públicos somando-se todas as esferas, que passou de 265.956 para 1.703.050 (MACHADO, 2012).

Neste mesmo contexto, a Reforma do Estado ocorrida na década de 1990 estabeleceu metas para a privatização e para a flexibilização da gestão, principalmente das relações de trabalho. Com isso, esta modalidade de gestão alcançou autonomia financeira e administrativa capaz de romper com a estabilidade do regime jurídico único (RJU), possibilitando mecanismos mais eficientes para contratações e dispensas da força de trabalho, em prol de uma maior eficiência (PIERANTONI, 2001), o que corroborou para o aumento da prática de terceirização.

No que tange à saúde, a crise tem sua base na baixa valorização do servidor público, o que repercute em todos os setores envolvidos. Tal afirmação pode ser justificada pela escassez de concursos públicos na área, ausência de avaliações de desempenho, falta de investimento na

qualificação profissional, baixos salários ou grandes variações entre mesmas funções, ausência de carreira, contrato temporário, entre outros (MACHADO e KOSTER, 2011).

Conforme destacam Machado e Koster (2011), a fragilização das relações de trabalho tem como uma de suas consequências a falta de dedicação dos trabalhadores, contribuindo para a ampliação da rotatividade e insatisfação profissional. Tal fato acarreta em falta de comprometimento, absenteísmo, falta de responsabilização e de identificação com seu trabalho. Sem perspectivas de melhores condições de trabalho, o vínculo público se transformou, segundo Pierantoni (2001), em fonte de renda “adicional”.

Por outro lado, neste mesmo período algumas iniciativas foram tomadas com o propósito de modificar tal quadro, principalmente em relação a formação profissional, que precisava responder a nova realidade, apesar de tantas mudanças relacionadas a forma de contratação no setor saúde. A Rede UNIDA¹ é um exemplo de movimentos que buscavam mudanças na formação superior em saúde, em uma perspectiva de responder aos anseios da população insatisfeita com o atendimento prestado por profissionais de saúde que atendiam pelo SUS (GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010).

Mas, sem dúvidas, um grande marco na tentativa de mudanças nesse quadro ocorreu somente no início dos anos 2000, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que possuía como propósito, em relação aos cursos de graduação na área de saúde, mudanças no perfil acadêmico e profissional, a partir de competências, habilidades e conteúdos que dialogassem com os princípios do SUS e com as necessidades de saúde da população (PEREIRA, LOPES e LUGARINHO, 2006).

A construção das DCN dos cursos de graduação da área da saúde ocorreu em um momento privilegiado da nossa sociedade. Por um lado considerando a constituição do SUS como um sistema regionalizado, hierarquizado, descentralizado, voltado para o atendimento integral e que enfatiza a participação da comunidade, e por outro a homologação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB, em 1996, que possibilitou a flexibilização dos currículos (PEREIRA, LOPES e LUGARINHO, 2006 e BRASIL, 1996b).

As diretrizes curriculares, no entanto, representam apenas uma recomendação, já que, no Brasil, as universidades gozam de autonomia, definida na LDB (CECCIM e

¹ Formada em 1997 por integrantes da IDA e da UNI, por isso Rede UNIDA, reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social (REDE UNIDA, 2011)

FEUERWERKER, 2004). Neste sentido, sua aplicação não se deu de forma homogênea em todos os cursos, com cada graduação tendo diretrizes curriculares específicas e publicadas em diferentes momentos.

A discussão em torno das DCN foi vista como uma oportunidade favorável à ação da Rede UNIDA, que para além do debate nas instituições de ensino em saúde, vislumbrou a possibilidade de mobilizar os setores da saúde para que passassem a influir na definição do perfil profissional mais adequado à necessidade da sociedade. Onde torna-se fundamental a articulação interministerial e o compromisso de uma política de Estado, e não uma política de governo, para que de fato sejam implantadas mudanças contundentes na formação em saúde (GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010).

Neste sentido, no ano de 2003 foi criado, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, que é estruturada em dois departamentos: Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES e Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde - DEGERTS. A Secretaria desenvolve ações para o fomento de políticas voltadas a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS, impondo à gestão do trabalho e da educação a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, na busca de novos perfis profissionais aptos a responder às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011c). É importante considerar que a criação desta secretaria une o trabalho e a educação, que devem andar juntos na busca de melhoria na qualidade dos serviços de saúde.

Quadro 2: Principais características das ações desenvolvidas pela SGTES

Políticas, programas e ações	Principais características
Política Nacional de educação permanente em saúde (PNEPS)	Visa garantir a qualidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população, por meio da implementação da educação permanente aos trabalhadores do SUS.
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde	Desenvolve-se na perspectiva de que essa reorientação deve ocorrer simultaneamente em distintos eixos (teórico, prático e pedagógico), rumo à integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde, com vistas ao fortalecimento do SUS. O programa busca ainda incorporar no processo de formação na área da saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença e a Promoção da Saúde.

Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde)	Busca apoiar os profissionais de saúde na sua prática clínica e processo de trabalho, utilizando tecnologias de informação e comunicação (TICs) integrando unidades básicas e serviços de saúde aos Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos, e oferecendo teleconsultorias, telediagnósticos e ações de teleducação aplicadas às questões e dificuldades vivenciadas na prática clínica, na gestão do cuidado e no processo de trabalho em saúde.
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde):	Tem como alvo os profissionais de saúde do SUS, docentes e estudantes de graduação da área da saúde, em parceria com as secretarias de saúde. Sua proposta é de apoiar e promover a integração ensino-serviço e o processo de ensino-aprendizagem inserido na rede de atenção do SUS. Atua com projetos em diversas áreas como na Estratégia de Saúde da Família, na Vigilância em Saúde e na Saúde Mental.
Universidade aberta do SUS – (UnASUS)	Desenvolvido para profissionais da área da saúde que trabalham no SUS, tem como objetivo ofertar cursos de especialização, aperfeiçoamento e qualificação, fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação, contribuir com a integração ensino-serviço na área de atenção à saúde e contribuir com a redução das desigualdades regionais, a partir da equalização da oferta de cursos.
Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – (Pró-Residência):	Por meio da expansão de Programas de Residência Médica, bem como a abertura de novos programas, oferece bolsas destinadas a profissionais médicos selecionados em programas de residência, em diversas especialidades e regiões prioritárias para o SUS.
Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (Residência)	Oferece bolsas destinadas a profissionais de saúde interessados em se especializar na modalidade residência multiprofissional e em área profissional da saúde, em campos de atuação estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e em regiões prioritárias do País.
Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde – (ObservaRH):	Destinado a gestores do SUS, pesquisadores, docentes e estudantes da área da saúde que tenham interesse na área de Recursos Humanos de Saúde. Tem como propósito produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar amplo acesso a informações e análises sobre a área de recursos humanos de saúde no país, mediante o desenvolvimento de pesquisas relacionadas à força de trabalho em saúde, formação em saúde, planejamento da necessidade de profissionais de saúde, carga de trabalho estimada para cada profissional, entre outros.
Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)	Busca soluções para a desprecarização do trabalho, com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador, desenvolvendo estudos e ações cujo propósito é debater e sugerir ações para superar as formas de inserção por meio de vínculos precários.

Fonte: Brasil, 2011c – Elaboração própria.

A SGTES desenvolveu diversos programas e políticas, na busca de mudanças não só na formação em saúde, mas visando também o profissional já formado, a luz das Diretrizes

Curriculares Nacionais, com o intuito também de reduzir um pouco o distanciamento da formação profissional em saúde de ações que ocorrem na prática. Algumas ações desenvolvidas podem ser observadas no Quadro 2.

Neste período foram realizadas iniciativas de reversão do quadro de precarização do trabalho em consequência da desregulação ocorrida na década de 1990. Nogueira (2006) aponta que houve expansão dos concursos públicos para diversos órgãos do serviço público federal nos primeiros anos de Governo Lula, levando a uma substituição de profissionais terceirizados, temporários e informais.

De acordo com Campos, Aguiar e Belisário (2012), apesar dos esforços para a instituição de políticas, ainda é necessário avançar na adoção de um novo paradigma de cuidados à saúde, mais integral e resolutivo, tendo como norte a concepção ampliada de saúde, de forma a atuar não só na cura, mas também na prevenção de doenças, na Promoção da Saúde e na reabilitação dos usuários, considerando a complexidade do processo saúde-doença.

Algumas políticas vêm sendo desenvolvidas em prol da reversão do quadro de precariedade no trabalho em saúde, como por exemplo, as ações da Agenda Positiva do DEGERTS, que traz como uma das causas da precariedade a durabilidade do contrato de trabalho (BRASIL, 2004a).

Outro exemplo seria a própria Política Nacional de Desprecarização, que possui como uma de suas iniciativas a criação do Programa Nacional de desprecarização do trabalho no SUS – DesprecarizaSUS, conduzido pelo DEGERTS. Para operacionalizar os objetivos de tal política, foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, do qual participavam representantes de gestores municipais, estaduais, federais e entidades de trabalhadores da saúde, e coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2011c).

Pierantoni (2001) destaca em seu trabalho três dimensões críticas para os recursos humanos relacionadas às mudanças operacionalizadas pelas reformas do sistema de saúde: dimensão gerencial (gerência de sistemas e serviços de saúde), dimensão estrutural (relacionada à formação e a disponibilidade do mercado de trabalho), e a dimensão regulatória (mecanismos de interação entre o processo de trabalho e a legitimação profissional).

Ou seja, é perceptível que para o alcance dos objetivos propostos de mudanças nos serviços de saúde e no cuidado em saúde, são necessárias articulações entre diversos setores e sistemas. Um exemplo disso é a própria Estratégia de Saúde da Família, Viana e Dal Poz (1998)

identificaram como problemas críticos na avaliação da ESF os relacionados diretamente com a capacidade de adequação de recursos humanos em saúde a novas propostas de modelo assistencial.

Neste contexto, cabe salientar que apesar de ainda encontrarmos diversos obstáculos na gestão dos recursos humanos no SUS, muito por conta deste não ter sido um aspecto de grande relevância no período de implantação do sistema de saúde, atualmente muitos programas já vêm sendo desenvolvidos, conforme descrito ao longo dessa sessão. No que concerne a aproximação entre o que se aprende e a prática profissional, a redução das iniquidades regionais por meio de uma distribuição mais igualitária de serviços e profissionais de saúde, bem como a busca de um contrato de trabalho que seja condizente e que valorize não só o sistema de saúde mas os profissionais que nele atuam, são aspectos relevantes.

Contudo, sabe-se que as mudanças ocorrem a longo prazo e muito ainda necessita ser feito para que de fato a formação profissional na área de saúde seja condizente com o que se espera de um profissional que atue no SUS, para que esse possa, junto com a população, colocar em prática o que as políticas e diretrizes do SUS trazem como propósitos, e que este profissional seja mais valorizado, que possua vínculos de trabalho mais atrativos e condizentes com sua importância.

Apesar da essencialidade das demais profissões, no próximo capítulo deste trabalho será dada ênfase ao estudo da Nutrição como profissão, com o objetivo de uma melhor compreensão da construção do campo e de sua inserção atualmente, possibilitando associações com os resultados desta pesquisa.

2.2 - NUTRIÇÃO: TRAJETÓRIA DE CONSOLIDAÇÃO PROFISSIONAL

Neste subcapítulo será abordada a trajetória da profissão de Nutrição no Brasil. Atrelado a esse contexto serão pontuadas as principais políticas e os programas criados em cada período, com o objetivo de contextualizar os diferentes cenários vivenciados nessa trajetória.

A emergência da Nutrição é um fenômeno relativamente recente no cenário mundial, característico do início do século XX. Entretanto, as condições históricas para a constituição do campo foram estimuladas a partir da revolução industrial europeia, ocorrida no século XVIII, e desencadearam-se entre 1914 e 1918, quando ocorreu a Primeira Guerra Mundial, período em que foram criados os primeiros centros de pesquisa relacionados com a área da Nutrição, profissional também conhecido inicialmente como dietista (VASCONCELOS, 2002).

No Brasil, na década de 1940, durante o governo Vargas, a subnutrição ganhou maior visibilidade e passou a ser considerada como um problema de saúde pública. Neste período diversos estudos contribuíram para retratar as condições precárias de vida e alimentação, como o inquérito promovido em 1933 no Recife por Josué de Castro, que buscava uma explicação científica para as precárias condições de vida da classe operária, onde revelou-se a ocorrência de déficit calórico e de nutrientes no grupo estudado (ARRUDA e ARRUDA, 2011:397).

Neste sentido, o Governo Vargas, como parte de sua política trabalhista, realizou duas medidas: o salário mínimo, criado em 1938, que deveria "satisfazer às necessidades normais do trabalhador e suas famílias"; e o Serviço de Alimentação da Previdência Social - SAPS² criado com objetivos de: propiciar as instalações e as condições para a alimentação adequada dos trabalhadores, fornecer alimentos a preços acessíveis, capacitar pessoal para as atividades de nutrição e promover a educação alimentar. Funcionando como um dos meios de sustentação de seu governo (ARRUDA e ARRUDA, 2011:398).

Diante da necessidade de promover educação nutricional para a população, esbarrava-se com a escassez de profissionais aptos para tais ações. No ano de 1939³ foi criado o primeiro curso de Nutrição na Universidade de São Paulo, em seguida outros três cursos foram criados⁴. Longe de ser o curso que vigora atualmente, naquela época sua duração era de um ano, pouco complexo, subordinado a profissão médica (profissional que definiu o conteúdo e configuração do campo de prática do nutricionista) e com um perfil semelhante ao da enfermagem: socialmente desvalorizado, exercido exclusivamente por mulheres, de estratos sociais inferiores, que não possuíam uma formação sólida e relegadas a uma prática subalterna (BOSI, 1996).

² SAPS - Criado pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio é o primeiro órgão de política de alimentação instituído no Estado brasileiro, nasceu a partir dos ideais dos nutrólogos, que pretendiam transformar seus saberes em medidas concretas – “ensinar o povo a comer convenientemente”, fortalecidos pelo interesse do Estado. Oscilou entre períodos de grandes conflitos e outros de expansão e durou até 1967 quando foi extinto no governo Costa e Silva (L’Abbate, 1988).

³ Período caracterizado por dois movimentos: um interno, relacionado a modernização econômica e industrial brasileira, e outro externo, imposto pela necessidade de enfrentar as consequências da 2ª Guerra Mundial. Esses aspectos demandaram incremento na produção, abastecimento e consumo de alimentos (Loureiro-Simonard *et al.*, 2006).

⁴ Em 1940, tiveram início os cursos técnicos do Serviço Central de Alimentação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), os quais deram origem, em 1943, ao Curso de Nutricionistas do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS). Em 1944, foi criado o Curso de Nutricionistas da Escola Técnica de Assistência Social Cecy Dodsworth e em 1948 o Curso de Dietistas da Universidade do Brasil, que deram origem respectivamente aos atuais Cursos de Graduação em Nutrição da Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ e do Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (Costa, 1999).

Tais características, enraizadas, tornam-se um grande obstáculo na conquista de autonomia técnica, é o caso, por exemplo, da base cognitiva da Nutrição que foi desenvolvida pelos médicos, do baixo prestígio da categoria por nascer subordinada tecnicamente e da dificuldade em delinear seu objeto de trabalho com clareza (BOSI, 1996).

O Serviço de Alimentação da Previdência Social passou a formar, além de nutricionistas, diversos outros profissionais para trabalhar na área, como as visitadoras de alimentação, que trabalhavam nos lares, principalmente rurais (L'ABBATE, 1988).

Estudos como o de Josué de Castro, foram de suma importância para maior entendimento sobre a relação entre renda e alimentação, entendendo que o estado nutricional sofria influência direta da situação econômica e das condições de trabalho da classe operária, o que nos remete a pensar nas questões sociais relacionadas à nutrição. Outros estudos realizados na época não deixavam dúvidas sobre o quadro de deficiências nutricionais diagnosticadas na população brasileira, dentre elas altos índices de desnutrição rural e urbana, déficit calórico e proteico, anemia, hipovitaminose A e bócio endêmico (SILVA, 1995).

Entretanto, entendendo as duas grandes abordagens que prevaleceram no âmbito da medicina desde os seus primórdios, uma de cunho mais biológico e curativo e outra mais ampla que considerava o caráter social como de grande influência para a saúde, a Nutrição não surge de maneira diferente. De acordo com L'Abbate (1988) a Nutrição surge a partir de duas distintas vertentes, uma primeira de caráter mais biológico, fortalecida por cientistas preocupados com aspectos clínico-fisiológicos e individuais relacionados ao consumo e à utilização biológica dos nutrientes, a qual originou a Nutrição-clínica (dietoterapia). A segunda vertente, de cunho mais social, era influenciada por cientistas cuja atenção voltava-se para os aspectos econômico-sociais e populacionais relacionados à produção, à distribuição e ao consumo de alimentos, dando origem a área de Nutrição em Saúde Pública, a qual prevalece nesse trabalho.

Ainda nesta década, foram criados diversos órgãos e institutos na área de alimentação e nutrição, como a Coordenação da Mobilização Econômica – CME⁵, o Serviço Técnico da Alimentação Nacional- STAN⁶, o Instituto de Tecnologia Alimentar -ITA⁷, o Instituto de

⁵ CME -voltada para a produção agrícola e industrial de alimentos. (L'Abbate, 1989).

⁶STAN - Órgão da CME que visava a obtenção de dados técnicos seguros para contribuir com as fontes nacionais de produção de alimentos. Sob direção de Josué de Castro, preocupou-se também com a educação alimentar (L'Abbate, 1988).

⁷ ITA - Realizava pesquisas de caráter experimental, principalmente voltado para as indústrias alimentícias, visando o desenvolvimento da ciência da Nutrição (L'Abbate, 1988).

Nutrição do Brasil⁸, a Comissão Nacional de Alimentação - CNA⁹, dentre outros. Inicia-se assim um jogo de colaboração entre Estado e indústria de alimentos, por meio de troca de favores e interesses (SILVA, 1995 e L'ABBATE, 1988).

Frente a crescente importância creditada às questões de alimentação e nutrição, a categoria profissional também traçou uma longa caminhada de luta em prol do seu devido reconhecimento ao longo dos anos que se sucederam. Em 31 de agosto de 1949 (data em que se comemora o dia do nutricionista no Brasil) é fundada a Associação Brasileira de Nutrição (ABN) – atual ASBRAN – a qual iniciou o processo de reconhecimento do curso em nível superior, para em seguida lutar pela sua regulamentação. Em 1958, no 1º Congresso Brasileiro de Nutricionistas do Rio de Janeiro o curso perde a duplicidade de nomes, prevalecendo nutricionista em prol de dietista (CALADO, s/d). No final da década de 1960 já existiam sete cursos no Brasil (VASCONCELOS, 2002).

Em um parecer do Diário Oficial da União em 1962 o curso de Nutrição foi reconhecido como de nível superior pelo Conselho Federal de Educação – CFE. A partir de 1964, por meio da Portaria nº 514/64-MEC foi fixado o primeiro currículo mínimo de matérias que determinou a duração mínima de 3 anos para todos os cursos do país (CALADO, s/d). O estabelecimento de um currículo mínimo, embora importante por criar uma certa homogeneidade entre os cursos, trouxe muitas críticas em relação a não adaptação deste a realidade brasileira (SOARES e AGUIAR, 2010).

No ano de 1967, após uma série de lutas e vetos, a profissão é regulamentada pela Lei 5.276/67 e durante os vinte anos seguintes o curso obteve um amplo crescimento em todo o país. Também contribuiu para esse processo o explosivo aumento de vagas no ensino superior, a partir da Reforma Universitária instituída pela Lei nº 5.540 de 1968 (CALADO, s/d).

No ano de 1972, é criada a Federação Brasileira das Associações de Nutricionistas (FEBRAN), entidade de caráter técnico-científico e cultural, que passou a assumir as funções da ABN, reunindo inúmeras associações estaduais de nutricionistas. Neste momento, teve início também o processo de criação das associações profissionais, as quais deram origem aos

⁸ Fundado por Josué de Castro o atual Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro possuía como objetivos: realizar investigações, pesquisas e ensaios tecnológicos, formação técnica especializada e difundir conhecimentos sobre higiene alimentar. (L'Abbate, 1988).

⁹ Criada em 1945 e regulamentada em 1951, no segundo governo Vargas, buscava dar um caráter mais permanente as ações criadas pelo extinto STAN. Era o órgão encarregado de assistir ao governo na formulação da Política Nacional de Alimentação, constituiu-se como elo entre a educação alimentar dos anos 40 e suplementação alimentar da década de 70. (L'Abbate, 1988).

Sindicatos de Nutricionistas em diversos estados brasileiros. E em 1974 é fixado, pelo Conselho Federal de Educação, o segundo currículo mínimo, que estabelecia uma carga horária total de 2880 horas, a ser integralizada com uma duração de 4 anos (VASCONCELOS, 2002:134).

Segundo Vasconcelos (2002:134), um momento de grande relevância é a aprovação da Lei nº 6.583 de 1978, onde são criados os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, visto que até então o órgão responsável pela fiscalização desta categoria profissional era o da Medicina. A partir da criação dos conselhos foi possível obter não só um órgão específico para fiscalizar o exercício da profissão, mas também um órgão capaz de organizar, disciplinar, desenvolver a categoria e lutar pelos seus interesses.

Ainda de acordo com o mesmo autor, neste período, o número de cursos de Nutrição passou de sete para trinta. Em consequência disso, observou-se um expressivo aumento da oferta de vagas nestes cursos, que passou das 570 em 1975, para 1.592 em 1980. Foi possível observar neste mesmo período, o início o processo de criação dos cursos do setor privado, os quais em 1980 correspondiam a 30% do total existente. O que contribuiu para uma ampliação do mercado de trabalho, bem como para o processo de mobilização e luta da categoria.

Arelado a esse momento de inúmeras conquistas, a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN¹⁰ (1972) também foi de grande contribuição por incentivar a formação de recursos humanos, apoiando geração de cursos de Nutrição no país (CALADO, s/d). Por outro lado, o INAN surge em um contexto sócio-político-institucional em que a política social passa a ser uma preocupação mais explícita do Estado, onde os planos e programas de alimentação e nutrição estão inseridos nas políticas sociais vigentes (L'ABBATE, 1989).

Neste sentido, em 1973 o INAN elaborou, norteado pelo Plano Nacional de Desenvolvimento I (PND I), o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição I (PRONAN I), definindo como público alvo de suas ações gestantes, nutrizes e crianças até sete anos na população de baixa renda e os escolares de sete a 14 anos, considerado o grupo mais vulnerável (SILVA, 1995 e ARRUDA e ARRUDA, 2011).

¹⁰ Autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que substituiu a CNA na formulação de uma política de alimentação e nutrição. Criada por meio do Decreto Lei nº 5.829 de 1972 foi extinto no ano de 1997 o INAN foi extinto, e suas atividades ficaram a cargo de uma Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) da Secretaria de Políticas Públicas, com a extinção desta, foi integrado ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde, onde passou a ser denominado Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) (Arruda e Arruda, 2011).

Em sua segunda edição (1976-1979), o PRONAN ofereceu o primeiro modelo de uma política nacional, com sua atuação concentrada em três dimensões: suplementação alimentar para gestantes, nutrizes, crianças, escolares e trabalhadores de baixa renda, amparo ao produtor rural e combate às carências nutricionais específicas, além de apoio à realização de pesquisas e capacitação de recursos humanos, sendo esta uma de suas diretrizes (L'ABBATE, 1989). Com o II PRONAN a questão nutricional voltou a assumir um lugar de destaque na agenda pública, sendo considerada, de acordo com Vasconcelos e Batista Filho (2011) um dos principais instrumentos da política social conduzida pelos governos militares.

Quadro 3: Programas de Alimentação e Nutrição 1975 - 1985

Programa	Gestão	Ano	Características
Programa de Nutrição em Saúde (PNS) ¹¹ passando a Programa de Suplementação Alimentar	INAN	1975 1985	Distribuir alimentos básicos para gestantes, nutrizes e crianças de seis meses a sete anos, em famílias de baixa renda, priorizando as regiões mais pobres.
Programa de Alimentos Básicos em Áreas de Baixa Renda (PROAB)	INAN	1979	Abastecer os pequenos varejistas, em áreas pobres, com alimentos básicos a preços reduzidos (Subsídios para compras)
Programa de Racionalização da Produção de Alimentos Básicos (PROCAB)	INAN	1977	Auxílio econômico ao pequeno produtor dos alimentos básicos. Adquiria os alimentos básicos diretamente do produtor, para utilização em programas do PRONAN.
Programa de Combate às Carências Nutricionais Específicas (PCCNE)	INAN	-	Bócio endêmico, hipovitaminose A, anemia ferropriva e cárie dental
Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)	Campanha Nacional de Alimentação Escolar	1954	Distribuir merenda escolar a crianças de 7 a 14 anos.
Programa de Complementação Alimentar (PCA)	Ministério da Previdência	1976	Distribuição de alimentos formulados, avaliação de peso da criança e instruções às mães
Programas de Alimentação do Trabalhador (PAT)	Ministério do Trabalho	1977	Mediante incentivo fiscal possibilitava as empresas a fornecer refeições aos trabalhadores
Programa de Alimentação Popular (PAP)	Ministério da Agricultura	1985	Vendia alimentos a preços baixos à população urbana com renda familiar inferior a 2,5 salários mínimos

Fonte: L'ABBATE, 1989, SILVA, 1995, ARRUDA e ARRUDA, 2011 – Elaboração própria

O PRONAN contribuiu para a elaboração, nos anos subsequentes, de diversos programas e ações de alimentação e nutrição. Os principais programas criados no período sob gestão do INAN e de outros institutos podem ser verificados no Quadro 3.

Em 1990, apesar do novo governo de Fernando Collor de Mello ter como base os programas anteriores relacionados à alimentação e nutrição e um diagnóstico atualizado da situação nutricional do país, muitos programas não foram mantidos, alguns dos poucos que

¹¹ Principal instrumento do II PRONAN em relação a suplementação alimentar ao grupo materno-infantil.

restaram e não sofreram grandes modificações foram o Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE e o Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT. A inovação introduzida foi o programa emergencial *Gente da Gente*, utilizando estoques públicos de alimentos para distribuição de uma cesta mensal às famílias nordestinas atingidas pela seca (SILVA, 1995).

Em 1991 é aprovada a Lei nº 8.334 que representou a segunda regulamentação do curso de Nutrição, revogando sua antecessora, a Lei nº 5276/1967, e trouxe avanços importantes (CALADO, s/d).

Tabela 4: Expansão dos cursos de Nutrição no Brasil por década

Década	Novos cursos	Total
1930	1	1
1940	3	4
1950	2	6
1960	1	7
1970	21	28
1980	12	40
1990	72	112
2000 a 2002	57	169

Fonte: Calado s/d. Elaboração própria.

A medida que cresce a importância das questões relacionadas a alimentação, cabe destacar a evolução dos cursos de Nutrição no Brasil, que obteve um amplo crescimento nas últimas décadas (Tabela 4), principalmente após a criação da Lei de Diretrizes e Bases (Brasil, 1996b)¹², onde na década de 1990, 72 novos cursos foram criados no país, sendo 66 só entre os anos de 1997 e 1999. Destaca-se ainda a criação de 57 cursos no curto período de 2000 a 2002 (CALADO s/d).

Neste sentido, evidencia-se um período de expansão em termos de políticas públicas na área, assim como de fortalecimento da categoria profissional, contudo, a profissão, por suas

¹²Dentre outras providências, atribui às universidades, no exercício de sua autonomia, a competência de fixar os currículos dos seus cursos e programas, em consonância com as diretrizes gerais pertinentes.

raízes históricas permaneceu sendo reconhecida como uma semi-profissão, subordinada, com baixos salários, prioritariamente feminina (BOSI, 1996:60).

Em 1997 foi elaborada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN, aprovada pela Portaria nº 710 de 10 de junho de 1999, tendo como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 2003a:29).

Dando continuidade aos programas governamentais relacionados a alimentação, em agosto de 2001 foi criado o Bolsa Alimentação, substituindo as ações de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais - ICCN, mediante o repasse de recursos financeiros às famílias cadastradas mediante ao cumprimento por parte dessas de uma agenda de compromissos de saúde (ARRUDA e ARRUDA, 2011).

Em 2003, dando início a um novo período governamental, as ações relacionadas com segurança alimentar¹³ foram colocadas no centro de uma política de desenvolvimento, com o objetivo de garantir quantidade, qualidade e regularidade no acesso à alimentação, sendo então aprovado o Programa Fome Zero, com ações estruturais (combate as causas da fome), emergenciais (enfrentamento de situações de insegurança alimentar) e locais (administradas por Estados e Municípios). Porém, por conta de problemas operativos, foi realizada a unificação dos quatro programas de transferência de renda (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio gás e Cartão Alimentação), instituindo o programa Bolsa Família em 2004, sendo mantidas as condicionalidades previstas nos programas anteriores (ARRUDA e ARRUDA, 2011).

Ainda no ano de 2004, foi realizada a II Conferência Nacional de Segurança alimentar e Nutricional, onde destacou-se a importância do direito humano a alimentação, a produção e ao acesso aos alimentos e ações de saúde e nutrição voltadas para a promoção de modos de vida saudáveis, vigilância alimentar e educação nutricional nas escolas (BRASIL, 2004b).

No ano de 2006 foi aprovada a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), responsável por mudanças no direcionamento de políticas de alimentação e nutrição (RECINE e

¹³ Segurança Alimentar e Nutricional (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” (BRASIL, 2012d p. 24).

VASCONCELOS, 2011), e por meio do qual o poder público, com a participação da sociedade civil organizada, passa a formular e implementar políticas, planos, programas e ações com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada (DHAA) (BRASIL, 2006b).

Diante do exposto, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição marca uma etapa importante, nela são evidenciadas as transições epidemiológica, nutricional e demográfica com a convivência no país de duas realidades opostas: desnutrição e deficiências nutricionais, constantemente associadas a situações de pobreza e precariedade nas condições de alimentação e moradia, e obesidade e doenças crônicas. É neste cenário onde as questões relacionadas a nutrição se evidenciam como de suma importância para a Promoção da Saúde e da qualidade de vida, o que torna ainda mais contundente o incentivo a expansão da profissão atrelado a formação baseada nos princípios do SUS e no perfil da população que se traduz em demanda para o serviço de saúde.

O Conselho Federal de Nutrição, ao reconhecer todas as estratégias do Ministério da Saúde acerca do ideário da reorganização da atenção em novas práticas, enfatiza a necessidade de revisão periódica das ações para atender com maior eficácia às reais necessidades indicadas pelo perfil epidemiológico da população, sugerindo a adoção de ações de alimentação e nutrição na atenção primária em saúde, articulada com as demais ações (CFN, 2008).

Nesse sentido, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi atualizada em 2012 na perspectiva de adequar-se ao novo cenário que se coloca, tendo como propósito “a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição” (BRASIL, 2012d).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição apresenta algumas diretrizes na busca de alcançar seu propósito. Não cabe aqui analisar minuciosamente esta política, mas, devido ao fato da mesma abordar assuntos que dialogam com as principais questões que culminaram no desenvolvimento deste trabalho, torna-se importante trazer mais detalhadamente algumas dessas diretrizes (BRASIL, 2012d).

✓ **Organização da Atenção Nutricional:** Por meio da Atenção Básica, onde a atenção nutricional deverá responder às demandas e necessidades de saúde do seu território, observando critérios de risco e vulnerabilidade. As equipes de referência deverão ser apoiadas por equipes multiprofissionais, a partir de um processo de matriciamento e clínica ampliada.

- ✓ **Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)**: É uma das vertentes da Promoção da Saúde, relacionada a práticas alimentares apropriadas aos aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente.
- ✓ **Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição**: A PNAN representa uma estratégia que articula o SUS e o SISAN. Sua natureza transversal às demais políticas de saúde e seu caráter intersetorial colocam o desafio da articulação de uma agenda comum de alimentação e nutrição com os demais setores do governo e sua integração às políticas, programas e ações do SUS.
- ✓ **Participação e Controle Social**: Se pensarmos em uma perspectiva intersetorial da saúde e da segurança alimentar e nutricional, considerando o cidadão na sua totalidade, para que as ações sejam de fato resolutivas, estas precisam, necessariamente, de parcerias com outros setores.
- ✓ **Qualificação da Força de Trabalho**: Torna-se imprescindível a qualificação dos profissionais e gestores de acordo com as necessidades de saúde, alimentação e nutrição da população, sendo estratégico considerar o processo de trabalho em saúde como eixo estruturante para a organização da formação da força de trabalho. Neste sentido, a Política sugere a educação permanente em saúde como principal estratégia para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular, e identifica como importante dispositivo a constituição de estratégias de articulação dos gestores com as instituições formadoras, onde os cursos de graduação devem contemplar a formação de profissionais que atendam às necessidades sociais em alimentação e nutrição e que estejam em sintonia com os princípios do SUS e da PNAN.

Desta forma, torna-se perceptível a importância das ações na Atenção Básica favorecendo à modificação das reais demandas da sociedade baseada em um trabalho multiprofissional, onde os usuários tenham papel protagonista no diagnóstico de suas necessidades mais relevantes. Destaca-se ainda a essencialidade de trabalhos intersetoriais ao pensar na multicausalidade dos problemas de saúde, tendo o setor saúde como principal articulador. Um último aspecto, não menos relevante, seria a importância do ensino dialogar com a prática, para que os profissionais possam atuar de forma mais concisa com os princípios do SUS e desta política.

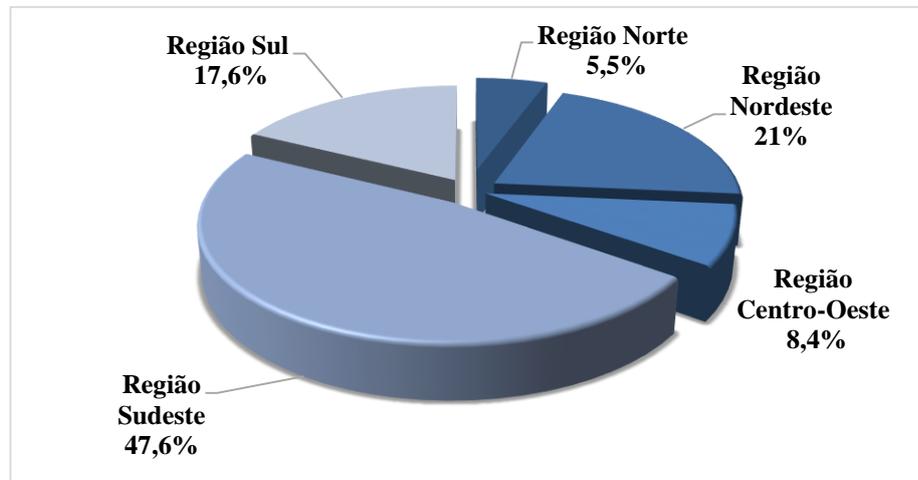
De acordo com a PNAN, Os Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN), localizados em instituições públicas de ensino e pesquisa e credenciados pelo Ministério da Saúde para o apoio ao desenvolvimento de estratégias que aperfeiçoem as ações

da PNAN, são estratégicos para articulação das necessidades do SUS com a formação e qualificação dos profissionais de saúde para agenda de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012d).

Tabela 5: Cursos de Nutrição segundo estados e regiões – Brasil 2013

Estados/Regiões	Cursos	%
Região Norte	19	5,5
Acre	1	0,3
Amapá	2	0,6
Amazonas	6	1,7
Pará	5	1,4
Rondônia	4	1,2
Roraima	0	0,0
Tocantins	1	0,3
Região Nordeste	73	21,0
Alagoas	5	1,4
Bahia	22	6,3
Ceará	8	2,3
Maranhão	8	2,3
Paraíba	7	2,0
Pernambuco	9	2,6
Piauí	6	1,7
Rio Grande do Norte	5	1,4
Sergipe	3	0,9
Região Centro-Oeste	29	8,4
Distrito Federal	8	2,3
Goiás	9	2,6
Mato Grosso	5	1,4
Mato Grosso do Sul	7	2,0
Região Sudeste	165	47,6
Espírito Santo	7	2,0
Minas Gerais	58	16,7
Rio de Janeiro	23	6,6
São Paulo	77	22,2
Região Sul	61	17,6
Paraná	24	6,9
Santa Catarina	14	4,0
Rio Grande do Sul	23	6,6
Brasil	347	100

Fonte: E-MEC, 2013 – Ministério da Educação – Elaboração própria

Gráfico 1: Cursos de Nutrição por regiões – Brasil 2013

Fonte: E-MEC, 2013 - Ministério da Educação - Elaboração própria

Notadamente importante, a expansão dos cursos de nutrição no Brasil é um fenômeno constante, já que o crescimento apresentado após a criação da Lei de Diretrizes e Bases se manteve nos anos seguintes, o que se expressa em um total de 347 cursos no país no ano de 2013 (Tabela 5).

Ao analisar este quantitativo, é possível notar uma distribuição desigual dos cursos entre as diversas regiões do Brasil, com maior prevalência na região Sudeste (47,6%) onde estão presentes quase 50% dos cursos, seguida das regiões Nordeste (21%), Sul (17,6%), Centro-Oeste (8,4%) e Norte (5,5%). Nota-se que os 3 estados que apresentam o maior número de cursos são respectivamente São Paulo (77), Minas Gerais (58) e Paraná (24). Chama a atenção o Rio de Janeiro, considerando sua localização regional, não está entre os estados com maior quantitativo, apresentando 23 cursos. Por outro lado, é possível observar que não existem cursos em Roraima, e os estados de Tocantins e Acre possuem apenas 1 curso e o Amapá 2 cursos, todos estes localizados no Norte (Tabela 5 e Gráfico 1).

Quadro 4: Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio de Janeiro

Nome da IES	Município	Categoria Adm.	IGC - 2012
Centro Universitário Anhanguera de Niterói – UNIAN	Niterói	Privada com fins lucrativos	3
Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM	Rio de Janeiro	Privada sem fins lucrativos	3

Centro Universitário Celso Lisboa - UCL	Rio de Janeiro	Privada sem fins lucrativos	3
Centro Universitário de Barra Mansa - UBM	Barra Mansa	Privada sem fins lucrativos	3
Centro Universitário de Volta Redonda - UNIFOA	Volta Redonda	Privada sem fins lucrativos	4
Centro Universitário Hermínio da Silveira - UNI IBMR	Rio de Janeiro	Privada com fins lucrativos	3
Centro Universitário Metodista Bennett - BENNETT	Rio de Janeiro	Privada sem fins lucrativos	3
Faculdade Arthur Sá Earp Neto - FASE	Petrópolis	Privada sem fins lucrativos	4
Faculdade Bezerra de Araújo - FABA	Rio de Janeiro	Privada com fins lucrativos	3
Sociedade Universitária Redentor	Campos dos Goytacazes	Privada sem fins lucrativos	-
Faculdade Redentor - FACRENTOR	Itaperuna	Privada sem fins lucrativos	3
Faculdade São Fidelis - FSF	São Fidelis	Privada com fins lucrativos	-
Centro Educacional de Realengo	Rio de Janeiro	Privada sem fins lucrativos	3
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ	Rio de Janeiro	Pública Estadual	4
Sociedade Nilza Cordeiro Herdy de Educação e Cultura S/S Ltda	Duque de Caxias	Privada sem fins lucrativos	3
Sociedade De Ensino Superior Estácio De Sa Ltda	Rio de Janeiro	Privada com fins lucrativos	3
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO	Rio de Janeiro	Pública Federal	4
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	Rio de Janeiro	Pública Federal	4
Universidade Federal Fluminense - UFF	Rio de Janeiro	Pública Federal	4
Universidade Salgado De Oliveira - UNIVERSO	Rio de Janeiro	Privada sem fins lucrativos	3
Associação Universitária Santa Úrsula	Rio de Janeiro	Privada sem fins lucrativos	2
Universidade Veiga de Almeida - UVA	Rio de Janeiro	Privada sem fins lucrativos	4

Fonte: Brasil, Ministério da Educação, E-mec, 2014

No estado do Rio de Janeiro, ao pensar na distribuição quanto a categoria administrativa das instituições de ensino, dados apresentados pelo Ministério da Educação – Sistema E-mec, mostram que, das 22 Instituições de Educação Superior (IES) de Nutrição situadas no estado em 2014, sendo 63,6% no município do Rio de Janeiro, apenas 18,2 são públicas, sendo 3 federais e 1 estadual. Apesar da grande maioria (81,8%) das instituições ser de administração privada, essas apresentam menores notas no Índice Geral de Cursos (IGC)¹⁴, como pode ser observado no Quadro 4 (E-mec, 2014), o que corrobora com dados da literatura que mostram a expansão do ensino privado sem a devida qualidade.

Importante registrar que o país apresentou dois ciclos de expansão universitária, um na década de 1960, no período de regime militar, e outro na década de 1990, com o objetivo por parte do governo de promover competição entre as instituições privadas, e com isso melhorar a qualidade. Contudo, apesar de ter sido estabelecida uma avaliação da qualidade desses cursos (Provão, atual Enade), raramente alguma medida contra aqueles que apresentavam baixo desempenho foi tomada de fato (CAMPOS, AGUIAR e BELISÁRIO, 2012).

O grande número de instituições privadas não se restringe ao curso de Nutrição. Dados apresentados por Campos, Aguiar e Belisário (2012), mostram que em todas as formações da área de saúde a maioria das instituições de ensino do Brasil são privadas, em alguns cursos o número de instituições públicas não chega nem a 10%, como é o caso da própria Nutrição, além de Enfermagem, Biomedicina, fisioterapia e Psicologia.

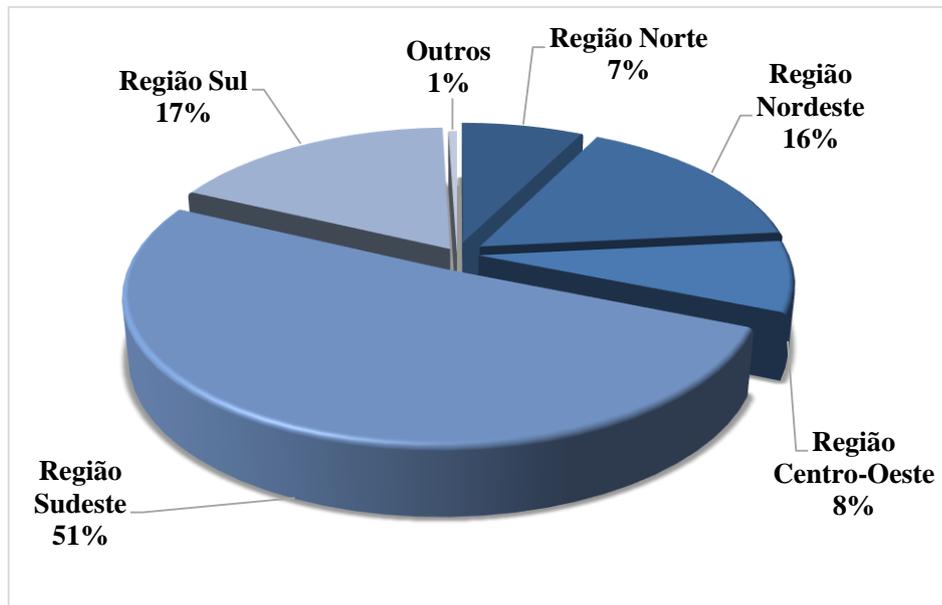
¹⁴O IGC (Índice Geral de Cursos) sintetiza em um único indicador a qualidade de todos os cursos de graduação e pós-graduação stricto sensu de cada universidade, centro universitário ou faculdade do país. No que se refere à graduação, é utilizado o CPC dos cursos, e no que se refere à pós-graduação, é utilizada a Nota Capes. O IGC vai de 1 a 5. (E-mec, 2014).

Tabela 6: Distribuição dos nutricionistas segundo estados e regiões - Brasil 2000 - 2013

Estados/Regiões	2000	2013
Região Norte	674	6.862
Acre	18	167
Amapá	35	701
Amazonas	80	1.839
Pará	465	2.655
Rondônia	32	1.161
Roraima	17	139
Tocantins	27	200
Região Nordeste	4.550	14.834
Alagoas	330	939
Bahia	1.567	4.584
Ceará	581	1.399
Maranhão	94	1.034
Paraíba	317	1.294
Pernambuco	883	2.395
Piauí	306	1.296
Rio Grande do Norte	397	1.583
Sergipe	75	310
Região Centro-Oeste	2.243	7.254
Distrito Federal	1.037	2.937
Goiás	519	2.195
Mato Grosso	595	1.078
Mato Grosso do Sul	92	1.044
Região Sudeste	14.231	47.305
Espírito Santo	194	1.726
Minas Gerais	948	9.409
Rio de Janeiro	5.383	11.196
São Paulo	7.706	24.974
Região Sul	6.962	16.156
Paraná	1.050	5.970
Santa Catarina	627	3.447
Rio Grande do Sul	5.285	6.739
Outros	323	475
Brasil	28.983	92.886

Fonte: Conselho Federal de Nutricionistas -2000-2013

Gráfico 2: Distribuição do percentual de nutricionistas por regiões – Brasil 2013



Fonte: Conselho Federal de Nutricionistas - Elaboração própria

Proporcionalmente ao crescimento dos cursos de Nutrição há também uma expansão no número de profissionais no mercado, na Tabela 6 é possível visualizar esse processo nos últimos 13 anos. Destaca-se uma expansão em todas as regiões do país, e uma maior concentração dos profissionais na Região Sudeste (51%) (Gráfico 2), assim como acontece na distribuição dos cursos de Nutrição, o que pode ser justificado pelo fato da maioria dos profissionais atuarem nos grandes centros urbanos das regiões mais desenvolvidas do país (MACHADO, 2012). Nesta linha de pensamento é possível visualizar que os estados com maior concentração de nutricionistas estão todos localizados no Sudeste, respectivamente São Paulo (24.974), Rio de Janeiro (11.196) e Minas Gerais (9.409).

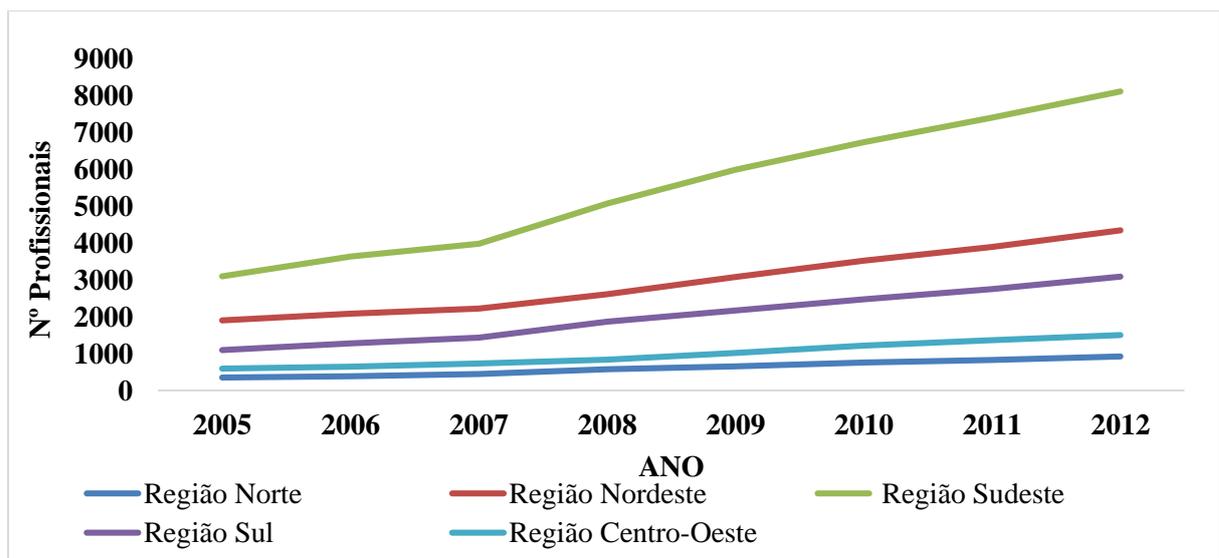
No entanto, diferente do que ocorre com a localização dos cursos, a segunda região que mais concentra profissionais é a Sul (17%) e não o Nordeste, que aparece em terceiro (16%), o que pode sugerir um movimento de migração dos profissionais do Nordeste para o Sudeste do Brasil (Gráfico 2).

No que concerne os estados que apresentam menor concentração de nutricionistas, observa-se a mesma tendência da distribuição dos cursos, com respectivamente Roraima (139), Acre (167) e Tocantins (200) se destacando entre os locais com menor número de profissionais.

Quadro 5: Total de nutricionistas por Regiões - Brasil 2005-2012

Regiões	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Norte	353	388	450	577	660	761	831	922
Coefficiente¹⁵	2,4	2,58	2,93	3,81	4,3	4,8	5,16	5,64
Nordeste	1.904	2.084	2.223	2.612	3.078	3.519	3.892	4.343
Coefficiente	3,73	4,04	4,26	4,92	5,74	6,63	7,27	8,06
Sudeste	3.102	3.637	3.984	5.076	5.987	6.738	7.401	8.113
Coefficiente	3,95	4,57	4,94	6,33	7,4	8,38	9,14	9,95
Sul	1.096	1.278	1.434	1.870	2.172	2.478	2.754	3.093
Coefficiente	4,06	4,68	5,19	6,8	7,84	9,05	9,99	11,15
Centro-Oeste	592	651	738	839	1.023	1.219	1.364	1.506
Coefficiente	4,55	4,91	5,46	6,13	7,36	8,67	9,58	10,44

Fonte: DATASUS/SIAB, 2014 – Elaboração própria

Gráfico 3: Distribuição de Nutricionistas por Regiões - Brasil

Fonte: DATASUS/SIAB 2014

¹⁵ Coeficiente: Total de nutricionistas por 100.000 habitantes.

Ao pensar nesta distribuição em relação à população das diversas regiões, nota-se que no sudeste, por exemplo, no ano de 2005 existiam 3,95 nutricionistas por 100.000 habitantes, já em 2012 esse quantitativo passou para 9,95. Outro ponto interessante é que, apesar de existir uma maior concentração de profissionais na região sudeste, esse quantitativo relacionado ao número de habitantes não é tão destoante assim das outras regiões do Brasil, com exceção da região Norte, que ainda apresenta um número de profissionais por 100.000 habitantes aquém das demais (5,64 em 2012) (Quadro 5). No gráfico 3 observa-se, da mesma forma, o crescimento dos profissionais da área em todas as regiões do Brasil, entre os anos de 2005 e 2009, destacando-se mais uma vez a Região Sudeste.

Em um estudo realizado por Haddad *et al.* (2010), é possível verificar um crescimento na oferta de cursos de Nutrição no Brasil de 658% entre os anos de 1991 a 2008, sendo o segundo dos cursos da área de saúde que mais cresceu no período.

Ao pensar na inserção dos nutricionistas no NASF, de acordo com Silva (2012:68), no período de 2008 a 2011 foram implantadas um total de 1.609 equipes em todo país, tendo 1.234 nutricionistas inseridos nestas equipes, o que equivale a 76% de participação deste profissional. No ano de 2011, a profissão destacou-se com a terceira categoria de maior inserção no NASF.

Contudo, esta distribuição de nutricionistas entre as regiões do Brasil ocorre de forma heterogênea, onde a região Nordeste foi o local com maior concentração destes profissionais (595- 48,2%) no ano de 2011, fato que pode ser reflexo da história de inserção da ESF nesta região, bem como por conta de seu perfil epidemiológico e nutricional, cabe destacar o fato de que o coeficiente de equipes de NASF no Nordeste é o maior do Brasil, como já mencionado anteriormente nesse trabalho (SILVA, 2012).

O estado de Minas Gerais é o que apresenta, no período, o maior número de equipes NASF (251), sendo o estado que possui o maior número de municípios com crescente cobertura da ESF. Conta com a participação de 185 nutricionistas em suas equipes, o que equivale a 74%, sendo uma proporção próxima a encontrada no país (76%) (SILVA, 2012:69).

Ao término deste capítulo, pode-se destacar o quanto a profissão de Nutrição apresenta-se fortemente atrelada à política, e com isso refletindo momentos de maior e menor representação nos programas governamentais, talvez por conta de surgir e se expandir em decorrência de seu caráter social, onde a fome e a má nutrição se mostram crescentes e distribuídas de forma iníqua, e com isso a educação alimentar se torna uma ferramenta essencial de combate a esses graves problemas.

Em síntese, os avanços conquistados pela categoria em questão são inquestionáveis, principalmente no que tange as diversificadas áreas em que o profissional está capacitado para atuar. Mas cabe salientar que as mudanças no cenário global também ocorreram em grande escala e por vezes de forma perversa. Se a maior preocupação no início da constituição do campo era em relação à carência alimentar e aos agravos a ela recorrente, sabe-se que atualmente, em grande parte por conta das mudanças na forma de se trabalhar, de se alimentar e de viver, muito se pensa em torno das questões relacionadas ao excesso alimentar, à obesidade e às doenças crônicas não transmissíveis, e digo perversas por sabermos que a fome ainda é uma triste e irônica realidade.

Atrelado a isso, existe atualmente duas realidades que igualmente se sobrepõem, de um lado uma tendência de padronização de hábitos alimentares imposta pela indústria e publicidade, e de outro uma maior preocupação com a busca de alimentos que tragam menos prejuízos para a saúde. Tal fato nos impõe a necessidade de mudanças no campo da formação, na construção de um novo perfil profissional, que lute para mudar uma realidade enraizada na nossa sociedade. Entendendo claro que tal mudança não depende apenas de uma classe profissional.

CAPÍTULO 3 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

De acordo com Minayo (1994), toda investigação se inicia por um problema, articulado a conhecimentos anteriores, que demanda a criação de novos referenciais. Sendo esse conhecimento prévio construído por outros estudiosos e que percorre o caminho da questão da pesquisa, a chamada “teoria”, entendida como uma explicação parcial da realidade.

Este estudo, tendo como ponto de partida a questão norteadora “Em que medida a formação profissional contribui para a prática do nutricionista no NASF?”, se constituiu em duas etapas.

A primeira etapa, da construção teórica, se constitui da leitura de documentos norteadores, a saber: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; e Política Nacional de Promoção da Saúde. Foi realizada também a revisão da literatura sobre o tema; bem como o uso de dados secundários de: DATASUS, IBGE, MEC, IPP - Instituto Pereira Passos, CFN - Conselho Federal de Nutricionistas, Estação de Trabalho IMS/UERJ, INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, com vistas a contextualizar o assunto, o que propiciou o melhor entendimento sobre o tema.

A segunda etapa, a empírica, foi a pesquisa propriamente dita. Por meio dos dados fornecidos pelo Cadastrado Nacional de Estabelecimentos de Saúde –DATASUS/CNES, foram selecionados todos os nutricionistas que atuam no NASF no município de estudo, e inicialmente, para obter um perfil dos profissionais estudados, foi utilizada uma abordagem de cunho quantitativo, onde os profissionais foram convidados para responder a um questionário estruturado online. Em um segundo momento, com o intuito de buscar compreender a relação entre a prática profissional do nutricionista e sua formação, optou-se pela abordagem da pesquisa qualitativa de caráter descritivo, pois visa descrever as características de uma determinada população por meio de técnicas padronizadas.

A diferença entre trabalhos qualitativos e quantitativos é de natureza. Enquanto que no quantitativo apreende-se dos fenômenos a região visível, ecológica, morfológica e concreta, a abordagem qualitativa aproxima-se dos significados, das ações e relações humanas, o que não é perceptível em equações e estatísticas. Mas ambas se complementam, pois são realidades que interagem dinamicamente (MINAYO, 1994).

Já o material qualitativo é o resultado de descrições detalhadas de situações, com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos. Esses dados não são passíveis de padronização como os dados quantitativos, pois se preocupam com um nível de realidade não quantificável, trabalhando com significados, crenças, valores e atitudes, o que obriga o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade ao coletá-los e analisá-los (GOLDENBERG, 2004 e MINAYO, 1994).

Mas como se aproximar de uma realidade com uma grande diversidade de significados como esta?

Em ciências sociais o trabalho de campo consiste em uma possibilidade de nos aproximarmos daquilo que desejamos conhecer e estudar, na relação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, mas, além disso, nos permite agregar conhecimentos acerca do assunto, do cotidiano presente no campo, que somente com a teoria não é possível (NETO, 1994).

Como local de estudo, foi selecionado o município do Rio de Janeiro, que no ano de 2010, contava com uma população de 6.320.446 habitantes, sendo estimado no ano de 2014 um quantitativo de 6.453.682 habitantes. Conta com uma área territorial de 1.197,463Km², e densidade populacional de 5.265,82 habitantes/Km² (IBGE, 2015). O Índice de Desenvolvimento Humano do Município é de 0,799 – IDHM 2010, estando em 45º no Ranking dos municípios brasileiros¹⁶.

Neste município estão situados atualmente 54 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁷, distribuídos por Áreas de Planejamento (DATASUS/CNES, 2014).

É importante salientar que o NASF, objeto de análise deste estudo, não se apresenta como uma unidade de saúde, até mesmo por não funcionar como porta de entrada, os núcleos estão presentes, em grande parte, dentro das Clínicas da Família e dos Centros Municipais de Saúde.

Dados atualizados da Atenção Básica no Rio de Janeiro, mostram que o município dispõe de 200 ambientes, divididos entre Centros Municipais de Saúde (CMS) e Clínicas da Família (cerca de 72), cuja implantação contribuiu para a ampliação do Programa Saúde da Família, onde a cobertura passou de 3,5% em janeiro de 2009 para 44% até julho de 2014.

¹⁶Informação disponível no Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking/>. Acessado em 14/01/2015

¹⁷ Dado retirado do Datasus em abril de 2014.

Conta ainda com 9 Policlínicas, que funcionam como unidades de referência da atenção secundária para atendimentos ambulatoriais especializados, que recebem o paciente mediante encaminhamento feito pela unidade básica de saúde por meio do Sistema de Regulação de vagas – SISREG (SMS, 2014).

Outro serviço presente no município é o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), unidade de saúde mental que funciona para o tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente, estando distribuído em 13 unidades no município. Além dos CAPS tradicionais, existe ainda o CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial infantil (7 unidades), que atende o público infanto-juvenil de até 17 anos de idade, e o CAPSad, que é o Centros de Atenção Psicossocial Álcool Drogas, distribuído em 4 unidades no município. O Rio de Janeiro ainda conta com 3 unidades da rede estadual e federal, o que totaliza 27 CAP dentro do município (SMS, 2014).

Em relação a rede de serviços de urgência e emergência, esta se divide em três tipos de unidades: 1) UPA- Unidade de Pronto Atendimento (14 unidades); 2) CER - Coordenação de Emergência Regional (5 unidades); 3) Hospitais para grande emergência (8 unidades). As UPAs trabalham com classificação de risco, avaliando todos os pacientes e priorizando os atendimentos de urgência, com o intuito de concentrar o atendimento de pacientes menos graves para que os hospitais possam priorizar situações em que haja risco iminente de morte. Já as CER são um novo modelo de atendimento de urgência e emergência clínica, que funciona 24 horas e são instaladas sempre ao lado de um grande hospital de emergência, absorvendo o atendimento dos casos de menor complexidade (SMS, 2014).

O município apresenta ainda em sua rede de unidades de saúde 06 hospitais especializados e de menor porte, 3 unidades psiquiátricas, 3 hospitais pediátricos, 1 de geriatria, 10 maternidades e 1 casa de parto. Outro serviço que compõe este quadro é a Unidade de Medicina Veterinária Jorge Vaitsman, que presta serviços gratuitos de veterinária e atendimentos especializados para animais de estimação a baixo custo. Para finalizar, o Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD) é um órgão do município responsável pela regulação e normatização de ações de alimentação e nutrição realizadas na cidade (SMS, 2014).

Os sujeitos deste estudo foram os nutricionistas que atuam nos NASF do município do Rio de Janeiro, buscando obter uma caracterização do perfil desses profissionais.

Tabela 7: Nutricionistas por Área de Planejamento no município do Rio de Janeiro

Área de Planejamento	NASF	Nutricionistas	Participantes
2.2	1	0	0
3.1	7	1	0
3.2	6	6	5
3.3	7	7	7
4.0	4	2	1
5.1	9	6	6
5.2	9	5	4
5.3	11	5	3
Total	54	32	26

Fonte: DATASUS/CNES – abril/2014 – Elaboração própria

O quantitativo de nutricionistas aqui definido para a pesquisa de campo levou em consideração a data de registro - abril de 2014 - do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS/CNES). O universo da pesquisa era, inicialmente, de 32 profissionais, sendo que 6 não concordaram ou não possuíam o perfil de inserção no NASF conforme coleta inicial, desta forma, após ajustes, o total de participantes ficou em 26 (Tabela 7).

Esse quantitativo participou da primeira fase do trabalho de campo, que consistiu em responder a um questionário (**Apêndice A**)¹⁸ relativo ao perfil profissional. O instrumento foi enviado por e-mail aos participantes juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice C**) e a Carta de Anuência da Prefeitura Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

¹⁸ O questionário foi adaptado da pesquisa intitulada “Perfil da enfermagem no Brasil” sob coordenação da pesquisadora Prof. Dr^a Maria Helena Machado – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Foi desenvolvido em uma plataforma online (Adobe Forms Central), disponível em: https://www.adobe.com/pt_br/products/formscentral.html.

Após a realização desta etapa, e análise do perfil dos profissionais, foram selecionados 8 participantes para a realização de uma entrevista. Esta seleção levou em conta o tempo de formado, gênero, idade, natureza da instituição de formação, carga horária, tipo de vínculo e tempo de trabalho no NASF.

A entrevista se deu por meio de um roteiro semiestruturado, composto por perguntas formuladas previamente (estruturadas) e por perguntas abertas com temas abordados livremente (**Apêndice B**), o que enriquece o conteúdo absorvido, possibilitando uma adaptação, de acordo com o cenário que se coloca, passando a absorver as expressões, opiniões, crenças, sonhos e contradições do entrevistado (MINAYO, 2013). As entrevistas foram gravadas com o propósito de absorver melhor a riqueza de detalhes dos encontros, e em seguida transcritas para análise.

Por meio da entrevista, o pesquisador busca obter informes presentes nas falas dos atores sociais, é um meio de coleta dos fatos relatados pelos atores enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam a realidade em questão (NETO, 1994).

Apesar de contar com um número pré-estabelecido de entrevistados, a pesquisa seguiu o método de saturação das falas de Bertaux, que ocorre quando, após um certo número de entrevistas, há uma ausência de informações relevantes e o entrevistador começa a ouvir relatos novos muitos semelhantes àqueles que já ouviu anteriormente, tanto em coincidências quanto divergências (Bertaux¹⁹ *apud* NICOLACI-DA-COSTA *et al.*, 2009). Neste sentido, ao notar que as falas começavam a se repetir, foi constatado que o número de entrevistados foi realmente suficiente, não havendo, portanto, a necessidade de outras.

O estudo utilizou o método de *Análise do Conteúdo* para analisar o material coletado nas entrevistas, que de acordo Minayo (2013), fazendo referência a Bardin²⁰ (1979), diz respeito a técnicas de pesquisa que possibilitam tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de determinado contexto, por meio de procedimentos científicos, numa lógica semelhante à metodologia quantitativa, no sentido de que busca uma interpretação cifrada do material qualitativo.

Das diversas modalidades de *Análise do Conteúdo*, optou-se pela utilização da *Análise Temática*, por ser considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde. Este tipo de análise consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja

¹⁹ Bertaux, D. (1980). L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 59, 197-225.

²⁰Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979

presença ou frequência possam algum significado para o objeto a ser analisado (Minayo, 2013). Desta forma, após a transcrição, foi realizada uma leitura exaustiva do material, onde buscou-se identificar recorrências e disparidades nas falas. O conteúdo foi agrupado em núcleos de sentido, a saber:

- I – Formação, percurso profissional e inserção no NASF
- II – Relações e processos de trabalho
- III- Importância da presença do nutricionista no NASF
- IV- Promoção da Saúde
- V – Perspectivas profissionais

Considerações éticas

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP) (**Apêndice D**) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (**Apêndice E**), sob o CAAE: 24437413.0.0000.5240. Contou ainda com a anuência do atual Superintendente da Atenção Primária do Município. Vale lembrar que houve uma tentativa de comunicar a todos os Centros de Estudos das Coordenadorias de Saúde das Áreas de Planejamento – CAP, de todas as áreas onde os profissionais se encontravam no momento da realização do campo, porém algumas não retornaram o contato.

A pesquisa respeitou as normas estabelecidas pela resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, bem como as normas éticas do regimento interno do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/ENSP).

Os sujeitos da pesquisa participaram da mesma de forma voluntária e somente após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice C**).

Os instrumentos das entrevistas, o diário de campo, as gravações e suas respectivas transcrições estão armazenados em local de uso restrito do pesquisador, e serão descartados logo após o período de cinco anos da realização da pesquisa, como uma forma de preservar a identidade, o sigilo e a confidencialidade dos relatos, conforme estabelecido na resolução citada anteriormente.

Nos resultados do projeto foram preservadas a identidade dos participantes, identificados por meio de códigos (N1, N2, N3...), o local de trabalho também não foi especificado, somente as Áreas de Planejamento (AP) poderão ser identificadas por seus respectivos números (Ex. AP 3.1). Contudo, devido ao fato de existirem diferentes unidades em uma mesma AP, o fato da identificação dessas não torna claro a qual unidade o participante pertence.

CAPÍTULO 4 - O NUTRICIONISTA DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Este capítulo está dividido em 3 partes. Inicialmente analisou-se brevemente como foi implantado o NASF no município do Rio de Janeiro; na segunda e terceira parte constam os resultados obtidos na pesquisa de campo, a partir dos quais traçou-se o perfil dos nutricionistas do NASF no município do Rio de Janeiro no item 4.2; e no item 4.3 buscou-se conhecer a prática destes profissionais, seu processo de inserção e formação.

4.1 - O NASF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Desde 1993, o município do Rio de Janeiro foi dividido pela própria Secretaria Municipal de Saúde em 10 Áreas de Planejamento, as chamadas AP. O intuito era descentralizar e promover mais ações de saúde em nível local por meio da Coordenação de Área de planejamento (CAP), presente em cada AP, que eram responsáveis por gerenciar todas as unidades de saúde que integram o SUS no município, incluindo estabelecimentos de naturezas diversas (Municipal, Estadual, Federal, Universitário, Sindicais e Privados) (BRASIL, 2007b).

Como dito anteriormente, a atenção básica demorou a ganhar centralidade na agenda governamental do país, e no município do Rio de Janeiro não foi diferente. Por suas raízes históricas como capital federal apresenta características diferenciadas, é sede de grandes Hospitais Federais de referência como o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - INTO (MACHADO, 2012). Neste sentido, pouco se investiu, nos anos que sucederam a implantação do SUS, em atenção Básica no município.

Criada em 1993, a Estratégia de Saúde da Família teve início no município apenas no ano de 1995 e mesmo assim de forma incipiente, primeiramente na Ilha de Paquetá, e somente em 1999 se deu a expansão para outros cinco locais: 1) Comunidade do Borel -AP 2.2; 2) Comunidade do Canal do Anil - AP 4; 3) Comunidade do Royal -AP 3.1; 4) Comunidade de Vila Canoas - AP 2.1; e 5) Comunidade de Vilar Carioca - AP 5.2 (CAZELLI, 2003).

Em 2002, a necessidade de expansão da cobertura da ESF para grandes municípios (mais de 100.000 habitantes) corroborou com a estruturação de um grande projeto, pelo Ministério da Saúde com o apoio do BIRD. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF (BRASIL, 2003b), o que contribuiu para aumentar o incentivo financeiro para o município e expansão da cobertura pela ESF (MACHADO, LIMA e VIANA, 2008).

Devido à expansão da ESF, a coordenação municipal implantou nove equipes denominadas Grupo de Apoio Técnico (GAT), que funcionavam na lógica de matriciamento e eram compostos por uma equipe multiprofissional formada por diversas especialidades oriundas do quadro de servidores municipais. Este grupo tinha como objetivo contribuir com a implantação das equipes de Saúde da Família na área; realizar a articulação com a rede de saúde; acompanhar o processo de trabalho; e prestar apoio técnico para as equipes de saúde da família, buscando qualificar e aumentar a resolutividade das ações destas equipes, por meio de atividades como: visitas domiciliares, interconsulta, atividades de grupos educativos, discussão de casos, ações de saúde na comunidade e formação permanente (SILVA, 2012:74).

Em 2009, inicia-se uma nova gestão (2009-2012) no município, que propunha reverter à lógica da assistência de cunho hospitalocêntrico, para uma nova lógica, que tem seus princípios pautados pela Atenção Básica, prioritariamente por meio da ESF. A partir desta mudança, as CAP deixaram de ser responsáveis por todo o sistema de saúde do território, tendo como foco a atenção básica no município (MENEZES, 2011).

A gestão municipal cria neste período o “*Programa Saúde Presente*” que, por meio de parcerias com Organizações Sociais, inicia uma expansão significativa da ESF no Rio de Janeiro, com a implantação de Clínicas da Família, que são as unidades de saúde onde atuam as Equipes de Saúde da Família (MOTTA, 2013).

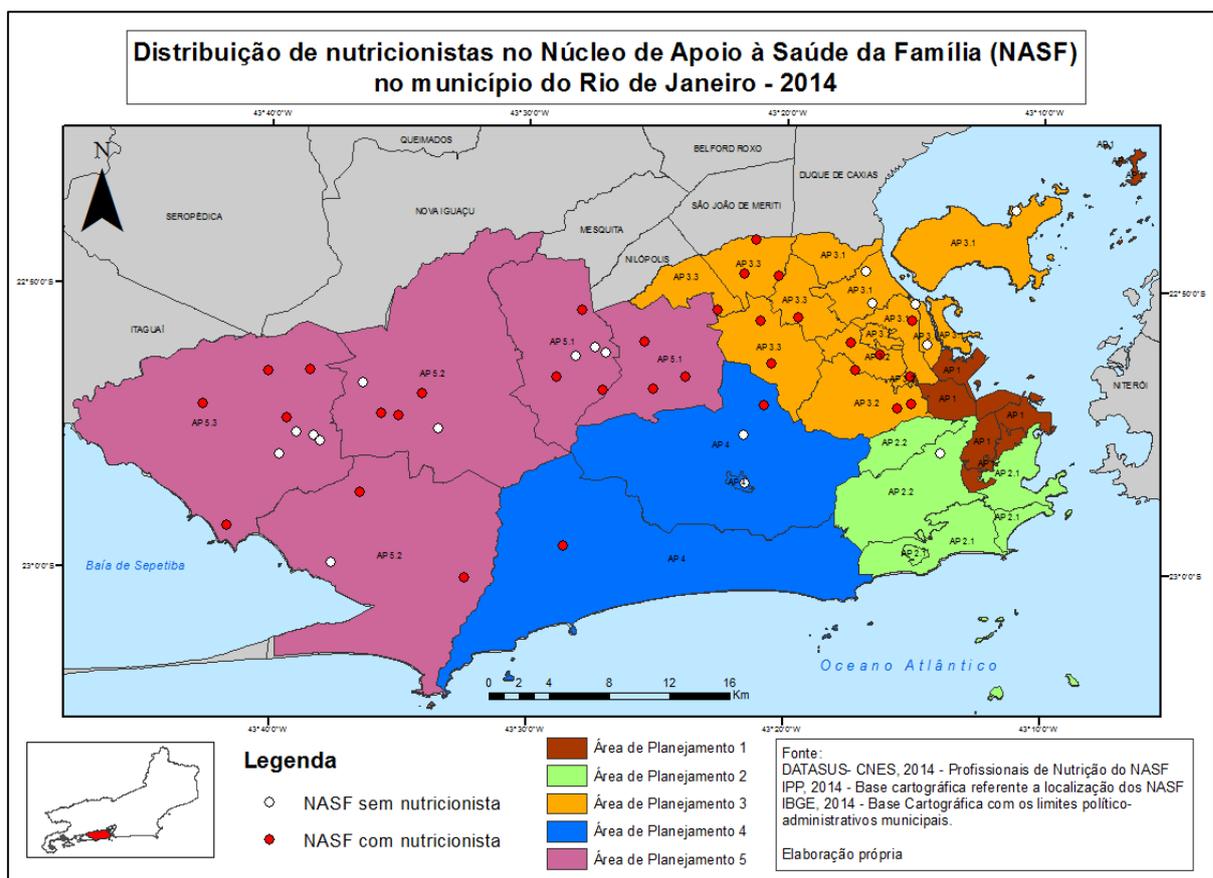
A criação do NASF, a nível nacional, vai ocorrer em 2008, entretanto, o município do Rio de Janeiro, apesar de buscar entendê-lo e compará-lo ao GAT, encontrava-se em um momento político desfavorável, por se tratar de ano eleitoral com poucas chances do governo ser reeleito. Neste sentido, somente no ano seguinte, em 2009, no início do primeiro mandato do então prefeito Eduardo Paes, a expansão da ESF é adotada como a principal prioridade na Secretaria Municipal de saúde (SMS), agora denominada Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC (SILVA, 2012).

Logo no início da nova gestão, o GAT é extinto, tendo seus profissionais realocados em outras funções, na própria CAP ou em unidades de saúde e no nível central. No ano seguinte, foram realizadas oficinas nas CAP, buscando sensibilizar os profissionais para o trabalho no NASF, que teve seu projeto aprovado em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e pelo Ministério da Saúde para a implantação inicial de 47 equipes (SILVA, 2012).

Quadro 6: Equipes de NASF no município do Rio de Janeiro - 2010 a 2014

Ano/mês Competência	Equipes
2010/Dez	11
2011/Dez	42
2012/Dez	50
2013/Dez	57
2014/Abril	54

Fonte: DATASUS/SIAB 2014

Figura 2: Distribuição dos nutricionistas do NASF do município do Rio de Janeiro - 2014

No Quadro 6 observa-se a evolução do quantitativo de equipes de NASF no município, de acordo com dados cadastrais do DATASUS, onde no primeiro ano de implantação foram cadastradas 11 equipes de NASF 1, e em 2014 o Rio de Janeiro já contava com 54 equipes, com a presença de 32 nutricionistas distribuídas entre essas equipes, como pode ser melhor

visualizado na Figura 2, onde fica claro a distribuição das equipes de forma desigual, com maior quantitativo nas AP 3 e 5. Na AP 4 e AP 2 a presença é de, respectivamente, 4 equipes, sendo 2 com nutricionistas, e 1 equipe sem nutricionista. Já a AP 1 não conta com equipes de NASF e, conseqüentemente, não conta com nutricionistas.

De acordo com Motta (2013), o processo de implantação do NASF no município apresenta dois momentos marcantes. Em um primeiro momento houve o credenciamento dos profissionais, o qual ocorreu de forma rápida e impositiva, devido a exigências do Ministério da Saúde, tendo as equipes, em sua maioria, formadas por profissionais concursados que atuavam nas policlínicas e, portanto, apresentando um processo de trabalho semelhante, distante do que era preconizado pelas novas diretrizes. O segundo período ocorreu no ano de 2012, momento em que a coordenação da Saúde da Família do município passou a coordenar o NASF, até então sob responsabilidade da Coordenação de Policlínicas. Com isso, passaram a ser realizadas oficinas de qualificação com gestores, representantes das CAP, bem como com os profissionais de saúde do NASF e SF, buscando maior direcionamento para NASF no município.

É importante ressaltar que a partir do ano de 2011 iniciaram-se as Oficinas de Qualificação do NASF no município, coordenadas pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Essas oficinas tinham como objetivo qualificar as ações das equipes NASF, formando multiplicadores do processo de trabalho. No Rio de Janeiro contou com a participação de profissionais das Áreas de Planejamento que já atuavam ou coordenavam o NASF e os profissionais das áreas técnicas relacionadas ao NASF da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância à Saúde (SUBPAV) à qual o NASF está vinculado (SILVA, 2012 e BRASIL, 2010c)

A partir destas oficinas, em dezembro de 2011 deu-se início a um Grupo de Trabalho, denominado GT NASF, composto por representantes das AP e das áreas técnicas e tendo como objetivos a 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 (SILVA, 2012)

Ao pensar nos nutricionistas, cabe destacar que o Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD), Área Técnica das ações de Alimentação e Nutrição do município, investe na educação permanente e no acolhimento dos profissionais dessa área que estão alocados na Atenção Básica. Neste sentido, desde 2004, ano em que se deu a inserção do nutricionista na Saúde da

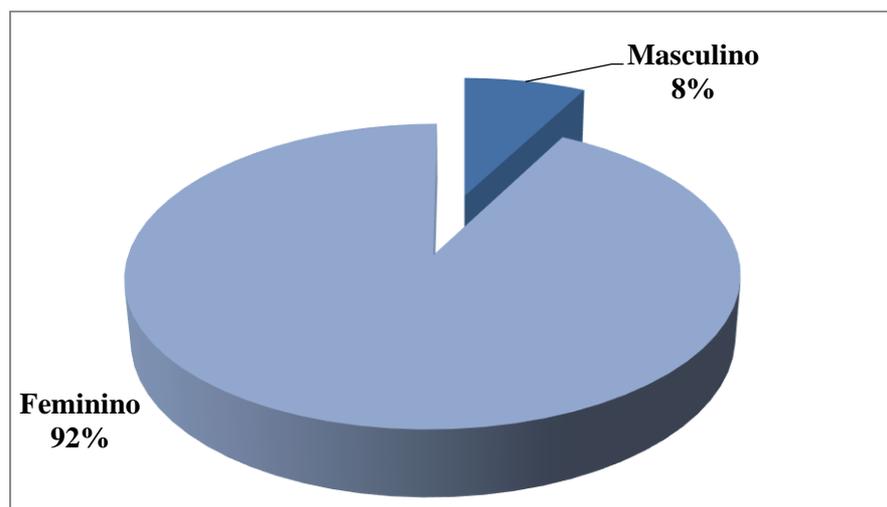
Família no Rio de Janeiro, o instituto implantou o Grupo de Trabalho Nutrição na ESF, e que hoje conta também com os profissionais que atuam no NASF²¹.

Torna-se importante a constituição deste GT por ser um local de troca de experiências, desafios e conquistas, além de proporcionar orientações e aprendizados com vistas a facilitar o processo trabalho desenvolvido por estes profissionais em seu campo de atuação, dado o desafio que é a mudança nas práticas dos serviços de saúde.

4.2 - PERFIL DOS NUTRICIONISTAS DO NASF DO MUNICÍPIO DO RJ

Conforme já mencionado no item anterior, a implantação do NASF no município do Rio de Janeiro pode ser considerada como um processo recente e ainda em andamento, cabendo destacar que os dados coletados e que serão aqui analisados representam o perfil destes. A partir da análise desses dados será possível conhecer melhor estes profissionais, numa perspectiva de contribuir para o processo de melhoria da oferta desse serviço no município, até mesmo por se tratar de um programa em expansão.

Gráfico 4: Distribuição percentual dos nutricionistas segundo sexo – NASF-RJ



Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

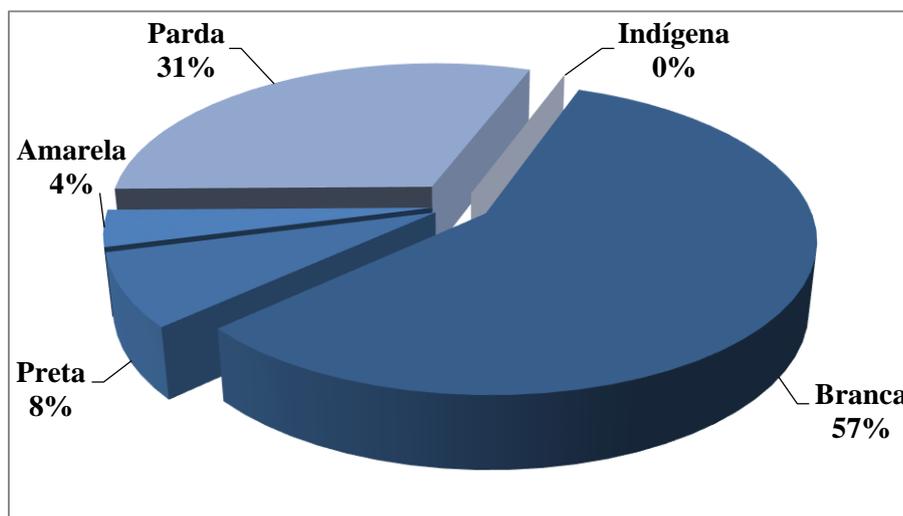
²¹ Informação retirada do site Comunidade de Práticas da Atenção Básica do Ministério da saúde. Disponível em: <http://atencaobasica.org.br/relato/5625>

O primeiro aspecto que já chama atenção é o fato da grande maioria dos profissionais ser do sexo feminino (92%) (Gráfico 4), situação condizente com a feminilização da força de trabalho em saúde no Brasil (BRASIL, 2012e).

Tal constatação não se restringe ao Brasil, e sim uma tendência mundial de que as mulheres permaneçam sendo maioria nas profissões da área de saúde.

Wermelinger *et al.* (2010:65) atualizam esse debate abordando o processo de feminilização desta FT no mercado de trabalho em saúde, mostrando em particular a situação dos nutricionistas: “A participação feminina na FTS varia de 59%, no estado do Acre, a 73% na Paraíba. Há categorias profissionais que se apresentam fortemente feminizadas em todos os estados, como é o caso, por exemplo, dos nutricionistas. Nesta categoria, a menor participação feminina na Força de Trabalho foi registrada no estado do Mato Grosso do Sul, correspondendo a 80% dos profissionais. Além disso, em cinco estados da federação AC, TO, MA, AL e SE, 100% dos nutricionistas são mulheres”.

Gráfico 5: Distribuição percentual dos nutricionistas segundo cor ou raça. NASF-RJ



Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

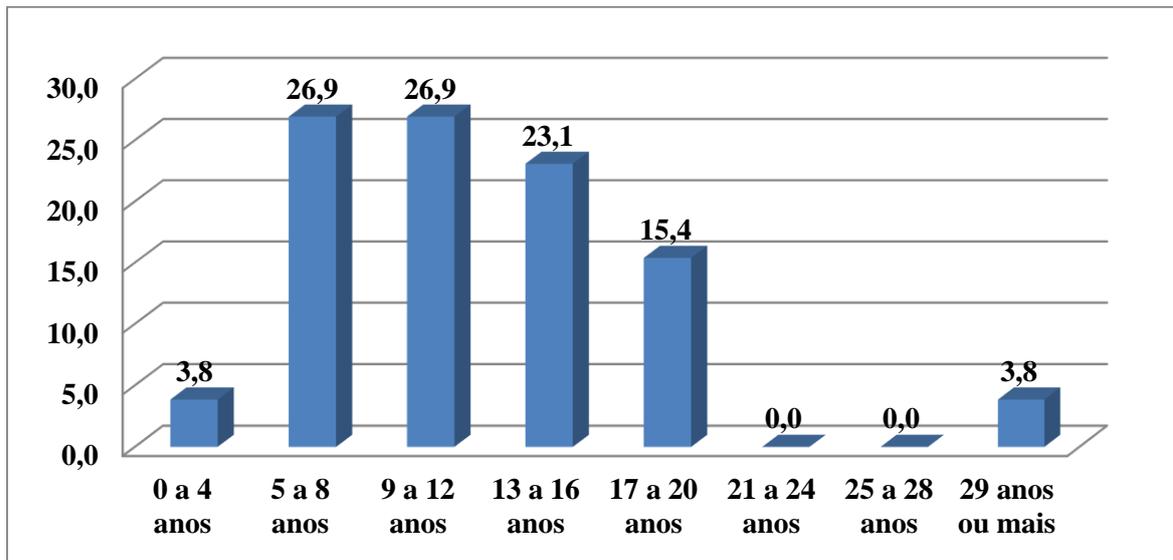
Utilizando a nomenclatura do IBGE foi perguntado aos profissionais quanto a cor; 57% declararam-se brancos, 31% pardos, 8% pretos e 4% declararam ser de cor amarela. (Gráfico 5).

Tabela 8: Distribuição percentual dos nutricionistas segundo faixa etária – NASF-RJ

Faixa etária	V. Abs.	%
Até 25 anos	0	0,0
26 - 30 anos	3	11,5
31 - 35 anos	10	38,5
36 - 40 anos	6	23,1
41 - 45 anos	5	19,2
46 - 50 anos	1	3,8
51 - 55 anos	0	0,0
56 - 60 anos	1	3,8
60 anos e mais	0	0,0
Total	26	100

Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

Quanto a idade dos profissionais que atuam nos NASF do município do Rio de Janeiro, observa-se que, 38,5% estão na faixa entre 31-35 anos; 23,1% entre 36-40 anos de idade. Se somadas as faixas de 31-35 + 36-40 + 41-45 anos, o percentual atinge 80,8%, demonstrando que o contingente de nutricionistas que atuam nos NASF do município são profissionais com experiência profissional. Aqueles mais jovens com menos de 30 anos, portanto com menos tempo de formados, somam apenas 11,5% (Tabela 8).

Gráfico 6: Distribuição percentual dos nutricionistas segundo tempo de formado - NASF-RJ

Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

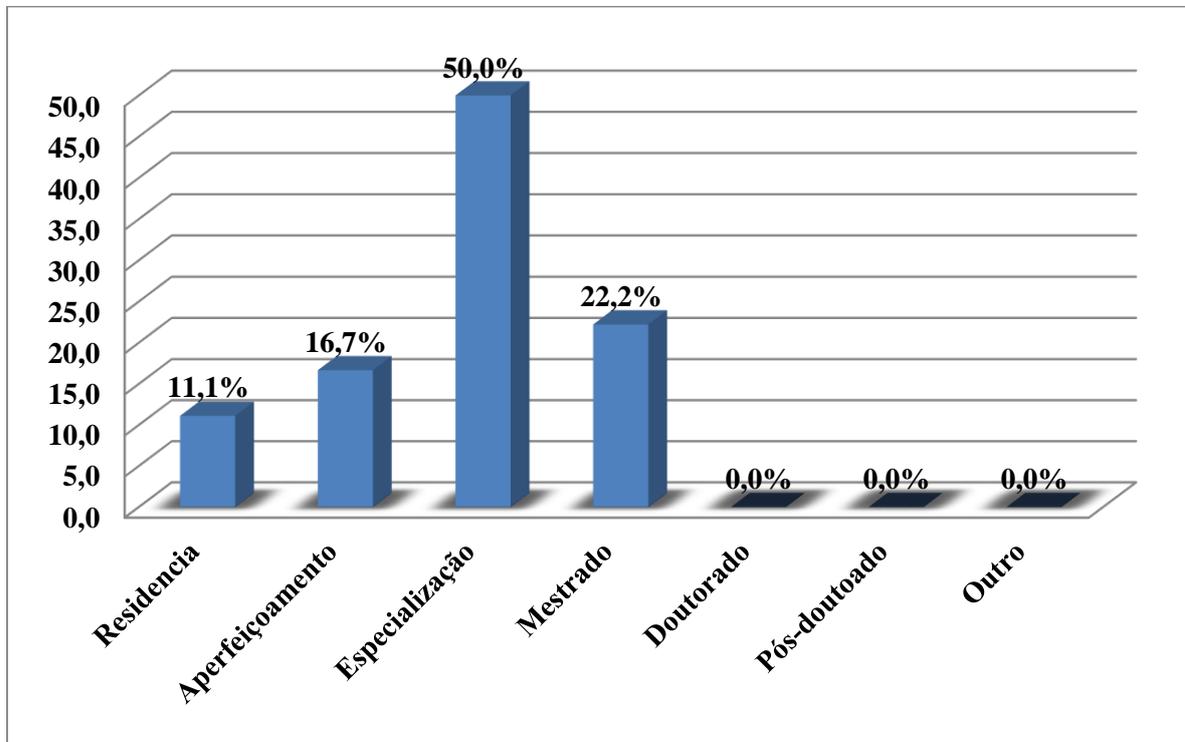
Corroborando com a constatação anterior, apenas 3,8% se formaram a menos de 4 anos. A grande maioria, ou seja, 76,6% tem entre 5-16 anos de formado e, 15,4% se formaram entre 17-20 anos atrás (Gráfico 6).

Constata-se que 96,2% dos nutricionistas dos NASF estudados são naturais do Rio de Janeiro, apenas um é da Bahia. Sendo que todos realizaram a graduação no estado do Rio de Janeiro. Tal fato sugere uma tendência de fixação no próprio mercado de trabalho carioca, ou seja, no mesmo local onde nasceu, graduou-se e inseriu-se no mercado de trabalho.

Ainda em relação a escola em que se graduou, 73,1% fizeram em instituições públicas. Vale lembrar que, conforme dados citados anteriormente nessa pesquisa, das 22 Instituições de Educação Superior (IES) de Nutrição do estado do Rio de Janeiro, apenas 18,2% são públicas, sendo 3 federais e 1 estadual.

Perguntados aos nutricionistas dos NASF estudados, 19,2% afirmam ter realizado outra graduação além da Nutrição, sendo na área de humanas, apesar de atuarem como nutricionistas.

Gráfico 7: Distribuição percentual dos nutricionistas segundo modalidade de Pós-Graduação realizada – NASF -RJ



Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

Em relação a realização de cursos de Pós-Graduação, 88,5% declararam ter realizado ao menos um curso. Dentre as modalidades realizadas, 50% foram cursos de especialização; 22,2% fizeram Mestrado; 16,7% cursos de Aperfeiçoamento e 11,1% Residência. Registra-se a ausência de profissionais com Doutorado e Pós-Doutorado naqueles profissionais dos NASF. (Gráfico 7)²².

Apesar da maioria ter se especializado, como mostra o Gráfico acima, percebe-se que a maioria absoluta também, ou seja, 92,3%, desejam realizar uma nova Pós-Graduação. Fato que pode ser justificado pela alta tendência dos profissionais de saúde se especializarem, principalmente por conta do incremento no aparato científico e tecnológico na área, o que aumenta a demanda por novas formações e especializações à medida que a ciência avança, sem necessariamente dispensar as já existentes, fazendo com que a mão de obra em saúde apresente um caráter cumulativo e não substitutivo (MACHADO, 2012).

²² Nesta questão admitia-se mais de uma resposta, ou seja, um mesmo profissional pode ter realizado mais de uma Pós-Graduação

Tabela 9: Distribuição percentual de nutricionistas segundo modalidade de Pós Graduação que gostaria de realizar. (Admite-se mais de uma opção)

Cursos	V.Abs.	%
Residência	0	0,0
Aperfeiçoamento	2	6,1
Especialização	8	24,2
Mestrado	11	33,3
Doutorado	9	27,3
Pós-doutorado	2	6,1
Outra graduação - Medicina	1	3,0
Total	33	100,0

Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

As modalidades escolhidas foram: 33,3% Mestrado; 27,3% Doutorado; e 24,2% Curso de Especialização (Tabela 9)²³. Nota-se que a modalidade de Residência não aparece como opção dentre as que os profissionais gostariam, o que é curioso já que existem diversas cursos de residência no âmbito da Saúde da Família que poderiam vir a contribuir muito com o trabalho desenvolvido no NASF.

²³Nesta questão admitia-se mais de uma resposta, ou seja, um mesmo profissional pode referir o desejo de se especializar em mais de uma modalidade.

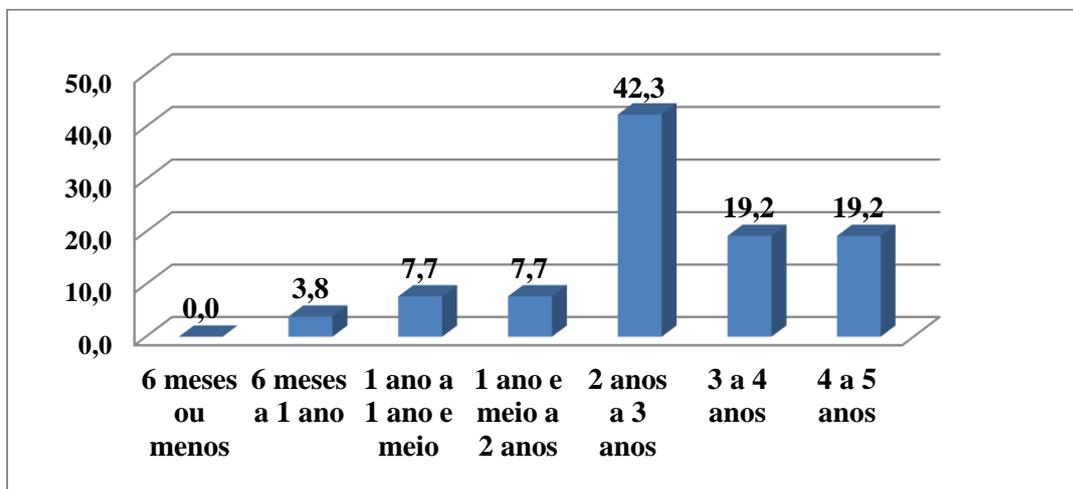
Tabela 10: Distribuição percentual de nutricionistas quanto a modalidade de aprimoramento profissional utilizada – NASF -RJ

Modalidade	Nunca	Raramente	Frequent.	Total
	%	%	%	%
Eventos científicos na área de Nutrição (Congressos, oficinas)	0,0	34,6	65,4	100
Estágios em Instituições de Saúde	76,9	19,2	3,8	100
Grupos de estudo e de pesquisas	42,3	26,9	30,8	100
Internet	0,0	15,4	84,6	100
Livros	0,0	26,9	73,1	100
Periódicos ou revistas científicas	7,7	30,8	61,5	100

Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

Quanto a modalidade utilizada para Aprimoramento Profissional pelos profissionais, merece destaque o fato de que, dentre aquelas identificadas como de uso frequente a internet é que aparece com 84,6%; seguido pela leitura de livros com 73,1% e Periódicos ou Revistas científicas com 61,5%. Chama atenção que na categoria “Nunca” aparece com 76,9% a modalidade “Estágios em Instituições de Saúde” e “Grupos de estudo e de pesquisas” com 42,3% (Tabela 10).

Gráfico 8: Distribuição dos nutricionistas segundo tempo de trabalho no NASF- RJ



Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

Ao pensar no vínculo de trabalho no NASF, cabe ressaltar que o Programa é muito recente, de 2010, o que significa que são vínculos de no máximo 5 anos. Apesar desse fato, é notório que o contingente de nutricionistas apresenta certa estabilidade no emprego, uma vez que a maioria absoluta, ou seja, 80,7% estão no NASF entre 2 -5 anos (Gráfico 8).

Por outro lado, há uma contradição entre a “certa estabilidade” e o vínculo empregatício quando apenas 7,7 são estatutários, o restante, 92,3% foram contratados por Organizações Sociais (OS).

Tabela 11: Distribuição percentual de nutricionistas segundo grau de satisfação no trabalho – NASF - RJ

Modalidade	Sempre	Frequent.	Raramente	Nunca	Total
	%	%	%	%	%
É tratado com cordialidade e respeito pelos seus superiores?	69,2	30,8	0,0	0,0	100,0
É tratado com cordialidade e respeito pela equipe de saúde?	53,8	46,2	0,0	0,0	100,0
É tratado com cordialidade e respeito pela população usuária?	73,1	23,1	3,8	0,0	100,0
Há clima de confiança entre seus colegas?	57,7	34,6	7,7	0,0	100,0
Você possui dificuldade em desempenhar suas funções?	3,8	38,5	53,8	3,8	100,0
Você sente que a população está satisfeita com seu trabalho?	30,8	69,2	0,0	0,0	100,0
Já sofreu algum tipo de discriminação/violência no seu trabalho?	3,8	3,8	26,9	65,4	100,0

Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

O quesito, grau de satisfação no trabalho, considerou: sempre, frequentemente, raramente ou nunca. Quando perguntado se “É tratado com cordialidade e respeito pelos seus superiores”, 100% responderam que são sempre (69,2%) e/ou frequentemente (30,8%).

Também o quesito: “É tratado com cordialidade e respeito pela equipe de saúde” 100% responderam que são sempre (53,8%) e frequentemente (46,25). Já o quesito: “É tratado com cordialidade e respeito pela população usuária”, 96,2% afirmam que são sempre (73,1%) e/ou frequentemente (23,1%); 3,8% afirmam que raramente são tratados de forma cordial e respeitosa pelos usuários. Já “sentir dificuldades em desempenhar suas funções” é percebida por 38,5%; e raramente por 53,8%; contudo, não sentir dificuldades é percebido por apenas 3,8%. O quesito “sentir que a população está satisfeita com seu trabalho” é por 100% percebida sempre (30,8%) e/ou frequentemente (69,2%). Por fim, foi perguntado quanto ter “sofrido algum tipo de discriminação/violência no seu trabalho”, a maioria (65,4%) nunca sofreu; enquanto 26,9% já sofreram algum tipo de discriminação/violência no trabalho e, pelo menos uma pessoa (3,8%) sofre sempre ou frequentemente (Tabela 11).

Tabela 12: Distribuição dos nutricionistas segundo jornada de trabalho semanal- NASF-RJ

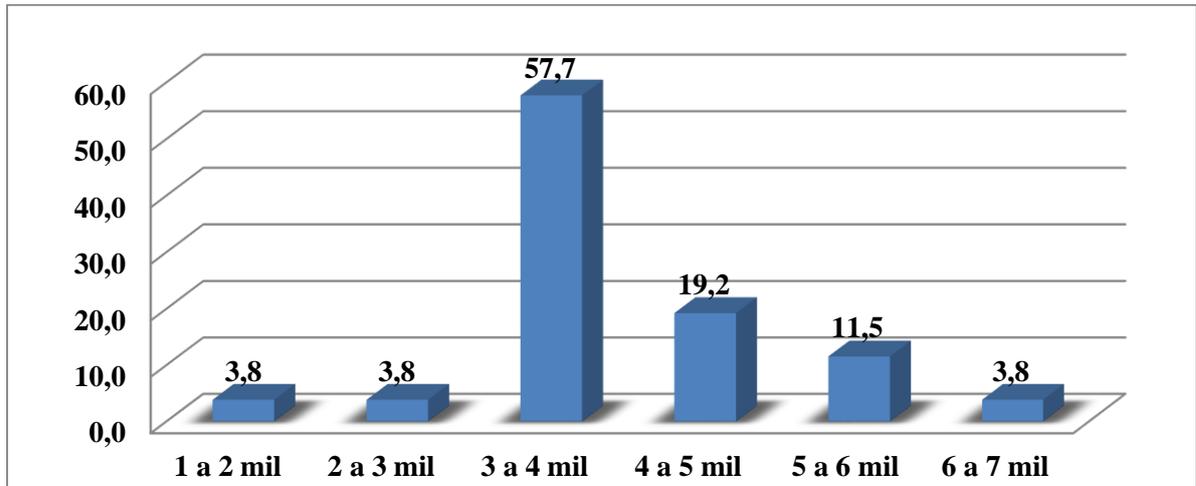
Carga horária	V.Abs.	%
20 a 39 horas	2	7,7
40 horas	19	73,1
41 a 59 horas	3	11,5
60 horas ou mais	2	7,7
Total	26	100,0

Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

O estudo constatou que 1/3, ou seja, 30,8% possuem outro vínculo empregatício além do NASF; destes, 62,5% tem contratos privados e 37,5% públicos.

Na Tabela 12 observa-se que 73,1% têm jornadas de trabalho de 40 horas semanais; 11,5% entre 41-59 horas.

No que tange a renda, apesar do serviço ser o mesmo, o salário varia de acordo com o contrato de trabalho, visto que os profissionais trabalham em áreas programáticas distintas, e portanto, são contratados por empresas diferentes. De acordo com Silva (2012) não há isonomia salarial entre servidor e contratado, o que faz com que alguns servidores passem a aderir à forma de contratação via OS, situação que pode causar uma maior dificuldade na articulação e integração da rede de saúde e na continuidade das ações.

Gráfico 9: Distribuição dos nutricionistas segundo renda mensal aproximada – NASF-RJ

Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

Verifica-se que a maioria (57,7%) tem renda mensal entre R\$3.000,00 a 4.000,00, sendo que o Piso Regional para o nutricionista é de R\$ 2231,86²⁴, valor que se enquadra na faixa salarial de 3,8% entrevistados. Porém, esse é um dado que merece uma análise cuidadosa, já que muitas pessoas preferem omitir ou mesmo relatar receber salários diferentes dos reais (Gráfico 9).

Tabela 13: Nutricionistas segundo opinião sobre as condições de trabalho – NASF-RJ

Condições de Trabalho	V.Abs.	%
Excelente	0	0,0
Ótima	2	7,7
Boa	13	50,0
Regular	11	42,3
Péssima	0	0,0
Total	26	100,0

Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

²⁴ Piso referente ao ano de 2014 retirado do site do Sindicato dos Nutricionistas do Estado do Rio de Janeiro, disponível em: <http://www.sinerj.org.br/>. Acessado em 13-01-2015

Em relação às condições de trabalho no NASF, 50% dos entrevistados consideram boas e 42,3% regulares. Somente 7,7% acham ótimas as condições de trabalho (Tabela 13).

Tabela 14: Nutricionistas segundo motivos de desgaste no trabalho - NASF-RJ

Motivos de desgaste	V.Abs.	%
Desentendimento sobre funções do NASF	17	94,4
Elevado nº de equipes apoiadas	7	38,9
Processo de trabalho	9	50,0
Vínculo de trabalho precário	6	33,3
Distância do local de trabalho	1	5,6
Violência no território	5	27,8
Falta de estrutura e espaço físico	5	27,8
Rede de apoio desarticulada	5	27,8

Fonte: Pesquisa própria, referente a Dissertação, 2014.

Além disso, ao serem indagados quanto ao desgaste com as atividades, 69,2% consideram as atividades desgastantes. Daqueles que consideram a atividade desgastante, chama atenção o grande número de entrevistados (94,4%) que relata entre os principais motivos o “desentendimento sobre funções do NASF”. Esse quesito refere-se aos problemas relacionados à dificuldade dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e da própria população de entenderem/aceitarem o papel do NASF e seu fluxo de atendimento, e por conta disso precisarem repetidas vezes explicá-las. Por outro lado, 38,9% relatam ainda ser desgastante trabalhar com um “número elevado de equipes de saúde da família”, muitas vezes acima da quantidade preconizada pela nova portaria (Portaria N° 3.124 -2012) que seriam de até nove equipes (Tabela 14).

Outra categoria considerada como fator de desgaste se relaciona ao “processo de trabalho”, relatado por 50% dos entrevistados, relacionado a questões burocráticas como preenchimento de planilhas, atividades externas, ter que se dividir/deslocar entre clínicas diferente e a própria demanda dos pacientes. Da mesma forma, 33,3% afirmam que o próprio vínculo de trabalho, principalmente em relação carga horária semanal, falta de plano de cargos

e salários, alta rotatividade de profissionais da ESF, são motivos de desgaste dificultando o cotidiano do trabalho.

Em relação ao “espaço físico e a falta de estrutura”, 27,8% relataram como um problema o fato de não possuírem um local de referência dentro da Clínica da Família, tornando frágil a localização e comunicação entre equipes/NASF, considerando os recursos oferecidos e a inexistência de sala (o que prejudica também o atendimento de retorno em algumas unidades).

No que concerne a categoria “rede de apoio desarticulada”, considerada como um problema para 27,8%, foram consideradas questões como: falta de rede de apoio, encaminhamentos para o NASF considerados compatíveis com a atenção secundária, falta de apoio aos grupos de educação continuada em saúde, ausência de local para onde se possa referenciar os pacientes de alta complexidade, que são encaminhados e redirecionados para a clínica, por possuir NASF.

Neste subcapítulo foi possível traçar o perfil destes profissionais, contribuindo para o aperfeiçoamento dos serviços, mas, sobretudo, para corroborar com as entrevistas realizadas com o grupo selecionado, buscando compreender um pouco mais a fundo esse processo de trabalho, bem como as principais relações da prática com a formação profissional, tema do próximo subcapítulo.

4.3- A PRÁTICA NO CONTEXTO DO NASF E SUA RELAÇÃO COM A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Este item se configura em um debate acerca do conteúdo coletado nas entrevistas dialogando com a literatura a respeito do tema, e está dividido a partir de núcleos de sentidos, conforme mencionado anteriormente nas considerações metodológicas.

Foram realizadas 8 entrevistas, com nutricionistas com perfis diversificados (formação em instituição pública e privada, tempo de formado, idade, carga horária de trabalho, e tempo no NASF), buscou-se ainda englobar o maior número possível de áreas de planejamento, onde somente em uma não foi possível a realização desta etapa. Vale lembrar que alguns perfis se misturam, e com isso não foi necessariamente selecionado um perfil de cada dentre os citados anteriormente, sendo possível encontrar mais de uma característica em um mesmo entrevistado.

Para efeito de ilustrações, esses profissionais serão denominados doravante N1, N2, N3, N4, N5, N6, N7 e N8, preservando assim, completo anonimato e sigilo das informações prestadas.

Núcleo de Sentido: Formação, percurso profissional e inserção no NASF

O tema “escolha de profissão” foi analisado por Bosi (1996), que em sua pesquisa entrevistou um grupo de nutricionistas, e dentre seus objetivos buscou entender o porquê da escolha da profissão, diante das características semelhantes com outras profissões da área de saúde como enfermagem e psicologia. A resposta obtida da grande maioria dos entrevistados foi que escolheram a profissão “por acaso”, sem saber ao certo do que se tratava, e sem conhecer nenhum profissional da área. Outros relatos mostraram ainda a escolha do curso como segunda opção, após a desistência de outros considerados mais difíceis, como a medicina.

Nessa perspectiva, ao trazer esse debate para os profissionais que atuam no NASF, obteve-se como resposta um discurso muito semelhante ao encontrado pela autora supracitada. Somente um profissional entrevistado tinha certeza de que queria Nutrição e essa foi sua primeira escolha. Muitos escolheram a profissão após iniciarem outra graduação na área de saúde, ou mesmo fora dela, alguns pensaram em fazer medicina, mas como não conseguiram ingressar, acabaram optando por Nutrição, como é o caso do relato abaixo.

“Na verdade assim, eu sempre gostei da área de medicina, saúde e tal, tentei vestibular pra medicina algumas vezes, cheguei a passar para particular mas o dinheiro não dava (...) e aí fiz pra UERJ, passei pra Nutrição na UERJ, e comecei a fazer, gostar, gosto até hoje do que eu faço” N5

Tal fato nos remete a pensar que a profissão, embora em crescimento de sua importância, ainda tem baixa visibilidade, pelo menos no que tange a preferência como primeira opção de curso. Além disso, cabe lembrar que esta, como a grande maioria das profissões da área da saúde, se caracteriza como majoritariamente feminina, além das raízes históricas do campo, onde era considerada como uma semi-profissão, subordinada e com baixos salários (BOSI, 1996).

Ao pensar no caminho de formação percorrido por esses profissionais até chegar ao NASF, é interessante o fato de que a maioria entrou sem apresentar uma experiência prévia na

área e nenhum processo de formação que se aproxime da abordagem diferenciada que existe no NASF. Alguns relataram ter se candidatado a vaga sem prévio conhecimento sobre o que era o NASF, somente após a inscrição procuraram saber o que era o programa.

“Na verdade o NASF foi assim (...) eu perguntei como é que era e tal o processo seletivo “ah é para trabalhar no NASF” e aí que eu fui procurar saber o que era NASF né, como tava isso em saúde pública, porque eu já vinha afastado da saúde pública há muitos anos (...) depois de formado sempre trabalhei na área clínica.” N5

“(..) me formei, trabalhei os dois primeiros anos e meio em produção (...) mas eu sempre quis clínica. Aí eu saí de produção, fiz um aperfeiçoamento, fui pra clínica, trabalhei em clínica a vida inteira, entendeu (Hospital) (...) Para o NASF, na época, foi uma inscrição que eu tinha feito na internet pra participar do PAD (...) Programa de Atendimento Domiciliar, dos pacientes internados em hospitais (...) eu fiz a inscrição, aí depois falaram que essa inscrição também serviria pro NASF (...) aí eu perguntei o que era o NASF, aí eles falaram que o NASF era pra você poder atuar dentro da comunidade, um grupo de pessoas próximas da clínica, que você atuava em grupos, né, aí isso me interessou, me despertou muito, e aí eu vim pro NASF.” N8

Não se nega aqui o mérito dos profissionais que passaram por um processo seletivo, incluindo prova, para conseguir a vaga. No entanto, é preciso se questionar aonde são absorvidos os profissionais que buscam seguir um percurso de formação e prática profissional que dialogue com a demanda desse processo de trabalho, como por exemplo os cursos de residência em saúde da família e saúde coletiva, que possuem grande potencial para a formação dos profissionais que atuam tanto no NASF, quanto na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dentre os participantes, somente 1 relatou ter realizado Residência em Saúde Coletiva.

Nessa linha de pensamento, um estudo realizado por Melo *et al.* (2012) analisou a inserção profissional dos egressos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) ofertados em Sobral-Ceará, mostrando que, 77% dos profissionais estava empregado após três meses do término do curso; sendo 53% destes na Atenção Básica. Entretanto, o tipo de vínculo de trabalho predominante foi o de “contrato temporário”, por meio de cooperação e prestação de serviços. Os autores destacam que essa modalidade de residência contribui para a integralidade no SUS ao trabalhar com categorias profissionais não tradicionais

na ESF, e tem atuado não somente como qualificação profissional, mas como um potente dispositivo de educação em serviço, articulada ao processo de trabalho.

Nascimento e Oliveira (2010) sinalizam que a avaliação dos processos formativos para os trabalhadores do NASF indica que a Residência é uma estratégia positiva para a formação de profissionais com perfil para trabalhar com as ferramentas propostas pelo NASF, pelo fato do processo de formação ser imerso no contexto da prática, e por ter a interdisciplinaridade como facilitadora da construção de um conhecimento ampliado de saúde.

No que tange a experiência prática, Malglaive (1993) acredita que o saber teórico nem sempre mantém relação direta com a prática, ele não é normativo, ele permite ajustar as intervenções práticas sobre a realidade, prevê seus efeitos, garante se a ação terá um resultado ou não, ele possui um efeito de “*dar a conhecer*” e não “*permitir fazer*”, sendo o fundamento indispensável da eficácia que regula a ação, entendida como o saber processual. Neste sentido destaca-se a importância da experiência que emerge da prática e que dialoga com o saber teórico.

Ao pensar na formação da graduação em Nutrição, um estudo realizado por Recine *et al.* (2012) analisou a oferta de disciplinas de Nutrição e Saúde Pública nos cursos de Nutrição do país, e verificou que as disciplinas obrigatórias mais ofertadas de Saúde Pública foram: Avaliação Nutricional, Educação Nutricional, Estágio em Nutrição Social, Nutrição em Saúde Pública, Epidemiologia, Bioestatística e Nutrição Materno-Infantil. Estas disciplinas ocuparam parte considerável da grade curricular.

Por outro lado, ainda que em pouca quantidade, é possível encontrar disciplinas mais específicas como Nutrição e Saúde da Família, Práticas de Saúde, Políticas Públicas de Nutrição e Políticas Públicas de Saúde. Contudo, a autora chama atenção ao fato de que somente em 5 cursos no país é oferecida a disciplina Nutrição em Saúde da Família, o que é surpreendente se pensarmos na relevância que os temas relacionados ao SUS devem ter na formação dos profissionais, assim como o papel da atenção básica em geral e da ESF no SUS. Apesar do nutricionista ainda não estar adequadamente incorporado às equipes da ESF, seu papel já está bastante elucidado no que se refere aos NASF (RECINE *et al.*, 2012).

Um dos profissionais entrevistados relatou uma experiência de estágio na modalidade internato com duração de um ano, ainda pela graduação, em um município pioneiro na Estratégia de Saúde da Família, o que possibilitou vivenciar uma realidade diferenciada dos demais formandos, já que apenas 3 alunos por semestre conseguiam esse estágio. Desta forma,

apesar de não ter uma experiência em NASF, já conhecia sobre o programa, e possuía uma experiência na área, o que auxiliou muito o trabalho atual.

No que tange os cursos de Pós-Graduação, de forma geral, aqueles realizados pelos entrevistados eram frequentemente na área clínica. Sabe-se que este tipo de curso é de suma importância para a construção de conhecimento técnico para embasar a prática profissional, no entanto, a atuação no NASF demanda um olhar ampliado para o processo saúde-doença e seus determinantes sociais, percepção dificilmente trabalhada em cursos da área clínica. De acordo com Recine *et al.* (2012), refletir sobre o quanto a formação está sintonizada com os atuais desafios da prática é estratégico para aumentar a eficácia da atenção à saúde.

A exemplo disso, um dos entrevistados afirma estar realizando uma Pós-Graduação na área clínica, especificamente em Nutrição Esportiva Funcional. Este curso é voltado para o atendimento de um público de maior poder aquisitivo, apesar do participante deixar claro que sempre foi apaixonado pela prática em saúde pública e no NASF, demonstrou que apresenta dificuldade em aplicar o que aprende no curso dentro do seu trabalho:

“Assim, no NASF, muito pouco, pego um ou outro praticante de atividade física. Tem um rapaz lá de 15 anos que ele joga no (em um time), e eu (...) tenho acompanhado ele(...) e outros rapazes que fazem atividade física, musculação, natação. Mas é aquela coisa, é complicado você introduzir a nutri esportiva na parte da suplementação e a parte funcional, porque tem que ter(...)um aporte financeiro, uma estrutura financeira muito boa, então é complicado.” N1

Torna-se importante buscar entender o que leva o profissional que atua na saúde pública, e mais precisamente no NASF, a cursar Pós-Graduação em áreas que pouco acrescentam no seu trabalho. Tal fato pode estar relacionado a busca de melhores rendimentos, ou a outros trabalhos desenvolvidos pelo entrevistado, entendendo a profissão de Nutrição, definida nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso, como uma formação generalista, capaz de atuar em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais (BRASIL, 2001), ou seja, o profissional formado está habilitado a trabalhar em todas as áreas.

Ao pensar nessa relação entre a formação profissional e a prática desenvolvida no NASF, sabe-se que muito ainda precisa ser feito. Desta forma, buscou-se compreender as principais lacunas apontadas pelos profissionais em relação à formação, não só de graduação, mas também de cursos de Pós-Graduação realizados.

Destacam-se como principais lacunas a falta de se trabalhar mais a questão do funcionamento da rede de atenção à saúde e seu fluxo, atrelada ainda a uma visão muito hospitalocêntrica e biologicista da graduação, conforme elucidado abaixo:

“(...)mas assim, hoje em dia acho que tinha que ter um pouco mais de noção de gestão, de conhecimento mesmo dessa coisa de rede, de fluxo de rede, a gente aqui tem essas discussões de coisas de rede, e a gente percebe assim uma falha muito grande hoje na saúde pública com a questão da rede, e aí como estruturar isso? Que eu vejo muito no enfermeiro, tem uma visão mais específica, a saúde mental me ajuda muito, porque eles têm essa coisa bem já enraizada do próprio matriciamento, da rede, de como estruturar a rede, de como estruturar o cuidado, sem você desvincular o paciente da atenção básica.” N5

“Com toda certeza, e absoluta certeza na prática, porque é você querer institucionalizar, você querer fazer com que o cidadão compreenda o que é o sistema único de saúde, é você na verdade desconstruir todo um processo de construção hospitalar que nós temos (...) a gente entende na verdade que em um bom sistema de saúde (...) vamos correr pro hospital, né, a gente não vai correr para um posto, a gente não vai correr pra uma UPA, porque a gente não entende o que é uma clínica da família, qual é a diferença pra uma UPA, qual a diferença pra um hospital. Então na verdade, se nem na faculdade a gente como profissional é informado sobre isso, é capacitado pra isso, capacitado para entender além daquele livro, além daquela referência bibliográfica (...) se você não sabe o fluxo você não vai nem conseguir entender que sistema é esse. E na faculdade a gente ignora, que nem na parte de saúde pública a gente fala muito sobre isso, hoje posso estar errada, que a formação hoje pode ser diferente, na minha época não era assim.” N4

Observa-se que, de fato, os profissionais que atuam hoje nesta área carecem de uma formação mais específica em relação ao funcionamento da rede de serviços de saúde, e relatam aprender no dia-a-dia da prática como esta deve funcionar.

Um dos entrevistados aponta para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma questão específica do trabalho no NASF, considerada por ele como uma prática complicada, principalmente em relação a participação do nutricionista no trabalho em grupo,

apresentando ainda uma abordagem muito individual e ambulatorial, conforme mencionado no relato abaixo:

“Uma outra coisa, que hoje pra mim é uma dificuldade, não só pra mim, mas para outros profissionais também, é a questão da construção do projeto terapêutico singular né, do PTS, construir um projeto terapêutico, com a equipe, com o paciente, na Nutrição especificamente é bastante complicado, porque a gente tem aquela coisa do ambulatório... paciente vem, eu atendo, ele vai embora, qual é a meta? Ele voltar mês que vem, ou ele tá mais magro, ou ele ter ganho peso, ou ele ter melhorado do sintoma específico que tá incomodando? Então a gente tem essa coisa meio ligada à questão mesmo ambulatorial do atendimento. E quando a gente fala do projeto terapêutico a gente tá falando de outras coisas, a gente tá falando do território, (...) de aquisição de elementos, (...) do ambiente, da casa, e construir isso numa rotina de trabalho da gente as vezes é um pouco difícil.” N5

O Projeto Terapêutico Singular é realizado em uma reunião de equipe, onde todas as opiniões são consideradas essenciais para o entendimento sobre o sujeito e para definição de propostas de ações. O Nome “singular” e não “individual” é considerado mais adequado por ser um trabalho realizado não só individualmente como também em grupos ou famílias, além de dar ênfase a busca de singularidade (diferença) como elemento central de articulação (diagnósticos tendem a igualar os sujeitos a partir de suas patologias e minimizar as diferenças) (BRASIL, 2007a).

Outro ponto destacado como lacuna é a questão das disciplinas de graduação trabalharem mais rotineiramente com a utilização de alimentos de fácil acesso para aqueles que possuem uma situação econômica mais favorável, e trabalhar menos com as ferramentas necessários para lidar com obstáculos relacionados à falta de recurso financeiro dos pacientes para a aquisição de tais produtos, é o que destaca o entrevistado nesta fala:

“eu acho que a Nutrição dentro da faculdade acabou sendo muito mais voltada para pessoas com condições econômicas bem melhores, então não se foi trabalhado muito isso assim, do que a gente pode tá substituindo, tem muito aquela substituição que a gente conhece, a lista de substituição de alimentos tradicional, alimentos menos gordurosos, mas pra essa população que a gente tem aqui, uma população que, beneficiária do bolsa família,

população carente, aqui a gente recebe moradores de rua, então acho que isso é uma lacuna.” N2

A fala de outro entrevistado sugere que ainda existem nutricionistas com dificuldade em trabalhar em equipe, pela natureza de sua formação profissional, no que concerne a uma abordagem mais integral, respeitando as singularidades dos sujeitos. Desta forma, destaca-se a importância das disciplinas de saúde pública e educação nutricional como importantes neste percurso. Porém, nas falas fica claro que essas disciplinas ocorreram bem isoladas e o conteúdo acaba que se distancia de todas as outras disciplinas, e passa despercebido para muitos.

“ mas a minha formação na Nutrição foi mais por que eu corri atrás, corri atrás de conhecer, porque (...) na época que eu me formei (...) não existia o NASF na verdade, saúde pública era ambulatório, então a gente teve uma formação voltada para ambulatório e dentro da faculdade eu fui buscando optativas, participando muito de discussões do movimento estudantil que discute saúde pública de uma forma mais ampla, mais global, estudando história do SUS (...) a discussão da segurança alimentar, foi uma discussão que me aproximei na faculdade, eu fiz minha monografia sobre isso, mas isso correndo atrás, porque isso na faculdade passa muito batido.” N7

Nota-se que os profissionais relacionam a importância da formação mais aos conhecimentos básicos, que claramente são essenciais para a formação de qualquer profissional na área, mas não necessariamente aos moldes de trabalho na saúde da família e no NASF. Observa-se também o oposto, um nutricionista relatou conhecer profissionais que atuam na atenção básica e apresentam uma formação mais voltada para a saúde pública relatam dificuldade com a prática clínica da Nutrição. Tais questões estão presentes nas falas que se seguem:

“É, minha prática como nutricionista assim, em termos NASF, se eu não tivesse, é, conhecimento de fato, e aí conhecimento é da ciência da Nutrição, não seria possível, eu pego casos que eu discuto 5 minutos, 15 minutos, não é, e quando eu vejo eu to fazendo as vezes uma interconsulta de um paciente com câncer, então essa parte clínica, é imprescindível, na parte de saúde coletiva.” N4

Muita coisa que eu faço hoje, eu faço porque eu fiz a especialização, porque eu tenho uma experiência dentro da clínica, então isso me dá um conhecimento bastante grande sobre patologia e tal, então assim, quando tem a questão do atendimento compartilhado, isso facilitou a minha vida assim muito, porque era a minha prática desde que eu me formei (...) as vezes acho até engraçado porque como as outras meninas que trabalham comigo (...) tem duas que são da área de saúde pública, as vezes elas vinham “ N5, eu to com um paciente assim, assim, assado, é, como é que você faz”, ai eu falo e tal a gente troca, eu falo “ se a gente tiver dúvida vamos ler, eu trago alguma coisa, a gente lê”, então assim, é bom porque um complementa o outro.” N5

Diante deste cenário, torna-se importante refletir sobre qual é o perfil de formação ideal para o nutricionista que atua no NASF. Seria um profissional com formação clínica ou com foco em saúde pública? Na verdade, não se pode distanciar a prática clínica do trabalho na saúde pública, já que o profissional não deixa de atuar na clínica, mas é importante uma formação na área de saúde pública que possibilite ampliar este olhar focado na doença e no tratamento.

Conforme destaca Morin (2006), os programas educativos devem ser colocados no centro das preocupações sobre a formação. É preciso pensar na integração das disciplinas, vistas ainda de forma fragmentada. “O ensino por disciplina, fragmentado e dividido, impede a capacidade natural que o espírito tem de contextualizar. E é essa capacidade que deve ser estimulada e desenvolvida pelo ensino, a de ligar as partes ao todo e o todo às partes” (p:4).

Por outro lado, o Município teve aprovação para implantação do NASF quando a ESF ainda não estava estruturada, e por conta do tempo para não perder a habilitação as equipes do NASF foram constituídas com profissionais que já atuavam nos Centros Municipais de Saúde e policlínicas, portanto numa lógica ainda distante deste processo de trabalho (SILVA, 2012). O que dificultou a seleção mais adequada de profissionais para atuarem no NASF, impondo àqueles que atuavam na atenção Básica uma nova abordagem de trabalho.

Tal fato foi identificado também na fala de alguns entrevistados, principalmente aqueles que possuíam outros vínculos de trabalho precários. A insatisfação com a maneira como foram convidados a trabalhar no NASF fica evidente, por ter sido de forma imposta e repentina, ou aceitavam ou eram demitidos.

“Fui convidado lá dentro, foi uma forma meio assim repentina, eu tava atendendo, a diretora do P.S. chegou, ela mesma não soube explicar sobre esse projeto novo NASF (...) ela só comentou o seguinte: tá começando um projeto novo NASF, não sei te dizer nada sobre ele, só tem duas opções, ou você aceita entrar, já sai do P.S e entra no NASF, ou você sai do trabalho.”
N1

“Foi praticamente uma imposição (...) quando o NASF veio, poucas pessoas ficaram lá em cima... muita gente foi demitida, e muita gente saiu porque quis, e aí eu comecei (...) imposta no NASF, hoje em dia eu gosto do NASF, mas no início eu não gostava, porque foi imposto, eu trabalhava 20 horas, e aí fui obrigada a trabalhar 40, era tipo assim, ou fica, ou não fica...Foi quando começou no município, (...) ninguém sabia, nem no INAD aqui, a gente vinha, perguntava alguma coisa, até pro INAD em si era uma coisa muito nova esse NASF, e a gente foi aprendendo né.” N3

Vale lembrar que a informação acima sobre a carga horária semanal se refere a Portaria Nº 154, de 2008 que cria o NASF, no qual consta que a carga horária dos profissionais do NASF considerados para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais, salvo algumas exceções relacionadas a outras profissões (BRASIL, 2008).

No entanto, na atual portaria, que modifica alguns critérios dentre eles a carga horária, consta que a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas, e nenhum profissional separadamente poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas (BRASIL, 2012c).

Contudo, pode-se observar que quando o profissional já compreende melhor o que é o trabalho, talvez por ter participado do Grupo de Apoio Técnico (GAT) por exemplo, sua expectativa e credibilidade em relação ao programa mudam, conforme relato abaixo:

“Aí depois né, quando o Ministério implantou a questão do NASF, nós que começamos a nos adequar né, e assim, o que me trouxe para trabalhar com a estratégia, na época, foi mais essa questão, dessa oportunidade de se trabalhar, de estar junto ali com a população né, de realizar trabalho educativo, com escola, com creche, de estar junto com as equipes, apesar de não ter o serviço com as equipes, né, na unidade, fazendo parte integrante das equipes, mas para dar apoio, e aí eu estou até hoje.” N6

No período de implantação, aqueles que estavam inseridos na prática e passaram a atuar como NASF relataram dificuldades em trabalhar, por ser um trabalho novo para todos. Mencionaram o fato de que nem seus gerentes nem a Coordenação de Área de planejamento (CAP) conseguiam explicar a nova forma de trabalhar, e que iriam aprendendo juntos, na prática, sem um processo de formação específico. Relataram ainda a existência de um curso introdutório sobre a Estratégia de Saúde da Família, que ajudou a entender um pouco, mas que era ainda muito distante da prática do NASF. Como se verifica no relato abaixo:

“Não, tiveram aquelas reuniões do nível central com a gente, explicando sobre, mas curso mesmo aprofundado sobre o NASF, não tivemos não, fomos aprendendo com a prática, totalmente com a prática, as vezes recebíamos e-mails com alguma documentação falando sobre o NASF, mas pra cada um pegar e ler, mas curso em si não tivemos não, foi meio que jogado mesmo, e vamos lá.” N1

“(...)até as próprias pessoas que davam o curso introdutório não sabiam exatamente como o NASF ia trabalhar. Eles falavam “ a o NASF é uma coisa nova, a gente ainda vai ver como é o processo de trabalho, a gente não tem nem como falar muito pra vocês ainda, que é uma coisa que ainda está sendo estudada como é que nós vamos implantar, vocês estão entrando agora e a gente vai construir isso junto (...) E ai a gente foi construindo, a gente também montou períodos de estudo pra poder entender como é que o caderno orientava sobre o NASF, como é que a gente ia construir isso aqui.” N5

Foi possível observar, principalmente pela fala dos entrevistados, que uma forte aliança nesse trabalho tem sido os Grupos de Trabalho (GT) do INAD, onde se reúnem nutricionistas de todas as CAP, possibilitando não só o aprendizado mas sobretudo a troca de experiências e angústias, como observado na fala abaixo:

“O que eu faço muita coisa eu li. No INAD a gente tem sempre GTs e tudo, mas muita coisa eu aprendi na lida (...). Até hoje quando as pessoas entram tem um curso chamado introdutório pro PSF, não é introdutório pro NASF. Só que esse curso introdutório ele não foca em nenhuma profissão, ele é introdutório pra todas, então o que você vai ver nesse curso, que eles falam, muito de legislação do SUS, de organograma da saúde da família, do PSF né,

então, matriciamento, interconsulta, consulta conjunta...consulta terapêutica singular que o NASF chama, isso tudo, só fui aprender na prática.” N3

O momento em que se implementa uma política é diferente de quando a mesma está só no papel, a sua implementação possibilita descobrir limitações e potencialidades, novos pactos são estabelecidos, com diferentes atores que não necessariamente estavam presentes na formulação da política. De acordo com o contexto, inicia-se uma nova formulação da política, voltada para sua aplicabilidade imediata (VIANA e BAPTISTA, 2012).

Neste sentido, no trabalho apresentado por Silva (2012), a autora consegue identificar na fala dos gestores do NASF no município estudado, a importância do entendimento por parte dos trabalhadores do que é o NASF e para que serve. A autora relata que “o processo de implementação do NASF teve início a partir das AP, onde foram realizadas oficinas com diversos agentes (...) e profissionais de saúde, sobre a concepção do NASF e a organização do trabalho, de acordo com a realidade local” (p:84).

Em relação aos usuários, esta mudança nas práticas também ocorreu de forma repentina, e estes não receberam muitas orientações, onde de um dia pro outro deixaram de ser atendidos individualmente por diversas especialidades, precisando passar inicialmente pela equipe básica, e nem sempre tendo acesso direto ao profissional que antes o atendia. As falas dos entrevistados elucidam a questão:

“Então a gente foi aprendendo, e também foi muito sofrido pra nos assim, abrir mão do passado, aqueles, os próprios pacientes não entendiam porque que da noite pro dia, em maio. Até maio eles eram atendidos no nível ambulatorial, com a gente, ali o nutricionista (...) tem que começar a educar, o senhor vem, não, o senhor vai começar a ser atendido, mas tem que ser via seu ACS, porque eu não tenho mais porta de entrada, né.” N3

“Para os usuários eu acho mais difícil, porque eles estavam acostumados com a unidade que tinham as especialidades, então assim, para entrar na cabeça, para entender, porque eu preciso da Nutrição, porque eu acho que eu preciso eu vou direto? Não, passa pela equipe, a equipe avalia, a equipe acompanha, e a equipe vai encaminhar.” N6

Em um trabalho onde buscou-se analisar a percepção do usuário sobre a implantação do NASF em um município, chamou atenção o fato dos usuários não saberem o significado da

sigla “NASF”. Apesar disso, após explicação dos entrevistados, foi possível avaliar positivamente o trabalho, já que as atividades realizadas pelo NASF melhoraram sua saúde, contudo, não identificam o programa como uma atividade oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores concluem que a implantação deveria ser fortalecida de modo a consolidar uma proposta de atenção integral à saúde vinculada ao SUS (SOUZA *et al.*, 2013) O que corrobora com a análise anterior, entendendo que a consolidação do SUS e das mudanças na prática da atenção básica ainda não estão claras para seus usuários.

Já para os profissionais de saúde, são oferecidos alguns processos de formação como capacitações, fóruns, educação permanente, mas de forma muito superficial. Ao que tudo indica, na medida em que o NASF vem se consolidando no Município o método de trabalho vem se tornando mais claro não só para os gestores, mas principalmente para os profissionais. Por outro lado, foi possível observar que o método de trabalho varia muito entre as unidades, e principalmente entre as áreas de planejamento.

“Aqui na coordenação, o grupo da coordenação sempre buscou, desde que começou a implementar, de montar os NASF na área, dentro de cada território, foram realizadas reuniões aqui no OTICS, e aí chamando os grupos por território, até pra que as pessoas entendessem o que era o NASF, (...)se eu só ficava dentro de um consultório atendendo, se eu sou NASF naquele território eu vou passar, quando necessário, a fazer visita domiciliar, vou participar da reunião de equipe, eu vou discutir com a equipe os problemas que elas estão me passando daquele território de acordo com a minha função (...)Até tá tendo agora acho que é UNISUAM, tá tendo um curso, pro pessoal do NASF, (...) o curso, então assim, a área, a secretaria está procurando instrumentalizar os profissionais.” N6

“Então na verdade não me foi oferecida nenhuma capacitação, eu perguntava sobre isso o tempo inteiro, nenhuma apresentação do trabalho. A CAP faz reuniões mensais, mas até eu pegar a primeira reunião da CAP (...)e a reunião da CAP inicialmente se baseava muito em como você gerar o BPA, que é a produtividade. Então na verdade o NASF ele tem uma produtividade que é invisível, (...) parecia que em toda reunião as pessoas só queriam bater números, porque na verdade é isso que conta no final quando a gente manda um relatório, é o número que tá batendo, mas não a construção daquilo(...)” N4

Mesmo em relação a processos de Educação Permanente, parecem não ocorrer com certa frequência nas CAP. Por outro lado, nota-se que dentro do INAD, a Educação Permanente acontece mensalmente entre os nutricionistas, não só do NASF, mas de toda a rede básica de saúde do município. Fica evidente, mais uma vez, a divergência entre os processos de formação dos nutricionistas de diferentes áreas de planejamento, e as diferentes abordagens e entendimentos em torno do conceito de educação permanente, visto somente como um curso. Tais afirmações são elucidadas nos casos abaixo:

“Não, curso não, tivemos apresentações da coordenadoria da área, mais reuniões, aquela coisa de slide, e apresentação, de ler o que é NASF, mas curso mesmo voltado, curso mais aprofundado não tivemos não, foi só reunião com cada CAP, reuniões com nível central também, na sede da na prefeitura (...). Seria importante, foi difícil, a gente aprendeu na marra, na pratica, ainda é complicado, ainda surgem dúvidas, então tipo assim, acho que o curso ia ser de suma importância para quem já está no NASF e quem está iniciando.” N1

“No começo quase todo mês a gente tinha (educação permanente). Agora diminuiu um pouco mas eventualmente tem, da CAP, vez ou outra. Agora eu não sei dizer o ultimo que teve porque eu estava de férias, mas enfim. Tem o INAD também, que todo mês tem uma atividade de formação.” N7

Desta forma, o processo de educação permanente se torna de suma importância para o trabalho do NASF, visto como um instrumento capaz de contribuir para a transformação e a qualificação das práticas em saúde, por trabalhar a partir destas. Tesser *et al.* (2011) afirmam que este modelo de educação contribui para o processo de conhecimento e análise da realidade social, buscando melhorar não só a resolubilidade, mas sobretudo a coordenação do cuidado.

Núcleo de Sentido: Relações e processos de Trabalho

O processo de trabalho do NASF funciona por meio do apoio e matriciamento para as Equipes SF, sendo estas relações de trabalho destacadas pelos próprios profissionais como um grande fator de desgaste.

As atividades destacadas pelos nutricionistas como aquelas realizadas com mais frequência são: interconsulta, consulta individual, grupos, reuniões, visita domiciliar, discussão de caso, matriciamento, articulação com PSE (Programa de Saúde na escola) e atividades em creches. No entanto, é possível perceber que existem algumas nuances nessas atividades, nas diferentes áreas de planejamento.

Observa-se que a consulta individual ainda é uma atividade muito comum na rotina do NASF, justificada muitas vezes por situações de maior urgência, onde não é possível a espera pelo encaminhamento via SISREG. Tal situação contraria o processo de trabalho do NASF, no qual o atendimento clínico individual faz parte apenas ocasionalmente das atribuições regulares destes profissionais (Brasil, 2010a). No entanto, na prática, nem sempre o motivo é esse, muitas vezes a força do hábito fala mais alto:

“Tem coisas que eu faço e tem coisas que eu, sabe, quando eu vejo a necessidade (...) desculpe, podem me crucificar, mas eu ainda faço uma porta de entrada. Porque a paciente vai, ainda vai passar pelo médico da equipe de saúde da família, vai passar pelo enfermeiro, ACS, entendeu. Então como as vezes têm uns pacientes que são mais antigos, que continuam(...)” N3

Neste sentido, a própria atividade relacionada à interconsulta e discussão de casos fica prejudicada pelo mesmo motivo, onde, muitas vezes, os profissionais da ESF não têm disponibilidade de tempo pela alta demanda de trabalho. Ou mesmo por falta de interesse em participar, por não considerarem importante o entendimento das relações interprofissionais. A interconsulta passa a ser irrelevante:

“Acontece, mas, é, não com a frequência que eu gostaria, alguns casos com insistência acabam acontecendo, porque isso vai muito do profissional entender, se ele não entende, não vê o porquê, “A eu já atendi esse paciente, porque eu tenho que atender por outro motivo, essa parte já é Nutrição, não é comigo”. Agora quando o profissional ele entende, a maioria dos casos acabam sendo resolvidos na interconsulta, a gente consegue partir para a interconsulta e resolver.” N2

No que tange a realização das visitas domiciliares, nota-se certa discordância nas falas, o que pode trazer relação com as características do território adscrito, bem como com a resistência dos profissionais em notificarem os nutricionistas casos em que poderiam vir a

contribuir, por não acreditarem/compreenderem o trabalho desenvolvido. Desta forma, é um trabalho comum para alguns entrevistados, enquanto que para outros é raro.

Apesar disso, foi possível observar o aumento do número de visitas realizadas pelos nutricionistas, principalmente relacionados a casos de obesidade mórbida, amputação de membros por conta de Diabetes, pós AVC/ AVE. Tal fato pode sugerir por um lado uma maior consolidação do trabalho do NASF, e por outro um aumento na demanda de casos que requerem um cuidado nutricional domiciliar.

“Ah sim, muita, muita, é umas das principais, a visita domiciliar.” N7

“Não muito, mas por causa do próprio entendimento das equipes com relação a Nutrição na visita domiciliar.” N2

“Atendimento, visita domiciliar, a gente é sempre solicitado, agora tem até aumentado, a gente tinha um número baixo de visita domiciliares, tem uma dificuldade de entenderem, assim: “Ah o paciente obeso, pode chamar o nutricionista para ir, o paciente não sai de casa é obeso, ou o paciente é, tem ferida, não cicatriza, não consegue sair de casa” acabam não solicitando, e a gente tem buscado isso” N5

É possível notar que as reuniões com as equipes acontecem com frequência, sendo uma fala muito constante dos entrevistados. Contudo o processo como ocorrem parece ser confuso, sendo organizado pelos próprios profissionais, os quais trabalham em diversas unidades, o que acaba por dificultar compatibilidade de horários.

“Agora a gente já tá conseguindo pactuar datas fixas: equipe tal toda segunda quinta-feira do mês a gente senta as 14 horas pra discutir casos, ai vem todos os seus ACS, o técnico, o enfermeiro, ai se tem mais de um colega, mais de um profissional do NASF que tenha condições de estar naquele horário ali, ótimo, porque é menos um horário pra eles (...) então geralmente o psicólogo, eu e uma outra fisioterapeuta a gente sempre se reúne junto com as equipes quando a gente não pode estar na reunião da equipe, da equipe deles. Até porque as vezes assim, um exemplo: aqui eu sou quarta e sexta, segunda eu não veio, então o que acontecer segunda, quarta e sexta, é....segunda terça e quinta, eu não to aqui, né (...).” N8

Por ser uma prática de difícil consolidação, um processo em construção que se retroalimenta com a prática, existe uma necessidade do estabelecimento de espaços rotineiros de reunião, planejamento e discussão de casos para definição de projetos terapêuticos compartilhados por toda a equipe, na forma de Projetos Terapêuticos Singulares e Projetos de Saúde no Território (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

O trabalho em grupos específicos (de gestantes, adolescentes, idosos, hipertensão e diabetes, qualidade de vida, obesidade, etc.) e de apoio ao Programa Saúde na Escola se mostram comuns entre os profissionais. Chama atenção ainda o trabalho referenciado como de articulação intersetorial com conselhos, escolas e associações de moradores, que parece ser uma proposta em andamento com pretensão de fortalecimento.

“Escola, associação de moradores. E porque a gente, nessa coisa de reestruturar o NASF, tá começando agora, esse mês, a gente tá tentando fazer mais a questão da articulação intersetorial, trabalhar mais a questão do conselho. Trabalhar esse tipo de coisa, a gente tá com ideia de plantar uma horta, mas são projetos ainda.” N7

Dias *et al* (2014) destacam a essencialidade das práticas intersetoriais ao se ter em mente os propósitos da ESF, ao adotar como princípio a integração de diversos saberes e setores proporcionando uma visão ampla do contexto e dos processos de saúde e ao considerar a reorientação de práticas como prioridade. Concluem o trabalho ressaltando que a intersetorialidade é determinante para o trabalho efetivo da ESF.

Entende-se por intersetorialidade a articulação entre a teoria e a prática, entre saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, buscando o alcance de resultados sinérgicos em situações complexas (INOJOSA, 2001).

Dias *et al* (2014: 4378) relatam que, em entrevistas realizadas com profissionais da ESF, o discurso da intersetorialidade é muito mais desenvolvido do que sua prática, principalmente com o setor de educação e assistencial social, mas essas se relacionam muito mais ao conceito de multisetorial, com ações pontuais e desenvolvidas de forma assistemática. Já que as práticas intersetoriais se caracterizam por um processo muito mais complexo que implica em enfrentar contradições, restrições e resistência, conciliar interesses divergentes, sendo importante mudar a lógica da organização e execução do trabalho.

Enfatiza-se o fato da saúde não poder mais ser entendida somente como uma questão tecnicista e biomédica, é preciso ter consciência da necessidade de ações intersetoriais globais e de justiça em nossos esforços de combate às inequidades em saúde (OTTERSEN *et al.*, 2014). Superar uma visão fragmentada das práticas em saúde é um esforço por reconhecer a complexidade da realidade sanitária, onde ações isoladas e descontextualizadas não são suficientes para produzir transformações nas condições de saúde da população (DIAS *et al.*, 2014) em uma lógica de co-responsabilização.

Como foi dito anteriormente, as práticas intersetoriais ganham ainda mais relevância ao se pensar no trabalho desenvolvido no NASF, onde consta em suas diretrizes a prática de ações intersetoriais em consonância com o que é preconizado nas diretrizes da Atenção Primária à Saúde, em uma perspectiva de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF) (BRASIL, 2010a).

Os nutricionistas possuem clareza sobre a lógica de trabalho do NASF e, em sua grande maioria, buscam atuar assim. No entanto, há muita resistência, seja por parte dos profissionais que atuam na equipe de saúde da família, seja pelos usuários. Nas entrevistas, fica claro que a resistência se dá muito por conta da falta de entendimento sobre a metodologia de trabalho do NASF e pela demanda diária de trabalho e cobrança por produções e metas por parte da ESF. O que sugere uma lacuna na formação profissional, que ainda tem como foco somente a prática clínica.

“É, o estudo de caso é tranquilo, abordar sobre o paciente, explicar a conduta feita é tranquilo, a dificuldade maior é o médico aceitar sentar do lado e acompanhar a consulta. Assim, de certa maneira eu até compreendo, porque nessa correria de, de município de atendimento em saúde pública, realmente eles são cobrados muito em relação a quantidade né, a produção, então realmente é difícil você abrir um turno somente de interconsulta, é complicado, mas se tiver um certo planejamento, entendimento com a gerencia da unidade dá para fazer.” N1

É perceptível que o processo de trabalho é, por vezes, conturbado devido à falta de entendimento de alguns profissionais, e por conta do NASF não possuir um local específico para trabalhar dentro da unidade, questão bastante evidenciada pelos entrevistados. Tal fato, contribui para dificultar o andamento da rotina de trabalho, por muitas vezes não conseguirem

salas para a realização de atividades e mesmo pela dificuldade em serem encontrados dentro da unidade.

Neste sentido, um artifício encontrado pelos profissionais foi a utilização de aplicativos de mensagem multiplataforma como uma tentativa de facilitar o processo diário de trabalho.

“ As discussões de caso não aconteciam, assim que eu entrei eu criei grupo por equipe no whatsapp (...) então eu tinha (...) 13 equipes no meu celular, mas foi uma busca minha entendendo que o whatsapp não é um ferramenta SUS, entendendo que o profissional que não tivesse, tinha que usar o VITACARE(...) Com o WhatsApp eles me localizavam fácil, porque você tá numa clínica de dois andares, onde tem um posto funcionando junto, ou te acharem onde você tá naquele momento, já que você não tem sala, você não é visualizado pelo sistema, ninguém te encontra. Então na verdade eles me chamavam às vezes na hora (...) mas não vou dizer que foi no primeiro mês não.” N4

Esta dificuldade de entendimento e aceitação sobre a lógica de funcionamento do NASF, ainda é prevalente em algumas unidades e acaba prejudicando todo o fluxo de trabalho, já que o NASF se torna um pouco dependente da demanda das equipes SF.

“O NASF foi implantado é...em 2010, de lá pra cá ainda continua uma certa turbulência na parte...interação médico e profissionais do NASF, porque os médicos da equipe de saúde não compreendem a importância do NASF e o contexto dele (...) Tem uma médica que diz o seguinte, na forma dela se expressar: que ela não estudou pra ser fonoaudióloga, nem nutricionista, nem psicólogo, nem pediatra, nem dermatologista (...) então ela não aceita fazer interconsulta de jeito nenhum, entendeu, ela fala que não entende nada sobre fonoaudiologia, nem sobre nada de Nutrição, como ela vai fazer interconsulta? Só que ela não entende o contexto na interconsulta (...) Ai conclusão acaba que todos os profissionais do NASF não conseguem trabalhar com ela (...) ela para complicar o trabalho, tipo uma certa vingança, ela não chama a gente para fazer VD, não chama o profissional para fazer matriciamento, VD, grupo, ela realmente aboliu o NASF da equipe dela, essa que é uma grande dificuldade que a gente tem ainda, e acredito que muitos outros NASF também passem por isso.” N1

Impõe-se a necessidade de permanente reflexão sobre o processo de formação e sobre o perfil de competências necessários aos profissionais da saúde, olhando não apenas para o conhecimento técnico especializado, mas, sobretudo para as habilidades e atitudes a serem desenvolvidas em prol da melhoria da qualidade de vida dos grupos populacionais (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Neste sentido, ao indagar os profissionais quanto aos aspectos que eles acreditam que possam melhorar no trabalho, a questão é a mesma, a falta de compreensão sobre o processo de trabalho por parte da equipe SF. Tal fato recai sobre processo de formação recebido para esse trabalho articulado com o NASF, e o que dificulta ainda mais é que muitas vezes o próprio profissional do NASF entra sem conhecer como é desenvolvido o processo de trabalho.

“Eu acho que falta é, preparo. Dos profissionais que são, é, que passam num processo seletivo pro NASF, falta um preparo antes da chegada desses profissionais, e falta um preparo também das próprias equipes de saúde da família, muita gente assim não tem ideia nem do que é a saúde da família, e o que é o NASF. E aí fica difícil esse entendimento assim, para entender o processo, fica muito mais complicado, o profissional acaba sendo resistente (...) a gente chegou a trabalhar com pessoas, que veio com uma ideia bem ambulatorial mesmo, mesmo pro NASF, aí fica muito difícil (...)”N2

Apesar de ser um aspecto complicado, por vezes desanimador, aonde o apoio é encontrado nas reuniões entre os NASF de diferentes unidades, é possível perceber que essa resistência vem reduzindo e em algumas unidades o trabalho já acontece de forma mais próxima do ideal descrito nas diretrizes do NASF

“Então assim, quando nós entramos eles acharam que “beleza, entrou a nutricionista, entrou psicólogo, entrou psiquiatra, entrou fisio, aí vai ser perfeito né, me dá os seus dias que eu vou fazer a sua agenda (...)” e aí, no início eles decepcionaram com isso, porque assim, o trabalho foi muito grande, foi grande, desgastante e muitas das vezes desestimulante, a ponto de você falar assim “Não cara, acho que não vai dar, entendeu? Não vai dar”, e a gente conseguia apoio nessas reuniões que a gente tinha permanente, pra gente poder dar uma respirada (...)pra gente trocar né, um núcleo com o outro (...) Então assim, até eles entenderem pra que o NASF veio foi uma luta, e não foi uma luta de dois meses não, foi uma luta de um ano e pouco.” N8

Parece que essa articulação se dá de forma mais tranquila quando a equipe de Saúde da Família é composta por médicos residentes ou que se formaram há menos tempo, por estes possuírem uma mente mais aberta para as novas práticas.

“(...) hoje tá bem melhor, tá. E melhorou muito com a entrada dos residentes, na equipe de saúde da família. Quando eu entrei não tinha (...) de seis meses pra cá, os médicos de duas das clínicas que eu trabalho são médicos residentes. E a outra clínica, os médicos que tã lá são médicos novos e tal, e tem um perfil de trabalhar com saúde da família, isso foi muito bom. Então a gente consegue construir isso, de fazer o atendimento compartilhado, né, deles virem discutir os casos junto com a gente, então assim, esse processo de construção, a gente vem percebendo que isso veio meio melhorando.” N5

“Nem todos, geralmente o profissional, quando ele vem já de uma especialização, na residência, ele é muito mais aberto que o profissional que chegou é, que tá acostumado a trabalhar com ambulatório, com, mais hospitalar, ele é mais fechado pra isso.” N2

A formação pela Residência em Saúde da Família está vinculada à atuação junto a equipes multiprofissionais, onde a construção de novos conhecimentos é fortalecida, além do acréscimo na formação profissional, diferente de outros programas que não privilegiam a aprendizagem-trabalho dos residentes em equipes, na participação de processos de gestão e organização das práticas em saúde. O que é um ganho na formação médica ainda muito pautada na clínica, na segmentação do corpo, de disciplinas (FERREIRA, VARGA e SILVA, 2009).

O trabalho em equipe ainda é uma competência negligenciada na formação dos profissionais de saúde, conforme atestam os depoimentos de vários trabalhadores da ESF em estudo realizado por Ellery, Pontes e Loiola (2013), onde reforça-se a necessidade de, na formação dos profissionais de saúde, ser oportunizada aos alunos a vivência de experiências de trabalho em equipe, essencial na busca em responder às necessidades do SUS.

Um outro ponto ainda considerado pelos entrevistados como um problema se refere a sobrecarga de equipes que eles precisam matricular, já que muitas unidades ainda não se adequaram a nova portaria, onde consta que cada equipe de NASF 1 deverá estar vinculada a no mínimo 5 e a no máximo 9 Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (BRASIL, 2012c). Existem equipes trabalhando com quase o dobro da

quantidade máxima preconizada, o que dificulta o processo de matriciamento, as reuniões, enfim, a qualidade do trabalho prestado.

“A questão da relação do número de equipes pra NASF, acho que a gente ainda tá longe daquilo que é o ideal, que seria trabalhar dentro das nove equipes, né, então assim, um complicador, eu trabalho com três clínicas e com 17 equipes, então você consegue, você tem que dividir essa carga horária que é de 40 horas para as 3, então assim, é, dentro dessa carga horária eu tenho que fazer obrigatoriamente, uma reunião de NASF, de equipe NASF, então assim, é meio turno na semana a gente consegue fazer a nossa reunião de equipe, então ou seja, duas horas por semana a gente tem a reunião de equipe NASF, são coisas que as vezes são obrigatórias.” N5

“A gente não consegue dar conta, são 11 equipes, a gente não consegue estar nas reuniões, então, são 5 dias, e cada equipe faz, tem uma unidade de que cada dia é uma reunião, a gente não consegue. Existe até unidade que 2 reuniões acontecem no mesmo dia, mas a maioria é um dia pra cada, as vezes eu estou só uma vez na semana ali, duas vezes na semana, então a gente não consegue contemplar, e aí a gente percebe uma cobrança maior das equipes em relação à isso, e as vezes não entende, pensa que é descaso, “Ah, você nunca apareceu”, “poxa você só apareceu uma vez, eu tenho tanta coisa pra tá passando pra você.” N2

Além disso, outro fator preocupante é a alta rotatividade que acontece principalmente na ESF, e em menor escala no NASF. É demonstrada uma preocupação por parte dos entrevistados em fazer o trabalho da maneira correta e de tentar trabalhar com as equipes SF contribuindo para que esta última entenda o trabalho que precisa ser desenvolvido, onde muitas vezes o próprio profissional que entrou no NASF não recebeu uma formação específica para o seu trabalho e precisa explicá-lo para os profissionais da ESF. Mas é frustrante notar que após o diálogo constante e entendimento mútuo, muitas vezes, as equipes se desfazem, os profissionais mudam e o trabalho precisa ser iniciado novamente.

“Com a introdução da gerente, a gente começou a perceber a necessidade de fazer algumas oficinas com eles. Então assim, pra cada NASF a gente teve uma orientação de fazer uma apresentação do que era o NASF, então o que a gente já fez, outros nutricionistas já fizeram e tiveram que refazer agora,

porque como a equipe ela tem uma rotatividade muito grande, acaba tendo que apresentar de novo o NASF, qual é o modelo de trabalho, de que maneira trabalha e tal, a gente acaba fazendo isso meio que de tempos em tempos, quando tem a necessidade.” N5

Segundo Machado, Oliveira e Moyses (2011:104) a Estratégia de Saúde da Família é uma modalidade que contribui para variadas formas de vínculo de trabalho, quase sempre precários, principalmente dos médicos. As autoras destacam que uma pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde (Girardi 2007²⁵ apud Machado, Oliveira e Moyses 2011) evidenciou que 34,3% das formas de contratação dos médicos das equipes de saúde das famílias são contratos temporários e 15,5% são prestação de serviço, além de outras formas (bolsa, contrato informal e contrato verbal). Enquanto que Formas de contratação estáveis (estatutário e CLT) correspondem a 25,4%.

Para minimizar esta tendência, o Ministério da Saúde propôs uma política de “desprecarização” das relações de trabalho, com a instalação das Mesas de Negociação Permanente do SUS e criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho (Machado, Oliveira e Moyses, 2011). Contudo, ao que tudo indica isso ainda parece um problema persistente, ao menos no município do Rio de Janeiro.

Apesar de ser possível identificar esforços em prol de melhorias nas relações de trabalho, nos processos de educação permanente e nas condições de trabalho, constata-se que o caminho ainda é longo para um NASF que se aproxime do que é preconizado em seus documentos norteadores, principalmente no que concerne seu real entendimento por parte dos profissionais que estão direta e indiretamente envolvidos nesta prática.

Núcleo de sentido: Importância da presença do nutricionista no NASF

Sabe-se que para as práticas do NASF fazerem sentido se coloca como essencial o papel de todos os profissionais ali presentes de forma integrada, não sendo o objetivo aqui descaracterizar a importância da presença de cada um deles. No entanto, diante do que já foi exposto ao longo desse trabalho sobre mudanças nas características populacionais atuais, e

²⁵ GIRARDI, S.N. (Coord.) *et al.* Pesquisa Nacional de Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia de Saúde da Família – ESF. Relatório de Pesquisa. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte, 2009.

atrelado a isso, ciente de que a inserção do nutricionista na Saúde da Família ainda é um processo recente, o objetivo desta etapa foi dialogar com os profissionais sobre a importância da presença do nutricionista em uma equipe do NASF.

No trabalho desenvolvido por Silva (2012) é possível identificar na fala de um gestor a esta importância, principalmente por ser um campo (Nutrição) que perpassa por todas as fases do curso da vida (infantil, adulto e Idoso), contribuindo muito para o cuidado em saúde. E também pelas necessidades demandadas pela própria população por conta do aumento de doenças como obesidade, diabetes e hipertensão, nas quais o cuidado nutricional é essencial.

Ao pensar na percepção dos nutricionistas sobre a importância do seu trabalho no NASF identifica-se um discurso muito próximo em todos os entrevistados e que também vai ao encontro do exposto anteriormente. Os entrevistados destacam que existe uma grande demanda pela Nutrição não só por parte dos profissionais da ESF, mas também pelos próprios usuários, por conta da grande contribuição que a Nutrição oferece em todos os ciclos de vida, desde amamentação até as idades mais avançadas, onde uma orientação adequada pode contribuir para aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis desde o início da vida. E por se tratar de um programa que apresenta a família como núcleo da intervenção, essa mudança de hábito pode ser trabalhada não só com o usuário, mas com toda a família.

“Eu acho que como o trabalho é focado na atenção primária, e a educação alimentar ela é primária, né, isso a gente, isso começa quando começa o desmame, isso começa quando a gente mama, tem o aleitamento materno, até o sexto mês, que depois a introdução da alimentação complementar corretamente, que é desmistificar aquela propaganda, que é tentar você não deixar se influenciar pelos marketings todos da vida, ai desses, das propagandas e tal.” N8

Outro ponto muito relatado pelos entrevistados foi a questão da influência de propagandas de alimentos no hábito alimentar, e de tabus e lendas que acabam prejudicando muito também a alimentação.

“E, eu acho que o conhecimento que a população em geral e mesmo os outros profissionais de saúde tem sobre alimentação é muito, não sei exatamente se ele é limitado, mas é muito superficial e tem muitos mitos, muitos tabus. Eu acho que o papel do nutricionista é principalmente tá orientando as equipes

pra elas estarem adquirindo o conhecimento, se afastar um pouco dessas lendas que povoam essa coisa da alimentação saudável, essas informações que a mídia passa e que muitas vezes não é correta.” N7

Apesar da importância do trabalho junto à comunidade em prol de melhorias nos hábitos alimentares da população, é papel do nutricionista também a identificação de hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para Promoção da Saúde, indicada como um dos eixos estratégicos das ações de alimentação e nutrição na APS (BRASIL, 2010a).

Outra questão enfatizada se relaciona à prevenção e ao tratamento das patologias que aparecem com grande frequência (obesidade, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus), atrelada a importância do educador físico na melhoria da qualidade de vida dos usuários. Merece destaque a questão da amputação de membros que aparece muito nas respostas dos entrevistados, relacionada a progressão do Diabetes Mellitus, algo que vem crescendo em grandes proporções. Por outro lado, chama atenção o fato da desnutrição não ter sido mencionada como um problema que demanda ação do nutricionista, o que sugere não ser mais um problema de grande preocupação, apesar de se ter em mente que ainda é algo a ser combatido.

“Hoje, eu vejo assim, não só a Nutrição, como também o educador físico, pela questão de procurar melhorar a questão da qualidade de vida mesmo, porque a gente, o que a gente tem visto é assim, muito adolescente, muita criança com sobrepeso e obesidade, a questão da hipertensão, a questão da dislipidemia, além dos adultos, (...) a questão do aumento da questão da amputação, do diabético, então assim, quando você tem um profissional, que se possível ele atuasse junto as equipes no território, você tem como, junto com a equipe, tá melhorando a qualidade de vida desse usuário, até otimizando a consulta que aquele médico, que aquele enfermeiro da equipe tá fazendo, com as orientações (...)” N6

Um dos entrevistados refere-se ao alto custo que o SUS vem tendo por conta destas amputações de membros, e relata que tal gasto poderia ser investido na atenção básica, na prevenção, antes que esse paciente chegue a serviços de alta complexidade, criando uma demanda que poderia ser evitada.

“Eu acho que ainda chega muita gente grave, coisas que poderiam ser, por exemplo o próprio pé do diabético (...), eu leio, eu to trabalhando agora direto com isso (...)eu sou inscrita na Sociedade Brasileira de Endocrinologia, eu recebo lá como na parte de Nutrição, o número de gasto que o SUS têm com amputação de pé e perna, é absurdamente alto, e isso poderia ser investido em outras situações, até na atenção primária, então acaba indo pro hospital criando uma demanda de angiologista, ortopedista, é neurologista que seja, porque envolve nervos, envolve, envolve fisioterapeuta, você vê, quantas coisas, fora o trauma da pessoa.” N3

Pé Diabético é um termo que se relaciona às diversas alterações e complicações ocorridas nos pés e nos membros inferiores dos diabéticos. Se tornou hoje uma preocupação mundial, visto que o custo humano e financeiro dessa complicação é imenso. Sua prevenção e controle dependem da conscientização quanto à importância de um bom controle da doença e da implantação de medidas relativamente simples de assistência preventiva, de diagnóstico precoce e de tratamento mais resolutivo nos seus estágios iniciais (CAIAFA, 2011).

No olhar dos entrevistados, muitas vezes os profissionais que atendem na Saúde da Família, principalmente os médicos, por terem uma demanda muito grande, frequentemente não conseguem ir além do que já é protocolado fazer, sem olhar para o paciente e seu contexto de vida. Por vezes, quando a patologia foge do controle, modifica-se somente a dosagem ou o tipo de medicamento, sem se dar conta que o problema pode estar na alimentação.

“(...)o médico prescreve o medicamento que existe na farmácia do posto. Mas ele não faz aquela anamnese ao paciente para saber a raiz do problema, tá. Está hipertenso, está diabético, passou a medicação, o paciente retorna ao médico daqui a três meses, a pressão continua alterada, a glicose continua subindo, frutossamina, hemoglobina glicosilada continua elevada, aumenta a dosagem do medicamento, troca o medicamento, mas qual a raiz do problema? Ele não conserta a alimentação, tudo bem que o médico não é específico pra isso, então tipo assim, aí que entra a importância do nutricionista no NASF entendeu.” N1

Na rotina de trabalho das equipes da ESF, observa-se que com frequência o processo de trabalho limita-se ao alcance de metas numéricas e procedimentos pré-determinados, sem uma reflexão acerca da qualidade do serviço prestado. O NASF busca romper esta lógica,

problematizando com equipes e usuários dos serviços as possibilidades de enfrentamento das condições que podem levar ao adoecimento e morte, visando a implementação de ações qualificadas e resolutivas (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Neste processo, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é destacado como um ator chave, pois muitas vezes é ele quem identifica os problemas e traz a demanda para as unidades. Além disso, o trabalho do profissional não pode se reduzir a “obrigar” o usuário a fazer o tratamento, e aí entra o trabalho do ACS que está mais próximo do território, onde se torna essencial que este seja bem instrumentalizado para que o trabalho ocorra da melhor forma possível.

“A questão de você estar instrumentalizando o agente de saúde, pra que durante a visita, já que ele é o olho, né, da unidade, na comunidade, é....será que o meu paciente ali que é diabético, se ele tá cumprindo direitinho as orientações, se toma as medicações direitinho, se a questão da alimentação tá adequada, se ele só concorda quando o médico, o enfermeiro e o nutricionista fala, o realmente em casa ele segue o que tá sendo orientado, né, que nada é imposto e obrigado, a gente orienta, agora, fazer ou não, também vai do desejo do outro, né. É os agentes quando bem instrumentalizados eles conseguem fazer um trabalho muito bom.” N6

O nutricionista no NASF desempenha um importante papel não somente na atividade ambulatorial (assistência), que ainda se faz presente, como também no trabalho de matriciamento dos próprios ACS, dos profissionais do NASF e da equipe de saúde da Família, por meio de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, a Prevenção dos Agravos Nutricionais e a Promoção da Alimentação Saudável (SILVA, 2012).

A importância de atuar neste matriciamento traz relação com o fato da ESF ser um local privilegiado de atuação na promoção de saúde e no enfrentamento dos agravos nutricionais que acomete o indivíduo, as famílias e a população, por ser o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde (BRASIL, 2010a).

Um dos atributos da ESF é o processo de territorialização que permite conhecer melhor a realidade da população, onde a equipe do NASF pode se apropriar da situação de saúde e doença no território e acompanhar, junto às equipes de SF, o mapeamento do território, o diagnóstico de agravos à saúde, relacionando-os com a alimentação e nutrição. Após a realização deste diagnóstico, é possível realizar o planejamento com vistas à estruturação das

ações de prevenção e controle das deficiências nutricionais e de promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2010a).

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) é compreendida por estratégias que proporcionem aos indivíduos a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, considerando que o alimento tem funções que transcendem o suprimento das necessidades biológicas por agregar significados culturais, comportamentais e afetivos singulares (BRASIL, 2012d).

O elenco de estratégias na saúde direcionadas à PAAS envolve a educação alimentar e nutricional, somada a estratégias de regulação de alimentos e ao incentivo à criação de ambientes promotores de alimentação adequada e saudável. Organizar as ações de PAAS implica desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, além de atuar de forma a modificar hábitos e práticas não promotoras de saúde (BRASIL, 2012d). Neste sentido, a Promoção da Saúde é um dos componentes essenciais para os projetos terapêuticos, que implica em propiciar ao sujeito autonomia para escolha de modos de viver mais saudáveis com relação à alimentação, atividade física, entre outras.

Cabe enfatizar que os avanços, ainda que tímidos, do papel do nutricionista estão cada vez mais visíveis, organizados e fortalecidos pelas políticas públicas, principalmente pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Núcleo de sentido: Promoção da Saúde

Enfatiza-se aqui o entendimento sobre o campo da Promoção da Saúde que vem sendo reconstruído ao longo do último século sob diversos enfoques, e que se fortalece como um movimento de crítica às limitações do modelo biomédico e flexneriano em responder ao entendimento da complexidade do campo da saúde, propondo reorientação dos modelos de atenção à saúde, com foco nas ações intersetoriais e no enfrentamento aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (PASCHE e HENNINGTON, 2006).

Ainda que nesse estudo a Promoção da Saúde não seja um dos objetivos centrais de análise, seus princípios teóricos e metodológicos vêm permeando os debates e está orientada como campo de trabalho importante em diversas políticas voltadas para o tema.

Mediante estas informações, e após analisar alguns dos principais documentos que norteiam as ações de Atenção Básica- NASF e de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica, foi possível encontrar o termo Promoção da Saúde sinalizado das seguintes formas:

- Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b)

Dentre as atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde (ACS) está o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, além de estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à Promoção da Saúde.

Dentre as atribuições específicas do Técnico de Saúde Bucal estão as ações de prevenção e promoção da saúde bucal e a participação nas ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais.

Dentro da própria política, um tópico sobre o NASF sinaliza como exemplo de ações de apoio desenvolvidas pelo núcleo aquelas relacionadas a prevenção e promoção da saúde. Outro tópico faz referência ao Programa Saúde na Escola, onde destaca a importância de ações de atenção integral à saúde de crianças adolescentes e jovens, por meio de promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde. Cabe destacar que nesta política, o termo aparece apenas como orientação e não ganha um conceito fechado.

- Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012d)

Refere-se à preocupação com a atual situação alimentar e nutricional do País, tornando-se necessária uma mudança nas práticas dos serviços, tanto em relação ao diagnóstico e tratamento quanto à prevenção e promoção da saúde.

Considera ainda a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) como uma das vertentes da Promoção à Saúde, entendida aqui como uma possibilidade de se trabalhar por meio de intervenções sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e lançando mão da participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

- A Portaria nº 154 de 2008 que regulamenta o NASF

Leva em consideração para sua elaboração a Política Nacional de Promoção da Saúde, e faz referência a ela por meio das Ações de Alimentação e Nutrição quando considera a promoção de práticas alimentares saudáveis como um componente importante da Promoção da Saúde

- Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010a)

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, dentre elas a Promoção da Saúde, que é vista como um de seus princípios e é definida como uma estratégia de gestão e práticas em saúde, não devendo ser reconhecida somente como um procedimento que visa informar e capacitar indivíduos e organizações, e sim contribuir para a compreensão de que o modo de vida das pessoas é produtor e produto de transformações nas condições econômicas, políticas, sociais e culturais, que não devem ser vistas apenas como contexto e sim como práticas sociais em transformação.

Para a Promoção da Saúde, o trabalho deve visar a garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia, mediante ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis.

O termo Promoção da Saúde aparece em diversas ações dentro das Diretrizes do NASF, como por exemplo no suporte ao Projeto de Saúde no Território (PTS), como responsabilidades conjuntas do NASF e da Equipes de SF relativas à Saúde Mental, nas visitas domiciliares, na atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens.

No trabalho voltado para Práticas Corporais e Atividade Física (PCAF), entendendo esta como um dos eixos temáticos de atuação na Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006), as Diretrizes do NASF destacam a produção da saúde como resultante de determinantes e condicionantes sociais da vida, e coloca como essencial para a atuação do profissional de saúde o reconhecimento da Promoção da Saúde como construção gerada nessa dinâmica de produção da vida.

Consta ainda como uma ação importante, dentro de uma das áreas estratégicas, a Segurança Alimentar e Nutricional e Direito Humano à Alimentação Adequada, sendo considerada como componente fundamental dos projetos terapêuticos, que implica em propiciar ao sujeito autonomia para escolha de modos de viver mais saudáveis com relação à alimentação, atividade física, entre outras.

- Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Nutrição (BRASIL, 2001)

Entre as competências e habilidades específicas do nutricionista está a de “atuar em políticas e programas de educação, segurança e vigilância nutricional, alimentar e sanitária visando a Promoção da Saúde em âmbito local, regional e nacional.”

Não se pretendeu com essa análise fazer uma profunda revisão documental sobre o tema. As observações feitas anteriormente são fruto da leitura de documentos que foram fundamentais para a construção teórica deste trabalho, e a partir disso surgiu uma certa inquietação pelo fato do nome “Promoção da Saúde” aparecer com frequência, mas muitas vezes sem aprofundamento do seu real sentido, como uma característica importante da reorientação das práticas em saúde.

Durante a primeira entrevista, ao ouvir do profissional que ele realizava práticas de Promoção da Saúde, foi perguntado ao mesmo o que entende do termo, e por achar que seria pertinente fazer esse diálogo, optou-se por deixar como uma pergunta fechada para que os demais entrevistados respondessem.

O entendimento dos profissionais sobre Promoção da Saúde permeia diversos campos que podem estar interligados ou não, como o próprio conceito de saúde, visto em alguns casos como a simples ausência de doença e em outros de forma mais abrangente, tirando o foco da doença. Em algumas, a Promoção da Saúde ganha um sentido de prevenção de doenças, onde a saúde é entendida de forma ainda limitada, somente como ausência de doenças e os profissionais que trabalham com Promoção da Saúde dariam, no caso, subsídios para que as pessoas não adoecessem.

É importante tentar elucidar o conflito percebido entre os conceitos de Promoção da Saúde e prevenção de doenças. De acordo com Buss (2008:34), esta confusão ocorre, boa parte das vezes, pela ênfase dada a modificações de comportamentos individuais e redução de fatores de risco para determinadas doenças em certos programas intitulados de Promoção da Saúde. Segundo o mesmo autor (*apud* Gutierrez *et al.*, 1997²⁶), o objetivo final da prevenção é evitar a enfermidade, enquanto que para a Promoção da Saúde o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde, somente a ausência de doença não é suficiente, pois sempre haverá algo a ser feito para produzir um nível de saúde melhor.

Este conflito se torna ainda maior ao pensar nos diversos enfoques que o campo da Promoção da Saúde recebeu, destacados por Buss (2008) em dois campos, que não são completamente opostos. O primeiro mais voltado para mudanças no estilo de vida, com enfoque em comportamentos individuais como uso de bebidas alcoólicas e tabagismo; falta de atividade física; e alimentação inadequada, que tem mais relação com as questões de prevenção. E o

²⁶ Gutierrez, M.L. *et al.* La promoción di salud. In: ARROYO, H.V. e CERQUEIRA, M.T. (Orgs.). La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud em América Latina. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico, 1997.

segundo grupo, característico da moderna Promoção da Saúde, constata o papel de protagonista dos determinantes sociais sobre as condições de saúde.

“Eu acredito que Promoção da Saúde venha a ser prevenção também, prevenção de doenças, então eu falo muito sobre isso, porque o paciente hoje em dia, a população de uma maneira em geral espera atingir ou chegar a adquirir as doenças, as patologias para depois se tratarem, porque não já promover a saúde, proteger o organismo.” N1

Por outro lado, fala-se em ações de Promoção da Saúde, ainda voltadas para a prevenção, mas por meio de grupos sobre temas diversificados, mas pensando uma abordagem que vá além do escopo de formação do nutricionista, entendendo que os profissionais que compõem a equipe do NASF atuam em campos de saberes diversos, como é possível verificar no relato que se segue:

“De uma maneira geral, a gente participa de tudo que você possa pensar assim em relação à Promoção da Saúde, eu já fiz sala de espera sobre câncer de mama, eu já fiz sala de espera sobre tuberculose, eu já fiz sala de espera sobre doença sexualmente transmissível...a gente tem é...um grupo, que na verdade faz um trabalho nas escolas numa outra clínica, que é o protagonismo juvenil, então a gente trabalha com os adolescentes e trabalha com os adolescentes na escola, e assim já fui na escola que tem um papo que eles chamam de papo calcinha e papo cueca, que é pra falar sobre as doenças sexualmente transmissíveis (...) então assim, tem uma parte aí que a gente fica, é profissional de saúde, não é só a coisa do nutricionista, e isso é muito legal.” N5

Outro entrevistado se refere à Promoção da Saúde relacionando-a com a Educação em Saúde, mas entendendo esta como uma forma de transmitir informações aos pacientes para que eles possam melhorar sua saúde, o que não deixa de estar relacionado com a prevenção.

“É eu entendo como você educar, fazer uma Educação em Saúde, você trazer conhecimento.” N2

No entanto, a Promoção da Saúde trabalha com a Educação em Saúde, mas em uma perspectiva que vai além de simplesmente transmitir conhecimento e tentar mudar

comportamentos, busca trabalhar com o indivíduo para o exercício da cidadania plena, criando possibilidades para a conquista e implementação de seus direitos, busca ainda torná-los aptos a cumprir seus deveres visando a melhoria da qualidade de vida, transformando-os em sujeitos de sua própria história (SILVA, MIALHE, PELICIONI e PELICIONI, 2012).

As próprias conferências sobre Promoção da Saúde evidenciam a importância de ações pautadas na Educação em Saúde, entendida como um processo político de formação para a cidadania ativa (SILVA, MIALHE, PELICIONI e PELICIONI, 2012). Na Carta de Ottawa, documento de referência e fruto da 1ª Conferência internacional de Promoção da Saúde, é destacada a essencialidade de se trabalhar com Educação em Saúde, em todos os locais em que a vida transcorre, com vistas ao desenvolvimento de habilidades pessoais favoráveis à saúde, um dos campos de ação, que traz relação com o conceito de empowerment individual (BUSS, 2008).

Em outras respostas é possível identificar uma compreensão que se aproxima ainda mais da teoria sobre o assunto, onde entende-se a saúde de forma mais ampla, desconstruindo a doença, capacitando profissionais para terem uma fala semelhante por meio da construção compartilhada de conhecimento, de entender a real demanda das pessoas, de trabalhar com a questão da autonomia do sujeito e controle social. Destaca-se que essa concepção mais próxima é relatada por profissionais que apresentam uma experiência prévia em saúde da família, ou uma formação mais próxima da Saúde Pública.

“A gente promove saúde (...) a premissa básica pra mim de construção de saúde é desconstrução de doença. Toda vez que eu parto de desconstrução de doença, eu não classifico mais o paciente (...) ações de promoção passam por você capacitar, outros profissionais pra terem a mesma fala que você, então na verdade quando você faz com que o outro tenha um conhecimento sobre, se aproprie disso, não seja uma questão egoísta do teu conhecimento, porque ele é pra ser construído mesmo, é, você promove saúde. Você promove saúde quando você tenta descobrir qual é a demanda de verdade de um local, não quando você quer fazer a sua Nutrição, não adianta você vir com a fala do consultório, não adianta você vir com a fala da faculdade, se aquele paciente não tem um entendimento do que você tá dizendo (...) Promoção da Saúde eu acho que é quando você a desconstrói que é só teu o conhecimento, as pessoas se apropriam disso, e aquilo passa realmente, e aí você atinge um núcleo, e

um núcleo familiar ele se expande, um núcleo profissional se expande para outro núcleo.” N4

“(...) é uma coisa de melhorar a saúde, é, trabalhar também a questão da autonomia do indivíduo, pra tá também fortalecendo a sua saúde, trabalhando até a própria questão que a gente quer trabalhar, a questão do... controle social também é uma forma de tá fortalecendo a comunidade. E as questões fogem um pouco da saúde, as questões intersetoriais, saneamento, educação...” N7

Diante disto, destaca-se o conceito da Promoção da Saúde trazido na Carta de Ottawa, no qual esta é entendida como a “capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” onde “a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver” (BRASIL, 2002:19).

Neste mesmo documento, capacitação é entendida como uma estratégia por meio da qual busca-se a equidade em saúde, pautada em ações para reduzir as diferenças no estado de saúde, assegurando oportunidades e recursos igualitários a fim de que todas as pessoas sejam capacitadas a realizar completamente seu potencial de saúde, mediante a “ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia” (BRASIL, 2002:21).

Entende-se que a Promoção da Saúde busca, entre outras coisas, contribuir para a autonomia de indivíduos e coletividades. Compreende-se aqui, a importância de que as ações sejam construídas de forma intersetorial, por acreditar que o setor saúde sozinho não é capaz de dar conta de tamanha complexidade.

Neste sentido, outro conceito essencial é o de “Mediação”, também sinalizada como estratégia da Promoção da Saúde em seu documento de referência. Torna-se importante ao pensar nas ações envolvendo o governo, o setor saúde e outros setores sociais e econômicos, diversas organizações e autoridades, onde os profissionais e grupos sociais possuem, em relação a saúde, maior responsabilidade de mediação entre os diferentes grupos supracitados.

Contudo, apesar de algumas falas se aproximarem mais da abordagem teórica da Promoção da Saúde, foi importante constatar o quanto o conceito é entendido de forma diversa e abstrata, o que sugere uma carência por parte das instituições formadoras em trabalhar as

bases teóricas e conceituais da Promoção da Saúde. Mesmo entre aqueles que se formaram há mais tempo, durante os processos de educação permanente e cursos oferecidos nos serviços, o tema carece de aprofundamento. Por outro lado, pode-se pensar na possibilidade de existir esse aprofundamento na formação de alguns profissionais, mas esses não estão trabalhando no NASF.

Núcleo de sentido: Perspectivas profissionais

Após as diversas falas citadas anteriormente fica claro que, apesar da importância que creditam ao seu trabalho e do prazer que possuem em fazê-lo, os nutricionistas apresentam certo desânimo com algumas limitações características do seu processo de trabalho. Buscou-se aqui trazer quais as perspectivas futuras desses profissionais e como enxergam o campo de trabalho da Nutrição atualmente e no futuro.

A instabilidade no emprego demonstrada anteriormente gera uma consequência preocupante no que tange o processo de formação, onde alguns profissionais relataram desejo de realizar pós-graduação na área de saúde coletiva, mas estão adiando este investimento por conta do receio de serem demitidos a qualquer momento.

“E aí eu começaria agora de, de saúde pública, só que como teve uma demissão em massa, e eu perguntei pra elas se era o melhor momento, e eu falei pra elas, eu não vou investir porque inclusive uma delas, que estava fazendo uma, uma psicóloga excelente, terminando a especialização de saúde pública, foi cortada.” N4

“Não, especialização. Mas eu queria tentar depois um mestrado, uma especialização (em saúde pública) (...) é, o que acaba desmotivando mesmo, o que aconteceu desmotivou muito né, muita gente. Essa questão de ser demitido. A gente fez todo um trabalho, aí fez todo esse corte grande, de repente.” N2

Neste sentido, aparece claramente na fala de alguns entrevistados o desejo de realizar concurso público para que tenham mais instabilidade no vínculo empregatício. O que nos remete a pensar na questão do tipo de vínculo dos profissionais contratados por Organizações

Sociais nos serviços públicos, o que aumenta a rotatividade contribuindo para uma descontinuidade do trabalho e conseqüentemente, reduzindo a qualidade do serviço prestado.

“É eu to bem, e, mas eu vou te ser sincera, eu penso em um concurso público, entendeu? Porque eu também gosto da área hospitalar, né, então assim, “ah você sairia do NASF agora?” “Não, eu não sairia do NASF agora” “Mas se você fizesse agora um concurso e passasse amanhã você sairia do NASF?” “Ah sairia”, por conta da estabilidade” N8.

Outros, apesar de demonstrarem gostar muito de trabalhar na área de saúde pública, relatam o desejo de investir em uma área completamente distante da saúde pública, como é o caso do relato abaixo, que destaca a dificuldade em aplicar a Nutrição Funcional, campo da Nutrição que trabalha com diagnóstico e tratamento individualizados, enfatizando as relações existentes entre os aspectos físicos, bioquímicos, fisiológicos, genéticos, emocionais e cognitivos de cada indivíduo²⁷. Ou seja, uma abordagem bastante individualizada, cujos tratamentos são longos e de custo elevado.

“Eu pretendo trabalhar mais esse lado da Nutrição esportiva funcional que vem crescendo muito, me dedicar mais a cursos e pensar futuramente no mestrado é nessa parte de alimentos funcionais, é até mesmo fora do Brasil, porque aqui ainda é bem complicado aceitação da parte da Nutrição funcional, me dedicar mais, não pretendo largar a saúde pública porque eu gosto muito, mas tentar também dar mais ênfase nessa parte esportiva funcional.” N1

Quanto à Nutrição, de forma geral os entrevistados acreditam que a profissão vem crescendo, ganhando mais visibilidade, principalmente na saúde pública, no NASF. Mas um entrevistado que se formou recentemente (após o NASF ser implantado) relata que, apesar da maior visibilidade do nutricionista atuar no NASF, existe pouco conhecimento sobre esse campo de atuação entre os profissionais recém-graduados, possivelmente pelo fato do NASF estar ligado a um trabalho desenvolvido próximo a comunidades, por receio de violência.

“Eu acho que o NASF tá mais agora, tá tendo uma abertura, eu acho que os profissionais tão tendo mais visibilidade, até os processos seletivos agora tão

²⁷ Informações retiradas do site: http://www.vponline.com.br/2014/pt/pos_graduacao.php.

sendo mais divulgados. Mas eu acho que pouco ainda se fala dentro da faculdade. Porque, eu tive tanto contato com tantas nutricionistas de várias faculdades, e conversando ainda, se, pouco se fala, pouco se conhece, é eu acho que pelo NASF, a saúde da família está muito ligada à comunidade ainda, há um receio de muito profissional, eu acho que ainda, precisa trabalhar mais esses temas.” N2

Por outro lado, uma fala chama atenção por acreditar que o campo de atuação no NASF não está crescendo e sim retrocedendo, por conta da descontinuidade no trabalho. Apesar de ser um campo que apresenta grande perspectiva de ser um trabalho que conversa com tudo que se vem discutindo sobre a saúde vista de forma ampliada e a importância de se trabalhar com o núcleo familiar dentro do espaço onde se vive, por conta muitas vezes de falta de recurso e investimento, o trabalho se perde.

“Em termo de futuro, se eu te disser que, eu acho que nós estamos passando por um....na minha área programática, estamos passando por um retrocesso em termos de saúde pública, gritante, e alarmante, e dessa forma eu não consigo ver um futuro dentro da saúde pública, por essa questão, da descontinuidade, de um dos primeiros prerrogativas que existe de SUS, ser quebrado o tempo inteiro, da desconstrução o tempo inteiro, eu não consigo ver futuro exatamente nisso, então assim, eu acho que vai ser nadando contra a maré (...) por que é nesse tipo de saúde que eu acredito, de verdade, depois de você passar pelo saúde da família, você começa a entender de verdade o que é saúde, o que é doença (...)mas em termos de futuro se eu acho que nós estamos condenados a passar por vários processos de redução, processos de perda, de retrocesso, eu acho que isso é um processo contínuo né, então não vejo muito futuro, e o presente é instável, infelizmente.” N4

Os profissionais de uma forma geral demonstram prazer pelo que fazem e não se arrependem de terem feito Nutrição, mesmo com todos os problemas que enfrentam. Apenas um profissional relatou estar iniciando uma outra faculdade, pretendendo sair da Nutrição quando concluir sua nova graduação, no entanto, este profissional apresenta um histórico de formação na área, já tendo trabalhado em saúde da família indígena, no NASF de outro estado e ter feito Residência em Saúde Coletiva, sendo um dos únicos profissionais entrevistados que percorreu uma trajetória na área de saúde pública antes de chegar no NASF, E a grande questão

que fica é, porque o mercado não consegue absorver esse profissional ao ponto do mesmo desejar sair da área? Tal questão carece de outros estudos.

CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo central analisar a prática do nutricionista no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e sua relação com a formação profissional.

Buscou-se aqui ir além da graduação, reconhecendo todo o processo de formação profissional e de experiências de trabalho, mesmo ao se ter em mente que a formação de muitos dos profissionais ocorreu em um momento anterior à consolidação do NASF no município, e até mesmo no país. Partindo desta premissa, observou-se que os profissionais que atuam hoje no NASF não apresentam um perfil de formação e de experiência profissional condizente com o que se espera deles na prática. E não participam de um processo de educação permanente bem estruturado que permita uma melhor atuação.

A exemplo disso, em relação ao conceito de Promoção da Saúde, os poucos que apresentam alguma formação voltada para a saúde pública (residência em saúde coletiva, estágio em saúde da família) conseguiram demonstrar um conhecimento que se aproxima da teoria relacionada à área e do que é preconizado nos documentos de referência. Tema de grande relevância a ser trabalhado quando se pensa no entendimento sobre o processo saúde-doença e no enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde presentes no território.

Contudo, os profissionais relataram com certa propriedade seu papel no NASF (realização frequente de interconsulta, consulta individual, grupos, reuniões, visita domiciliar, discussão de caso e matriciamento), bem como a importância de sua presença ali, deixando claro que esse aprendizado se construiu no cotidiano de trabalho.

Da mesma forma, fica evidente que um grande obstáculo ainda é a falta de compreensão das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o papel do NASF e seu potencial em contribuir para o sucesso dos objetivos propostos, onde fica caracterizada uma visão ainda hospitalocêntrica e fragmentada da saúde, que acaba por dificultar a realização de diversas atividades de suma importância para os profissionais do NASF, como a consulta conjunta e a visita domiciliar.

Arelado a isso, a alta rotatividade de profissionais das ESF dificulta a consolidação deste trabalho, ao tornar necessário um frequente processo de sensibilização e orientação sobre as atividades propostas para os profissionais que chegam.

A relação de trabalho com as equipes de Saúde da Família depende muito da composição desta equipe, já que quando profissionais residentes ou recém formados estão presentes na mesma, existe uma maior compreensão para o trabalho em conjunto com o NASF.

Observou-se no período de entrevistas uma certa turbulência no que concerne a fixação destes no NASF, onde muitos estavam apreensivos com uma provável demissão, ou mesmo remanejamento para outras unidades, condição que já havia acontecido com outros profissionais das equipes, evidenciando um trabalho que muitas vezes se perde em meio a tantas idas e vindas, com unidades que eram apoiadas pelo NASF e passaram a não ser.

Esta instabilidade no vínculo de trabalho tem proporções ainda maiores por desestimular esses profissionais a realizarem cursos de Pós-Graduação na área, pela incerteza do emprego, levando os mesmos ao desejo de investir em cursos relacionados a outras áreas e a busca por concursos públicos que garantam maior estabilidade.

Alguns profissionais entrevistados estão no NASF desde sua implantação no município, em determinados casos já estavam atuando no modelo anterior e foram remanejados. Entende-se aqui que, por conta da repentina necessidade de profissionais, o processo de seleção destes não ocorreu de forma adequada à prática de trabalho. A falta de conhecimento dos próprios gestores sobre a prática de trabalho do NASF pode ter dificultado tal seleção. Contudo, visualiza-se um grande movimento de buscar essa aproximação por meio de Grupos de Trabalho (GT), reuniões administradas pelo Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD), e processos de educação permanente, esses ainda que incipientes e diferenciados de acordo com cada Coordenação de Área de planejamento (CAP).

Os entrevistados destacaram algumas lacunas existentes entre o processo de formação profissional e a prática de trabalho deles, dentre elas a carência de conhecimento sobre o funcionamento da rede de atenção à saúde e seu fluxo, atrelada ainda a uma visão muito hospitalocêntrica e biologicista da graduação.

Atualmente existem diversos cursos de pós-graduação na área de saúde pública, até mesmo de Saúde da Família que podem contribuir com a formação desses profissionais. Seria importante compreender de que maneira os serviços de nutrição no âmbito da atenção básica conseguem captá-los para a prática.

Sabe-se que a presença do nutricionista no NASF não é obrigatória, entretanto, tendo em vista o perfil da população brasileira, fortemente atrelado a hábitos e culturas alimentares que contribuem para o aumento do sobrepeso/obesidade e de doenças crônicas, tendo como

consequência o aumento da demanda e de custos hospitalares evitáveis, enfatiza-se a importância cada vez maior da presença deste profissional nos serviços de saúde de atenção básica.

Pesquisas futuras, semelhantes a essa, realizadas com as demais categorias profissionais que atuam, tanto no NASF quanto na ESF, poderão vir a corroborar com os resultados aqui apresentados sob o recorte do nutricionista.

Espera-se que este estudo possa contribuir ainda mais para a compreensão do campo de trabalho e valorização do papel do nutricionista, bem como corroborar para o avanço e melhoria do NASF em nosso estado e servir de suporte para análises e discussões a nível nacional.

REFERÊNCIAS

1. ARRUDA, B.K.G. e ARRUDA, I.K.G Políticas de alimentação e nutrição no Brasil: breve enfoque dos delineamentos conceituais e propositivos. In: Taddei, J.A, Lang, R.M.F., Longo-Silva, G., Toloni, M.H.A. Nutrição em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.
2. BOSI M.L.M. Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão. Editora HUCITEC. São Paulo. 1996. 205p.
3. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. Senado Federal. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acessado em: 18/09/2013.
4. _____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB-SUS 01/96 Brasília/DF.1996a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm> Acessado em: 18/09/2013
5. _____. Ministério da Educação e do Desporto. Lei n.º 9.394/96 Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 20.12.96. 1996b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>. Acessado em: 25/04/2014.
6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília,1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acessado em: 15/09/2013.
7. _____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 5. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição. 2001. Disponível em: <http://www.ufv.br/seg/diretrizes/nut.pdf> Acessado em: 22/09/2013.
8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf Acessado em: 22/08/2013.

9. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2. ed. rev. 2003a. 48 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan.pdf> Acessado em 17/03/2014.
10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família –PROESF. EDITORA MS. Brasília – DF, junho de 2003b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf> Acessado em 05/11/2014.
11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Gestão do Trabalho e da Regulação profissional em Saúde. Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a.
12. _____. II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - Relatório Final. Centro de Convenções de Pernambuco – Olinda. 2004b.
13. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf Acessado em: 22/08/2013.
14. _____. Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. 2006b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm Acessado em: 05/02/2014.
15. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf Acessado em: 15/09/2013.
16. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. –

Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.118 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0148_M.pdf Acessado em: 15/10/2014.

17. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acessado em: 20/10/2013.

18. _____. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. 152p, 2010a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf Acessado em: 20/08/2013.

19. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. – Brasília, 2010b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf Acessado em: 22/09/2013.

20. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Oficina de qualificação do NASF / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 86 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_qualificacao_nasf.pdf Acessado em: 23/02/2014.

21. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Brasília: 2011a. 148p. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf Acessado em: 17/11/2014.

22. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). Brasília, DF, 2011b.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Acessado em 20/10/2013.

23. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS: políticas e ações / Ministério da Saúde. Brasília, 2011c. 32p. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/SGETS_Politicas_e_Acoes.pdf Acessado em: 23/02/2014.

24. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel. Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf Acessado em: 23/09/2013.

25. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acessado em: 22/01/2014.

26. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, DF. 2012c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html Acessado em: 23/10/2013.

27. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf> Acessado em: 15/04/2014.

28. _____. Formação, Regulação Profissional e Mercado de Trabalho em Saúde. In: A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. / Fundação Oswaldo Cruz [et al.]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012e. 323 p. Disponível em:

http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Saude_Brasil_2030.pdf Acessado em: 14/10/2014.

29. _____. Ministério da Educação. E-mec. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/> Acessado em: 14/10/2014.

30. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. SIAB- Sistema de informação da Atenção Básica. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSRJ.def> Acessado em 15/10/2014.

31. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/> Acessado em 05/01/2015

32. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em 10/11/ 2014.

33. _____. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Brasília – DF. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/> Acessado em 05/11/2014.

34. BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresina, D e Freitas, C.M (Orgs). Promoção da Saúde: conceitos, tendência. / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 4ªed. 2008.

35. BUSS, P.M e PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf> Acessado em 21/10/2013.

36. CAIAFA, J.S. *et al.* Atenção integral ao portador de pé diabético. *J. vasc. bras.*, Porto Alegre, v.10, n.4, supl.2, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492011000600001 Acessado em 26/12/2014.

37. CALADO, C.L.A. A expansão dos cursos de Nutrição no Brasil e a nova Lei de Diretrizes e Bases – LDB. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Documento elaborado por

solicitação do Conselho Federal de Nutricionistas – CFN. S/d. Disponível em: <http://www.crn9.org.br/uploads/file/expansao.pdf> Acessado em 13/10/2013.

38. CAZELLI, C.M. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 151p. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/4767/682.pdf?sequence=2> Acessado em 21/11/2014.

39. CAMPOS, F.E., AGUIAR, R.A.T, BELISÁRIO, S.A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p: 885-910.

40. CAMPOS, G.W.S. e DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: Caderno de Saúde Pública. v. 23, n. 02, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext Acessado em: 23/02/2014.

41. CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf> Acessado em: 26/02/2014.

42. CECCIM, R.B. e FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública. vol.20, n.5, p. 1400-1410. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500036&script=sci_arttext Acessado em 21/10/2014.

43. CEPI DSS -Observatório sobre iniquidades em saúde. Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI DSS) / ENSP – FIOCRUZ. 2012. Disponível em: <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind020208-20120130.pdf>. Acessado em: 13/09/2013

44. CFN – Conselho Federal de Nutricionistas. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/sites/cfn/pt-br/site.php?secao=estatisticas> Acessado em: 15/10/2013

- 45.** CFN – Conselho Federal de Nutricionistas. O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde. Brasília. 2008. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/cartilhas/61.pdf> Acessado em: 23/01/2014.
- 46.** COSTA, N.M.C.S. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. Revista de Nutrição. Campinas, 12(1): 5-19, jan./abr., 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v12n1/v12n1a01> Acessado em: 23/01/2014.
- 47.** DAL POZ, M.R. A Crise da força de trabalho em saúde. Caderno de Saúde Pública. Vol.29, n.10. 1924-1926p. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001000002&script=sci_arttext Acessado em: 23/02/2014.
- 48.** DIAS, M. S. A. *et al.* Intersetorialidade e estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? Ciência & Saúde Coletiva, 19(11):4371-4382, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf> Acessado em: 05/01/2015.
- 49.** ELLERY, A.E.L.; PONTES, R.J.S e LOIOLA, F.A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2013, vol.23, n.2 p. 415-437 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000200006&script=sci_arttext Acessado em: 05/01/2015.
- 50.** ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MH e SENNA, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2), 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11> Acessado em 15/09/2013.
- 51.** ESTAÇÃO DE TRABALHO IMS/UERJ. ObserRH. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/sigras/home.php> Acessado em: 15/10/2013.
- 52.** FERREIRA, R.C., VARGA, C. R.R., SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, Oct. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800015 Acessado em 05/01/2015.

- 53.** Gil, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000600006&script=sci_arttext Acessado em: 13/10/2013.
- 54.** GIOVANELLA L e MENDONÇA M.H. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p.493-545.
- 55.** GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais/ Mirian Goldenberg. – 8ª ed. – Rio de Janeiro: Record, 2004.
- 56.** GONZÁLEZ, A.D. E ALMEIDA, M.J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2]: 551-570, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf> Acessado em 14/10/2013.
- 57.** HADDAD A.E., *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*. 2010; *Rev. Saúde Pública* vol.44 no.3 São Paulo June 2010 Epub May 21, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300001 Acessado em: 10/10/2013.
- 58.** INOJOSA, R.M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cad. FUNDAP*. 2001; 22:102-110. Disponível em: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf Acessado em: 05/01/2015.
- 59.** IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2005. Rio de Janeiro: IBGE 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/ams2005.pdf>. Acessado em 15/10/2013
- 60.** IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf> Acessado em 15/10/2013

- 61.** IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Base Cartográfica digital dos setores censitários referente ao Censo de 2010. Rio de Janeiro: IBGE. 2014 Disponível em: http://downloads.ibge.gov.br/downloads_geociencias.htm. Acessado em 21/11/2014
- 62.** IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330455&search=rio-de-janeiro|rio-de-janeiro|infograficos:-informacoes-completas> Acessado em 08/02/2015.
- 63.** INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da educação superior 2004: resumo técnico. Brasília: Inep 2005. Disponível em: http://download.inep.gov.br/download/superior/2004/censosuperior/Resumo_tecnico-Censo_2004.pdf . Acessado em: 15/10/2013
- 64.** INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da educação superior (1995-2009). Brasília: Inep 2010. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2010/censo_2010.pdf Acessado em: 15/10/2013
- 65.** IPP- Instituto Pereira Passos. Base Cartográfica. Armazém de dados. Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/mapa_digital_rio/?config=config/ipp/basegeoweb.xml. Acessado em 21/11/2014
- 66.** L'ABBATE, S. As Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil. I Período de 1940 a 1964 Revista de Nutrição da PUCCAMP, Campinas 1(2) – p 87 -138, 1988.
- 67.** L'ABBATE, S. As Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil II – A partir dos anos setentas. Revista de Nutrição da PUCCAMP, Campinas 1(2) – p 7 -54, 1989.
- 68.** LOUREIRO-SIMONARD, H., SCHWARZSCHILD L.F.C.P., TUMA, R.C.F.B., DOMENE, S.M. Nutrição. In: A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004 / Organizadores: Ana Estela Haddad ... [et al.]. – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 15 v. p351-381. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Texto_de Referencia.pdf. Acessado em 28/05/2014
- 69.** MACHADO, C.V., LIMA, L.D., VIANA, L.S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde

Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S42-S57, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/10.pdf>. Acessado em 06/11/2014

70. MACHADO M.H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Cadernos RH Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Vol.3, n.1. (p 13-29) Brasília 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf Acessado em 05/02/2014

71. MACHADO M.H. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p.259-276. (Cap. 9)

72. MACHADO M.H e KOSTER I. Emprego e Trabalho em Saúde no Brasil: As políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: Assunção, AA. Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. / Organizado por Ada Ávila Assunção e Jussara Brito. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 216p

73. MACHADO, M.H., OLIVEIRA, E.S., MOYSES, N.M.N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Celia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/6_10_2014_0_livro_o_trabalho_em_saude.pdf. Acessado em 05/02/2014

74. MARQUES RM e MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? Revista Ciência e Saúde Coletiva, 8(2): 403-415, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200007 Acessado em 10/10/2013

75. MALGLAIVE, Gerard. Ensinar adultos. Coleção Ciências da Educação. 2ª Edição. Porto, Portugal: Porto Editora, 1993.

76. MALTA, DC, *et al.* Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento Ciênc. saúde coletiva vol.19 no.11.Rio de Janeiro nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4341.pdf> Acessado em

- 77.** MELO, C.N.M., CHAGAS, M.I.O, FEIJÃO, J.R.P., DIAS, M.S.A. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. S A N A R E, Revista de Políticas Públicas. Sobral, V.11. n.1.,p. 18-25, jan./jun. – 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/Fernanda/Downloads/262-501-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Fernanda/Downloads/262-501-1-SM%20(1).pdf) Acessado em 03/01/2015.
- 78.** MENEZES, E. A. Territórios Integrados de Atenção à Saúde como Estratégia para Implementação da Política de Saúde no Município do Rio de Janeiro. 2011. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2011/edson-alves-de-menezes> Acessado em 06/11/2014
- 79.** MERHY, E.E. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/gestao_da_producao_do_cuidado.pdf. Acessado em 11/10/2013
- 80.** MINAYO, MCS. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da pesquisa social. In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade/Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, Minayo MCS (Organizadora), - Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- 81.** MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec. 2013, 407p.
- 82.** MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 11. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2006. 118 p.
- 83.** MOTTA, C.S. Análise do Processo de Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. 2013. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Atenção Básica nos moldes de residência). ENSP- FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2013.
- 84.** NASCIMENTO, D.D.G e 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, São Paulo: 2010;34(1):92-96. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf. Acessado em: 01/10/2013.

- 85.** NETO OC. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade /Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, Minayo MCS (Organizadora), - Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- 86.** NICOLACI-DA-COSTA, A M. ROMÃO-DIAS, D. e DI LUCCIO, F. Uso de Entrevistas On-Line no Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Psicologia: Reflexão e Crítica, 22(1), 36-43. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000100006
Acessado em: 07/10/2013
- 87.** NOGUEIRA RP. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. Projeto Conjuntura do Emprego em Saúde na Primeira Metade da Década de 2000. Plano Diretor do Observatório de Recursos Humanos em Saúde; 2006. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas_gestao_regulacao.pdf Acessado em 05/02/2014.
- 88.** NORONHA JC, LIMA LD e MACHADO CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 365-393.
- 89.** OTTERSEN, O.P., *et al.* As origens políticas das inequidades em saúde: perspectivas de mudança. Traduzido por Cristiano Botafogo. Comissão The Lancet - Universidade de Oslo sobre Governança Global em Saúde - original em inglês, Fevereiro, 2014 - versão em português, Maio, 2014.
- 90.** PASCHE, D.F. e HENNINGTON, E.A. Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde. In: Castro, A. e Malo, M. SUS: Ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC: Opas, 2006. 222p
- 91.** PELLEGRINI-FILHO, A. BUSS P.M.e ESPERIDIÃO, M.A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis In: Saúde Coletiva: teoria e prática. Paim, JS, Almeida-Filho, N, 1 ed. – Rio de Janeiro: MedBook. 2013 p. 305-326.
- 92.** PEREIRA, L.A., LOPES, M.G.K., e LUGARINHO, R. (Facilitadores) Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar? Termo de Referência

– Oficina I. VII Congresso Nacional da Rede Unida. 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/termo_oficina1.pdf. Acessado em: 22/04/2014.

93. PIERANTONI, C.R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200006&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 23/09/2014

94. RECINE E, *et al.* A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. *Revista Nutrição*, Campinas, 25(1):21-33, jan./fev., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732012000100003&script=sci_arttext
Acessado em: 29/09/2013

95. RECINE E. e VASCONCELOS, A.B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16 no1, p.73-79, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732012000100003&script=sci_arttext Acessado em: 29/09/2014

96. REDE UNIDA. 2011. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/rede-unida/apresentacao> Acessado em 09/06/2014.

97. SMS. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms>. Acessado em 29/11/2014.

98. SILVA, A. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. *Estudos avançados* vol.9 no.23 São Paulo Jan./Apr. 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141995000100007&script=sci_arttext.
Acessado em 26/02/2014.

99. SILVA, J.P. A Inserção do nutricionista no núcleo de apoio a saúde da família no município do Rio de Janeiro. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro. 2012

100. SILVA, C.M.C, MIALHE, F.L., PELICIONI, M.C.F, PELICIONI, A.F. Educação em Saúde e suas Práticas ao longo da História Brasileira. In: Pelicioni, M.C.F. e Mialhe, F.L. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012.p.3-22

- 101.** SOARES, N.T. e AGUIAR, A.C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. *Revista de Nutrição*. 2010, vol.23, n.5, p. 895-905. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000500019 Acessado em: 25/04/2014
- 102.** SOUZA, F.L.D, CHACUR, E.P., RABELO, M.R.G., SILVA, L.A.M.; VILLELA, W.V. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a05.pdf> Acessado em: 26/09/2014
- 103.** STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO. Ministério da Saúde. 2002. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf Acessado em: 18/08/2014.
- 104.** TEIXEIRA M., OLIVEIRA R.G. e ARANTES R.F. Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no governo Lula. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, org. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.197-225. (Cap7)
- 105.** TEMPORÃO J.G. Sistemas Universales de Salud en el Mundo en Transformación. In: Giovanella, L. Feo, O. Faria, M. Tobar, S. (Orgs.) Sistemas de salud em Suramérica: desafios para la universalidade la integralidad y la equidad /Instituto Suramericano de Gobierno em Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. Disponível em: <http://www.isags-unasur.org/> Acessado em 23/09/2013.
- 106.** TESSER, C.D., GARCIA, A.V., VENDRUSCOLO, C., ARGENTA, C. E. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11):4295-4306, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200002 Acessado em 26/12/2014
- 107.** VASCONCELOS, FAG. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Revista de Nutrição*. Campinas, 15(2):127-138, 2002. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732002000200001

Acessado em 10/10/2013.

108. VASCONCELOS, F. A. G. e BATISTA FILHO, M. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. Vol.16, n.1, p. 81-90. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100012&script=sci_arttext Acessado em: 21/01/2014.

109. VIANA, A.L.D. e BAPTISTA, T.W.F Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA L., ESCOREL, S. e LOBATO, L.V.C. *et al.* (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 59-87

110. VIANA, A.L.D. e DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8(2): 11-48, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf> Acessado em 18/03/2014.

111. WERMELINGER, M., MACHADO, M. H., TAVARES, M. F. L., OLIVEIRA, E. MOYSES, N., FERRAZ, W.A Feminilização o Mercado de Trabalho em Saúde, In: *Serie Gestão do Trabalho I, Revista CEBES: divulgação em Saúde Para Debate*, N. 45, maio de 2010, 54-70.

112. WHO. World Health Organisation. Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde. Declaração de Alma-Ata, Alma-Ata, URSS, 1978. p. 1. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> Acessado em 10 de Janeiro de 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO - PERFIL DO NUTRICIONISTA

Perfil do Nutricionista - Questionário online²⁸

Declaro ter lido e concordar com o Termo de Consentimento Livre esclarecido enviado a mim por E-mail. * Sim Não

E-mail para contato*

1.Sexo*

Feminino Masculino

2. Data de Nascimento*

3. Naturalidade* 3.1. Cód. UF*

4. Seguindo a nomenclatura utilizada pelo IBGE como você classifica sua cor ou raça? *

1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena

5. Nome da Escola de Graduação *

5.1. Entidade mantenedora da escola:*

1.Pública 2. Privada 3. Filantrópica 4. Outra: _____

5.2. Ano de início:* 5.2.1. Ano de conclusão:*

5.3. Estado em que se graduou: Código da UF:

6.Fez ou está fazendo outra graduação? (Se não, vá para o item 7) *

²⁸ Adaptado do questionário utilizado na Pesquisa “Perfil da enfermagem no Brasil” sob coordenação da pesquisadora Prof. Dr^a Maria Helena Machado – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

1.Sim 2. Não

6.1 Qual o Curso:

7. Após se graduar, realizou ou está realizando alguma complementação da graduação? (Se não, vá para o item 8) *

1.Sim 2.Não

7.1. Preencha qual curso: (Admite-se mais de uma resposta)

1. Residência 2. Especialização 3. Mestrado profissional

4. Mestrado acadêmico 5. Doutorado 6. Pós-Doutorado

8.Você gostaria de fazer alguma qualificação profissional? (Se não, vá para o item 9) *

1.Sim 2.Não

8.1. Assinale a modalidade: (Admite-se mais de uma resposta)

1. Atualização 2.Aperfeiçoamento 3. Especialização 4. Mestrado

5. Doutorado 6. Pós doutorado 7. Outra graduação. Qual:

9. Qual modalidade você utiliza como aprimoramento profissional? Marque o código correspondente: (Admite-se mais de uma resposta) *

	Nunca	Raramente	Frequentemente
1.Eventos científicos na área de Nutrição (Congressos, oficinas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Estágios em Instituições de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Grupos de estudo e de pesquisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Livros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Periódicos ou revistas científicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Há quanto tempo você trabalha no NASF? *

1. 6 meses ou menos 2. De 6 meses a 1 ano 3. De 1 ano a 1 ano e meio
 4. De 1 ano e meio a 2 anos 5. De 2 a 3 anos 6. De 3 a 4 anos
 7. De 4 a 5 anos 8. 5 anos ou mais

10.1 – Qual seu tipo de vínculo com NASF?

1. Estatutário 2. Celetista outros vínculos 3. OS
 4. OSCIP 5. Outros. Qual: _____

11. Quanto ao seu grau de satisfação no trabalho. *

	Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre
11.1. É tratado com cordialidade e respeito pelos seus superiores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.2. É tratado com cordialidade e respeito pela equipe de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.3. É tratado com cordialidade e respeito pela população usuária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.4. Há clima de confiança entre seus colegas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.5. Você possui dificuldade em desempenhar suas funções?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.6. Você sente que a população está satisfeita com seu trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.7. Já sofreu algum tipo de discriminação/violência no seu trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Possui outro emprego além deste? (Se não, vá para o item 13) *

1. Sim 2. Não

12.1. Qual tipo? (Admite-se mais de uma resposta)

1. Público Municipal 2. Público Estadual 3. Público Federal
 4. Privado 5. Fora da Nutrição. Qual: _____

13. Qual a sua jornada de trabalho semanal? Horas

14. Qual sua renda mensal aproximada? (Renda Individual obtida em todos os empregos)

1. Até 1.000 reais 2. De 1.000 a 2.000 reais
 3. De 2.000 a 3.000 reais 4. De 3.000 a 4.000 reais
 5. De 4.000 a 5.000 reais 6. De 5.000 a 6.000 reais
 7. De 6.000 a 7.000 reais 8. Mais de 7.000 reais

15. Como você avalia suas condições de trabalho?

1. Excelente 2. Ótima 3. Boa 4. Regular 5. Péssima

16. Você considera sua atividade desgastante?

1. Sim 2. Não

16.1. Cite 3 fatores que mais contribuem para o desgaste:

1.
 2.
 3.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO - FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Roteiro da entrevista para profissionais selecionados

1. Por que escolheu a Nutrição como profissão?
2. Essa é a sua primeira experiência na área de saúde pública?
3. Como, e quando se deu sua inserção no NASF? Qual seu tipo de vínculo?
4. Qual sua percepção sobre a atuação/importância da Nutrição no NASF?
5. Liste as 4 principais atividades que você realiza no NASF.
6. Você se reuni com outros profissionais da equipe para discussão de casos? Com que frequência?
7. Você faz VD? Qual a percepção do usuário sobre seu trabalho?
8. O que você entende como Promoção da Saúde?
9. Em que medida sua formação contribui para sua prática no NASF? Realizou cursos após a sua graduação? Tem outra graduação?
10. O que você considera como lacunas entre sua formação e prática no NASF? Fez alguma disciplina de saúde pública?
11. No seu trabalho no NASF é oferecido algum tipo de curso ou educação permanente para seu aprimoramento profissional?
12. O que você acha que precisa melhorar no seu trabalho?
13. Quais são suas perspectivas profissionais? (Pretende realizar algum curso, mudar de área?)
14. Quais são suas perspectivas para o futuro da profissão?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “*Nutrição: A prática profissional e a formação no Contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família*”, desenvolvida por **Fernanda Ribeiro dos Santos de Sá Brito**, discente do curso de pós-graduação -Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof. Dra. **Maria Helena Machado**.

A pesquisa tem como objetivo analisar a relação que se dá entre a formação do Nutricionista e sua prática no contexto do NASF no município do Rio de Janeiro, buscando compreender as possíveis lacunas e desafios que se colocam nesse cenário.

Sua participação nessa pesquisa é importante por ser considerado um ator chave para o entendimento deste processo, mas sua participação não é obrigatória, cabendo a você a decisão de participar do projeto assim como de sair dele a qualquer momento, sem que seja penalizado por isto. Contudo, sua participação é muito importante para a concretização deste projeto.

Este projeto envolverá uma série de estratégias metodológicas como entrevista, análise documental e revisão da literatura, sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, que irá se desenvolver em duas partes: primeiramente responder um questionário com perguntas fechadas a fim de que seja caracterizado o perfil dos Nutricionistas que atuam no NASF. Em seguida, alguns participantes serão selecionados de acordo com o perfil, buscando caracterizar da melhor forma possível o grupo, para a segunda etapa que consistirá em uma entrevista aberta de aproximadamente uma hora de duração, e caso o Sr.(a) esteja de acordo ela será gravada para posteriormente ser transcrita. No entanto, com o intuito de minimizar riscos e eventual constrangimento, você poderá solicitar a pesquisadora que interrompa a gravação a qualquer momento.

As gravações serão armazenadas em local seguro de acesso exclusivo do pesquisador e seu orientador. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestada e qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Existe apenas um risco indireto de identificação por meio da área programática onde você atua, mas não da unidade.

Ao final da pesquisa todo material será guardado e mantido seu sigilo pelo pesquisador por um período de cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. Os resultados dessa pesquisa serão divulgados na dissertação do pesquisador responsável, e possivelmente em artigos e seminários.

Sua participação nessa pesquisa contribuirá para que seja possível conhecer melhor o perfil do nutricionista que atua no NASF no município do Rio de Janeiro, bem como proporcionar em longo prazo que a formação em Nutrição esteja em maior consonância com a sua prática. O Sr. (a) receberá uma cópia deste termo onde consta os dados das pesquisadoras e do Comitê de ética em pesquisa em caso de dúvidas.

Rubricar -

Este termo é redigido em duas vias, você receberá uma via onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Todas as páginas deste documento deverão ser rubricadas por você e pelo pesquisador responsável

Fernanda R. dos S. de Sá Brito
Pesquisadora - Mestranda em Saúde Pública
Rua Barão do Bom Retiro, 316 Engenho Novo
Telefone: (021) 6846 7048
E-mail: Fernandasabrito@gmail.com

Maria Helena Machado
Pesquisadora – Orientadora
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 7º andar
Tel: (021) 2598 2612

E-mail: machado@ensp.fiocruz.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2014

(Assinatura do participante da pesquisa)

APÊNDICE D – PARECER DE APROVAÇÃO - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – ENSP



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Nutrição: a prática profissional e a formação no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Pesquisador: Fernanda Ribeiro dos Santos de Sá Brito

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24437413.0.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 480.983

Data da Relatoria: 04/12/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública, orientado por Maria Helena Machado e co-orientado por Maria de Fátima Lobato Tavares, qualificado em 01/11/2013. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que busca conhecer as principais relações que se dão entre a prática profissional do Nutricionista que atua no NASF e sua formação, no município do Rio de Janeiro. A fim de conhecer o perfil destes profissionais será realizado um questionário estruturado com 30 participantes que atuam nestas equipes. Optou-se por esse quantitativo a partir de um recorte realizado no CNES/DATASUS em julho de 2013, onde foram selecionados todos os nutricionistas cadastrados que atuam no NASF do município, desta forma, aqueles que entrarem após esse período não serão considerados para o estudo. Após essa primeira etapa serão selecionados 10 profissionais com um perfil diversificado (entre gênero e idade/tempo de formação) para realização de entrevistas formuladas com um roteiro semiestruturado, com a finalidade de responder os demais objetivos propostos. Primeiramente, a pesquisadora buscará agendar previamente as entrevistas através de contato telefônico, em dia, horário e local oportunos para ambos (pesquisador e participante). É importante frisar que os profissionais só irão participar da pesquisa após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que será explicado aos participantes em um local que garanta a privacidade e livre de constrangimentos. Constarão

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

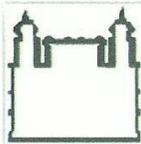
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 480.983

neste trabalho uma análise documental e revisão da literatura como uma forma de embasar a discussão do estudo, a serem realizados previamente ao trabalho de campo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a relação que se dá entre a prática profissional e a formação do Nutricionista no contexto do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município do Rio de Janeiro, buscando compreender as possíveis lacunas e desafios que se colocam nesse cenário.

Objetivo Secundário:

1.Descrever o perfil dos profissionais de nutrição que atuam no NASF;2.Analisar o percurso de formação profissional destes nutricionistas.3.Analisar como se deu a sua inserção nesta equipe;4.Caracterizar as principais atividades desenvolvidas por estes profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Ao realizar o recorte de 10 nutricionistas do total de 30 nutricionista que responderão as questões referentes ao perfil desta categoria, é possível a ocorrência de um risco indireto de identificação da área programática onde o Nutricionista atua, mas os mesmos não serão identificados pois existe mais de um NASF por área programática. Todos os participantes serão identificados por códigos.

Benefícios:

A realização deste projeto poderá trazer diversos benefícios, primeiramente pela escassez de estudos relacionando o NASF e a formação em Nutrição, além disso, os resultados poderão ser utilizados como instrumento facilitador na elaboração de programas e diretrizes relacionados à atuação profissional na Atenção Básica, e em longo prazo poderá servir de norte na formação de profissionais para atuarem na área por possibilitar uma visão das reais carências e demandas que se dão na prática. Ainda trará como benefício a caracterização do perfil dos nutricionistas que atuam no NASF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo de pesquisa apresenta os elementos necessários para apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou:

Projeto de Pesquisa na íntegra;

Formulário de Encaminhamento (somente para alunos - veja modelo no item "Modelos de documentos");

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

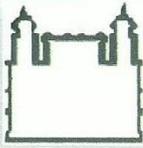
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 480.983

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Instrumentos de coleta de dados (questionários, formulários, roteiros de entrevistas, etc);

Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável;

Termos de anuência das instituições co-participantes - apresenta declaração se comprometendo a apresentá-lo assim que o obtiver.

Recomendações:

Considerando o universo da pesquisa, o CEP/ENSP recomenda especial cuidado no tratamento, análise e apresentação dos dados, de modo a garantir o sigilo já que a pesquisadora aponta que fará a caracterização do perfil do nutricionista.

Recomenda-se ainda que os resultados da pesquisa sejam discutidos nos fóruns adequados de forma a democratizar esses resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

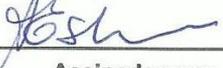
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação", cujo modelo se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

RIO DE JANEIRO, 05 de Dezembro de 2013


Assinador por:
Angela Fernandes Esher Moritz
(Coordenador)

Angela Esher Moritz
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

APÊNDICE E – PARECER DE APROVAÇÃO - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Nutrição: a prática profissional e a formação no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Pesquisador: Fernanda Ribeiro dos Santos de Sá Brito

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24437413.0.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 505.709

Data da Relatoria: 13/12/2013

Apresentação do Projeto:

A partir da década de 1980, o Brasil vem passando por intensas mudanças no setor saúde que até hoje se refletem na implementação de diversos programas e serviços, com um expressivo aumento das ações no âmbito da Atenção Básica, sendo esta considerada uma modalidade prioritária para a reorientação das práticas de saúde. Neste sentido, é criado, na década de 1990, o Programa de Saúde da Família e mais recentemente, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, que buscam reorientar as práticas em saúde e trazer a família como eixo central de ação. Ao pensar nos profissionais de saúde que atuam nestes programas, é importante entender as mudanças que vêm ocorrendo em suas respectivas formações, como forma de possibilitar as transformações na prática. Por outro lado, é importante ter em mente o perfil da população que chega como demanda aos serviços de saúde, perfil esse caracterizado principalmente por níveis crescentes de obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis, o que torna relevante as questões relacionadas à alimentação e nutrição. Desta forma, o presente projeto tem como objetivo principal

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-901

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3971-1463

Fax: (21)2293-4826

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 505.709

analisar a relação que se dá entre a prática profissional e a formação do Nutricionista no contexto do NASF no município do Rio de Janeiro, buscando compreender as possíveis lacunas e desafios que se colocam neste cenário. O método deste trabalho será de cunho qualitativo, baseado em entrevistas (uma estruturada e outra semi-estruturada) e observação participante. O trabalho constará ainda de análise de documentos que estão imbricados neste processo, bem como uma revisão da literatura acerca do assunto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a relação que se dá entre a prática profissional e a formação do Nutricionista no contexto do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município do Rio de Janeiro, buscando compreender as possíveis lacunas e desafios que se colocam nesse cenário.

Objetivo Secundário:

1.Descrever o perfil dos profissionais de nutrição que atuam no NASF;2.Analisar o percurso de formação profissional destes nutricionistas.3.Analisar como se deu a sua inserção nesta equipe;4.Caracterizar as principais atividades desenvolvidas por estes profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Ao realizar o recorte de 10 nutricionistas do total de 30 nutricionista que responderão as questões referentes ao perfil desta categoria, é possível a ocorrência de um risco indireto de identificação da área programática onde o Nutricionista atua, mas os mesmos não serão identificados pois existe mais de um NASF por área programática. Todos os participantes serão identificados por códigos.

Benefícios:

A realização deste projeto poderá trazer diversos benefícios, primeiramente pela escassez de estudos relacionando o NASF e a formação em Nutrição, além disso, os resultados poderão ser utilizados como instrumento facilitador na elaboração de programas e diretrizes relacionados à atuação profissional na Atenção Básica, e em longo prazo poderá servir de norte na formação de profissionais para atuarem na área por possibilitar uma visão das reais carências e demandas que se dão na prática. Ainda trará como benefício à

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-901

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3971-1463

Fax: (21)2293-4826

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 505.709

caracterização do perfil dos nutricionistas que atuam no NASF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância e está muito bem estruturada.

A única questão levantada é sobre o questionário estruturado: - no levantamento do perfil, o estado civil, o endereço de moradia, etnia e número de filhos se associa ao trabalho no NASF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de estão adequados.

Faltou o termo de autorização da pesquisa da Subsecretaria de promoção, vigilância e atenção primária em saúde da SMS do Rio de Janeiro para entrevistar os nutricionistas do NASF.

Recomendações:

Retirar do perfil do questionário estruturado as variáveis estado civil, endereço de moradia, etnia e número de filhos, caso não consiga justificar na resposta dos objetivos da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa aprovada com a sugestão da retirada no perfil do questionário estruturado as variáveis: estado civil, endereço de moradia, etnia e número de filhos, caso não consiga justificar na resposta dos objetivos da pesquisa; bem como a solicitação do termo de autorização da pesquisa da Subsecretaria de promoção, vigilância e atenção primária em saúde da SMS do Rio de Janeiro para entrevistar os nutricionistas do NASF.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-901

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3971-1463

Fax: (21)2293-4826

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 505.709

RIO DE JANEIRO, 30 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-901
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 **Fax:** (21)2293-4826 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br