



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Nutrição
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana

A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família
(NASF)

Andhressa Araújo Fagundes

Brasília-DF
Abril, 2013

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Nutrição
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana

**A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família
(NASF)**

Andhressa Araújo Fagundes

Tese de doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, do Departamento de Nutrição, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Nutrição Humana.
Linha de pesquisa: Nutrição Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elisabetta Recine

Brasília-DF
Abril, 2013

A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Tese de doutorado avaliada pela Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Elisabetta Recine (Presidente)
Departamento de Nutrição
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Andrea Sugai Mortoza (Membro Externo)
Departamento de Nutrição
Faculdade de Saúde
Universidade Federal de Goiás

Prof^ª. Dr^ª. Anelise Rizzolo (Membro Interno)
Departamento de Nutrição
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Bethsaida de Abreu Soares Schmitz (Membro Externo)
Departamento de Nutrição
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Dr^ª. Magda Scherer (Membro Externo ao Departamento)
Departamento de Saúde Coletiva
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Renata Alves Monteiro (Suplente)
Departamento de Nutrição
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

Dedico à minha filha, linda **Sofia**, com todo o meu amor.
Todo o meu reconhecimento pela sua compreensão.
Você é a minha inspiração, a minha força.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos à Deus, pela proteção e bênçãos recebidas, são diários, a todo o momento. Sei que sem Essa força não seria possível. Aqui, eu quero também agradecer:

À **Profª Drª Elisabetta Recine**, orientadora e chefe. Betta, o que eu posso lhe dizer? Agradecer os ensinamentos, a verdadeira orientação, a confiança, o apoio, a paciência, o incentivo, o convívio, o OPSAN, as oportunidades, a compreensão e o seu olhar justo, sensato e ponderado? Parece-me, ainda, insuficiente. Espero retribuir-lhe. Continuar a caminhada. Por tudo isto, a minha (inicial e muito antiga) admiração por você aumenta, incessantemente.

À minha pequena e tão imensa Sofia. Espero que um dia tudo isso faça sentido para você também, minha filha. Esse é sempre o meu objetivo: que tudo faça sentido para nós. Obrigada pela compreensão, por ser tão especial e doce, e pelos chamegos deliciosos nas horas de desânimo. Ah, muito obrigada pela lista de siglas, filhota *Gogoia*.

À Sandrinha, pelo amor, apoio e incentivo. Obrigada por me resgatar e trazer a minha essência no meio de tanta correria, nos momentos mais difíceis. Obrigada pela efetiva colaboração. És uma linda e amada companheira.

Ao meu amado Pai: a distância só nos aproxima. Não consigo definir. Agradeço a sua existência.

À minha Mãe e à Sandra, pelo amor, confiança, incentivo e apoio. Amo vocês.

Aos meus irmãos, Lohrairie e Thiciano: perto ou longe, amor especial. Vocês são vocês, sempre!

Às minhas sábias e doces avós, Fiuca e Ambrozina. Em especial, à vovó Ambrozina, para quem essa luta faz muito sentido. Ao vovô Lavinho, que durante esse percurso que eu escolhi, nos deixou. Obrigada por ter manifestado a sua admiração e o seu apoio antes de ir...

Às amigas Helen Duar e Luciana Sardinha, muito especiais, que dispensam palavras. Cada encontro é uma injeção de ânimo. Posso acreditar. Helen, sua leitura é sempre um diferencial!

Aos verdadeiros e amados amigos que formam a minha Rede de Atenção (e Apoio): Dani, Rodrigo, Sam, Ana Maria, Sylvia, Ivana, Manu e Carol. Igualmente, o meu amor pelos filhos destes amigos. Saber que eu posso contar com vocês e compartilhar a vida é fundamental para mim.

À Arlene: o seu cuidado é um super diferencial.

Às amigas do OPSAN: vocês têm participação especial na tese e um lugar bem especial em meu coração, para sempre. Nat, muito obrigada pela cooperação *braçal* na reta final!

Ao querido casal, Andrea e Berti: mesmo que não saibam, o apoio e o incentivo de vocês são fundamentais para mim. Obrigada, de coração.

À Priscila Ollin (Pibic), cuja contribuição foi fantástica. Futura nutricionista, bem vinda!

Aos novos amigos do NESP. Em especial, à Magda e à Érica. Conhecê-las e contar com vocês é um presente especial.

Jow, Severo, amigos, obrigada pelo incentivo! Aos familiares, amigos e colegas que também torceram.

À banca da qualificação, professoras Anelise Rizzolo, Magda Scherer e Andrea Sugai que, de forma gentil e cuidadosa, colaboraram muito com o trabalho. Agradeço à banca final pelo aceite do convite, por enquanto.... Sei que virão importantes contribuições.

À Prof^a. Kênia Baiocchi, coordenadora da Pós-graduação, por dispor de tantos momentos para as situações especiais que eu trazia. A todos os professores. De forma muito especial, à Renata Monteiro, à Anelise Rizzolo e à Marina Ito.

Em especial, aos nutricionistas e profissionais dos NASFs que participaram da pesquisa. Fui muito bem recebida em todos os locais! Os meus sinceros agradecimentos. À Kimielle Cristina, os meus especiais agradecimentos.

✓ Agradecimentos Institucionais

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana/UnB, que me recebeu e ofereceu as condições necessárias para a concretização do trabalho. Ao pessoal da secretaria, muito obrigada pelas prestimosas contribuições.

Às Secretarias Municipais de Saúde representadas na amostra.

À Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde, pelo financiamento. Ao CNPq, pelo financiamento do *Universal2011*. À CAPES, pela bolsa de estudos.

“O que importa é não (somente) prevalecerem declarações de boas intenções, porém aumentar a margem para otimismo quanto às alternativas concretas de intervenção nas prioridades fixadas e diminuir o distanciamento entre as intenções e as ações efetivas”

Bertoldo Arruda, 2008

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, no âmbito individual e coletivo. Em 2008, o Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações de atenção básica, e fortalecer a inserção da Estratégia Saúde da Família, institucionalizou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A partir de então, seria oferecido às Equipes de Saúde da Família um suporte técnico-pedagógico no atendimento à população, por meio da inserção de outras categorias profissionais, incluindo o nutricionista. Essa pesquisa buscou conhecer e analisar a atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, bem como a inserção das ações de alimentação e nutrição nesse âmbito de atenção à saúde. A motivação se deu pelo desconhecimento dos fatos, uma vez que é recente a implantação dessa estratégia no Brasil; pela importância da inserção das ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde, que foi legitimada a partir do dispositivo do matriciamento pelo Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e pelo histórico de atuação do campo específico da Nutrição na Atenção Primária à Saúde, restrito e pontual. Assim, foi realizado um estudo transversal, com abordagem multimétodo quali-quantitativo (inquérito *online*, observação não participante, análise documental, grupo focal e entrevista semi-estruturada individual com elaboração de relato de estudo de casos). Participaram do estudo, em fases diferentes, não somente os nutricionistas, mas também quatro equipes dos NASF pesquisados. Com essa proposta foi possível (1) o olhar do pesquisador sobre o objeto do estudo; (2) dos nutricionistas sobre a própria ação, sobre os próprios processos de trabalho e sobre a equipe na qual está inserido; e (3) o da equipe sobre os processos de trabalho e a inserção das ações de alimentação e nutrição nesse contexto. Os resultados foram equivalentes e complementares. Foram positivos à medida que revelam a preparação e o engajamento dos profissionais, que estão extrapolando a atuação em suas áreas específicas, de cada formação, para uma atenção mais abrangente, voltada à promoção da saúde, conforme recomenda a proposta. Salienta-se, neste contexto, a atuação do nutricionista com compartilhamento das ações e proposições com enfoque interdisciplinar à coletividade. Ficou evidente a relevância das ações de alimentação e nutrição nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para estes profissionais, o que indica um campo propício para o contínuo trabalho. As dificuldades e os desafios relatados referem-se, essencialmente, à questões mais estruturantes, cujas respostas dependem da gestão e de ações públicas. Cita-se nesse conjunto: ausência ou carência de recursos para desenvolverem o trabalho, a falta de uma formação complementar em saúde coletiva para o trabalho, problemas com o quantitativo de recursos humanos e a alta rotatividade de profissionais. Os resultados trazem a descrição da organização das atividades e do processo de trabalho, bem como a percepção e o posicionamento destes profissionais sobre a experiência vivida. Assim, espera-se contribuir para que as ações de alimentação e nutrição façam parte, efetivamente da atenção primária à saúde. Igualmente, que possa contribuir com outros profissionais e municípios, visando à adequada implantação e funcionamento dos NASF como ordenadores de uma rede de atenção que contribua com a melhor qualidade de vida da população.

Palavras-Chaves: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Alimentação e Nutrição; Apoio Matricial.

ABSTRACT

The Primary Health Care (APS), considered the entrance door to the Unique Health System, is characterized by a set of health actions, which covers promotion, protection, prevention of diseases, diagnostic, treatment, rehabilitation and health maintenance, in the individual and collective scope. In 2008, the Ministry of Health, with the objective to expand the comprehensiveness and the solvability of actions of primary attention, supporting and strengthening the insertion of the Family Health Strategy and qualify the intervention in strategic areas, institutionalized the Cores to Support Family Health (NASF). Since then, it would be offered to the teams of the Family Health a technical and pedagogical support in the assistance of the population, through the inclusion of other professionals, including nutritionists. This research sought to understand and analyze the performance of the nutritionist in NASF, as well as the insertion of food and nutrition actions in the context of health care. The motivation is given by the ignorance of the fact, as it is recent the implementation of this strategy in Brazil; for the importance of the insertion of food and nutrition actions in the primary health care, which was legitimized from the support matrix by NASF; and the track record of the specific field of Nutrition in APS, restricted and punctual. Thus, it was conducted a cross-sectional study, qualitative and quantitative, through a multi method proposition (online survey, no participant observation, document analysis, focus groups and individual semi-structured interviews with the preparation case studies reports). Participants were not only nutritionists, but also four teams of the researched NASF. With this proposal was possible: (1) the view of the researcher on the studied object; (2) of the nutritionists on their own actions, on their own work processes and on the team they belong to; and (3) of the team on the processes and the inclusion of food and nutrition actions in this context. The results were complementary and equivalent in the three optics. They were very positive as they revealed the professionals' preparation and engagement, that were beyond their performance in the specific areas of formation, to look back to the broader health promotion, as recommended by the proposition. The difficulties and challenges reported refer mainly to the more structural issues whose answers depend on management and public actions. It read in this set: the absence or lack of resources to develop the work, the lack of additional training in public health for the work, problems with the amount of human resources, high staff turnover, among others. The results provide a description of the activities organization and the work process, as well as the perception and positioning of these professionals about the experience. Thus, it is expected to make food and nutrition actions effectively part of the primary health care. Also, to help other professionals and municipalities, seeking adequate deployment and operation of NASF as officers of a care network that contributes to better quality of life.

Key-Words: Primary Health Care; Family Health, Nutrition.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas	11
Lista de Figuras	12
Lista de Tabelas	13
Lista de Quadros	13
I. APRESENTAÇÃO	14
II. INTRODUÇÃO	16
III. REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1. Atenção Primária à Saúde.....	17
3.2. Nutrição na Atenção Primária à Saúde.....	31
IV. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	38
V. OBJETIVOS	39
5.1. Objetivo Geral.....	39
5.2. Objetivos Específicos.....	39
VI. MATERIAIS E MÉTODOS	41
6.1. Concepção do estudo.....	41
6.2. Caracterização da pesquisa.....	41
6.3. Aspectos Éticos.....	44
6.4. Fase 1 do estudo.....	45
6.4.1. <i>Sujeitos</i>	45
6.4.2. <i>Instrumentos</i>	45
6.4.3. <i>Procedimento de coleta de dados</i>	47
6.4.4. <i>Análise de dados</i>	47
6.4.5. <i>Divulgação dos resultados</i>	48
6.5. Fase 2 do estudo.....	49
6.5.1. <i>Unidades de Observação e Sujeitos</i>	50
6.5.2. <i>Instrumentos</i>	51
6.5.3. <i>Procedimento de coleta de dados</i>	51
6.5.4. <i>Análise de dados</i>	55
6.5.5. <i>Divulgação dos resultados</i>	57
6.6. Financiamento do Estudo.....	57
VII. RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
7.1. Produtos da Fase 1 do estudo.....	59
7.1.1. <i>Artigo 1: A Atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)</i>	59
7.1.2. <i>Artigo 2: A percepção do nutricionista sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil</i>	83

7.2. Produtos da Fase 2 do estudo.....	100
7.2.1. Estudo de Casos.....	101
7.2.1.1. Estudo de Caso M1.....	101
7.2.1.2. Estudo de Caso M2.....	114
7.2.1.3. Estudo de Caso M3.....	131
7.2.1.4. Estudo de Caso M4.....	145
7.2.2. Entrevistas com nutricionistas.....	154
Síntese de resultados da Fase 2.....	162
Discussão da Fase 2.....	167
VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
REFERÊNCIAS.....	176
ANEXOS E APÊNDICES	185
Anexo I Termo de Consentimento e Instrumento para coleta de dados da Fase 1.....	186
Anexo II Marcador de livro.....	193
Anexo III Plano de análise de dados	194
Anexo IV Convite para participação da Fase 2.....	195
Anexo V Instrumentos de coleta de dados e informações da Fase 2.....	196
Anexo VI Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Fase 2.....	200
Anexo VII Termo de autorização para gravação da Fase 2	202
Apêndice I Parecer favorável do CEP/FS/UnB para a pesquisa.....	203
Apêndice II Parecer de aprovação de emenda do CEP/FS/UnB para a pesquisa	204

Lista de Abreviaturas e Siglas

Abrandh:	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos
ABS:	Atenção Básica à Saúde
AN:	Alimentação e Nutrição
ACS:	Agente Comunitário de Saúde
APS:	Atenção Primária à Saúde
CAPS:	Centro de Atenção Psicossocial
CEP:	Comitê de Ética em Pesquisa
CFN:	Conselho Federal de Nutricionistas
CNES:	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Consea:	Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional
CRAS:	Centro de Referência em Assistência Social
CS:	Centro de Saúde
DCNT:	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSC:	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH:	Expressões-Chaves
EI:	Entrevistas Individuais
Enpacs:	Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Saudável
EqSF:	Equipe de Saúde da Família
ER:	Equipe de Referência
ESF:	Estratégia de Saúde da Família
FAO:	<i>Food Agriculture Organization</i>
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC:	Ideia Central
MS:	Ministério da Saúde
NASF:	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NC:	Núcleo Central
OME:	Ordem Média de Evocação
OMS:	Organização Mundial de Saúde
OPAS:	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS:	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB:	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN:	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS:	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE:	Programa Saúde na Escola
PSF:	Programa de Saúde da Família
PST:	Projeto de Saúde no Território
PTS:	Projeto Terapêutico Singular
RS:	Representações Sociais
SAN:	Segurança Alimentar e Nutricional
Sisan:	Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
Sisvan:	Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRE:	Terapia de Redução de Estresse
TRS:	Teoria das Representações Sociais
UBS:	Unidade Básica de Saúde
UCE:	Unidade de Contexto Elementar
UnB:	Universidade de Brasília
WHO:	<i>World Health Organization</i>

Lista de Figuras

Figura 1. Representação gráfica da definição de Atenção Primária à Saúde	18
Figura 2. Formação do conceito de Redes Integradas de Atenção à Saúde.....	22
Figura 3. Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde.....	23
Figura 4. Processo de concepção e desenvolvimento do percurso metodológico do estudo	43
Figura 5. Representação do estudo sobre as variáveis que envolvem as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde.....	46
Figura 5. Processo metodológico da segunda fase do estudo.....	50
Figura 6. Abrangência geográfica do estudo ‘A atuação do Nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família’ (NASF).....	58
Figura 7. Fluxograma do trabalho do NASF M3.....	115
Figura 8. Ações de alimentação e nutrição realizadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pesquisados.....	155
Figura 9. Fatores considerados mais importantes no processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pesquisados	158
Figura 10. Fatores que descrevem como é realizado o processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pesquisados	160
Figuras do Artigo 1 ‘A atuação dos nutricionistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)’	
Figura 1. Conformação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	65
Figura 2. Frequência de publicações técnicas que são conhecidas ou utilizadas pelos nutricionistas dos NASF pesquisados.....	68
Figuras do Artigo 2 ‘A Percepção dos nutricionistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil’	
Figura 1. Fatores influenciadores da atuação dos nutricionistas no NASF.....	91
Figura 2. Classificação Hierárquica Descendente do total do <i>corpus</i> analisado.....	93
Figura 3. Eixo “Funções Específicas”	94

Lista de Tabelas

Tabela 1. Histórico dos parâmetros das modalidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	29
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tabela 2. Síntese dos elementos teórico-metodológicos do projeto de pesquisa.....	39
-----------------------------------------------------------------------------------	----

Tabelas do Artigo 1 ‘A Atuação dos nutricionistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)’

Tabela 1. Frequência (%) da percepção dos entrevistados segundo as dimensões sobre planejamento e execução das ações nos NASF em que atuam	66
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tabela 2. Frequência (%) das ações de saúde correlatas à alimentação e nutrição que estão sendo realizadas pelos NASF, segundo a forma e envolvimento dos profissionais...	67
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tabela 3. Percepção (%) dos nutricionistas dos NASF pesquisados quanto à disponibilidade de recursos no local de trabalho, segundo escala de satisfação	69
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tabelas do Artigo 2 ‘A Percepção dos nutricionistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)’

Tabela 01. Elementos da representação social do termo indutor ‘Atenção Básica à Saúde’, segundo a frequência e a ordem média de evocação.....	90
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tabela 02. Elementos da representação social do termo indutor ‘Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)’, segundo a frequência e a ordem média de evocação.....	90
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Lista de Quadros

Quadro 1. Marco lógico para pesquisa 'A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)'.....	42
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Quadro 2. Principais resultados segundo a Matriz para atuação no NASF	163
-----------------------------------------------------------------------------	-----

Quadro 3. Exemplo 1 de agenda mensal de um nutricionista no NASF.....	165
-----------------------------------------------------------------------	-----

Quadro 4. Exemplo 2 de agenda mensal de um nutricionista no NASF	166
------------------------------------------------------------------------	-----

I. APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido desafiado a prestar serviços mais efetivos frente ao atual panorama epidemiológico brasileiro. Um conjunto de evidências reforça a necessidade de ser dada maior ênfase ao atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), com objetivo de dar maior resolutividade à atenção prestada, promover a saúde e prevenir as doenças (Brasil, 2012b; OPAS, 2011).

Neste contexto, outras categorias profissionais de saúde, além dos profissionais médicos, envolvidos na prevenção e controle de doenças contemporâneas e seus determinantes, foram incorporadas às diferentes equipes no âmbito da APS, dentre eles o nutricionista. Particularmente em relação a este profissional, ressalta-se a necessidade do fortalecimento da atenção nutricional na APS como fator importante para corroborar com a prevenção e o cuidado das condições crônicas apresentadas pela população brasileira (Brasil, 2012a).

Assim, foi realizado um estudo exploratório com abordagem multimétodo (quali-quantitativo), para analisar a atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na perspectiva de contribuir com as ações e o processo de trabalho deste profissional na APS.

Para compor o referencial teórico será apresentada a Atenção Primária à Saúde (APS) e seus componentes no contexto do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Redes de Atenção à Saúde.

Para maior compreensão do processo de qualificação e estruturação da atenção à saúde no Brasil integram também o referencial teórico temas como trabalho em saúde, que permeia a complexidade das novas relações impostas pelo ofício, e os Modelos de Atenção à Saúde. Posteriormente, foi apresentado o campo da alimentação e nutrição nesse nível de atenção à saúde.

As situações vivenciadas na trajetória pessoal como nutricionista, nortearam, sem dúvida, a decisão de realizar esse estudo. Como pesquisadora, investigar e conhecer a atuação profissional dos meus pares, em uma proposta de trabalho que considere importante e acredito, pode colaborar com a nutrição no Brasil. Interpretar o significado dos resultados obtidos me trouxe reflexões desafiadoras e considerável aprendizado em cada etapa.

Os resultados apresentados poderão se somar a um conjunto de estudos recentes que objetivam compreender ações, processos de trabalho e resultados alcançados nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Embora o foco do presente estudo tenha sido nas ações dos nutricionistas é possível ampliar algumas análises para a equipe como um todo. O percurso da pesquisa e os resultados encontrados foram instigantes à medida que me aproximavam da perspectiva inicial: compreender para avançar.

Parte dos resultados foi apresentada em forma de artigos científicos e, outra parte, em forma de relato que, posteriormente, também comporá um artigo científico.

II. INTRODUÇÃO

O atual perfil de morbidade da população brasileira está intrinsecamente relacionado com modos de vida não saudáveis, merecendo destaque a alimentação inadequada e o sedentarismo, que atinge parcelas significativas da população, em todas as faixas sociais e etárias (Brasil, 2012b).

Como resultado desse cenário, além dos agravos à saúde, que se manifestam em incidências crescentes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, dislipidemias, excesso de peso e obesidade, entre outras, ocorre o crescente gasto orçamentário do Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento dessas doenças e suas complicações (Coutinho *et al.*, 2008). Estima-se, por exemplo, que o SUS utilizou cerca de R\$ 31,5 milhões, em 2011, somente com os procedimentos relacionados à cirurgia bariátrica, e R\$ 487.976.502,84 foi o custo atribuível à obesidade, com procedimentos relacionados às doenças que tem a obesidade como fator de risco no mesmo período (Oliveira, 2013).

A complexidade é ainda maior por que o Brasil não equacionou totalmente os problemas alimentares relacionados à carência de alimentos. Atualmente, coexistem perfis nutricionais distintos e, às vezes, sobrepostos – carências nutricionais e excesso de peso (Ferreira e Magalhães, 2007), impondo a necessidade de ações públicas e que atuem sobre esta dupla carga de doenças. Acumulam-se evidências de que o caminho mais eficaz e eficiente é investir na promoção da saúde e na prevenção de doenças (Brasil, 2012b; 2006a; 1999).

O atendimento do primeiro nível de atenção à saúde que, em geral, acontece em uma Unidade ou Posto de Saúde e/ou pelos profissionais que compõe as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui o *locus* privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde (Brasil, 2012b; 2006b). Ferreira e Magalhães (2007) afirmam que intensificar e qualificar as ações de promoção da saúde no âmbito da atenção primária representa um caminho promissor para o campo da alimentação e nutrição.

Face ao exposto, justifica-se caracterizar o trabalho dos nutricionistas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), identificar os caminhos percorridos, desde a organização dos núcleos, a forma de atuação e os obstáculos enfrentados.

III. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura foi estruturada com enfoque na Atenção Primária à Saúde, detalhando a Estratégia Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Serão contextualizados os Modelos de Atenção e as Redes de Atenção à Saúde, como parte integrante da proposta brasileira de transformar este nível no centro coordenador da atenção à saúde, e o tema referente à processos de trabalho para este contexto de atuação. Posteriormente, serão apresentados os principais parâmetros das ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde (APS).

3.1. A Atenção Primária à Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público e gratuito, baseado nos princípios da universalidade do atendimento e integralidade de seus serviços e ações e equidade. É composto pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e pode ser complementado pela rede privada. Considerando o princípio da integralidade, oferece atendimento nos três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário (Brasil, 1990).

A Atenção Primária, considerada a porta de entrada do SUS, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo. Orienta-se, como todo o Sistema, pelos princípios da universalidade, equidade e da participação social, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização e a humanização (Brasil, 2012b; 2006a).

A APS pode ser definida como um conjunto de valores: o direito a saúde, solidariedade e equidade; um conjunto de princípios: responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, dentre outros; e um conjunto indissociável de elementos estruturantes da rede de serviços à saúde ou atributos da APS: acesso ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, competência cultural (OPAS, 2011) (Figura 1).

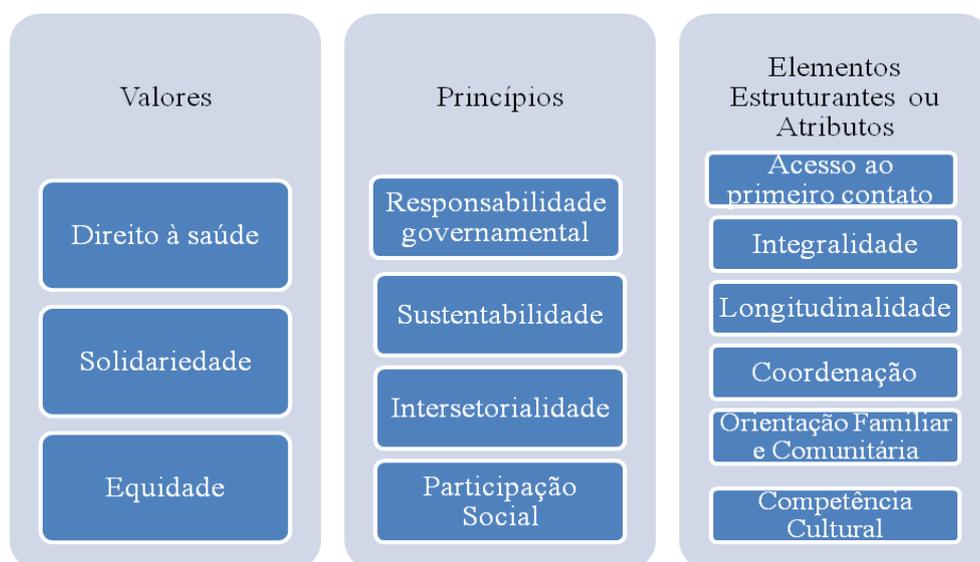


Figura 1. Representação gráfica da definição de Atenção Primária à Saúde.

Fonte: OPAS, 2011.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994, como um modelo diferenciado de atenção primária à saúde, orientado por ações interdisciplinares¹ em direção a intervenções voltadas à promoção da saúde da população, consubstanciado na atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) (Starfield, 2002; Assis *et al.*, 2002; Brasil, 2001).

Inicialmente, focava-se a extensão da cobertura, principalmente em áreas de maior risco social. Aos poucos adquiriu centralidade na agenda de saúde, caracterizando-se como a estratégia estruturante dos sistemas municipais e modelo de Atenção Primária à Saúde já presente em 95% dos municípios brasileiros (Brasil, 2012b; Giovanella *et al.*, 2009; Walley *et al.*, 2008).

Em 2006, visando à operacionalização da Atenção Primária² à Saúde foi aprovada a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2006a), que apresentou as diretrizes e normas para a organização da atenção primária

¹ O termo interdisciplinar define o conhecimento que passa de setorializado para integrado, com interações recíprocas entre disciplinas científicas (Saviani, 2003; Berticelli, 2003). Para Bochniak (1992) a interdisciplinaridade é a forma correta de superar a fragmentação do saber instituída no currículo formal, e transcender a justaposição das disciplinas; traz reciprocidade, mutualidade e diálogo, gerando troca de dados, resultados, informações e métodos. Para Piaget (1970), a interdisciplinaridade pode ser entendida como o intercâmbio mútuo e integração recíproca entre várias ciências (Morin, 2000). Requer a integração entre os saberes e a atuação das equipes de saúde, e não somente a coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela (Peduzzi, 2009).

² Alguns autores utilizam os termos 'Atenção Primária à Saúde' e 'Atenção Básica à Saúde' como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência. Para uns, a APS é o primeiro nível de atenção dos serviços de saúde, indo ao encontro de sua definição de porta de entrada para o sistema, com as unidades básicas sua instância operacional (Gil, 2006). Recentemente, o Ministério da Saúde (Brasil, 2012b) padronizou a terminologia: Atenção Primária à Saúde.

para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 2006a). Além da PNAB foram publicados outros instrumentos legais que orientam as ações promotoras da saúde no Brasil: a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e o Pacto pela Vida, ambos em 2006 (Brasil, 2006a; 2006b).

Além da APS ser uma estratégia prioritária, de atendimento à família, de forma integral e contínua, com enfoque no ambiente físico e social, tem como objetivo reorganizar a prática assistencial. Desta maneira, pode ser definido como um modelo de atenção, que pressupõe o reconhecimento da saúde como imprescindível para a qualidade de vida, valorizando o acolhimento, o vínculo e a autonomia dos sujeitos (Coelho, 2010; Coutinho *et al.*, 2009; Gil, 2006; Brasil, 2006b).

O Relatório Mundial de Saúde apresenta as diferenças entre atenção convencional e a APS (WHO, 2008), confirmando o elevado potencial de ofertar ações de saúde mais eficazes e equitativas. Diversos estudos apontam que uma APS bem estruturada e qualificada é capaz de resolver de 85% a 90% dos problemas de saúde de uma comunidade, desde que as equipes de atenção sejam capacitadas para reconhecer, prevenir e tratar as necessidades e os problemas de saúde mais frequentes (OPAS, 2011; Glanville *et al.*, 2011; Paim *et al.*, 2011; Macinko *et al.*, 2010; 2006; Rasella *et al.*, 2010).

Por outro lado, países com APS incipiente apresentam resultados sanitários mais pobres, especialmente para indicadores da saúde infantil. Quanto mais forte a orientação dos países para a APS, menores as taxas de mortalidade por todas as causas, de mortalidade prematura por todas as causas e por asma, bronquite, enfisema, pneumonia e doenças do aparelho circulatório. A APS está associada, ainda, com reduções nos efeitos adversos da desigualdade de renda na saúde (Mendes, 2009).

Avalia-se que o problema mais relevante dos sistemas de saúde, em países ou regiões que vivem a transição epidemiológica, é a incoerência entre esta situação epidemiológica e o modelo de atenção à saúde. Em geral, este modelo é fragmentado e focado nas condições agudas (WHO/FAO, 2003). Em nível global, grande parte dos debates sobre a crise dos sistemas de saúde, relacionam-se à discrepância entre as necessidades de saúde das populações – os chamados fatores contextuais (envelhecimento populacional, o perfil epidemiológico, os avanços científicos e a incorporação tecnológica), e a forma com que os sistemas de saúde se organizam para responder a estas demandas – os denominados fatores internos (Kuschnir e Chorny, 2010).

O modelo de atenção à saúde, segundo Paim (1999), é uma forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas pelas tecnologias do processo de trabalho em saúde (materiais e não materiais). A recomendação atual para os modelos de atenção à saúde inclui elementos que propõem ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e à comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), e de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária).

Assim, os modelos de atenção à saúde são configurações que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e lugar, em função da visão prevalecente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos fatores econômicos, políticos, tecnológicos, científicos e culturais vigentes, articulando diferentes intervenções no processo saúde/doença. Mendes (2007) considera que o modelo seminal, do qual derivam quase todos os outros, é o modelo de atenção às condições crônicas (*Chronic Care Model*) (Mendes, 2007; 1999; Singh e Ham, 2006).

Para Mendes (2010), só haverá uma atenção primária de qualidade, quando seus atributos (acesso ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, competência cultural) estiverem adotados em sua totalidade e quando esse nível de atenção cumprir as suas três funções essenciais: resolubilidade, comunicação e responsabilização (Mendes, 2010; Starfield *et al.*, 2005).

Considera-se como alternativa para enfrentar o complexo panorama mundial dos sistemas de saúde a implantação das Redes de Atenção à Saúde, coordenadas pela APS, visando acabar com a fragmentação das ações e dos recursos financeiros empreendidos (OPAS 2011; Kuschmir e Chorny, 2010; Mendes, 2009).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações de conjuntos de serviços de saúde vinculados por uma missão única, objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, sendo coordenada pela atenção primária à saúde (Mendes, 2010). É uma rede organizada que presta (ou faz arranjo para prestar) serviços de saúde, visando à equidade e a integralidade e que presta contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2011).

Recomenda-se que estas Redes sejam estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, com todos os pontos de atenção à saúde igualmente importantes, relacionando-se horizontalmente e funcionando sob coordenação da atenção primária. Assim, os serviços de

menor densidade tecnológica, como os da APS, devem ser descentralizados e os serviços de maior densidade, como os hospitais, devem ser concentrados (Mendes, 2011). Esse é o conceito de concentração e dispersão, ratificado pela OMS (OPAS, 2011; WHO, 2000), quando atesta que as RAS devem ser organizadas em arranjos produtivos mistos, que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros.

O ponto central é o acesso ao sistema de saúde. O atendimento deve abranger o ciclo completo de atenção às condições de saúde, com responsabilidades sanitárias pela população de abrangência (Mendes, 2010). Essa rede integrada deve se caracterizar por ter um território e populações definidos com ampla oferta de estabelecimentos e serviços, integrados por sistemas eletrônicos de informação, com um modelo assistencial centrado na pessoa, na família, na comunidade e território, sob um único sistema de governança e financiamento adequado. Outro quesito para a organização em RAS é a capacidade de descentralizar seus processos, atuando de forma intersetorial (Mendes, 2011; 2010; 2009).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (2011a) destaca que a integralidade do cuidado só será alcançada com a constituição de uma rede integrada de cuidado entre os três níveis de atenção, além de ser inter-relacionada com outras políticas sociais. Ou seja, mesmo sendo centrada e ordenada pela APS, a existência de redes secundária e/ou terciária desintegradas pode gerar prejuízos tanto para a saúde da população, quanto prejuízos financeiros para o sistema.

A RAS é constituída por três dimensões: os elementos, os atributos e os âmbitos de abordagem, conforme apresentado na Figura 2 (OPAS 2011; 2010; Mendes, 2009; 2007). São ao todo três elementos básicos (a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde) e 14 atributos propostos em quatro âmbitos de abordagem (Mendes, 2009). Para esse estudo, serão apresentados os conceitos referentes aos elementos.

O primeiro elemento básico refere-se à população, que é a razão de se estruturar um sistema integrado capaz de estabelecer intervenções sanitárias, provendo o cuidado à saúde, em conformidade com os riscos de doença, invalidez e morte. Nesse contexto, a população é aquela que vive em territórios sanitários singulares, organizada em família, com realidades socioculturais semelhantes (OPAS, 2011; Mendes, 2010).

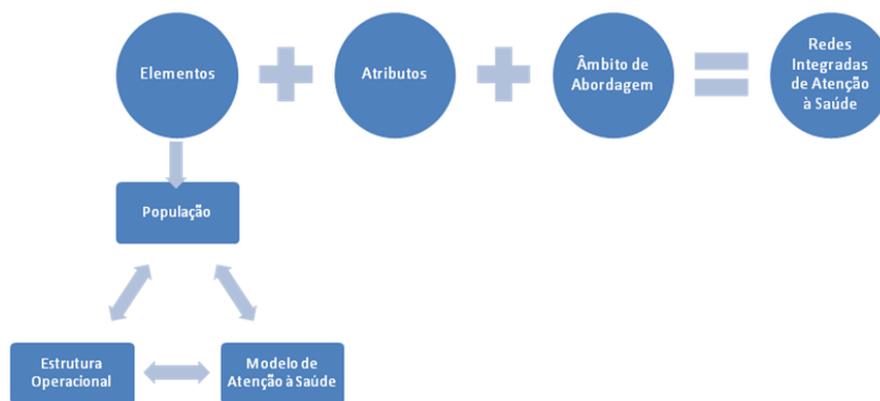


Figura 2. Formação do conceito de Redes Integradas de Atenção à Saúde.

Fonte: OPAS, 2011; Mendes, 2010.

É inerente às redes a definição dos territórios sanitários, sendo o conceito de territorialização um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde. Esse conceito vem sendo utilizado por distintas iniciativas no âmbito do SUS, como a ESF, a Vigilância em Saúde Ambiental, e a própria descentralização prevista na Constituição Federal (Santos e Rigotto, 2010; Monken e Barcellos, 2005; Bengoa, 1957).

A estrutura operacional, segundo elemento básico para a constituição de Redes à Saúde, são os nós e as ligações materiais e imateriais que comunicam esses nós, constituídos por cinco componentes: (1) o centro de comunicação, que deve ser a atenção primária à saúde; (2) os pontos de atenção secundários e terciários; (3) os sistemas de apoio, compreendidos pelos lugares institucionais onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção; (4) os sistemas logísticos, que são as soluções tecnológicas, ancoradas na tecnologia da informação, para organização racional e efetiva do fluxo de informações; e (5) os sistemas de governança, que são definidos como arranjos organizativos para a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde (OPAS, 2011; Mendes, 2010).

E o terceiro elemento constitutivo são os modelos de atenção à saúde. Este organiza o funcionamento, articulando as relações entre populações e as intervenções de saúde (Mendes, 2010). Devem ser determinados pela situação epidemiológica, demográfica, pelas questões sociais e pelas relações por elas constituídas. Atualmente, inúmeros estudos são realizados sobre esse tema, pois existem diversos modelos, que devem ser derivados das necessidades da população e, conseqüentemente, definirão o tipo de intervenção, a triagem e o fluxo do sistema.

A proposta das Redes Integradas de Atenção tem como objetivo o campo do cuidado integrado, sendo explícitas as recomendações de que a APS seja seu eixo orientador (Figura 3) (OPAS 2011). Observa-se, face ao exposto, que a APS representa um conjunto complexo de conhecimentos e procedimentos, e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população (Brasil, 2010a).

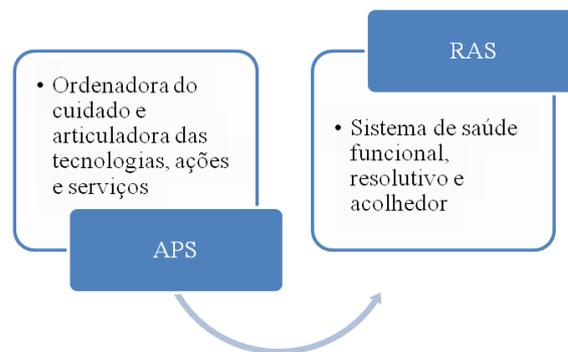


Figura 3. Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde.

Fonte: OPAS, 2011.

No tocante a essa complexidade, cita-se o trabalho em equipe como uma das variáveis que merecem atenção nesse processo em busca do aprimoramento da oferta de serviços de atenção à saúde da população. Sob estes conceitos, inserem-se a atuação dos profissionais no contexto de Redes de Atenção à Saúde, cuja recomendação é o trabalho em equipe.

Cattani e Holzmann (2011) definem trabalho em equipe pela ação de um conjunto de pessoas a fim de atingir objetivos comuns com responsabilidade e compromisso compartilhados, comunicação aberta e efetiva. Supõe cooperação, confiança e valorização das diferenças individuais, demandando esforço coordenado e constante aperfeiçoamento de seus membros, de forma que seu desempenho seja maior do que a soma dos desempenhos individuais.

Peduzzi (2009) conceitua trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo construído por meio da relação recíproca, de mão-dupla, entre as múltiplas intervenções técnicas e interação profissionais de diferentes áreas. Coaduna com o Cattani e Holzmann (2011), afirmando que deve ser configurado pela comunicação e cooperação.

A literatura científica aponta para um consenso quanto à recomendação do trabalho em equipe (Cattani e Holzmann, 2011; Peduzzi, 2009), defendido como estratégia eficaz, tendo em

vista o aumento potencial de resultados (Moscovici, 2001). Porém, a literatura igualmente relata a persistência e a predominância da noção de equipes segmentadas que dividem o mesmo espaço físico, os mesmos pacientes, em situações de trabalho semelhantes (Fortuna *et al.*, 2005, Scherer *et al.*, 2009). A cooperação, nesse contexto, pode se tornar mais complexa. Múltiplas visões sobre um mesmo problema podem gerar oportunidade de soluções criativas, porém, estas diferentes visões sobre o mesmo assunto podem também gerar conflitos (Pádua e Boog, 2006).

Moscovici (2001) confirma que ‘grupos’ existem em todas as organizações e que equipes são raras ainda, embora ostentem essa denominação frequentemente. Segundo Ojeda e Strey (2008), perpetuam-se saberes e práticas individualizadas, centrados em interesses corporativos, em territórios e práticas hierarquizados que fragmentam as ações de saúde.

Um dos grandes desafios atuais para constituir uma APS de qualidade, organizadora da rede integrada de cuidados é a presença e fixação de profissionais qualificados nas Equipes de Saúde da Família, o grau de efetividade clínica das equipes frente aos problemas de saúde e a prática efetiva da coordenação do cuidado com garantia da integralidade (OPAS, 2011). Ou seja, profissionais comprometidos e com o trabalho em equipe.

Em um breve histórico, Peduzzi (2009) afirma-se que o trabalho em equipe no campo da saúde foi formado a partir de três vertentes: (1) a noção de integração, como conceito estratégico do movimento da medicina preventiva nos anos 1950; (2) a transição da abordagem da unicausalidade para a multicausalidade no processo saúde-doença; e (3) as consequentes alterações nos processos de trabalho em busca de ampliar os objetivos das intervenções e introduzir novos instrumentos e tecnologias, com o respaldo do objetivo de atenção integral ao usuário.

Estabelece-se, portanto, uma agenda para os gestores e profissionais de saúde, a partir da necessidade de articulação entre as equipes, diversas e heterogêneas, exigindo profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitem as mudanças necessárias na organização dos serviços – trabalho em equipe, competências compartilhadas e humanização no atendimento (Brasil, 2008; Giovanella *et al.*, 2009).

São trabalhos constituídos por práticas, normas e regulações que situam os profissionais em espaços sociais e em permanente luta na relação com os outros. Ojeda e Strey (2008), completam afirmando que a circulação de saberes e poderes entre as diferentes profissões tornam as práticas em saúde um espaço social de disputas. Desse modo, o trabalho em equipe pressupõe não apenas encaminhamentos, mas reuniões conjuntas, nas quais os casos são discutidos pela

equipe visando a articulação do trabalho das diferentes especialidades (Scherer e Pires, 2009; Ojeda e Strey, 2008; Pádua e Boog, 2006).

Assim, considerando o novo contexto das ações de saúde no Brasil e as diretrizes ligadas ao papel da Atenção Primária como ordenadora do cuidado das Redes de Atenção à Saúde, verifica-se que as principais necessidades de mudança se concentram no fortalecimento da força de trabalho da saúde, com enfoque nos processos e nos profissionais.

Para atender a estas necessidades, o Ministério da Saúde atualizou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012b), publicando a Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 (Brasil, 2011a). Dentre outros aspectos, essa Portaria reafirma a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como forma de atuação ampliada na APS, desempenhando o papel de ordenadores do cuidado na lógica da qualificação da APS e estabelecimento das RAS.

3.1.1. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O Apoio Matricial (AM) é um arranjo organizacional ou metodologia de trabalho, que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde, visando facilitar o direcionamento dos fluxos e a articulação de determinada rede (Nunes, 2011; Campos e Dominitti, 2007).

Assim, o profissional apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil com potencial de agregar recursos do saber e contribuir com intervenções, visando aumentar a capacidade de solucionar os problemas de saúde da população (Campos e Domitti, 2007).

Inicialmente, esse conceito foi concebido dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde. Posteriormente, foi adotado pelo Ministério da Saúde, como base para a Atenção Primária/Saúde da Família (Campos e Domitti, 2007), mediante o desafio de superar as intervenções tradicionalmente hospitalocêntricas e implantar estratégias de cuidado territoriais e integrais, ancoradas em novos saberes e valores culturais.

O Ministério da Saúde recomendou esse arranjo organizacional ao identificar que, mesmo concentrando esforços para estender o cuidado para todos os níveis de assistência, especialmente na atenção primária, seria inviável fazê-lo sem a incorporação de outras categorias profissionais, ainda não contempladas na equipe básica (Dimenstein *et al.*, 2009).

A determinação veio por meio da institucionalização da Portaria N° 154, em 24 de janeiro de 2008, cuja recomendação foi implantar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para matricular as equipes de saúde da família e estabelecer a corresponsabilização dos casos atendidos, por meio de repasse de recurso do Governo Federal aos municípios e ao Distrito Federal que optarem pela ação (Brasil, 2008).

O objetivo é oferecer às equipes uma ‘retaguarda especializada’ e um ‘suporte técnico pedagógico’ no atendimento à saúde (Dimenstein *et al.*, 2009; Campos e Domitti 2007; Brasil, 2008; Nunes, 2011), conforme explicitado na regulamentação: (1) ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações de atenção básica, apoiando e fortalecendo a inserção da Estratégia Saúde da Família e (2) qualificar a intervenção em áreas estratégicas, entre elas a Alimentação e a Nutrição. A corresponsabilização das equipes deve se efetivar por meio de discussões e intervenções conjuntas com as famílias e comunidades, atendimentos coletivos ou na forma de supervisão ou capacitação (Brasil, 2010a; Brasil, 2008).

Para tanto, esta equipe de matriciamento deve ser constituída por equipes compostas por diferentes categorias profissionais, de distintas áreas de conhecimento, dentre os quais o nutricionista está previsto (Brasil, 2012b). Não necessariamente estes profissionais terão relação direta e cotidiana com os usuários.

O NASF tem a responsabilidade de reforçar as oito diretrizes da atenção básica em conjunto com suas equipes de saúde, quais sejam: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a territorialização, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (Brasil, 2012b; 2010a; 2008).

Foram definidas pelo Ministério da Saúde nove áreas estratégicas para o NASF, que orientam a contratação dos profissionais, respectivamente: Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem (pediatra), Saúde da Mulher (ginecologista), Saúde Mental (psicólogo e psiquiatra), Reabilitação e Saúde Integral da Pessoa Idosa (fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional), Serviço Social (assistente social), Alimentação e Nutrição (nutricionista), Atividade Física e Práticas Corporais (professor de Educação Física), Assistência Farmacêutica (farmacêutico) e Práticas Integrativas e Complementares (homeopata e acupunturista) (Jaime *et al.*, 2011; Brasil, 2010).

Para cumprir os objetivos, as atribuições de todos os profissionais que compõem os NASF, conforme a Portaria, são:

- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- Avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e
- Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Acrescenta-se que, além da parceria com os profissionais da ESF, os NASF deverão atuar com outros setores, de forma articulada e integrada, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes nos quais estão cadastrados, além de realizar ações juntamente aos equipamentos públicos, trabalhos educativos e de inclusão social (Brasil, 2012b; 2008).

As características dos NASF são definidas por modalidades (NASF 1, NASF 2 ou NASF 3), quanto ao número de profissionais nas equipes e ao número de Equipes de Referência (ER). Ao longo do processo de implantação esses parâmetros foram modificados, visando adequar a ação e obter melhores indicadores. Inicialmente, estes eram baseados no quantitativo populacional e, posteriormente, passaram a ser definidos pela carga-horária de trabalho de cada

equipe. Além das três modalidades, é possível, ainda, a criação de consórcio para a implantação do NASF 1 entre os municípios que não atinjam os parâmetros estabelecidos. Desde o início, foi vetada a implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios (Brasil, 2008).

Cabe esclarecer que o NASF 3 foi incorporado dois anos após a institucionalização do NASF (Brasil, 2010), com o objetivo de promover a atenção integral em saúde mental, prioritariamente para usuários de *crack*, álcool e outras drogas. Atualmente, essa modalidade preconiza os mesmos parâmetros do NASF 1 e 2. Para facilitar a visualização e compreensão, a Tabela 1 apresenta o histórico destes parâmetros de vinculação, desde o momento da institucionalização dos Núcleos até a presente data.

A definição das categorias profissionais que comporão o NASF deve ser feita a partir de critérios de prioridade de saúde identificados no território e é de responsabilidade do gestor municipal (Brasil, 2010a).

Importa ressaltar que as mudanças dos parâmetros ampliaram o matriciamento dos profissionais dos NASF nos territórios. Inicialmente, apoiavam somente as EqSF e a Portaria nº 2.488/2011 passou a recomendar, também, o apoio às equipes de atenção às populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e às Academias da Saúde. Por outro lado, pode ser observado que o número de equipes que devem ser matriciadas pelos NASF sofreu uma redução ao longo do processo de implantação desta ação (Brasil, 2012b; 2011a; 2010a; 2008).

Quanto à organização e ao desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, devem contar com diversas formas de intervenção no território e dependem de algumas ferramentas tecnológicas: as de Apoio à Gestão e de Apoio à Atenção (Brasil, 2010a).

A ferramenta de Gestão é resumida pela tecnologia de Pactuação do Apoio, que se refere à avaliação conjunta do território entre os gestores, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) e o Conselho de Saúde, e à pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF e as EqSF. As ferramentas de Apoio à Atenção contemplam, além do Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST), detalhadas a seguir (Brasil 2010a; Brasil 2008).

Tabela 1. Histórico dos parâmetros das modalidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Modalidade do NASF/ Parâmetros de vinculação	NASF 1	NASF 2	NASF 3
1ª. Portaria Nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008			
Número de Profissionais na equipe dos NASF	No mínimo de 5 categorias não coincidentes	No mínimo 3	Não existiam
Número de Equipes de Saúde da Família (EqSF) de referência	Mínimo de 8 e máximo de 20, exceto na Região Norte, com mínimo de cinco	No mínimo 3	
2ª. Portaria Nº 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010			
Número de Profissionais na equipe dos NASF	Mantêm parâmetros da portaria anterior		Mínimo 5 categorias não coincidentes em população menor que 20 mil hab ²
Número de Equipes de Saúde da Família (EqSF) de referência	Mantêm parâmetros da portaria anterior		Mínimo de 4 e máximo de 7
3ª. Portaria Nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011			
Número de Profissionais na equipe dos NASF	Acúmulo de no mínimo 200h/s ¹ a soma da carga de trabalho dos membros, com todos os profissionais trabalhando pelo menos 20h/s e cada ocupação ter, no máximo, 80 h/s	Acúmulo de no mínimo 120h/s a soma da carga de trabalho dos membros, com todos os profissionais trabalhando pelo menos 20h/s e cada ocupação ter, no máximo, 40 h/s	Foram suprimidos tornando-se NASF 2
Número de Equipes de Saúde da Família (EqSF) de referência	Mínimo de 8 e máximo de 15	Mínimo de 3 e máximo de 7	
4ª. Portaria Nº 3.124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012			
Número de Profissionais na equipe dos NASF	Acúmulo de no mínimo 200h/s ¹ a soma da carga de trabalho dos membros, com todos os profissionais trabalhando pelo menos 20h/s e cada ocupação ter, no máximo, 80 h/s	Acúmulo de no mínimo 120h/s a soma da carga de trabalho dos membros, com todos os profissionais trabalhando pelo menos 20h/s e cada ocupação ter, no máximo, 40 h/s	Acúmulo de no mínimo 80h/s a soma da carga de trabalho dos membros, com todos os profissionais trabalhando pelo menos 20h/s e cada ocupação ter, no máximo, 40 h/s
Número de Equipes de Saúde da Família (EqSF) de referência	Mínimo de 5 e máximo de 9	Mínimo de 3 e máximo de 4	Mínimo de 1 e máximo de 2

¹ h/s = horas semanais ² hab. = habitantes

Fonte: Brasil, 2008; 2010c; 2010d; 2011a; 2012c.

A Clínica Ampliada é compreendida pela discussão e pela conjugação dos aspectos identificados por cada profissional de diferentes núcleos profissionais sobre determinado caso, considerando o olhar de cada área sobre os diagnósticos, sintomas e prognóstico. Com essa ferramenta, além de ampliação dos olhares profissionais, há uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença, não privilegiando a avaliação de apenas um profissional/especialista, possibilitando a construção compartilhada de diagnósticos e de terapêuticas (Brasil, 2010a).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é recomendado para situações clínicas mais complexas. Trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas ao indivíduo, à família ou à comunidade, como resultado da discussão coletiva da equipe interdisciplinar. Envolve quatro momentos essenciais: o diagnóstico, a definição das metas, a divisão de responsabilidades e as reavaliações (Brasil, 2010a).

O Projeto de Saúde no Território (PST), por sua vez, caracteriza-se pela organização de estratégias de gestão que integrem os diferentes planos de cuidado existentes no território, também direcionados aos indivíduos, famílias e grupos específicos, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia dos sujeitos e comunidades do território (Brasil, 2010a; Mângia e Lancman, 2008).

Peduzzi (2009) afirma que a principal função dos profissionais e das equipes de referência é elaborar e aplicar o projeto terapêutico – individual, familiar e comunitário –, que pressupõe três diretrizes: vínculo terapêutico, gestão colegiada e transdisciplinaridade.

Nesse contexto, o cuidado integral à saúde da população demanda a integralidade da atenção expressa em redes de atenção à saúde e o planejamento de linhas de cuidado para as diferentes necessidades de saúde, além da integração com as outras políticas governamentais de interface (Brasil, 2010a; Mângia e Lancman, 2008). Dentro de tal perspectiva, a ação dos NASF busca superar a lógica fragmentada da saúde na implementação de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com as EqSF.

Assim, considerando as ferramentas de apoio à atenção e o estabelecimento das RAS, os NASF devem desempenhar a função de cooperação do cuidado assistencial e da conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais, com o objetivo de qualificar a APS (OPAS, 2011). Devem ser o eixo coordenador do fluxo de pacientes e de informações, nessa rede regionalizada de cuidado, articulando-se a todos os níveis de atenção necessários para garantir a resolutividade e integralidade, com responsabilização territorial e compartilhamento de competências e responsabilidades (OPAS, 2011; Brasil, 2010a).

Quanto ao panorama atual da implantação, dados do Ministério da Saúde³, acessados em fevereiro de 2013, contabilizavam o total de 1.442 NASF 1; 444 NASF 2; e 129 NASF intermunicipais, totalizando 1.995 núcleos no território brasileiro (Brasil, 2013). No momento desta consulta não havia dados disponíveis para o NASF 3, possivelmente pelas recorrentes alterações dos parâmetros dessa modalidade.

Desde o início da implantação, em 2008, uma média de 70% dos NASF conta com a presença de nutricionistas, pressupondo um reconhecimento quanto à importância do componente alimentar e nutricional como determinante de saúde, por parte dos gestores (Brasil, 2010a; Jaime *et al.*, 2011; Brasil, 2008). Seguindo esse parâmetro, aproximadamente 1.396 NASF contam com o nutricionista atualmente.

3.2. Nutrição na Atenção Primária à Saúde

A primeira reflexão que surge quanto ao tema da tese é a necessidade, cada vez mais atual e relevante, da realização de ações efetivas e eficazes de alimentação e nutrição em nível local. As ações de alimentação e nutrição na atenção primária ainda não são desenvolvidas na extensão e organicidade preconizadas pelos modelos de atenção (Boog, 2008; Ferreira e Magalhães, 2007; Recine e Vasconcelos, 2011). Da mesma maneira, Coutinho e colaboradores (2009) ressaltam que a cobertura de ações de alimentação e nutrição na atenção primária e a inserção do nutricionista no SUS ainda são insuficientes, frente à demanda epidemiológica existente. Afim de compreender a situação atual se faz necessário expor o contexto destas ações no campo da saúde coletiva⁴ (Vasconcelos, 2002; 1999).

Semelhantemente à área médica, a nutrição construiu sua trajetória com base na racionalidade entre os conceitos do ‘normal’ e do ‘patológico’, buscando enfrentar a doença – nesse caso, os desvios nutricionais-, como manifestação de causas subjetivas e externas, e alcançar um determinante universal (Koifman, 2001). Essa conduta reduziu a multidimensionalidade e a complexidade do ato de se alimentar aos elementos da vertente biologicista (Prado *et al.*, 2011).

³ Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, 2013.

⁴ Nutrição em Saúde Coletiva é também reconhecida como nutrição em saúde pública, nutrição em medicina preventiva, nutrição social, nutrição comunitária, um dos campos ou áreas de estudo específicos da complexa e multidisciplinar ciência da nutrição (Vasconcelos, 2002; 1990). Neste estudo será utilizada a expressão Nutrição em Saúde Coletiva, considerando que este termo incorpora o social na categoria sanitária e o privilegia como categoria analítica (Campos, 2000). Bosi e Prado (2011) afirmam que o encontro do campo da Alimentação e Nutrição (AN) com o campo da Saúde Coletiva (SC) trouxe novas reflexões capazes de subsidiar projetos inovadores de alimentação, voltados para a saúde humana. Dessa maneira, a nutrição passa a ser problematizada, considerando a sua multidimensionalidade.

Além disso, para melhorar o quadro epidemiológico da população foi necessário, além de alcançar o melhor desempenho dos serviços de saúde, incluir a execução de ações e de cuidados que visavam evitar ou interromper o curso dos agravos à saúde, como é o caso da atenção nutricional. Ao longo dos anos os estudos científicos e as experiências de vários países demonstraram que não se podem adotar, no enfrentamento dos problemas nutricionais, propostas de intervenção apenas sob a ótica do consumo (Arruda, 2008).

Foi no contexto da compreensão sobre as limitações do modelo biomédico que se destacou o conceito da promoção da saúde (Ferreira e Magalhães, 2007). As críticas se dirigiam à hegemonia do enfoque curativo, reducionista, hospitalocêntrico e de alto custo, que não equacionam os agravos decorrentes do perfil de morbimortalidade da sociedade contemporânea. As evidências mostravam que o ato de cuidar e promover saúde implica em compreender a saúde de maneira global, ligada ao modo de vida das pessoas, uma vez que a saúde e a situação alimentar e nutricional de uma população dependem de múltiplos fatores, tais como: econômicos, sociais, hábitos, cultura, ambiente, produção e distribuição de alimentos (Arruda, 2008; Buss, 2000; Dimenstein *et al.*, 2009).

Portanto, a promoção da saúde amplia o conceito de saúde, incorpora novos princípios às práticas de saúde, diferentes campos de conhecimentos e propõe estratégias organizacionais para os serviços de saúde, orientando ações amplas e coletivas, e que requerem a intersetorialidade e a transversalidade em práticas concretas (Monken e Barcellos, 2005). Torna-se evidente a importância do trabalho interdisciplinar (Loch-Neckel *et al.*, 2009), que pressupõe a presença e a participação articulada dos profissionais da saúde, o que vai garantir, também, a integralidade na assistência.

Essa abordagem favoreceu uma mudança nas ações até então ditas tradicionais no campo da saúde coletiva, apontando para as potencialidades do campo da alimentação e nutrição. Entretanto, ainda é preciso reconhecer, na prática, o papel das ações de alimentação e nutrição na saúde coletiva. Do ponto de vista setorial, o alcance desse objetivo requer a inserção destas ações em todos os níveis de atenção do SUS. Ações efetivas nessa área podem contribuir significativamente, sobretudo, na redução do risco de desenvolvimento de DCNT, na promoção do adequado crescimento e desenvolvimento infantil e bem estar geral da população (Pinheiro *et al.*, 2006).

Atualmente, parece desnecessário enfatizar que a nutrição adequada é indispensável à saúde. O equilíbrio da saúde ocorre por meio de diversos fatores e as evidências científicas

confirmam que o fator alimentar é um dos mais importantes, sendo capaz de interferir sobre a higidez física, capacidade produtiva e a resistência a doenças (Vasconcelos, 2011; Arruda, 2008).

As condições crônicas prevalecem no Brasil e no mundo e necessitam de cuidado permanente. Causam sérias consequências econômicas e sociais, ameaçando os recursos da saúde de diversos países, uma vez que estão aumentando no mundo, e nenhum país está imune ao impacto causado por elas (Dimenstein *et al.*, 2009). É imperativo fortalecer ações que colaborem com os hábitos individuais e práticas coletivas, especialmente, relacionados ao comportamento alimentar para um melhor estado de saúde.

Boog (2008) menciona que é fato incontestável a importância da alimentação saudável para a promoção da saúde. Esta mesma importância na prevenção e no cuidado de saúde pode ser exemplificada pelos indicadores de mortalidade advindos das DCNT, cujos determinantes são de etiologia multifatorial e compartilham fatores de riscos modificáveis, como a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia, a inatividade física e o tabagismo (Mendes, 2012; WHO, 2004; WHO/FAO 2003). No Brasil, em 2007, 72% das mortes foram em consequência da carga das DCNT, além de promoverem uma maior parcela das despesas com assistência hospitalar no SUS (Carvalho *et al.*, 2011, Schmidt *et al.*, 2011).

Ainda é necessário avançar com medidas mais efetivas para que a promoção da alimentação saudável alcance à população. Embora o Brasil tenha um histórico importante de ações de alimentação e nutrição em saúde coletiva, essa trajetória foi marcada por diversidades e complexos cenários. Por exemplo, muitas das ações nesta área eram feitas de forma isolada, com uma abordagem restrita e emergencial, como os programas assistenciais de distribuição de alimentos (Arruda, 2008).

Em 1999, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 710, promulgando a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Brasil, 2003; 2012a), cujos fundamentos principais abordavam a transversalidade das ações e o perfil epidemiológico, demográfico e social da população. Essa política, integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), propõe a articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, cujos principais objetivos são: a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País; a promoção de práticas alimentares saudáveis; a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais; e o estímulo às ações que propiciem o acesso universal aos alimentos.

A PNAN passou por um processo de revisão em 2009/2010, quando completou 10 anos. Foi republicada pela Portaria Nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, e, atualmente, está consubstanciada em orientações para elaboração e implantação dos programas e projetos em alimentação e nutrição do setor saúde, com princípio à realização do direito humano à alimentação adequada (Brasil 2012a; 2010a). Reforça os princípios do SUS e apresenta-se organizada em nove diretrizes - aperfeiçoadas e atualizadas - indicativas de linhas de ações, quais sejam:

1. Organização da Atenção Nutricional
2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
3. Vigilância Alimentar e Nutricional
4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição
5. Participação e Controle Social
6. Qualificação da Força de Trabalho
7. Controle e Regulação dos Alimentos
8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição
9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional

A primeira diretriz, Organização da Atenção Nutrição, orienta a prática na atenção primária, afirmando que:

“A atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. A Atenção Básica, pela sua capilaridade e capacidade de identificação das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, contribui para que a organização da atenção nutricional parta das necessidades dos usuários. Nesse intuito, o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição deverá ser iniciado pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita aos serviços e equipes de Atenção Básica. (...) Compreende cuidados voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados” (Brasil, 2012a).

A diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, destaca a necessidade de desenvolvê-la de maneira intersetorial no contexto dos determinantes sociais da saúde. Nesta perspectiva, também o conceito de alimentação adequada e saudável expresso na PNAN ultrapassa os limites biológicos, sendo considerada como a *"prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente, devendo estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos"* (Brasil, 2012a).

Em acréscimo, orienta que as equipes de referência deverão ser apoiadas por equipes interdisciplinares, a partir de um processo de matriciamento e clínica ampliada, com a participação de profissionais da área de alimentação e nutrição que deverão instrumentalizar os demais profissionais para o desenvolvimento de ações integrais nessa área, respeitando o seu núcleo de competências. Tais orientações reafirmam os tópicos abordados no aporte teórico dessa seção (Brasil, 2012b). Assim considerados estes parâmetros, configura-se um campo de ação muito mais amplo que o tradicional.

Como já citado, a presença do nutricionista na atenção primária à saúde é reduzida, o que compromete consideravelmente o atendimento à população. Em grande parte dos municípios brasileiros a atuação desse profissional precisa ser fortalecida para que as potencialidades das intervenções neste campo possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população (Brasil, 2009). O objetivo da atuação do profissional na APS é atuar no planejamento, organização e oferta das ações de atenção nutricional local (Brasil 2010a; 2009).

No modelo tradicional da atenção primária, poucos municípios brasileiros contam com profissionais nas unidades básicas de saúde, ou quando o profissional está presente muitas vezes distribui sua carga horária semanal em mais de uma unidade. Esta situação precariza o vínculo com a equipe e com a população atendida e leva à concentração das atividades na agenda de atendimento ambulatorial na tentativa de reduzir a demanda reprimida.

A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) abriu um espaço de atuação inédito para o profissional. Atualmente, o nutricionista integra grande parte dos NASF implantados no país, conforme mencionado. Esse profissional tem presença heterogênea nas Unidades de Saúde e não está previsto na composição da equipe básica da Estratégia Saúde da

Família (Lang e Ribas, 2011; Arruda, 2008; Assis *et al.*, 2002). Para atuar no âmbito da ESF o profissional requer uma formação que o capacite a identificar os determinantes sociais dos problemas locais.

As ações de alimentação e nutrição na APS devem se pautar nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como no trabalho interdisciplinar, intersetorial, ético, resolutivo, longitudinal, acolhedor, com vínculo e responsabilização. São atividades relativas ao diagnóstico, planejamento, programação, implementação, monitoramento e avaliação, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território (Brasil 2010a; 2009).

Os eixos estratégicos, delineados pelo Ministério da Saúde, (Brasil, 2010a) para as ações de alimentação e nutrição na APS (Jaime *et al.*, 2011) são:

1. Promoção de práticas alimentares saudáveis, em âmbito individual e coletivo, em todas as fases do ciclo de vida;
2. Contribuição na construção de estratégias para responder às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais, desnutrição e obesidade;
3. Desenvolvimento de projetos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis;
4. Realização do diagnóstico alimentar e nutricional da população;
5. Promoção da segurança alimentar e nutricional fortalecendo o papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional.

Além disso, o nutricionista do NASF deve elaborar, revisar, adaptar, padronizar e definir os protocolos de atenção nutricional, individual e coletiva. Devem identificar oportunamente problemas relacionados à alimentação e nutrição e referenciar para outra instância do sistema de saúde, quando necessário. Devem também desenvolver ações de promoção da alimentação saudável e de prevenção de agravos relacionados à alimentação e nutrição, contemplando a formação e a educação permanente dos profissionais das equipes de SF (Jaime *et al.*, 2011; Brasil, 2012a).

No contexto das atribuições citadas, trabalhar de forma interdisciplinar é um componente imprescindível, que pressupõe a interação de saberes e experiências entre profissionais de uma equipe que realizam tarefa conjuntamente, o que permite uma visão de saúde integral, em que o ser humano é visto como um todo (Pinheiro *et al.*, 2008; Silva, 2008).

Os espaços interdisciplinares como os grupos de educação em saúde, os atendimentos conjuntos, o apoio matricial, o projeto terapêutico singular, as visitas domiciliares e a educação permanente são oportunidades para os profissionais compartilharem seus conhecimentos específicos com a equipe e a comunidade, em prol da população. A intersetorialidade requer dinâmica complexa, uma vez que objetiva articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão da atenção em saúde.

IV. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A atenção desenvolvida no âmbito da Estratégia ‘Saúde da Família’ é considerada fundamental no contexto da promoção da saúde. A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) possibilita a interdisciplinaridade, onde os diferentes profissionais, entre eles o nutricionista atuam coordenadamente para qualificar a atenção à saúde (Brasil, 2008; Dimenstein *et al.*, 2009; Boog, 2008).

A alimentação é um fator determinante da saúde. A Lei Orgânica de Saúde (Lei Nº 8.080/1990) prevê que as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde. A Emenda Constitucional Nº 64, de 2010, incorporou a alimentação como um direito social. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) integra os esforços do Estado Brasileiro por meio de um conjunto de políticas públicas que propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação, representando a explicitação do compromisso com a erradicação dos males relacionados à alimentação (Recine *et al.*, 2009; Coutinho *et al.*, 2009; Brasil, 2003; Brasil, 2010a; 2010b).

A atual situação alimentar e nutricional do País torna evidente a necessidade de uma melhor organização dos serviços de saúde para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação (Brasil, 2012a). Os nutricionistas que atuam na APS, em especial nos NASF, têm atribuições na implantação das ações recomendadas na PNAN. Segundo as recomendações dessa Política, a atenção nutricional, no âmbito da atenção primária, deverá dar respostas às necessidades de saúde do seu território, considerando aquelas de maior frequência e relevância e observando critérios de vulnerabilidade.

Face ao exposto, o presente estudo pretende contribuir com as necessidades atuais de conhecer o processo de trabalho e qualificar as ações desenvolvidas pelos nutricionistas nos NASF. Apresenta relevante justificativa por se tratar de uma prioridade no âmbito da gestão do SUS, subsidiando as necessidades consequentes às transições epidemiológica e nutricional no país. As questões que o projeto visa responder estão apresentadas no modelo teórico-metodológico (Tabela 2).

Tabela 2. Síntese dos elementos teórico-metodológicos do projeto de pesquisa.

<i>Questões de pesquisa</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Hipóteses</i>
Questão orientadora	Geral	Empírica
Como se dá a atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil?	Analisar a atuação do nutricionista nos NASF no Brasil.	Relatos de nutricionistas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família revelam que ainda exercem suas atividades de forma a cobrir as demandas reprimidas do serviço de saúde (Brasil, 2010e).
Questões norteadoras	Específicos	Teórica
A atuação dos nutricionistas nos NASF tem ocorrido de forma integrada aos demais profissionais da equipe?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar o perfil dos profissionais que atuam nos NASF 2. Identificar as ações de alimentação e nutrição realizadas pelos nutricionistas e pelas equipes de saúde nos NASF. 3. Caracterizar a forma de atuação dos nutricionistas nos NASF tanto na sua ação específica como nos processos de integração com outros profissionais da equipe. 	<p>O trabalho em saúde acontece majoritariamente na modalidade de trabalho coletivo multiprofissional e em cooperação, mas geralmente por meio de ações fragmentadas, em que cada área técnica se responsabiliza por uma parte da atividade (Scherer e Pires, 2009).</p> <p>A promoção da alimentação saudável não deve ser responsabilidade exclusiva do nutricionista, mas precisa ser compartilhada pelas equipes (Boog, 2008).</p>
Quais são os principais aspectos que facilitam e os que dificultam a atuação dos nutricionistas nos NASF?	<ol style="list-style-type: none"> 4. Identificar os principais desafios e potencialidades na atuação desses profissionais nos NASF. 5. Conhecer a percepção dos nutricionistas sobre o NASF. 	<p>A formação tecnicista se apresenta como um dos principais empecilhos para a prática da integralidade (Ferreira e Magalhães, 2007).</p> <p>A atuação do nutricionista em grande parte dos municípios brasileiros, precisa ser fortalecida para que a potencialidade do conhecimento da nutrição e das intervenções neste campo possam, de forma efetiva, contribuir para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população (Brasil, 2007).</p>
Como aprimorar a atuação dos nutricionistas nos NASF, de modo a efetivar e fortalecer a sua atuação na atenção básica à saúde?	<ol style="list-style-type: none"> 6. Descrever estudos de casos sobre o processo de trabalho nas equipes multiprofissionais dos NASF, destacando a atuação do nutricionista e as ações de alimentação e nutrição. 	A complexidade dos problemas alimentares, advindos da transição nutricional em curso no país, tem imposto reformulações urgentes no setor, a fim de responder as novas demandas alimentares (Ferreira e Magalhães, 2007).

V. OBJETIVOS

5.1. Geral:

Analisar a atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

5.2. Específicos:

- (1) Caracterizar o perfil dos profissionais que atuam nos NASF.
- (2) Identificar as ações de alimentação e nutrição realizadas pelos nutricionistas e pelas equipes de saúde nos NASF.
- (3) Caracterizar a forma de atuação dos nutricionistas nos NASF tanto na sua ação específica como nos processos de integração com outros profissionais da equipe.
- (4) Identificar os principais desafios e potencialidades na atuação desses profissionais nos NASF.
- (5) Conhecer a percepção dos nutricionistas sobre o NASF.
- (6) Descrever estudos de casos sobre o processo de trabalho nas equipes multiprofissionais dos NASF, destacando a atuação do nutricionista e as ações de alimentação e nutrição.

VI. MATERIAIS E MÉTODOS

6.1. Concepção do estudo

Para a melhor organização dos dados e compreensão, a Figura 4 apresenta o percurso metodológico escolhido para o desenvolvimento da pesquisa. Em um processo integrado foram definidos a pergunta, os objetivos de pesquisa e o referencial teórico, que permitiram a delimitação do tema e, por fim, foram selecionados os procedimentos metodológicos.

Optou-se por desenvolver a pesquisa em duas fases complementares, apresentadas e detalhadas a seguir. Para melhor delineamento do estudo foi elaborado o marco lógico da pesquisa (Quadro 1).

6.2. Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa analítica do tipo transversal, de caráter exploratório realizada em duas etapas. Foi utilizada abordagem multimétodo quali-quantitativo, com coleta de dados, revisão da literatura científica e pesquisa documental.

Strauss e Cobin (2008) afirmam que qualquer metodologia, seja qualitativa ou quantitativa é apenas um meio para atingir o objetivo de pesquisa ou desenvolvimento de teorias qualificando o processo de teorização.

A aplicação da abordagem multimétodo foi problematizada por Worthen *et al.* (2004) sendo indicadas cinco principais finalidades: (1) triangulação (aferição do mesmo objeto sob diferentes perspectivas com aumento da validade das mensurações dos resultados); (2) complementaridade (para melhor exemplificar e esclarecer resultados de um método com resultados de outro, à luz do significado e da natureza do objeto avaliado, ou seja, acessar uma faceta distinta de um mesmo objeto, podendo chegar a resultados relativamente diferentes, onde essas diferenças poderão contribuir para elucidar o objeto de interesse); (3) desenvolvimento (usar os resultados de um método para ajudar a desenvolver ou dar forma a outro método), (4) iniciação (descobrir paradoxos e contradições, para reformular questões); e (5) expansão (aumentar a amplitude e o alcance da investigação).

Quadro 1. Marco Lógico para Pesquisa 'A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)'

ESTRUTURA DO MARCO LÓGICO										
OBJETIVOS	RESUMO DESCRITIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICÁVEIS OBJETIVAMENTE	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	SUPOSIÇÕES (RISCOS)	PRODUTO/METAS	ATIVIDADES	RECURSO	PERGUNTA NORTEADORA		
OBJETIVO SUPERIOR	Contribuir para o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na APS e particularmente nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)								Como o nutricionista está se apropriando e desenvolvendo as ações no NASF, um campo espaço de atuação? Quais são as ações desenvolvidas e como se dá a atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em todo o Brasil?	
OBJETIVO GERAL	Analisar a atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Análises, conclusões e recomendações da Pesquisa	Descrição da metodologia, dos principais resultados e conclusões da Pesquisa	Divulgação inadequada ou insuficiente dos resultados e recomendações. Não aplicação/ utilização das análises, conclusões e recomendações da Pesquisa	Tese defendida Artigos publicados	Levantamento e mapeamento dos instrumentos normativos e artigos científicos Levantamento das informações já existentes	-----			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Caracterizar o perfil dos nutricionistas que atuam nos NASF	Caracterização do profissional e a forma de contratação Pergunta: Quem são os nutricionistas que estão nos NASF?	Aplicação de questionário <i>online</i> Coleta de dados primários com as variáveis de interesse	Problemas técnicos na aplicação do instrumento <i>online</i> Falta de envolvimento dos respondentes para participação na pesquisa – baixa taxa de resposta	Fase 1= dois artigos publicados	(1) Elaboração técnica do questionário (2) Contratação para desenvolvimento tecnológico do questionário (<i>online</i>) (3) Coleta de dados (4) Análise de dados (5) Elaboração do artigo científico (6) Divulgação dos resultados em outros meios, como apresentação em eventos	Fase 1 – FNS		A atuação dos nutricionistas nos NASF tem ocorrido de forma integrada aos demais profissionais da equipe?	
	Identificar as ações de alimentação e nutrição realizadas pelos nutricionistas e pelas equipes de saúde nos NASF	Caracterização do trabalho Pergunta: O que está sendo feito?	Participação na pesquisa				Fase 1- FNS	Fase 2 – CNPq		
	Caracterizar a forma de atuação dos nutricionistas nos NASF	Planejamento das ações e atuação Pergunta: Como estão sendo feitas?	Análise dos resultados Visita ao local							
	Identificar os principais desafios e potencialidades na atuação desses profissionais nos NASF	Descrição dos principais desafios e potencialidades	Aplicação de questionário <i>online</i> Coleta de dados primários com as variáveis de interesse Participação na pesquisa Análise dos resultados Visita ao local	Problemas técnicos na aplicação do instrumento <i>online</i> Falta de envolvimento dos respondentes para participação na pesquisa – baixa taxa de resposta	Fase 2 = publicação com a descrição dos Estudos de Casos e um (01) artigo publicado		Fase 1- FNS	Fase 2 – CNPq		Quais são os principais aspectos que facilitam e os que dificultam a atuação dos nutricionistas nos NASF?
	Conhecer a percepção dos nutricionistas quanto ao NASF	Percepção do profissional Pergunta: O que pensam/acham dos NASF, APS, Nutrição na APS?								
	Descrever estudos de casos que possam colaborar com a atuação do nutricionista em equipes interdisciplinares de na Atenção Primária à Saúde.	Descrever estudos de casos sobre o processo de trabalho nas equipes multiprofissionais dos NASF, destacando a atuação do nutricionista e as ações de alimentação e nutrição.	Análise e descrição dos resultados	Anonimato dos profissionais e municípios pesquisados				Fase 2 – CNPq		Como aprimorar a atuação dos nutricionistas nos NASF, de modo a efetivar e fortalecer a sua atuação na atenção básica à saúde?

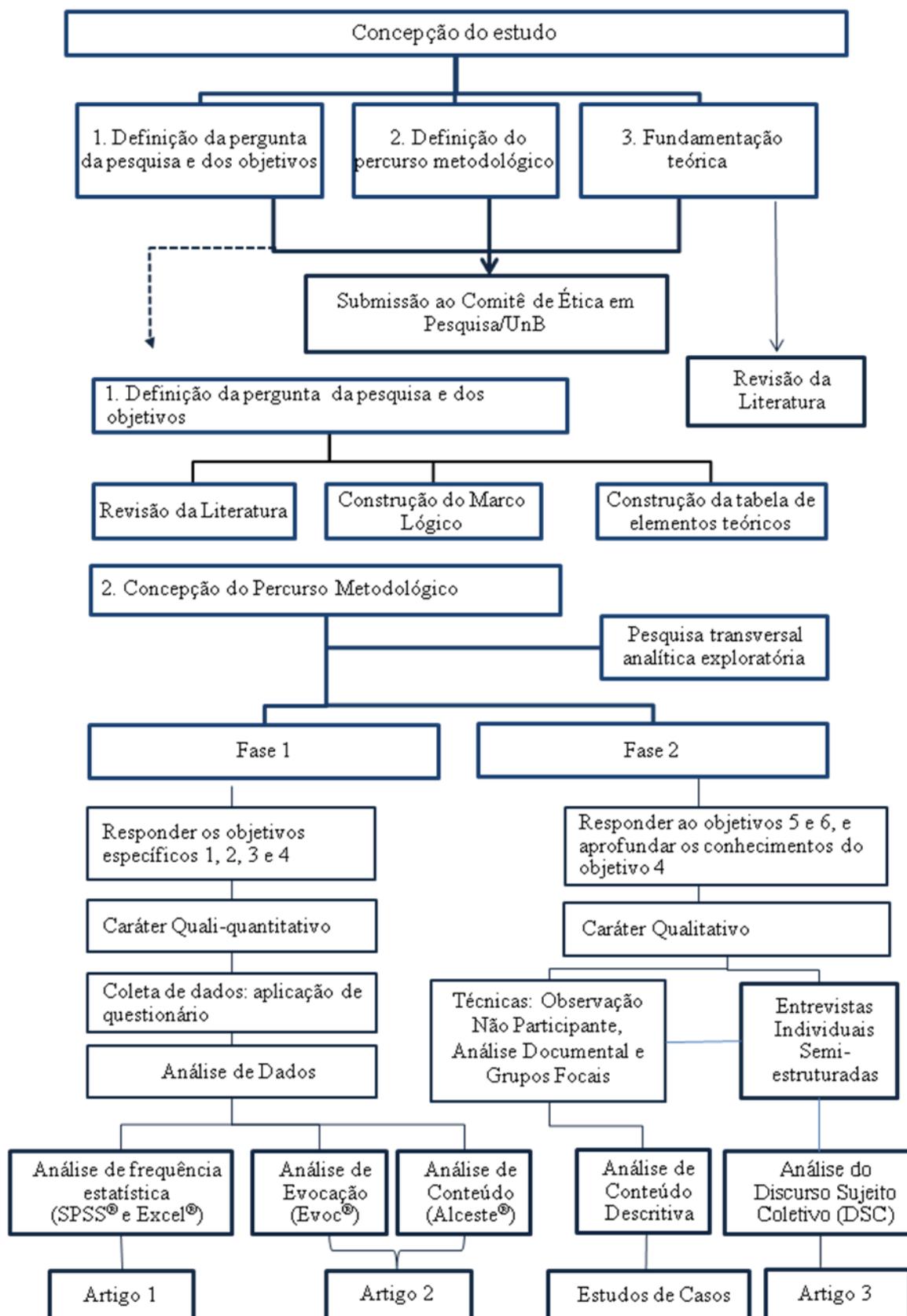


Figura 4. Processo de concepção e desenvolvimento do percurso metodológico do estudo.

A recomendação de Strauss e Cobin (2008) sobre o método a ser utilizado é tomar uma posição que não seja apenas para a complementação dos dados, mas sob uma avaliação operacional quanto à coleta e à análise de dados, no que se refere à viabilidade de combinação durante todas as fases de pesquisa. Para esse estudo buscou-se esta combinação.

- **Revisão da literatura**

A revisão da literatura científica abordou os aspectos pertinentes ao tema: atenção primária à saúde, matriciamento, trabalho em saúde, atuação do nutricionista na APS, ações de alimentação e nutrição, dentre outros.

A revisão foi realizada por meio do mecanismo de busca nas bases de dados científicos nacionais e internacionais: Bireme, PubMed, Scielo, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), utilizando terminologias dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings*, da *U.S. National Library of Medicine* (MeSH). Também foram analisados os livros encontrados nas buscas e os referenciados nas bibliografias das fontes indexadas.

Outra importante fonte de informações foram as publicações e legislações do Ministério da Saúde, como órgão gestor da ação estudada. Foram realizadas também pesquisas ao Banco de Teses do Portal de Periódicos da Capes/MEC⁵, com o objetivo de conhecer os trabalhos sobre a temática abordada.

Com relação aos artigos científicos nacionais e internacionais foram priorizados aqueles publicados nos últimos cinco anos, embora, por se tratar de uma política pública recente, foi necessário utilizar artigos publicados anteriormente, visando melhor contextualizar os fatos atuais. As expressões utilizadas para a busca foram, em português e em inglês: Atenção Primária; Estratégia Saúde da Família; política pública de nutrição; alimentação e nutrição; equipes de apoio; matriciamento, modelos de atenção à saúde, redes de atenção à saúde e trabalho em saúde.

6.3. Aspectos Éticos

Para a realização desta pesquisa foram observados e adotados os padrões éticos constantes na Resolução CNS Nº 196/1996 preconizada para pesquisas que envolvem seres humanos (Brasil, 1996). Desse modo, inicialmente o projeto foi submetido e aprovado pelo

⁵ <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>

Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (UnB), conforme o parecer 101/2010 (Apêndice I). Posteriormente, com o direcionamento metodológico para a realização de grupos focais, foi submetido e aprovado pelo mesmo Comitê uma emenda do projeto, com explicação e justificativa dessa nova proposta (Apêndice II).

Dentre as contribuições potenciais da pesquisa cita-se: (1) Identificação das ações de alimentação e nutrição que estão sendo desenvolvidas; (2) como estão sendo desenvolvidas estas ações nos NASF; (3) contribuições para a qualificação das ações; e (4) otimização da forma de atuação dos nutricionistas em equipes de matriciamento.

6.4. Fase 1 do estudo

A primeira fase visou à caracterização dos profissionais que atuam nos NASF, suas percepções sobre o trabalho e as respectivas ações desenvolvidas.

6.4.1. Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram os nutricionistas que integravam os NASF em 2010 (universo de 964 profissionais de 1.263 NASF⁶). Para conhecer o universo amostral foi solicitado ao Ministério da Saúde a mala direta com os contatos de todos os nutricionistas que integravam os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) à época.

Posteriormente, foi elaborado um banco de dados com os contatos eletrônicos desses profissionais para envio do convite da pesquisa. Além dos convites diretos, foram feitas divulgações sobre o estudo junto às instituições parceiras nessa temática (os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde, as Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, o Consea⁷ e a Abrandh⁸).

6.4.2. Instrumentos

Um questionário foi elaborado especificamente para este estudo, a partir da síntese das variáveis que envolvem as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde organizada a partir da revisão bibliográfica e diretrizes dos NASF que repercutem sobre estas ações neste contexto (Figura 5).

⁶ Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Ministério da Saúde, 2010.

⁷ Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional

⁸ Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos

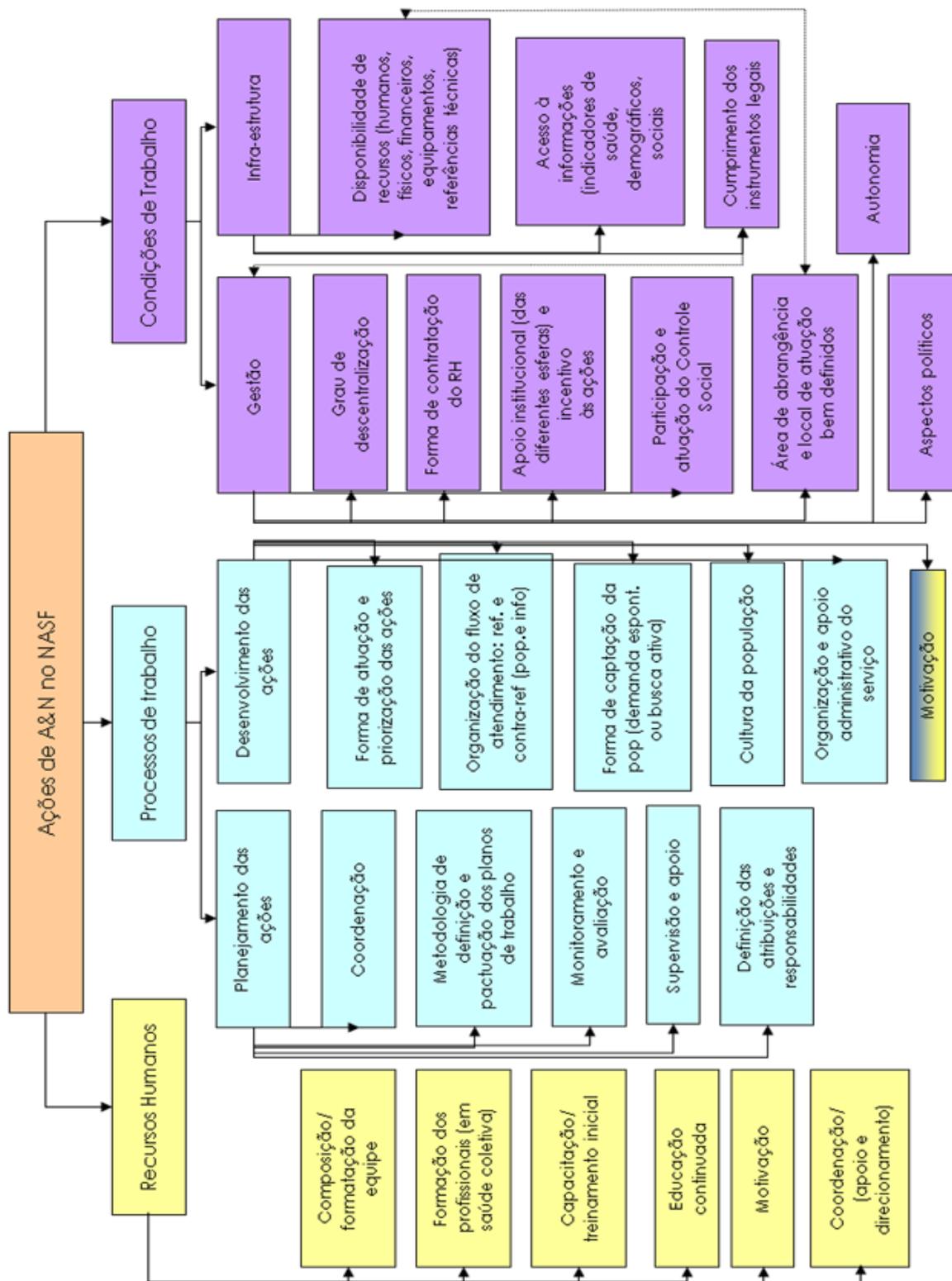


Figura 5. Representação do estudo sobre as variáveis que envolvem as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde

O instrumento contemplou escalas de avaliação (escalas do tipo *likerts*) de frequência, percepção, concordância e motivação (Oliveira, 2001), além de outras questões abertas e fechadas, abordando os seguintes aspectos: a caracterização do profissional e a forma de contratação (Quem são os nutricionistas que estão nos NASF?); a caracterização do trabalho (O que está sendo feito?); o planejamento das ações e a atuação (Como estão sendo feitas essas ações?) e a percepção do profissional (Como avaliam esse processo?).

O instrumento (Anexo I) foi previamente testado em um evento nacional com profissionais de nutrição. Considerando que o objetivo era realizar a coleta de dados à distância, no momento do pré-teste os nutricionistas responderam o questionário no *link*, testando não somente a adequação do instrumento, mas simulando a viabilidade da proposta. Não houve necessidade de correções de conteúdo, apenas de forma, e o questionário eletrônico funcionou adequadamente.

Esse evento nacional foi oportuno também para a divulgação e atualização do banco de dados construído para a pesquisa. Por este motivo foram confeccionados e distribuídos marcadores de livros (Anexo II), como forma de agradecimento aos participantes do teste piloto e também de divulgação aos demais congressistas.

6.4.3. Procedimento de coleta de dados

Para realizar a primeira etapa, o questionário foi disponibilizado *online* e o link foi enviado ao e-mail dos nutricionistas dos NASF constantes na mala direta, juntamente com a carta-convite, uma carta de apresentação da pesquisa, contendo a justificativa e a relevância do estudo, e as orientações pertinentes ao preenchimento do questionário e participação no estudo, que estava vinculada ao preenchimento do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). A coleta de dados da primeira fase do estudo ocorreu no período de agosto a outubro de 2010, por meio eletrônico em um sítio na internet.

6.4.4. Análise de dados

Os dados obtidos na primeira fase do estudo foram analisados por meio do programa SPSS for Windows, versão 18.0 (SPSS Inc. Chicago, Estados Unidos) e Excel (2007), conforme o plano de análise (Anexo III). Foram extraídas as frequências, testes de correlação e *qui-quadrado* de Pearson (χ^2).

As questões abertas foram analisadas pelos *softwares* Evoc2000 e Alceste[®], conforme detalhado a seguir.

O *software* Evoc (*Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations*) foi utilizado para análise das questões referentes à técnica do teste da livre associação, conhecida também, como técnica do termo indutor. Foi solicitada a citação de três palavras (termo induzido) que o profissional, sujeito da pesquisa relacionava a um conceito (termo indutor) (Vergès, 2002; Sá, 1996).

O sistema faz a análise estatística dos resultados, o qual induz a expressão de significados, trazendo as palavras mais citadas/evocadas em função de dois critérios: (1) a frequência de evocação, e (2) a sua Ordem Média de Evocação (OME), ou seja, se foi evocada em primeiro, segundo ou terceiro lugar (Ribeiro, 2005).

É possível identificar o campo comum das percepções dos sujeitos da pesquisa sobre as questões postuladas pelos termos indutores (Sá, 1996). Foram utilizados nas análises os parâmetros fixados pelo *software*: a frequência mínima de 5 vezes e a frequência média de 10, e a Ordem Média de Evocação (OME) foi de 2,5.

O Alceste (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*) é recomendado para a compreensão da organização e da relação entre discursos. Trata-se de um *software* de análise automatizada de estatísticas textuais. Parte do pressuposto de que diferentes lugares de fala dos sujeitos produzem diferentes formas de falar sobre determinado assunto. Nesse sentido, a análise de um vocabulário específico pode ser utilizada como fonte para apreender formas diversas de pensar sobre um dado objeto (Moscovici, 2003; Nascimento-Schulze e Camargo, 2000; Abric, 2000). Esse *software* foi utilizado para analisar as perguntas “Quais os fatores que influenciam a atuação dos nutricionistas no NASF?” e “Qual o papel dos nutricionistas que atuam nos NASF?”.

6.4.5. *Divulgação dos resultados*

A primeira etapa do estudo deu origem a dois artigos científicos, apresentados no capítulo Produto da Fase 1. O primeiro, ‘A Caracterização da atuação dos nutricionistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família’ será submetido à revista *Caderno de Saúde Pública*. O segundo artigo, ‘A percepção dos nutricionistas sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil’, foi elaborado com os resultados das questões subjetivas e será submetido à revista *Panamericana de Salud Pública*.

6.5. Fase 2 do estudo

A segunda etapa do estudo foi realizada com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a atuação e a inserção dos nutricionistas nos NASF, em equipes de matriciamento, por meio do acompanhamento das atividades desenvolvidas por estes profissionais nas equipes, para detalhar os processos de trabalho.

O caráter eminentemente qualitativo, com o objetivo de conhecer a atuação do nutricionista e sua inserção nesse âmbito de atendimento de forma mais completa e profunda, detalhou questões levantadas na primeira fase do estudo. A obtenção das informações foi feita mediante o contato direto e interativo do pesquisador com o objeto do estudo.

Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados (Belei *et al.*, 2008): (A) observação não participante, (B) grupos focais, (C) análise documental, e (D) entrevistas individuais semi-estruturadas. Os resultados foram analisados e descritos para compor o (E) Estudo de Casos (Figura 6). Cada uma das técnicas será descrita a seguir, segundo seus aspectos teóricos, o objetivo da utilização nesse estudo, com a definição dos sujeitos e a forma como foram desenvolvidas.

É relevante lembrar de que não há objetivo de generalização a partir da metodologia qualitativa. Esta não é obtida por meio da validade científica externa, e sim, por meio de generalização naturalística lógica, criando descrições substantivas ou uma compreensão do todo, para colaborar com outros atores a entender o processo (Bosi, 2010; Worthen *et al.*, 2004). Desse modo, os Estudos de Casos foram elaborados com objetivo de apresentar as experiências para outros locais.

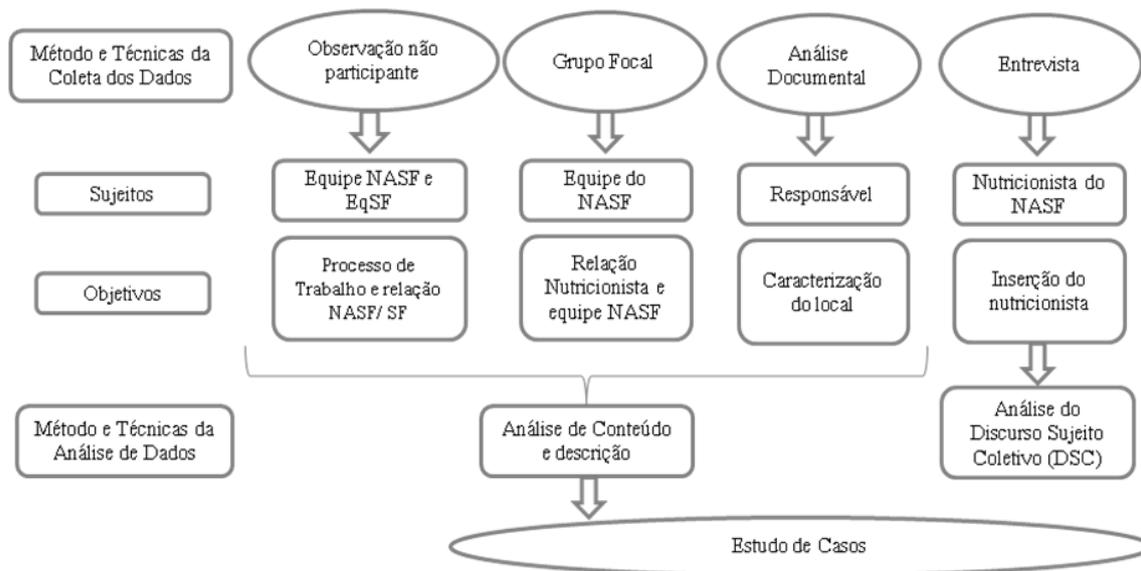


Figura 6. Processo metodológico da segunda fase do estudo.

6.5.1. Unidades de Observação e Sujeitos

O estudo foi realizado com as equipes dos NASF de quatro diferentes municípios. Em cada um dos municípios a coleta de dados foi realizada em um NASF. Esta amostra foi definida por fatores logísticos e orçamentários. A escolha intencional, considerando os critérios de inclusão:

1. O nutricionista do NASF ter participado da primeira fase do estudo⁹
2. NASF implantado há mais de dois anos, a partir da primeira fase dessa pesquisa
3. NASF com ações de alimentação e nutrição
4. Interesse e disponibilidade em participar

Para a busca do terceiro item, além dos resultados da primeira fase, foi feito um levantamento junto à Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), do Ministério da Saúde, visando identificar locais com tal característica. O objetivo era localizar equipes mais estruturadas, nas quais as formas de atuação pudessem subsidiar discussões e servir de exemplo para outros profissionais.

Após seleção prévia dos municípios, foram enviados convites (Anexo IV) aos gestores e ao nutricionista do NASF de cada local, explicando os objetivos, a justificativa e as condições para a pesquisa.

⁹ Foi critério da primeira fase da pesquisa ser nutricionista atuando em um NASF.

Os sujeitos da pesquisa foram todos os profissionais que compõem os NASF de cada município (unidades de observação), com enfoque no nutricionista de cada um destes núcleos.

6.5.2. *Instrumentos*

Diferentemente da primeira fase da pesquisa, o caráter qualitativo desta fase desencadeou o desenvolvimento de instrumentos mais abrangentes, como roteiros (Anexo V). Estes foram elaborados previamente e estão apresentados no tópico '*Procedimentos de Coletas de Dados*', após a descrição do embasamento teórico sobre as técnicas utilizadas.

O teste piloto da fase 2 foi realizado no Distrito Federal, considerando a presença de NASF com nutricionista e a facilidade de acesso. Foram testados os instrumentos e o tempo para a metodologia proposta e não houve necessidade de modificar os instrumentos em conteúdo, apenas quanto ao aspecto da forma.

6.5.3. *Procedimentos de coleta de dados*

Para coleta de dados foi feito contato prévio com o nutricionista da equipe ou com o coordenador do NASF, após o envio do convite, para os encaminhamentos e viabilidade da visita. Foi proposta uma agenda inicial pela pesquisadora, contemplando de quatro a cinco dias úteis, que era verificada com os demais profissionais da equipe, para posterior confirmação com a pesquisadora. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2012.

Além do TCLE (Anexo VI), foi solicitado aos profissionais que assinassem a autorização para gravação das entrevistas e dos grupos focais (Anexo VII).

(A) Observação não participante

Segundo Creswell (2007), uma categoria de método de observação é a visita ao local para analisar situações em seu ambiente natural. É uma técnica que não consiste apenas em ver ou ouvir, mas examinar fatos ou fenômenos que complementem o estudo.

Algumas das vantagens relacionadas à escolha para esta pesquisa podem ser descritas: possibilitou a aproximação das perspectivas dos sujeitos quanto à ação e a descoberta de novos aspectos sobre a situação analisada; permitiu a coleta de dados em situações naturais, em que a comunicação sobre algumas variáveis não seria facilmente possível; é um meio direto e satisfatório para estudar vários fenômenos (Duarte, 2004; 2002). Além disso, permitiu a evidência de dados não contemplados no roteiro de coletas de dados.

Por dois dias em cada local visitado, a coleta se concentrou na observação do trabalho de todos os profissionais que compunham a equipe do NASF. Ênfase foi dada à atuação e aos processos de trabalho do nutricionista, bem como à relação do NASF com suas respectivas equipes da ESF.

Toda observação foi registrada em um diário de campo de forma simultânea, visando à preservação da veracidade dos acontecimentos. Foi utilizado o roteiro (Anexo V) para manter, ao máximo, os parâmetros definidos.

(B) Grupo Focal

O grupo focal foi realizado com toda a equipe. A técnica de Grupo Focal é recomendada por proporcionar os *insights* dos processos (Barbour, 2009; Chiesa e Ciampone, 1999; Lervolino e Pelicioni, 2001). Além de ser útil para investigar o que os participantes pensam são fundamentalmente importantes para desvendar por que pensam como pensam. São como entrevistas no sentido de envolver interações diretas, baseando-se em um processo coletivo (Barbour, 2009).

Segundo Gil (1989) a técnica do Grupo Focal é uma discussão informal e de tamanho reduzido, cujas questões examinadas devem estar em consonância com as práticas e conceitos que lhes são subjacentes, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade (Krueger, 1996). Permite descobrir reações dos participantes quanto ao serviço, às ações e os procedimentos do trabalho e saber mais sobre as necessidades dos profissionais (Lervolino e Pelicioni, 2001), como é o caso desse estudo.

A metodologia recomenda grupos que compartilham de características homogêneas, visando a melhor interação para abertura e exploração do tema (Krueger, 1996). Assim, nesse estudo, os grupos foram formados pelos profissionais das equipes do NASF de cada unidade de observação – de 05 (cinco) a 06 (seis) pessoas. Nos quatro NASF visitados, todos os profissionais destas equipes aceitaram o convite para participar da pesquisa.

O maior interesse era que os profissionais debatesses ideias e propostas, propiciando um maior aprofundamento, tanto para o estudo, quanto para eles próprios (Neto, Moreira e Sucena, 2002) sobre os processos de trabalho.

Desse modo, durante o grupo focal foram propostas questões norteadoras, ou questões-chaves, e respectivos objetivos específicos foram analisados e incorporados no decorrer do debate, conforme a necessidade (Neto, Moreira e Sucena, 2002), para que as sessões fossem bem direcionadas (Anexo V). Questões estimuladoras aos participantes menos atuantes também foram aplicadas.

Além de reagir às perguntas, os participantes puderam sugerir novos tópicos ou descrever condições que apresentaram problemas, percepções, opiniões, experiências, necessidades, ideias e observações.

O grupo foi dirigido somente pela pesquisadora, com a gravação do áudio dos diálogos os registros das linguagens corporais e das interações. Talvez este seja um aspecto negativo e considerado limitador dos resultados. Porém, por questões logísticas e financeiras não foi possível contar com a participação de outro pesquisador. Todos os cuidados foram tomados na captação das informações (Neto, Moreira e Sucena, 2002).

No início de cada seção dos grupos focais foram apresentados aos participantes os objetivos da pesquisa, a técnica do grupo focal, esclarecidas as dúvidas e criando um ambiente amigável. Foi enfatizado que era um momento de debate, sem necessidade de consenso, que divergências eram também positivas. Foi solicitada a participação de todos os presentes, sendo uma conversa de caráter informal, que todos deveriam estar à vontade. Os instrumentos referentes ao Comitê de Ética também foram cuidadosamente apresentados aos participantes, com posterior solicitação da ciência.

(C) Análise Documental

A análise documental serviu, especialmente, para o conhecimento dos dados sócio-demográficos dos territórios de abrangência dos NASF visitados e um breve histórico sobre o serviço de saúde de cada local, no que se refere à APS e ao NASF, com o objetivo de facilitar a compreensão do contexto de trabalho acompanhado. Foram analisados também os documentos produzidos no processo de planejamento e implantação do NASF estudado (Duarte, 2002).

A coleta ocorreu paralelamente às demais atividades de campo, sendo solicitado aos profissionais os documentos técnicos pertinentes para o registro complementar das informações necessárias. Todos os locais disponibilizaram, sem ressalvas, estas informações, bem como o encaminhamento posterior via e-mail, caso necessário.

(D) Entrevistas Individuais Semi-estruturadas

As entrevistas semi-estruturadas contaram com roteiro previamente elaborado (Anexo V) e com possibilidade de inserção de novos questionamentos (Duarte, 2004; 2002; Creswell, 2007), que permitiram esclarecimentos e aprofundamento de aspectos relevantes para o estudo. Considerou-se, ainda, a possibilidade de captar informações necessárias e que não estavam nas fontes documentais e/ou que não apareceram durante a observação não participante.

Esta técnica foi aplicada somente aos nutricionistas com o objetivo de explorar questões relativas ao processo de trabalho do profissional, a inserção na equipe do NASF e o papel das ações de alimentação e nutrição no contexto de atenção à saúde do respectivo território.

Para tanto, foi elaborado um instrumento composto de 13 questões, sendo uma, com dois subitens. As primeiras oito questões foram referentes à identificação do NASF, visando complementar e confrontar com os registros da observação não participante. As demais questões visaram detalhar o processo de trabalho e as ações destes profissionais. Para tanto, foram feitos os questionamentos: ‘Por quê?’, ‘O que faz?’, ‘Como faz?’ e ‘Com quem faz?’, referentes ao trabalho no NASF.

(E) Estudo de Casos

Finalmente, o Estudo de Casos foi a técnica escolhida para organização e apresentação das informações obtidas. Frequentemente é utilizado para coletar informações sobre um programa ou processo de trabalho, além de se destacar como uma abordagem particularmente indicada para apresentar informações em profundidade sobre uma unidade, um programa, uma instituição, um conjunto de pessoas, sem necessidade de generalizar informações (Yin, 2010; Worthen *et al.*, 2004).

Yin (2010) afirma que existem três condições que indicam a utilização inequívoca de estudos de caso: o tipo de questão de pesquisa proposto, a extensão do controle que o investigador tem sobre os eventos comportamentais reais e o grau de enfoque sobre eventos contemporâneos, em oposição a eventos históricos.

Quanto às perguntas, o autor explica que as questões do tipo “como” e “por que”, prioritárias nesse estudo, são explanatórias e são apropriadas ao uso do estudo de caso; quanto ao controle e ao enfoque, o autor esclarece que são apropriados em eventos contemporâneos, em

que os comportamentos não podem ser manipulados ou que não se deseja manipulá-los, características desse estudo. Ademais, a força exclusiva do Estudo de Caso está em sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências, como documentos, entrevistas, observações etc. (Yin, 2010). Estes fatores justificaram a escolha pela utilização do Estudo de Casos

6.5.4. *Análise de dados*

Para as informações registradas nas técnicas de observação não participante e análise documental e àquelas coletadas nos grupos focais, foi utilizada a análise de conteúdo. Esta é definida por um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que busca identificar o sentido contido no texto (semântica) (Campos, 2004; Franco, 1986). Um dado sobre determinado conteúdo, por exemplo, é sem valor até que seja vinculado a outro, produzindo inferências embasadas em pressupostos teóricos de diversas concepções de situações concretas, de seus produtores (sujeitos pesquisados) ou seus receptores (pesquisador).

Para Campos (2004), a razão da análise de conteúdo é a produção de inferências sobre o texto, o que confere ao método sua relevância teórica. Implica em fazer comparações, uma vez que a informação puramente descritiva sobre o conteúdo é de pouco valor. Neste estudo as comparações e análises foram realizadas com base nos princípios e diretrizes de seu objeto: o NASF.

Quanto ao tratamento dos dados, ao final de cada uma das quatro sessões os dados foram ouvidos, com o intuito de averiguar a adequação do áudio, qualidade da gravação e se os objetivos tinham sido atingidos. As informações gravadas tiveram dupla transcrição literal: uma pela pesquisadora e outra por uma estudante de iniciação científica, com confronto dos dados.

Os dados referentes à observação não participante e análise documental, registrados no diário de campo, bem como as informações obtidas nos formulários com roteiro, foram digitados e revisados, para compor as etapas da análise de conteúdo.

As etapas da avaliação foram: pré-exploração do material, com a leitura cuidadosa e a organização, de forma não estruturada, dos aspectos mais importantes; categorização dos tópicos importantes e comuns ao material colhido; categorização das unidades de análise, para a discussão dos dados; descrição; e interpretação, com o aprofundamento do conteúdo, das

mensagens de interpretação em comparação categorias externas (recomendações para atuação nos NASF). Esta última etapa é considerada passo imprescindível na análise de conteúdo de natureza qualitativa (Campos, 2004; Minayo, 1996; Franco, 1986).

Com o objetivo de expressar a multidimensionalidade da realidade do trabalho nos NASF o relato dos estudos de caso foi elaborado a partir da integração de todos os resultados independente de sua origem, assim neste relato encontram-se aspectos identificados tanto na análise documental, como a observação não participante e grupo focal.

As entrevistas tiveram o mesmo procedimento dos grupos focais, quanto ao tratamento dos dados. Para análise foi utilizada a técnica Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de característica qualiquantitativa, proposta por Lefèvre e Lefèvre (2010), por meio do *software* QualiQuanti Soft[®].

Por ser uma técnica qualiquantitativa, é capaz de qualificar as ideias dos sujeitos entrevistados, fazendo emergir o semelhante e o diverso, com possibilidades de generalizações a partir do compartilhamento e distribuição das ideias do grupo. Lefèvre e Lefèvre (2010) consideram importante o conhecimento do compartilhamento de ideias entre os grupos. Com fundamento teórico nas Representações Sociais, essa metodologia assume que os discursos obtidos são convicções, representações e/ou percepções compartilhadas pelos pesquisados, enquanto um grupo social (Ramos, 2011).

A metodologia da análise exige o desenvolvimento de dois operadores para a formação dos Discursos Coletivos: as (1) Expressões Chave (ECH), que são um ou mais fragmentos das respostas obtidas, contínuos ou não, que devem conter a essência do depoimento de cada sujeito; e a (2) Ideia Central (IC), que é mais concisa e serve para o sentido das ECH. A partir dessas operações, feitas manualmente no referido sistema, é possível se obter os Discursos, representando o essencial de depoimentos semelhantes, que foram agrupados em uma mesma categoria (Lefèvre e Lefèvre, 2010; Ramos, 2011). Cabe ressaltar a presença de outro operador utilizado para o aprofundamento da Teoria das Representações Sociais, que não foi utilizado nesta análise, por não ser o objetivo das questões.

6.5.5. Divulgação dos resultados

Posteriormente, os resultados da fase 2 comporão um artigo científico a ser submetido à publicação.

6.6. Financiamento do estudo

A primeira fase dessa pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Posteriormente, a proposta foi contemplada pelo Edital Universal 14/2011, do CNPq, recurso que financiou sua segunda fase. As demais despesas, como materiais de escritório e bibliográficos foram de responsabilidade da doutoranda.

VII. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão do estudo estão apresentados nessa seção como Produtos: os da Fase 1, em forma de dois artigos científicos, e os resultados da Fase 2, com o relato do Estudo de Casos, que, posteriormente, comporá um artigo a ser submetido à publicação. Destaca-se que os resultados apresentados refletem dois momentos distintos no processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os resultados da Fase 1, obtidos dois anos após a o início da implantação e os da Fase 2, quatro anos, quando já era possível identificar maior acúmulo de experiências.

Ao final, considerando as duas fases metodológicas, o estudo teve a abrangência apresentada na Figura 7.



Figura 7. Abrangência geográfica do estudo ‘A atuação do Nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)’.

7.1. Produtos da Fase 1 do estudo

7.1.1. Artigo 1

Título: A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Título corrido: O nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Título inglês: The nutritionist work in the Support Center for Family Health

- Este artigo será submetido à Revista *Caderno de Saúde Pública*.

Autores:

Andhressa Fagundes

Pesquisadora do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN), Universidade de Brasília (UnB), Brasil.

Elisabetta Recine

Professora Adjunta do Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília e Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN), Universidade de Brasília (UnB), Brasil.

Resumo

Visando colaborar com o processo de qualificação da ação do nutricionista na atenção primária à saúde, tendo em vista sua contribuição potencial na promoção e cuidado da saúde e melhor qualidade de vida, foi realizado, por meio eletrônico, um estudo com nutricionistas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Trata-se de um estudo transversal, cujo objetivo foi conhecer o processo de trabalho dos nutricionistas nos NASF. Os resultados apontam para uma satisfação no trabalho por parte destes profissionais, avaliação positiva quanto aos resultados e a importância nos NASF, porém com processos de trabalho e formação das equipes que ainda não condizem às diretrizes recomendadas para o NASF. Os principais desafios apontados pelos profissionais são a alta rotatividade de profissionais, que compromete o vínculo, e a ausência de orientações adequadas sobre o trabalho de matriciamento.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Apoio Matricial.

Abstract

Aiming to contribute to the process of qualifying the nutritionist action in primary health care, given its potential contribution in the promoting and caring about health better quality of life, it was conducted electronically a study with nutritionists that work in the Cores to Support Family Health (NASF). This is a cross-sectional study, which integrates a wider investigation about the Insertion of the Nutritionist in Primary Health Care. The results point to the satisfaction of these professionals, positive assessment of the results and importance in NASF, but with work processes and formation of teams that still do not match the recommended guidelines for the NASF. The main challenges identified by the professionals are the high staff turnover, which compromises the bond, and the absence of appropriate guidelines on support matrix.

Key-Words: Primary Health Care; Family Health, Nutrition.

Introdução

Com a regulamentação, em 2008, pelo Ministério da Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹, cujo objetivo é apoiar as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na efetivação da rede de serviços da Atenção Primária^{2,3,4}, reforçaram-se as discussões relacionadas às equipes de referência, matriciamento, arranjos organizacionais, processos de trabalho e redes de serviços de saúde.

Tais temas problematizam a forma mais eficiente e efetiva de organização do trabalho e de atuação dos profissionais de saúde na atenção primária mediante o objetivo de transcender o modelo de atenção ainda vigente, marcado historicamente pela assistência curativista e hospitalocêntrica^{5,6}. No entanto, no conjunto destas discussões muito pouco é identificado em relação à atenção nutricional e a atuação dos nutricionistas, tema deste artigo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu com a proposta de ser um modelo diferenciado de atenção primária à saúde, orientado por ações interdisciplinares em direção a intervenções voltadas à promoção da saúde da população, consubstanciado na atuação territorializada das equipes^{8,9,10,7,2}: de atendimento integral e contínuo, de toda família, com enfoque no ambiente físico e social, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁸. O governo federal assumiu a sua implantação como estratégia para a mudança do modelo de saúde no país e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), prevendo um impacto na reestruturação em todos os níveis de atendimento^{10,11,12,13,2}.

Nos últimos anos acumularam-se evidências de que um sistema de saúde baseado na Atenção Primária à Saúde (APS) alcança melhores resultados à saúde de suas populações.

Diversos estudos identificaram impacto na melhoria dos indicadores de saúde de diversos países^{13,14,15,16}. Silva e Caldeira⁵ afirmam que, seguramente, a expansão da ESF propiciou a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e deixou os profissionais de saúde mais próximos dos usuários.

Por outro lado, não rara é a divulgação sobre as dificuldades dos profissionais em atuar da forma proposta: integral, interdisciplinar e longitudinal e a demanda pela superação da atenção assistencialista e fragmentada^{11,12,16,17}. Ademais, desafios estão permanentemente colocados à Atenção Primária à Saúde: necessidade de progressiva ampliação da cobertura populacional, que depende da contratação de recursos humanos; integração adequada à rede assistencial; resolutividade e capacidade de compartilhar e coordenar o cuidado^{18,11,2}.

Os NASF, por sua vez, estão sendo implantados por meio de equipes de saúde compostas por profissionais de diversas formações (nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e outros), que devem ser definidos em conformidade com o perfil epidemiológico e vulnerabilidade socioeconômica do território. Os objetivos do NASF são (1) ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações de atenção primária, apoiando e fortalecendo a inserção da Estratégia Saúde da Família e (2) qualificar a intervenção (abrangência, resolutividade, territorialização e regionalização) em áreas estratégicas^{11,3,2}. Entre outros aspectos, os NASF resultam da percepção de que, para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é fundamental a presença de outros profissionais de saúde atuando em parceria e compartilhando suas práticas^{9,2,3}.

Para tanto, estes profissionais devem estar comprometidos com uma atuação intersetorial e interdisciplinar, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde^{18,11,2,3}.

Dentre as categorias profissionais que podem conformar as equipes dos NASF está o nutricionista. Neste horizonte, considerando o escopo de funções que este profissional pode desenvolver no âmbito da saúde coletiva, algumas questões que justificam a realização do presente estudo devem ser citadas: o atual perfil epidemiológico e nutricional da população brasileira, as baixas cobertura de ações e inserção do nutricionista na atenção primária, bem como o desconhecimento quanto à atuação destes profissionais nos NASF^{2,3}.

A alimentação inadequada e o sedentarismo atingem contingentes significativos da população brasileira, em todos os estratos sociais e etários, e conformam fatores de riscos que levam a agravos à saúde e o crescente gasto financeiro no SUS. Ainda persistindo, em algumas regiões e grupos populacionais, problemas nutricionais relacionados à carência de alimentos, o

país convive com perfis distintos e, às vezes, sobrepostos - desnutrição e excesso de peso^{19,20,21,22}. Este cenário impõe a necessidade da organização e expansão da atenção nutricional, que compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, de maneira a contribuir com a reversão da crescente prevalência do excesso de peso e doenças crônicas associadas²⁰.

Para enfrentar e controlar esse perfil epidemiológico nutricional e reduzir seus impactos negativos, tanto sobre a população, quanto sobre o sistema de saúde e os gastos públicos, o caminho mais eficaz e eficiente é investir na promoção da saúde e na prevenção de doenças^{23,24,20,2}.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi promulgada no Brasil em 1999¹⁹ reposicionando a questão alimentar e nutricional na agenda das políticas públicas do setor saúde. Em 2011 foi revisada para se consolidar como uma referência diante dos novos desafios, tendo definido como primeira diretriz de ação a organização da atenção nutricional. Esta diretriz compreende a recomendação de melhor organizar os serviços de saúde para atender as demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação, tanto em relação ao diagnóstico e tratamento, quanto à prevenção e à promoção da saúde, incluindo também as ações de vigilância, para identificar seus determinantes e condicionantes²⁰.

O atendimento do primeiro nível de atenção à saúde que, em geral, acontece em uma Unidade ou Posto de Saúde e/ou pelas equipes de saúde da família, constitui o *locus* privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde. Os NASF surgem nesse contexto da APS, visando à ampliação do atendimento destas equipes e da cobertura à população².

Até outubro de 2010, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o nutricionista estava presente em 964 (76%) dos 1.263 NASF implantados no território brasileiro²⁵, fato que indica o reconhecimento da importância do componente alimentar e nutricional como determinante de saúde.

A partir desse panorama, realizou-se esse estudo com o objetivo de conhecer a atuação do nutricionista nos NASF visando contribuir para a efetiva atuação desse profissional na promoção e no cuidado à saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado por meio de um inquérito eletrônico disponibilizado *online*, entre os nutricionistas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Foi elaborado um questionário especificamente para este fim, com escalas de avaliação (escalas do tipo *likerts*)²⁶ - de frequência, percepção, concordância e motivação -, além de outras questões abertas e fechadas. O instrumento foi previamente testado em um evento nacional com profissionais de nutrição.

Assim, o questionário ficou estruturado em quatro segmentos, abordando as seguintes questões: (1) Caracterização dos profissionais (Quem são os nutricionistas que estão nos NASF e quais as formas de contratação?); (2) Caracterização do trabalho (O que está sendo feito?); (3) Caracterização do planejamento das ações e da forma de atuação/processo de trabalho (Como estão sendo feitas as ações?); e (4) Percepção do profissional quanto ao NASF no qual atuam (Como avaliam esse processo?).

O seguimento referente à caracterização do planejamento das ações, a forma de atuação e o processo de trabalho foi investigado a partir de uma escala de frequência de cinco pontos: baixa frequência (1 = nunca) a alta frequência (5 = sempre), proposta com o objetivo de conhecer algumas dimensões sobre o planejamento e a execução das ações.

Para conhecer as ações que estão sendo realizadas, utilizou-se dois critérios: (1) quais são as ações, a partir de um elenco de atividades esperadas, considerando as diretrizes da PNAN^{19,20} e as proposições da Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica²⁷; e (2) como estão sendo realizadas: se somente pelos nutricionistas ou pela equipe, de forma interdisciplinar. Nesse contexto, buscou-se, ainda, conhecer os materiais técnicos mais utilizados pelos profissionais. A partir de um rol de publicações referenciadas pelo Governo Federal, os nutricionistas classificaram se ‘conheciam’ ou se ‘utilizavam’ a publicação.

Quanto à percepção dos sujeitos da pesquisa quanto ao NASF em que atuam foi questionada a satisfação/insatisfação, com possibilidade de classificar, ainda, como situação ‘inexistente’ ou desconhecimento para avaliá-lo (‘não sei’).

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa após ampla divulgação junto a instituições parceiras (Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde, Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional - Consea e Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - Abrandh) e mala direta fornecida pelo Ministério da Saúde. Os

critérios de inclusão foram: ser nutricionista atuando em um NASF, ter disponibilidade e interesse em participar do estudo e preencher, individualmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi realizado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, da Universidade de Brasília (UnB).

A coleta de dados ocorreu entre agosto e outubro de 2010. A pesquisa foi divulgada amplamente aos nutricionistas dos NASF, sem cálculo amostral. Assim, os resultados se aplicam ao conjunto de profissionais que atenderam ao convite.

Os dados foram analisados por meio do programa SPSS for Windows, versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) e Excel (2007). Foram feitos testes de qui-quadrado de Pearson.

É importante ressaltar que estes resultados integram uma investigação mais ampla, que compõe o projeto Inserção das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica à Saúde, desenvolvido pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN), da UnB, e financiado pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), do Ministério da Saúde.

Resultados

Foram realizados 369 acessos ao questionário *online*, de um total de 964 nutricionistas atuando nos NASF naquele momento. Porém, por problemas tecnológicos (conexão, acesso e incompatibilidade de configuração do questionário eletrônico) foram considerados para essa análise 98 questionários que estavam completos nesse segmento do estudo.

1. Caracterização dos profissionais

Dos nutricionistas que participaram da pesquisa 96,9% eram mulheres, na faixa etária entre 20 e 47 anos, sendo predominante a faixa etária de 20 a 30 anos (68,5%); (média =29,4 anos; DP = 5.91 anos). Do total de participantes 17,3% eram graduados, 73,5% especialistas e 9,2% mestres, cujas áreas de concentração de ambos se dividiam em clínica (32,2%), saúde coletiva (17,7%) e Saúde da Família (11,4%).

Sobre a região geográfica dos respondentes, 69,4% dos nutricionistas eram da região Sudeste, com maior participação dos estados São Paulo (36,7%) e Minas Gerais (30,6%). A região Nordeste teve participação de 15,3% na pesquisa, predominando profissionais do estado da Bahia. Participaram, ainda, 10,2% nutricionistas do Sul do país.

Em relação ao tipo de contratação desses profissionais 50% eram vinculados por contrato temporário, 22,4% terceirizados e 17,2% servidores públicos; 13,3% atuavam em NASF intermunicipal e 76,5% integravam NASF 1, modalidade destinada a municípios com Núcleos que matriciam de oito a 20 Equipes de Saúde da Família¹.

Quanto ao tempo de atuação nos NASF, 27,8% trabalhavam a menos de 12 meses, 34% entre 12 e 24 meses e 38,1% mais de 24 meses (M=19,08; DP=9,2). Apenas 12,2% dos participantes trabalhavam em outro setor do município, convergindo com a informação de que 86,7% dos profissionais eram contratados pelos NASF por 40 horas semanais.

2. Caracterização do trabalho

Foi verificado o modelo de atenção à saúde dos municípios onde os profissionais atuavam: 49,4% era Estratégia Saúde da Família (ESF), 36,7% modelo tradicional de atenção e 13,9% misto. No que se refere ao local de atuação 62,2% dos profissionais exerciam suas atividades em Unidades Básicas de Saúde, 11,2% em Centros de Apoio à Saúde da Família, 9% em Unidades Mistas, 4,1% em Policlínicas, 2% em Clínicas Especializada/Ambulatório de Especialidades.

Quanto ao número de equipes de saúde da família sob responsabilidade de cada NASF, 20,4% relataram apoiar até oito equipes, 61,2% de 9 a 15 equipes e 17,4% em mais de 15 equipes. Ressalta-se que destes, 7,1% referiram apoiar mais de 20 equipes, número máximo recomendado pelo Ministério da Saúde para o NASF 1.

A conformação das equipes dos NASF dos profissionais pesquisados (Figura 1) apontou para a presença predominante de fisioterapeutas (90,4%), psicólogos (74%), educadores físicos (72,6%) e assistentes sociais (67,1%).

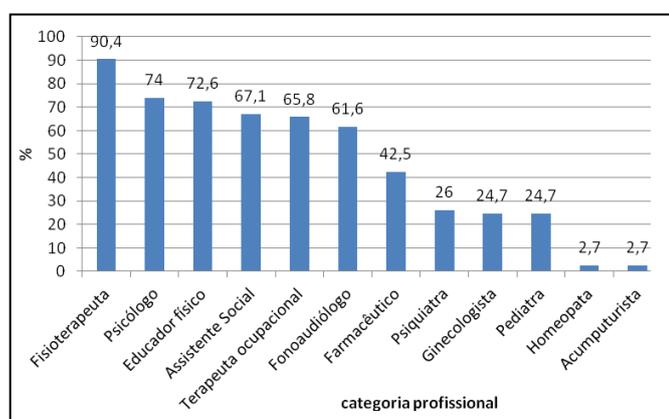


Figura 1: Conformação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

3. Caracterização do planejamento das ações e formas de atuação

Visando identificar as ações desenvolvidas e a forma de atuação dos nutricionistas, 73,6% dos profissionais informaram que, ao serem contratados, não participaram de curso introdutório ou de capacitação. Apenas 40,2% dos profissionais participaram de uma reunião inicial com a coordenação do NASF e 28,3% de reunião com a equipe local do NASF.

Para o planejamento das ações, resultados apresentados na Tabela 1, foi referido por 55,2% dos nutricionistas que os encontros periódicos para discussões dos planos de trabalho entre os NASF ocorrem em baixa escala; e 51% dos sujeitos afirmaram que o monitoramento das necessidades do território de abrangência ocorreu em uma escala que variou entre nunca a raramente. Por outro lado, 58,1% dos sujeitos da pesquisa relataram que os profissionais que compõem o NASF planejam suas ações individualmente, com baixa frequência.

Tabela 1. Frequência (%) da percepção dos entrevistados segundo as dimensões sobre o planejamento e a execução das ações nos NASF¹⁰ em que atuam. n = 98

Dimensões sobre o planejamento das ações no NASF	Escala de frequência ¹¹ (em %)				
	1	2	3	4	5
1. O programa de trabalho do NASF é discutido com a coordenação de atenção básica ou estrutura semelhante do município?	2,1	22,7	15,5	35,1	24,7
2. Há encontros periódicos para discussões dos planos de trabalho entre todos os NASF do município?	9,2	27,6	18,4	24,5	20,4
3. O planejamento das ações é feito por toda a equipe?	1,0	9,2	10,2	36,7	42,9
4. São realizadas reuniões periódicas com as Equipes de Saúde da Família da área de abrangência?	1,0	9,2	11,2	16,3	62,2
5. Os profissionais que compõem o NASF planejam suas ações individualmente?	7,1	35,7	15,3	29,6	12,2
6. É feito diagnóstico das necessidades do território de abrangência?	2,0	17,3	20,4	33,7	26,5
7. É feito monitoramento das necessidades do território de abrangência?	3,1	23,5	24,5	29,6	19,4
8. As ações estratégicas são definidas a partir dos problemas e demandas identificadas?	2,0	4,1	8,2	34,9	51,0
9. Os diferentes profissionais participam destas definições?	3,1	6,0	10,2	40,8	39,8

¹⁰ Núcleos de Apoio à Saúde da Família

¹¹ Escala de frequência, considerando baixa frequência (1 = nunca) a alta frequência (5 = sempre).

Chamam a atenção os resultados (Tabela 2) que revelam que diferentes atividades relativas ao campo da nutrição estão sendo executadas pelo nutricionista em parceria com outros profissionais da equipe, conforme recomenda a diretriz do NASF. Por outro lado, 57,1% afirmaram que realizam palestras educativas sobre alimentação saudável e 45,1% atendimento individual (consulta) sozinhos, sem a presença de outros profissionais da equipe do NASF.

Tabela 2. Frequência (%) das ações de saúde correlatas à alimentação e nutrição que estão sendo realizadas pelos NASFs¹², segundo a forma e envolvimento dos profissionais. n = 98.

Ação	Quem realiza as ações (%)?			
	Nutricionista	Profissionais em parceria	Outros profissionais, sem o nutricionista	Não existe a ação
1 Promoção do Aleitamento materno	4,4	79,1	7,7	8,8
2 Grupos de apoio (doenças crônicas)	4,4	89,0	2,2	4,4
3 Orientação para introdução de alimentação complementar para crianças	24,2	64,8	2,2	7,7
4 Palestras educativas sobre alimentação saudável	57,1	37,4	1,1	4,4
5 Organização de atividades de ampliação do acesso a frutas e hortaliças	7,7	31,9	5,5	52,7
6 Grupos de atividade física	3,3	69,2	24,2	3,3
7 Prevenção da obesidade	17,6	76,9	4,4	1,1
8 Controle/tratamento da obesidade	26,5	72,5	0	1,1
9 Prevenção da hipertensão arterial sistêmica	4,4	83,5	2,2	9,9
10 Controle/ tratamento da hipertensão arterial sistêmica	7,7	82,4	5,5	4,4
11 Prevenção do diabetes	4,4	85,7	5,5	1,1
12 Controle/tratamento do diabetes	11,0	81,3	5,5	2,2
13 Prevenção desnutrição infantil	13,2	65,9	7,7	13,2
14 Controle/tratamento desnutrição infantil	24,2	59,3	6,6	9,9
15 Grupos de orientação alimentar para idosos	26,4	61,5	2,2	8,8
16 Capacitação temática das equipes da ESF	18,7	61,5	5,5	8,8
17 Atividades de educação em saúde (alimentar e nutricional) em equipamentos sociais da comunidade (escolas, creches, organizações comunitárias)	17,6	62,6	2,2	13,2
18 Agendamento de consultas com profissionais especializados	5,6	52,2	20,0	18,9
19 Programa de Suplementação de Ferro	38,5	22,0	0,0	39,5
20 Programa de Suplementação de Vitamina A	5,6	27,0	22,5	39,3 ¹³
21 Sisvan (monitoramento do estado nutricional)	20,0	37,6	11,8	25,9
22 Atendimento individual (consulta)	45,1	49,5	4,4	1,1

¹² Núcleos de Apoio à Saúde da Família

¹³ Programa existente na região Nordeste e alguns municípios da região Sudeste, que não participaram da pesquisa. Assim, o elevado percentual de 'não existência' do programa deve, possivelmente, fazer parte do requisito de implantação.

Ressalta-se que 16,3% referiram não utilizar nenhuma publicação técnica e 30,6% utilizam somente uma ou duas (M=2,84; DP=2,06). Os materiais mais referidos (Figura 2) foram os Guias Alimentares: 90,9% relataram conhecer o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos²⁸ e 88,6% o Guia Alimentar para a População Brasileira²³. A PNAN^{19,20} é conhecida por 64,8% dos pesquisados e utilizada por 40%. Os materiais citados como menos utilizados foram a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)²⁴ e o Protocolo do Sistema de Vigilância alimentar e nutricional (Sivan)²⁹.

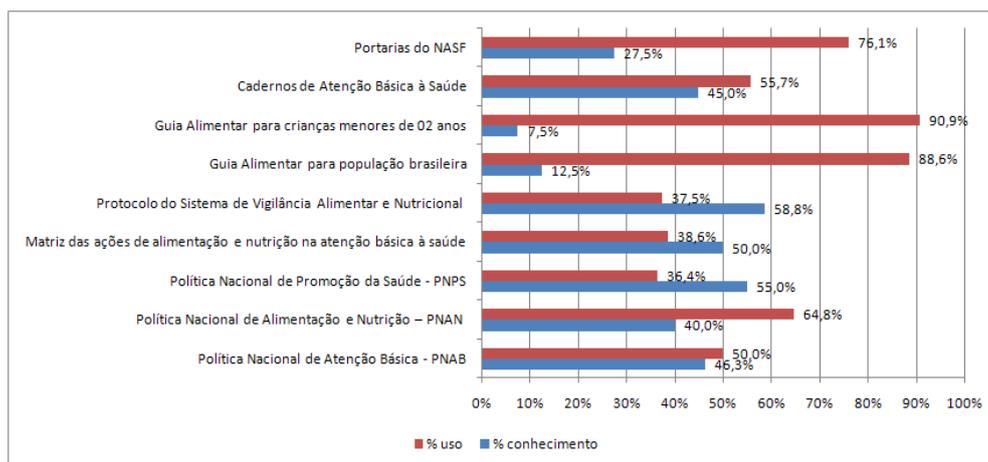


Figura 2. Frequência de publicações técnicas que são conhecidas ou utilizadas pelos nutricionistas dos NASF pesquisados.

4. Percepção dos profissionais quanto ao NASF no qual atuam

A percepção quanto à atuação do coordenador foi satisfatória para 79,3% dos entrevistados quanto à definição de atribuições e responsabilidades individuais e coletivas; 76,1% afirmaram que o mesmo monitora e supervisiona satisfatoriamente as ações; 59,3% consideraram satisfatória a definição de indicadores e metas para as ações. Foi igualmente considerado satisfatório por 68,2% dos participantes o apoio técnico às atividades, por 84,1% a realização de reuniões periódicas e por 79,3% o incentivo a troca de experiências entre os profissionais. Aproximadamente 30% consideraram insatisfatório o acesso e participação da equipe do NASF na definição dos planos de trabalho.

O processo de referência e contra-referência do município entre os níveis de atenção à saúde (atenção primária, média e alta complexidade) foi considerado insatisfatório por 59,8% e um procedimento inexistente por 13,4%. Já a referência e contra-referência entre as equipes de saúde da família e os NASF foi considerada satisfatória por 60,8% e inexistente por 5% dos nutricionistas; 49,5% afirmaram que a captação da população ('busca ativa') por parte das

equipes SF é realizada de modo satisfatório. Em 58% dos locais há agendamento de consulta na UBS para atendimento nutricional.

Os resultados sobre a disponibilidade de recursos no local para o trabalho são apresentados na Tabela 03. A organização administrativa, compreendida como estrutura física, materiais e apoio de recursos humanos, foi considerada insatisfatória por 71,4% dos respondentes e a estrutura física, como local de trabalho, salas para diferentes tipos de atividades, por 69,4%. A participação do Controle Social foi considerada insatisfatória por 40,8% e desconhecida por 18,4% dos participantes.

Tabela 3. Percepção (%) dos nutricionistas os NASF quanto à disponibilidade de recursos no local de trabalho, segundo escala de satisfação. n = 98

	Satisfatório	Insatisfatório	Inexistente	Não sei
Organização administrativa (estrutura física, materiais e apoio de recursos humanos)	16,3	71,4	12,2	0,0
Acesso às informações de saúde, demográficas e sociais	45,9	40,8	11,2	2,0
Equipamentos antropométricos	20,4	69,4	10,2	0,0
Referências técnicas (publicações, protocolos e materiais educativos)	28,6	57,1	12,2	2,0
Estrutura física (local de trabalho, salas para diferentes tipos de atividades)	10,2	76,5	13,3	0,0
Estrutura logística (disponibilidade de transporte)	37,8	38,8	23,5	0,0
Participação e acompanhamento das ações por parte do Controle Social	21,4	40,8	19,4	18,4

Sobre a motivação para atuar no NASF, mensurada também por uma escala do tipo *likert* de cinco pontos, 58,3% dos profissionais referiram sentirem-se motivados, 22,9% muito motivados e 15,6% pouco motivados. No que se refere à autopercepção quanto à capacitação 63,5% sentiam-se capacitados para atuar no NASF, 12,5% pouco capacitados e 3,13% eram indiferentes. Houve relação estatisticamente significativa entre a motivação profissional e a autopercepção quanto às melhorias de saúde da população com a implantação dos NASF [$\chi^2_{(1,8)} = 36,89$ onde $p < 0,01$]. Entretanto, a motivação não foi relacionada com a titulação profissional [$\chi^2_{(1,8)} = 5,88$ onde $p < 0,66$].

A percepção dos sujeitos sobre o papel dos NASF na Estratégia Saúde da Família revelou que 89,8% consideram que houve melhoria nas condições de saúde da população e 65,3% consideram avanços na comunidade também em outras áreas, tais como maior conscientização da população quanto à necessidade de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, maior acesso às informações destas ações, aumento da busca pelos serviços de saúde e acesso a diferentes especialidades as quais eram desconhecidas pelos usuários.

Discussão

A área de alimentação e nutrição no Brasil está organizada, enquanto coordenação, no Ministério da Saúde, desde a aprovação da PNAN, em 1999. Há mais de dez anos implantada, ocorreram avanços importantes do ponto de vista da qualificação das ações de nutrição e da integração destas no SUS, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS)^{30,20}.

Porém, vários desafios ainda são identificados. Para efetivar as potencialidades da nutrição na APS, o cenário aponta para a necessidade de conhecer as ações que estão sendo realizadas, para ampliar e qualificar a atuação dos nutricionistas, segundo as novas estratégias da APS e do SUS, e a nova PNAN, revisada em 2011^{20,21}. Os processos de trabalho devem ser organizados de forma compatível com os movimentos mais gerais da organização da atenção à saúde, como matriciamento, as redes de atenção¹¹. A atenção nutricional precisa estar incorporada a estes processos e não mais ser pensada de forma isolada^{27,20}.

Espera-se que o trabalho das equipes destes Núcleos de Apoio expresse as diretrizes da atenção primária, quais sejam, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a territorialização, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização^{2,3}. Nessa perspectiva, é importante refletir sobre alguns resultados encontrados no estudo: a dificuldade identificada de atuar segundo as demandas do território, a fragilidade do planejamento coletivo e, portanto, interdisciplinar, para atuação em rede e a incipiente participação dos profissionais no controle social. Estes resultados apontam a necessidade de enfrentamento de vários desafios.

É inegável a importância da presença de novas categorias profissionais de saúde, inclusive do nutricionista, na Atenção Primária e o NASF veio atender a essa demanda. Porém, por ser uma iniciativa recente, a perspectiva é que o avanço na implementação das ações de alimentação e nutrição seja fortalecido à medida que o modelo de atenção primária se consolida no país³¹.

Os NASF têm sido implantados em diferentes locais, com distintos modelos de saúde, conforme apresentaram também os dados da pesquisa. Para Campos e Dominiti³², a diversidade e a convivência de diferentes modelos de atenção à saúde nos municípios espelham as diferentes iniciativas em substituir o modelo sanitário hospitalocêntrico, vigente até então.

A capacidade de resposta às necessidades da comunidade é um dos fundamentos da atenção primária à saúde. Assim, a configuração dos serviços de saúde pode variar de uma comunidade para outra, não existindo 'um modelo único', e sim adaptações conforme as necessidades da população atendida e às características relacionadas à gestão local³². Desse

modo, independente do modelo local de atenção à saúde, espera-se que os NASF estejam atuando para aumentar a resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado e compartilhamento de saberes^{2,3}.

A área de formação complementar dos sujeitos pesquisados, conforme vem sendo divulgado por outras pesquisas^{33,34}, não é específica de Saúde Coletiva. Uma realidade que precisa ser enfrentada e revertida por estratégias públicas, no sentido de formar profissionais com perfil de atendimento coletivo e multiprofissional, não apenas em cursos de formação complementares, mas a partir da graduação, uma vez que atenção primária está colocada como prioridade e funda-se no trabalho em equipe e atendimento coletivo².

Rocha *et al.*³⁵ afirmam que *“esses profissionais tem como função oferecer novos saberes e modalidades de cuidado e gestão do trabalho às equipes de saúde da família, para assim qualificar as ações e ampliar o seu escopo (...), entretanto, são eles próprios carentes de uma formação específica, no campo da saúde pública/coletiva que ofereça ferramentas relacionadas, dentre outros saberes, a vigilância e a clínica ampliada”*.

Os problemas educacionais, tanto na graduação quanto na pós-graduação, e os problemas nas relações de trabalho, são aspectos ressaltados dentre os problemas que tem impedido a institucionalização da APS como estratégia³⁶. A competência multiprofissional é uma relevante questão a ser trabalhada, pois a operacionalização do cuidado à saúde é derivada do ensino, da formação dos profissionais, e apresenta consequências diretas na qualidade do serviço prestado ao usuário³⁷. É necessário desenvolver habilidades e atitudes referentes ao trabalho de saúde em equipe, uma vez que cada profissional tem um papel e a relação de colaboração, liderança e/ou subordinação^{17,34}.

No trabalho das equipes de saúde da família, assim como nos outros trabalhos na atenção primária, privilegia a atividade clínica, que depende de profissionais com formações diferenciadas e da interação interdisciplinar entre estas diversas formas de exercício e ferramentas existentes^{38,39,36}. Para tanto, a organização do trabalho clínico das equipes e dos NASF deve passar por uma elaboração conjunta das agendas de seus profissionais, visando à melhor utilização dos seus esforços, tanto no atendimento individual de um profissional a um paciente, quanto no atendimento conjunto de vários profissionais a um grupo de famílias ou indivíduos. A equipe precisa articular suas atividades: o que fazer, como fazer e com que frequência fazer^{40,41,38}.

Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais, para um processo centrado no usuário. Para a equipe, além das atividades específicas da sua profissão, os profissionais têm diversas atribuições comuns:

identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns, reconhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, construir coletivamente um planejamento para enfrentamento dos problemas, dentre outros^{42,37,3,2}.

O tipo de contratação dos nutricionistas também indica fragilidade, considerando que os contratos temporários e os serviços terceirizados propiciam alta rotatividade nas contratações e, conseqüentemente, descontinuidade das ações. As dificuldades da área de recursos humanos para as equipes da Estratégia Saúde da Família são relatadas na literatura e tende a repetir-se nos NASF. Em uma pesquisa realizada na APS de Campinas/SP³⁹, o frágil vínculo entre os serviços foi atribuído à alta rotatividade de profissionais, que enfraquece a continuidade do tratamento e, por conseguinte sua eficácia.

Apesar de existirem poucos estudos avaliativos quanto aos determinantes da rotatividade de profissionais na atenção primária no Brasil, algumas hipóteses têm sido formuladas: forma de contratação, perfil do profissional e condições de trabalho^{43,44,18,17}.

Ademais, em uma área considerada essencial, como a saúde, a ausência de contratações, de direitos trabalhistas e de benefícios adequados ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população⁴⁵.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) relata, ainda na linha de ação relativa ao processo de trabalho na APS, que é fundamental superar esses problemas e que há vários caminhos a serem seguidos: o reforço dos regimes estatutários; a implantação de planos de carreira; a criação de fundos de equalização salarial entre outros. Alguns estados do Brasil, como Bahia e Minas Gerais, por exemplo, já conseguiram avanços significativos e inovadores nessa direção, oferecendo instrumentos concretos para enfrentar as situações de precariedade que ameaçam a correta consolidação da APS no SUS³⁶.

Considerando que um dos fundamentos da Estratégia Saúde da Família² é a criação do vínculo entre os profissionais e a população, a alta rotatividade pode comprometer consideravelmente a efetividade do modelo^{46,33,34}. O vínculo, neste sentido, tem como princípio a constituição de referência, que visam a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Os profissionais devem se responsabilizar pelo cuidado de sua clientela, potencializando, também, a autonomia e emancipação dos usuários no autocuidado à saúde^{37,3,2}.

Embora a proposta seja a equipe dos NASF como apoiador das equipes de saúde da família, e não profissionais que sejam a 'porta de entrada' do sistema de saúde, o desenvolvimento de relações de vínculo compõe o rol de fundamentos gerais da PNAB², direcionadas, portanto, a todos os envolvidos na Atenção Básica. A construção de relações de

afetividade e confiança entre o usuário e o profissional de saúde permite o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde e elevado potencial terapêutico^{42,2}. Além disso, permitir maior visibilidade da qualidade do trabalho de cada equipe e diminuir a distância hoje existente entre o poder dos técnicos e aquele dos pacientes⁴².

Quanto à conformação das equipes de profissionais participantes da pesquisa, os dados mostram-se muito semelhante às informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, com predomínio da contratação de fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos e psicólogos²⁵. Essa característica deve-se, possivelmente, ao perfil epidemiológico da população atualmente, com maior expressão das doenças crônicas^{47,20,23,27}, imprimindo a necessidade de contratação de profissionais que programem e atuem na promoção da saúde e prevenção e cuidado destas doenças.

Importa ressaltar que essas categorias profissionais, inclusive o nutricionista, historicamente não estiveram presentes nas equipes de saúde da atenção primária. Corroborando com essa informação, uma avaliação realizada pelo Ministério da Saúde, em 1999, revelou a presença do nutricionista em menos de 5% das equipes de saúde da família^{48,49,46}. Portanto, a demanda reprimida pode ser outro fator que explica a orientação para a conformação das equipes dos NASF^{50,51,52,53}.

A motivação para o trabalho e a percepção sobre melhorias nas condições de saúde da população por parte dos nutricionistas dos NASF foram resultados positivos encontrados neste estudo. Essa motivação e olhar positivo dos profissionais podem ser valorizados pelos gestores. Minimizar a carência da estrutura, oferecendo condições adequadas para o trabalho em nível local, como a disponibilização de recursos, de equipamentos antropométricos, de referências e materiais técnicos, são aspectos primordiais para manter a motivação dos profissionais e não se tornarem fatores geradores e/ou potencializadores de dificuldades em meio a tantos desafios já impostos.

A parcela de locais que fazem agendamento de consultas foi outro aspecto evidenciado pelos resultados que depõe contrariamente ao proposto para o NASF^{1,2,3}. A expectativa é que os NASF invistam e ocupem um espaço mais amplo que o tradicional de consultas individuais. Visa alterar a lógica de encaminhamento indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização territorial, assegurando de forma dinâmica, a retaguarda especializada as equipes^{3,2}.

Nesse espectro, os resultados de uma pesquisa realizada no município de São Paulo/SP sobre a potencialidade dos NASF apontaram a preocupação do grupo de profissionais quanto ao atendimento individual, pelo risco dessa atividade se assumir o papel de atenção secundária, de

ambulatório de especialidades, embora reconhecessem o que esse recurso seja indispensável para aumentar a compreensão dos casos e potencializar a resolutividade⁵⁴.

Considerando as recomendações de Nascimento e Oliveira⁴, os NASF devem contribuir para alterar a cultura organizacional do SUS, que prioriza a quantidade em detrimento da qualidade e o referenciamento em detrimento da resolutividade. Portanto, é fundamental não negligenciar que a implantação de Núcleos de Apoio nos municípios pressupõe orientações específicas, descritas nos documentos normativos: conhecimento técnico, responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família, o desenvolvimento de habilidades relacionadas à ESF e o comprometimento com a mudança de atitudes na atuação dos profissionais³. Devem ter suas atividades articuladas dentro da agenda das equipes de saúde da família, propiciando um caminho para a clínica ampliada e a interação dialógica entre as diferentes especialidades e profissões⁵⁵.

O matriciamento é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas por equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde, produzindo corresponsabilização dos casos atendidos e efetivação das discussões conjuntas de casos. É uma ferramenta tecnológica que oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referencia, promovendo o compartilhamento dos saberes e ampliando a resolução dos problemas⁵⁵.

A percepção dos profissionais que se sentem pouco capacitados para atuar nos NASF pode refletir a insuficiência de cursos preparatórios e capacitações ao entrarem na equipe, e de formação continuada, somada ao resultado já apresentado da formação complementar ser rara nesta área. A formação insuficiente do profissional para atuar com o matriciamento fere uma das diretrizes dessa proposta: a educação permanente em saúde, aos profissionais e aos usuários, que preconiza que a aprendizagem ocorra em articulação com o processo de (re)organização do sistema de saúde, trabalhando-se com a transformação das práticas profissionais e da sistematização do trabalho^{1,11,36}.

O matriciamento é diferenciado do tradicional modelo de atendimento individual, que corresponde à formação básica recebido pelos profissionais no âmbito acadêmico^{33,34,54}. Portanto, é necessário que os gestores programem treinamentos aos profissionais, sendo este um fundamento do sistema e, assim, responsabilidade do próprio governo. Os NASF só cumprirão seu papel se a atuação dos profissionais e a organização das ações forem coerentes com os objetivos declarados em suas diretrizes.

Resultados de estudos pontuais realizados para conhecer o funcionamento do apoio matricial mostraram que havia dúvidas acerca desta proposta, persistindo os atendimentos

tradicionais, ambulatoriais e de caráter individual^{54,42,35,53}. Os depoimentos de nutricionistas na Rede de Alimentação e Nutrição do Sistema Único de Saúde (RedeNutri) sobre os NASF não foram diferentes: profissionais de vários municípios relataram que estão assumindo, preponderantemente, ações de atenção nutricional individual, pois, em muitos locais, trata-se de iniciar um atendimento até então inexistente, além das dificuldades para colocar em prática o papel original do NASF⁵⁸.

Acredita-se que expressiva demanda reprimida com elevado número de pacientes nas filas de atendimento colabora para que estes profissionais não persistam no desenvolvimento do matriciamento. Muitas vezes, o próprio gestor da unidade não permite a formação de filas e a espera para o atendimento, acreditando que a melhor solução é atender toda aquela população individualmente^{58,35}.

Finalmente, chamou atenção o desconhecimento dos pesquisados quanto à participação no Controle Social. Na maioria das vezes, as Unidades Básicas de Saúde, as Unidades de Saúde da Família e outros espaços onde a atenção primária se concretiza, significam, para a comunidade, o único equipamento social existente com oferta de serviço de forma gratuita. Ou seja, é a única representação do Estado que a população reconhece. Nesse sentido, considerando esses espaços coletivos, é fundamental que os profissionais de saúde sejam atores para exercer o papel no debate e na negociação entre os interesses que permeiam o setor saúde, na maneira de organizar o sistema e no acompanhamento da política formulada, bem como incentivem a participação da população nessa instância⁵⁷.

Dentre as atribuições dos nutricionistas na APS, cita-se a implantação das diretrizes da PNAN, cujo propósito é a melhoria das condições de alimentação e nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição^{17,20}. Nesse contexto as ações de vigilância nutricional são fundamentais para proporcionar a identificação de seus determinantes e condicionantes, tanto para o tratamento, quanto para a prevenção e a promoção da saúde, embora tenham sido pouco relatada pelos pesquisados^{48,58,20,31}.

Nos NASF, acresce-se que os nutricionistas contribuam com o planejamento e a organização das ações de atenção ao cuidado nutricional local e atuando de forma interdisciplinar sobre os determinantes dos agravos e problemas nutricionais do território⁵⁵. É recomendado que o atendimento clínico individual seja ocasional, onde o sujeito tenha atendimento e acompanhamento direto das equipes de Saúde da Família, sob orientação dos profissionais do NASF^{3,31}.

O desempenho do nutricionista e dos demais profissionais de saúde, não somente dos NASF, deve ocorrer com maior ênfase às comunidades e famílias, o ‘corpo social’ ou ‘sujeito coletivo’²⁷, de onde fazem parte os usuários que estão sendo atendidos de forma isolada e individual nos ambulatórios. Designam-se, assim, os Sujeitos da Ação (1).

A preparação destes profissionais, em especial aqui, a dos nutricionistas, deve reforçar, sobretudo, o potencial da sua atuação sob dois aspectos: os Níveis de Intervenção (2), ou seja: na gestão, no cuidado nutricional – compreendido em diagnóstico, promoção da saúde e prevenção de doenças – e no tratamento/cuidado e assistência; e no Caráter das Ações (3) – que podem ser universais, ou seja, que contemplam qualquer fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos) ou específicas, direcionadas a uma destas fases²⁷. Estes elementos – os Sujeitos da Ação, os Níveis de Intervenção e o Caráter das Ações – são complementares.

Adiciona-se a importância da articulação com os equipamentos sociais do local, tais como creches, escolas, igrejas e ONGs, que propicia o atendimento coletivo, que muito tem sido citado pelas referências sobre a formação de redes de atendimento e matriciamento⁴⁰. Além disto, (não é demais falar) é prioridade conhecer a realidade epidemiológica do local, para que seja capaz de ser um profissional promotor de boas práticas para qualidade de vida, atuando sob as condições e demandas reais.

Além da PNAN²⁰, existem outros materiais e diretrizes técnicas³¹ que já se encontram disponíveis, com o objetivo de corroborar com as ações desses profissionais, de forma a convergir com melhor qualidade de vida e de saúde da população: a Matriz das ações de alimentação e nutrição na atenção básica a saúde²⁷, o Guia Alimentar para População Brasileira²³, o Protocolo do Sisvan²⁹, o Caderno de Atenção Básica das diretrizes do NASF³. Além dos citados, outros que explicam o matriciamento podem ser úteis^{32,55,43,37}.

Os nutricionistas podem (e devem) promover e desenvolver nesse âmbito de atuação diversas ações: coordenar a realização da vigilância alimentar e nutricional do território, utilizando espaços coletivos e equipamentos sociais; participar e realizar grupos operativos; promover e participar de atendimentos compartilhados com outros profissionais; realizar ações de promoção à saúde e ações educativas (sobre diversos temas); direcionar as intervenções nutricionais a partir dos indicadores reais; organizar atendimentos individuais a partir de protocolos elaborados por eles mesmo, direcionando as equipes o momento de cada referência; integrar-se intersetorialmente para organização de eventos, como feiras livres de frutas e hortaliças, onde um grande contingente populacional seja ‘aproveitado’ para ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças; configurar-se como profissionais mobilizadores da participação social da população, promover discussões de casos, dentre outras.

Ações de alimentação e nutrição devem ser contempladas em qualquer ação de saúde, relacionadas à promoção, ao cuidado e à cura, em todos os níveis de atenção e em todas as fases do curso da vida^{52,48,53}. O trabalho multidisciplinar pode contribuir para a efetividade das ações de nutrição na atenção primária, a partir do compartilhamento de conhecimentos com os outros profissionais³. Porém, é imperativo que os profissionais consigam expandir a atuação para além dos muros de ‘seus’ ambulatorios, com agendas diárias compostas por dezenas de pacientes (com situações muito semelhantes), e avancem para os espaços de vivência e da agenda das equipes de saúde e da população. Atender, educar e formar mais e de forma qualificada os ‘sujeitos coletivos’.

A implantação da atenção nutricional, com ênfase na atuação em equipes, deve contar com um nutricionista que seja um profissional educador em saúde, com responsabilidade de orientar os demais profissionais e a população. No que tange às questões alimentares e nutricionais específicas, deve propor e estabelecer protocolos de atendimento capazes de nortear a todos os envolvidos – do serviço e da comunidade. Além disto, deve colaborar com o desenvolvimento das ações que não estão, necessariamente, no seu campo de formação específico, mas inseridas de modo mais amplo na saúde.

Considerações finais

A inserção da atenção alimentar e nutricional, no âmbito individual e coletivo, na atenção primária deve considerar quatro dimensões: (1) qualificar as equipes de referência; (2) aumentar quantitativamente a presença do nutricionista na atenção primária; (3) reverter o modelo de atenção em saúde; e (4) contar com priorização política.

Fundamentalmente, a atuação nos NASF deve contemplar consideráveis mudanças: maior expressão das ações e atendimento voltados à promoção da saúde e não apenas tratamento e cura; atendimento integrado de equipes multidisciplinares, atendimentos coletivos e não individuais, como apontaram esses resultados sobre atuação do nutricionista dos NASF nesses locais, até o momento. As reflexões sobre esse formato de atuação sinalizam para a necessidade de uma preparação dos profissionais direcionada às concepções da saúde coletiva e da interdisciplinaridade desde a formação acadêmica.

Colaboradores

AA Fagundes participou da elaboração do projeto, foi responsável pela coleta, análise e interpretação dos dados e redação. E Recine foi responsável pela concepção do estudo, discussão, redação e revisão final.

Agradecimentos

À Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), do Ministério da Saúde (MS), pelo apoio e financiamento da pesquisa. Aos pesquisados, colaboradores. Às coordenadoras técnicas dos NASF de Belo Horizonte e de São Paulo, que contribuíram com a coleta de dados. À Renata Yokota pela colaboração no tratamento estatístico.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**. Diário Oficial da União, 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. 4ed. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2012. 68p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Série Cadernos de Atenção Básica nº. 27. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2010. 152p.
4. Nascimento DDG, Oliveira MAC. 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.
5. Silva JM, Caldeira AP. Modelo Assistencial e indicadores de qualidade de assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 2010; 26(6): 1187-1193.
6. Dimenstein M, Sever AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiro V, Bezerra E. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde Mental. **Saúde Soc.** São Paulo:2009, 18(1): 63-74-
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília-DF: **Ministério da Saúde**. Diário Oficial da União, 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2006. 60p.

9. Starfield B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília-DF: Unesco, **Ministério da Saúde**, 2002. 726p.
10. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. São Paulo: 2002, 7(3): 401-412.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2010, 15(5): 2297-2305.
12. Coelho IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais de saúde. In: Manual de Práticas de Atenção Básica – Saúde ampliada e compartilhada. Campos GWS, Guerreiro AVP. 2º ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 411p.
13. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Care Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health**, 2006, 60(1):13-9.
14. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2006,11(3):713-24.
15. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro:2006,11(3):669-81.
16. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2006, 22(6): 1171-1187.
17. Scherer MGA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho Coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2009; 43(4): 721-25.
18. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2009, 14(Supl. 1): 1325-1335.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2 ed. rev. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2003. 48p.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2012. 84p.
21. Recine E, Vasconcellos AB. Políticas nacionais e o campo de Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2011, 16(1): 73-79.
22. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 2007, 23 (7): 1674-1681.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. 1º ed. 1º rev. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1 ed. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2008. 210p.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Série: Pactos pela Saúde. Vol 7. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2006.60p.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) Sistema de Informações. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**. Acesso em outubro de 2010.
26. Oliveira TMV. Escalas de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. Administração Online, v. 2, n. 2, 2001. Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art22/tania.htm.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde. Séria A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2009. 78p.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Representação do Brasil. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Séria A. Normas e Manuais Técnicos . Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2002. 152p.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) na assistência à saúde.Série B. Textos Básicos de Saúde. 1ºed. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2008. 61p.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento-base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS. CNS; CIAN; CGPAN. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2010. Disponível em www.saude.gov.br/nutricao.
31. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortoline GA. Ações de Alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência da organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.**, Campinas: 2011, 24(6): 809-824.
32. Campos GWS, Dominitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro:200723(2): 399-407.
33. *Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: 2010, 15(Supl. 1): 1521-1531.*
34. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro:2008, 42(2): 347-68.
35. Rocha ALMO, Neto AAS, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Sobrinho GDO, Martiniano CS, Sampaio J. Análise do perfil profissional das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Campina Grande/PB. Trabalho apresentado no VI Encontro Latino Americano de Pós-graduação da Universidade do Vale do Paraíba. Campina Grande: **Universidade do Vale do Paraíba**, 2012.
36. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*, 2011. 113 p.

37. Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino ES, Magalhães FC, Souza FF, Rocha AMO *et al.* O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. **Rev. Bras. Ciências da Saúde**,2012, 16(3): 317-324.
38. Pinto CAG, Coelho IB. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda de uma equipe de atenção básica. Em: Manual de Práticas de Atenção Básica – Saúde ampliada e compartilhada. Campos GWS, Guerreiro AVP *org.* São Paulo: **Hucitec**, 2010 (p.96-127). 411p.
39. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, 2011, 16(12): 4643-4652.
40. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro: 1999, 4(2): 393-403.
41. Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, 2001; 35(1):103-9.
42. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, Delziovo CR, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transf. Social**, Florianópolis:2012, 3(1): 18-31.
43. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JB, Reis F, Castro SC. . Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm**,Brasília:2009, 62(1): 113-118.
44. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: 2009, 14(3):783-794.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. DesprecarizaSUS: perguntas e respostas.Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. 1ºed. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2006. 32p.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família - PSF. Relatório preliminar. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 1999. 72p.
47. Coutinho JGC, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro:2008, 24(Sup 2): S332-S340..
48. Camossa ACA, Terarolli Junior R, Machado MLT. O fazer teórico do nutricionista na Estratégia Saúde da Família: representações sociais dos profissionais das equipes. *Rev. Nutr.*, Campinas; 2012, 25(1):89-106.
49. Brasil. Conselho Federal de Nutricionistas. *Pesquisa Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas - CFN, 2006.88p.
50. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre; 2008, 1(1): 33-42.

51. Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, Silva ACF, Ubarana J. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev Bras Epidemiol, São Paulo, 2009**; 12(4): 688-699.
52. Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, Daros SJ, Batistel S, Martins TCA *et al.* A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2011; 16(Supl. 1): 797-804.
53. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr**, Campinas, 2002; 15(3): 255-266.
54. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012; 28(11): 2076-2084.
55. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2011; 20(4): 961-970.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição. Como estão sendo realizadas as ações de Alimentação e Nutrição nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família? Texto de Sistematização da RedeNutri. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2010. Disponível em: <http://ecos-redenutri.bvs.br>. Acesso em novembro de 2012.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Revista Brasileira Saúde da Família. Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário. Ano VIII. Edição Especial (Nov.2007). Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2007.
58. Mattos PF, Neves AS. A Importância da Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. **Rev. Práxis**, 2009, 1(2): 11-15.

7.1.2. Artigo 2

Título: A percepção dos nutricionistas sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil

Título em inglês: The perception of the nutritionist about the Support Center for Family Health in Brazil

- Este artigo será submetido à Revista *Panamericana de Salud Pública*.

Autores:

Andhressa Fagundes

Pesquisadora do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN), Universidade de Brasília (UnB), Brasil.

Elisabetta Recine

Professora Adjunta do Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília e Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN), Universidade de Brasília (UnB), Brasil.

Resumo

Considerando-se a recente inserção dos nutricionistas na Atenção Primária à Saúde por meio da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, buscou-se conhecer a percepção destes profissionais sobre a Atenção Primária a Saúde, sobre os próprios NASF e quais os principais aspectos que envolvem a sua atuação. Foi realizado um inquérito qualitativo *online*, cuja análise foi subsidiada pelo constructo das Representações Sociais. Os resultados da técnica da livre evocação mostraram que os profissionais tem se apropriado dos princípios e das diretrizes da APS e do NASF. Quanto aos fatores que facilitam a atuação foram citados o trabalho em equipe, vínculo, e reuniões periódicas, que proporcionam discussões sobre o trabalho e trocas de experiências. Os desafios e dificuldades são relacionados à falta de estrutura adequada para desenvolvimento do trabalho em equipe, conforme recomendado pela APS, além da elevada demanda por atendimento.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Alimentação e Nutrição; Apoio Matricial; Representação social.

Abstract

Considering the recent inclusion of nutritionists in the Primary Health Care through the implementation of Cores to Support Family Health, it was investigated their awareness on Primary Health, on the NASF and what are the main aspects involving their performance. We conducted a qualitative online survey, whose analysis was supported by the construct of Social Representations. Results of the free recall technique showed that the professionals have appropriated the principles and guidelines from the APS and the NASF. As for the factors that facilitate the performance it was mentioned teamwork, bonding, and periodic meetings, which provide discussions about the work and the experiences. The challenges factors are related to the lack of infrastructure for team work development, as recommended by the APS, and the high demand for attendance.

Key-Words: Primary Health Care; Family Health, Nutrition, Social Representation.

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) à Saúde, revisada recentemente, traz na apresentação de seu texto que meio milhão de pessoas, entre trabalhadores de saúde, gestores e atores sociais, tem se empenhado no cotidiano para a construção de uma Atenção Primária de mais qualidade aos cidadãos brasileiros. Este instrumento legal relembra, ainda, que a Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil é estratégia prioritária, sendo desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilarização das ações, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.

Desse coletivo envolvido no aprimoramento do Sistema Único de Saúde, os profissionais de saúde que estão diretamente cuidando das necessidades da população são fundamentais, pois são eles que colocam em prática o que é postulado pelos gestores de saúde e representam os principais instrumentos para a descentralização das ações.

Há que se ressaltar que a proposta da atenção primária é um tanto complexa e contempla inúmeros aspectos que devem ser compreendidos e desenvolvidos por estes profissionais na prática diária do trabalho em saúde (Brasil, 2012b, pg.19):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo

de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

Desde 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a forma prioritária para orientação da atenção primária. Em 2008, como objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da ESF, bem como de sua resolutividade, foram incluídas, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), novas especialidades profissionais, anteriormente não previstas na contratação para o trabalho neste nível de atenção. Dentre estas categorias profissionais encontra-se o nutricionista.

Esses esforços para fortalecer a APS visam o enfrentamento do perfil epidemiológico da população que se apresenta, igualmente complexo, pela tripla carga de doenças: uma agenda não equacionada de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; a elevada prevalência de doenças crônicas, degenerativas e incapacitantes, e seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada; e o crescimento das causas externas (Mendes, 2009; Jaime *et al.*, 2011).

Neste contexto, as ações de alimentação e nutrição são fundamentais na APS, em especial, na Estratégia de Saúde da Família. Tanto as doenças crônicas não transmissíveis, como as deficiências nutricionais, estão associadas à alimentação e modos de vida não saudáveis. A presença do nutricionista no NASF visa, portanto, contribuir com a qualificação das ações e garantia da integralidade da atenção prestada à população brasileira (Brasil, 2009; 2012).

Desde a implantação dos NASF, aproximadamente 70% das equipes contam com a atuação de um nutricionista, se mostrando um relevante dispositivo para a entrada do nutricionista na APS (Brasil, 2013).

Frente a este cenário considerou-se importante conhecer a percepção dos nutricionistas que atuam nos NASF, como está a prática destes profissionais nesse novo e inovador modelo de atendimento e, conseqüentemente, a inserção das ações de alimentação e nutrição nesse contexto, por meio de uma pesquisa de abrangência nacional envolvendo essas questões.

Optou-se pela utilização do constructo da Teoria das Representações Sociais (TRS) que, segundo Moscovici (2003), contribuem para refletir sobre a forma como um grupo de pessoas constrói e elabora uma realidade, podendo oferecer subsídios teóricos e metodológicos para análise e compreensão de determinado contexto. Estudos com base nessa teoria colaboram no entendimento dos sentidos que são partilhados entre os sujeitos que conformam determinado grupo, servindo para a orientação de práticas.

Face ao exposto, este trabalho tem como objetivo identificar as percepções dos nutricionistas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sobre a Atenção Primária à Saúde, os próprios NASF e os principais aspectos que envolvem a sua atuação.

Materiais e Métodos

Foi realizada uma pesquisa transversal, descritiva, de caráter quali-quantitativo, por meio da aplicação de um questionário *online* disponibilizado aos nutricionistas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A coleta de dados foi realizada no período entre agosto e outubro de 2010.

Uma ampla divulgação da pesquisa e o envio de convite aos profissionais dos NASF, constantes na mala direta fornecida pelo Ministério da Saúde, foi a estratégia utilizada para compor os sujeitos do estudo. Os critérios de inclusão foram: ser nutricionista atuando em um NASF, ter disponibilidade e interesse em participar do estudo e preencher, individualmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi realizado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, da Universidade de Brasília (UnB).

Ressalta-se que estes resultados integram uma investigação mais ampla, que compõe o projeto Inserção das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica à Saúde, desenvolvida pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN), da UnB.

Para atingir os objetivos propostos, foram elaboradas três perguntas, cuja metodologia de coleta se baseou na técnica de evocação ou associação livre de palavras ao termo indutor. Outras duas perguntas subjetivas, dirigidas à busca da interpretação dos profissionais quanto à atuação nos NASF e principais aspectos que influenciam o processo de trabalho, compuseram o instrumento.

A coleta de dados com base na técnica da evocação livre de palavras permite ao sujeito falar e escrever vocábulos que lhe venham à mente, após ser estimulado por uma palavra indutora que caracteriza o objeto de estudo, constituindo a representação desse coletivo (Sales *et al.*, 2007; Sá, 1996). Para a análise destas três questões foi utilizado o *software* EVOC 2000 (*Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations*), e para as outras duas questões sobre a prática no NASF, foi utilizado o *software* Alceste® (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*) (1986).

O EVOC faz a análise estatística das palavras mais citadas, identificando o campo comum das percepções dos sujeitos da pesquisa quanto aos termos indutores. A apreciação das palavras mais evocadas se dá em função de dois critérios: (1) a frequência de evocação (*f*), e (2) a sua Ordem Média de Evocação (OME), considerando se foram evocadas em primeiro, segundo ou terceiro lugar. A frequência (*f*) e a OME utilizadas na análise foram as fixadas pelo *software*: (*f*) mínima de 5 vezes, (*f*) média de 10, e OME de 2.5. Os termos indutores utilizados na pesquisa foram: Atenção Básica à Saúde; Nutrição na Atenção Básica; e Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

A interpretação dos resultados permite o conhecimento da estrutura da representação social, com seus possíveis elementos centrais e periféricos, em relação ao termo indutor questionado, identificando aquelas que mais se destacam pela maioria dos respondentes e a ordem em que foram relatadas.

O Núcleo Central, representado pelos elementos centrais, significa a estabilidade das Representações Sociais (RS), correspondendo aos aspectos históricos e culturais e, portanto, mais resistente às mudanças. O sistema periférico permite analisar as respostas menos significativas e mais fáceis de serem modificadas (Abric, 2000; Almeida e Cunha, 2003; Sá, 1996; Nascimento-Schulze e Camargo, 2000). Assim, os resultados dessa técnica permitem afirmar que os termos evocados pelos participantes (induzidos) refletem as suas considerações a partir dos termos questionados (indutores).

Em geral, os resultados provenientes da técnica de livre associação são apresentados em tabelas de quatro casas. Cada quadrante é organizado em dois eixos: o eixo vertical apresenta a frequência (*f*) de evocação das palavras e, o horizontal, a Ordem Média de Evocação (OME). Sá (1996) explica que o primeiro quadrante concentra as primeiras palavras evocadas pelo grupo e com uma frequência mais elevada. Os elementos (palavras) contidos neste quadrante são os mais relevantes e, portanto, indicadores do provável núcleo central da representação social. Embora importantes, o segundo e o terceiro quadrantes correspondem aos elementos menos representativos na estrutura da representação social, uma vez que correspondem aos prováveis

elementos do sistema periférico, considerados a periferia próxima. Por fim, o quarto quadrante ou periferia distante, apresenta os elementos menos frequentes e menos referidos. Estes se referem aos aspectos mais individuais de cada sujeito, e não, precisamente, do grupo pesquisado. Por este motivo não foram enfatizadas nos resultados desse estudo.

Para análise no EVOC o banco de respostas foi previamente preparado: correção dos erros de digitação, limpeza de sinais e símbolos, padronização do singular e letras minúsculas, bem como verificação de similaridade, com a devida preservação do sentido e o contexto das respostas. Os termos compostos forma acrescidos de hífen para não serem analisados de forma separada.

As duas questões subjetivas foram: “Quais os fatores que influenciam a atuação de nutricionistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)?” e “Qual o papel dos nutricionistas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)?”. Para análise de dados foi utilizado o *software Alceste*[®], que faz análise automatizada de dados textuais, ou estatísticas textuais.

Este material foi formatado a partir da junção das respostas dos indivíduos em um único documento de texto (denominado *corpus*), para a compreensão do modo como os discursos se organizam e das relações existentes entre eles. Este tipo de análise assume que diferentes lugares de fala dos sujeitos produzem diferentes formas de falar sobre determinado assunto. Nesse sentido, a análise de um vocabulário pode ser utilizada como fonte para apreender formas diversas de pensar sobre um dado objeto (Kronberger e Wagner, 2002).

Desse modo, com base em cálculos da co-ocorrência de palavras em segmentos do texto, foi feita uma classificação estatística de enunciados dos resultados, em função da distribuição de palavras nestes enunciados, buscando apreender as palavras mais características.

Em seguida, a análise busca diferenciar classes de palavras que caracterizam discursos distintos sobre o tema investigado (Nascimento e Menandro, 2006). Isso significa que a partir da análise da estrutura textual, ou seja, da distribuição lexical, é possível seccionar o texto analisado em diferentes trechos (as Unidades de Contexto Elementar – UCE), agrupar os trechos que compartilham um mesmo vocabulário e formar classes que correspondem a diferentes temas/assuntos tratados. A relação (R) entre as classes e os eixos formados pode variar entre 0 (nula) e 1 (importante) e a representatividade de cada classe em relação ao *corpus* analisado é dada em percentual (%).

As classes compostas são apresentadas por palavras em função de seu *qui-quadrado* (χ^2), coeficiente de associação das palavras às classes. Ou seja, quanto maior o χ^2 da palavra, mais

significativa é sua presença para a classe. Neste estudo foram apresentados apenas os resultados mais significativos.

Resultados

Participaram desse segmento da pesquisa 174 profissionais de diferentes regiões do país. Aproximadamente 70% dos participantes eram da região sudeste e 15% da região nordeste. Do total de participantes 98% eram mulheres, na faixa etária entre 20 e 47 anos, sendo predominante a faixa etária de 20 a 30 anos (76.5%); (média =32 anos; DP = 4.1 anos).

Técnica de Evocação

O primeiro termo indutor foi ‘Atenção Básica à Saúde’ (ABS) (Tabela 01). Foram evocadas um total de 702 palavras, sendo 304 diferentes. O primeiro quadrante foi composto por palavras evocadas, no mínimo dez vezes e mencionadas até o segundo lugar, conotando a importância dessas expressões para os participantes. Estas expressões foram: ‘Prevenção de Doenças’ (97), ‘Promoção da Saúde’ (66), ‘Integralidade’ (30), ‘Porta de Entrada’ (21), ‘Saúde’ (20) e ‘Atenção’ (14). Em seguida, com menor (*f*) e maior OME, foram citadas as palavras ‘Cuidados’ (27), ‘Acolhimento’ (25), ‘Vínculo’ (22), ‘Educação’ (16), ‘Resolutividade’ (14) e ‘Acesso’ (6).

Para o segundo termo indutor, ‘Nutrição na Atenção Básica’, foram citadas 390 palavras, sendo 256 diferentes. As palavras com (*f*) > 10 e OME < 2,5, foram ‘Prevenção de Doenças’ (65), ‘Promoção da Saúde’ (46), ‘Saúde’ (25), ‘Educação Nutricional’ (21). Ainda com (*f*) > 10, porém, com OME >2,5 foram apresentadas ‘Qualidade de Vida’ (18), ‘Segurança Alimentar e Nutricional’ (14). As palavras ‘Vida Saudável’ (6), ‘Promoção da Alimentação Saudável’ (7) e ‘Hábitos’ e ‘Informações’ (6) foram menos citadas, mas com a ordem mais prioritária, sendo posicionadas no terceiro quadrante.

O termo ‘Núcleo de Apoio à Saúde da Família’ foi o terceiro e último termo indutor, e recebeu as palavras induzidas: ‘Apoio’ (64), ‘Equipes’ (50), ‘Matriciamento’ (47), ‘Interdisciplinaridade’ (46), ‘Grupos’ (19) e ‘Integralidade’ (18) como as mais frequentes e primeiramente evocadas (*f*>10 e OME <2,5) (Tabela 02). As expressões ‘Saúde’ (32), ‘Educação’ (16), ‘Qualidade’ (13), ‘Atendimento’ (11) conformaram o segundo quadrante, sendo frequentemente evocadas, embora com a ordem de evocação mais avançada. As palavras que

compuseram o terceiro quadrante foram ‘ESF’ (9), ‘Clínica Ampliada’, ‘Especialidades’ e ‘Família’ (7) e ‘Humanização’ (5).

Tabela 1. Elementos da representação social do termo indutor ‘Atenção Básica à Saúde’, segundo a frequência e a ordem média de evocação. (n= 174 sujeitos)

		Ordem Média de Evocação					
		Inferior a 2,5		Superior a 2,5			
F R E Q U Ê N C I A	Acima de 10	97	Prevenção-doenças	1,30	27	Cuidado	2,51
		66	Promoção-saúde	1,52	25	Acolhimento	2,56
		30	Integralidade	2,36	22	Vínculo	3,00
		21	Porta-entrada	1,81	16	Educação	2,83
		20	Saúde	2,15	14	Resolutividade	3,40
		14	Atenção	2,24			
	De 5 a 9	6	Acesso	2,00	9	Humanização	3,00
		5	Essencial	2,00	8	Equidade	2,75
		5	Responsabilização	2,40	8	Equipe	3,50
					7	Primeiro contato	2,85
				7	Família	3,00	
				7	Assistência	2,71	
				7	Acompanhamento	3,20	
				6	Apoio	2,50	
				5	Grupos	3,20	
				5	Orientação	3,00	

N de evocações = 502

N de palavras diferentes = 304

Tabela 2. Elementos da representação social do termo indutor ‘Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)’, segundo a frequência e a ordem média de evocação. (n= 174 sujeitos)

		Ordem Média de Evocação					
		Inferior a 2,5		Superior a 2,5			
F R E Q U Ê N C I A	Acima de 10	64	Apoio	2,01	32	Saúde	2,75
		50	Equipes	2,26	16	Educação	3,06
		47	Matriciamento	1,82	13	Qualidade	2,84
		46	Interdisciplinaridade	2,21	11	Atendimento	2,72
		19	Grupos	2,42			
		18	Integralidade	2,11			
	De 5 a 9	9	ESF	2,11	8	Ampliação	2,87
		7	Clínica ampliada	2,28	7	Orientações	2,85
	7	Especialidades	2,28	7	Planejamento	2,85	
	7	Família	2,40	6	Intersetorialidade	3,16	
	5	Humanização	2,40	6	Resolutividade	3,33	
				6	Educação Permanente	2,54	

N de evocações = 566

N de palavras diferentes = 278

Análise de Conteúdo

Conforme mencionado, essa análise foi utilizada para as perguntas: (1) “Quais os fatores que influenciam a atuação de nutricionistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)?” e (2) “Qual o papel de nutricionistas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)?”.

(1) “Quais os fatores que influenciam a atuação de nutricionistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)?”

A classificação hierárquica descendente do *corpus* analisado organizou o conteúdo das questões em duas grandes classes: a primeira classe faz menção aos fatores facilitadores da atuação dos nutricionistas no NASF e a segunda às dificuldades encontradas por esses profissionais (Figura 1).

Cada uma das classes foi responsável por 50% do *corpus* analisado. A Classe denominada “fatores facilitadores” remete à integração, comunidade e equipe, e a de “dificuldades encontradas”, por sua vez, traz o problema da falta de material, equipamentos e espaço físico.

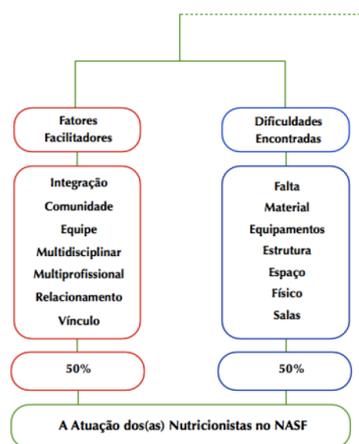


Figura 1. Fatores influenciadores da atuação dos nutricionistas no NASF

A Classe “fatores facilitadores” apresentou fatores relacionados à *boa integração da equipe do NASF e as reuniões*, além do *trabalho relacionado à comunidade, ao vínculo multiprofissional, à necessidade de relacionamento entre prevenção e promoção [de saúde] e o contato multidisciplinar*. Nesse sentido, é possível resumir os fatores que facilitam a atuação do nutricionista no NASF para esse grupo de profissionais:

- ✓ A equipe de trabalho, sua característica e dinâmica:
 - Composição interdisciplinar/multiprofissional
 - Vínculo, boa integração e bom relacionamento entre os profissionais
 - Comprometimento dos profissionais com a equipe
 - Reuniões periódicas, que proporcionam discussões sobre o trabalho e trocas de experiências

- Perfil profissional para trabalhar em comunidade
- Trabalho voltado para a prevenção de doenças e promoção da saúde
- ✓ Relação entre profissionais e a comunidade:
 - Contato e vínculo estabelecido com os usuários e com a comunidade
 - População participativa
 - Conhecimento, compreensão e ações no território do município

As dificuldades para a atuação do profissional de Nutrição no NASF dizem respeito, principalmente, à *falta* relacionada à *material, espaço físico nas unidades, recursos, como transportes para deslocamento, equipamentos, materiais didáticos*, entre outros, e *dificuldades* com relação *ao entendimento* [das propostas do NASF e da ESF] e de *adesão* [dos usuários/da população]. Assim, as dificuldades para a atuação dos nutricionistas no NASF estão relacionadas com:

- ✓ A Falta de:
 - Espaço físico nas Unidades de Saúde ou estrutura física inadequada
 - Salas para atendimento individual
 - Recursos materiais e equipamentos
 - Materiais didáticos
 - Profissionais
 - Capacitação e treinamento em ESF
 - Transporte para deslocamento às outras unidades (em especial, para as unidades rurais) e para as visitas domiciliares
- ✓ Demanda elevada
- ✓ Baixa adesão dos usuários

(2) “Qual o papel de nutricionistas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)?”

Do total do material submetido, 80% foi considerado para a análise. Os resultados foram organizados em cinco diferentes classes de Unidade de Contexto Elementar (UCE) e em três eixos (Figura 2). A maior parte da análise (70%) está relacionada às questões abordadas pelas Classes 5 (36%) e 1 (34%).

O primeiro eixo que diz respeito às “Funções Específicas” do profissional é composto pelas Classes 1 (‘promoção de saúde’ e ‘prevenção de doença’) e 3 (‘hábitos alimentares’). O segundo eixo está relacionado ($R= 0.45$) ao primeiro e é representado pela classe “Demandas Assistenciais”, representando as “demandas específicas” relacionadas ao trabalho de nutricionistas no NASF, única classe deste eixo. O terceiro eixo, “Profissional do NASF”, não apresentou relação com os outros eixos, e se refere à atuação de nutricionistas no contexto específico do NASF. Este é composto pelas Classes 2 (‘atividades envolvidas’) e 5 (‘atuação na Equipe de Saúde da Família’). Juntos, esses eixos correspondem ao que os participantes da pesquisa consideram como o papel dos nutricionistas que atuam no NASF.

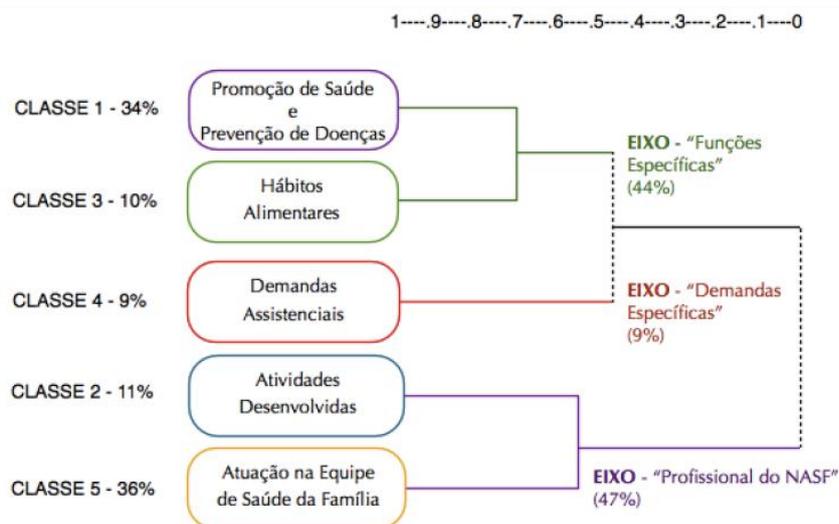


Figura 2. Classificação Hierárquica Descendente do total do *corpus* analisado

O eixo “Funções Específicas” (Figura 3) contribui com 53% no total do *corpus*. Ele é composto pelas Classes 1 e 3, que estão fortemente relacionadas entre si ($R= 0.7$), mantém relação moderada ($R=0.45$) com o eixo “Demandas Específicas” e não está relacionado com o eixo “Profissional do NASF”.

Nesse sentido, embora cada uma das classes possua discursos específicos, estes também apresentam proximidade. Assim, pode-se supor que a “promoção de saúde e prevenção de doença” (Classe 1) e as questões relacionadas a “hábitos alimentares” (Classe 3), por exemplo, correspondem às “Funções Específicas” de nutricionistas que atuam no NASF.

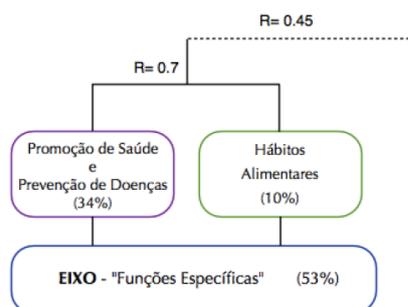


Figura 3. Eixo “Funções Específicas”

A Classe 1 “Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças” explica 34% da variância total do corpus analisado, com resultados que tratam de questões relacionadas à promoção vida; prevenção de doenças crônicas; controle e mudança da alimentação, e não faz menção à ESF, equipe e atendimento individual. Um exemplo do conteúdo abordado por esta classe é discurso abaixo:

“Trabalhar na prevenção e não tanto no combate à doença. O nutricionista não deve ser a porta de entrada do paciente no SUS e, sim, deve atuar desenvolvendo programas que possibilitem mudanças de hábitos alimentares e previna doenças crônicas”.

A Classe 3 “Hábitos Alimentares” explica 10% da variância total do corpus analisado. As palavras com presença significativa e as relações estabelecidas traz relação à função do nutricionista do NASF de *estimular bons hábitos alimentares; promover ações relacionadas à segurança alimentar; incentivar a alimentação [o consumo de alimento] saudável e ações relacionadas para garantir o acesso à alimentação adequada.*

O Eixo “Demandas Específicas” foi composto por apenas uma classe, que se refere às “demandas assistenciais”. Esta classe está relacionada ($R= 0.45$) às classes 1 e 3 e explica 9% da variância total do corpus analisado. Este eixo está relacionado aos distúrbios nutricionais, tais como *desnutrição, deficiências nutricionais e obesidade* e exigem o *desenvolvimento de prática, planos e projetos terapêuticos, de âmbito coletivo*, por parte dos nutricionistas.

O terceiro, e último, eixo “Profissional do NASF” explica 47% da variância total do corpus analisado, composto pela Classe 2 que se refere às “atividades desenvolvidas” e pela Classe 5, que diz respeito à “atuação [do nutricionista] na Equipe de Saúde da Família”. Nesse sentido, pode-se indicar que este eixo está relacionado às funções do nutricionista como um “Profissional do NASF”.

A Classe 2, das “atividades desenvolvidas”, mantém relação moderada ($R= 0.55$) com a Classe 5 e explica 36% da variância total do *corpus* analisado. Foram descritas as atividades: *visitas domiciliares; trabalhos e atendimentos individuais e em grupos; trabalho nas UBS, de monitoramento; por meio da realização de palestras e de trabalho educativo e de incentivo* (por exemplo, ao *aleitamento materno*).

A Classe 5 “Atuação na Equipe de Saúde da Família” foi responsável por 36% da variância total. Foram descritas as funções: *capacitar e realizar o matriciamento da ESF, buscando a integração com profissionais de diferentes áreas, além de ampliar o foco das ações e atender às necessidades relacionadas à alimentação na atenção básica.*

Discussão

A Teoria das Representações Sociais investiga e apreende os processos e os produtos do senso comum, ou seja, dos sentidos comuns aos sujeitos pertencentes a um determinado grupo. Moscovici (2003) define a Representação Social por um conjunto de conceitos, proposições e explicações de relação de mútua, construída entre o sujeito e objeto. No caso deste estudo, Nutricionistas e APS/NASF. Quando compartilhadas por muitos indivíduos, constituem uma realidade social e podem influir na conduta individual.

Nesse sentido, pode-se afirmar que as representações sociais são sempre o produto da interação social e comunicação, processos dinâmicos e constantes. Assim, Moscovici (2003) relata a re-elaboração e a construção de novos saberes, uma vez que tomam sua forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência desses processos de influência social.

Para conhecer a representação social dos nutricionistas sobre os NASF, considerou-se a organização do pensamento do grupo pesquisado, não somente quanto ao conteúdo, mas também quanto à estrutura, seguindo Teoria do Núcleo Central (Abric, 2000).

Sobre ‘Atenção Básica à Saúde’, observa-se que o provável Núcleo Central representado por este grupo é formado por expressões que se referem ao conceito e aos princípios da APS no Brasil, bem como por pressupostos para atuação e para o adequado funcionamento. Esse Núcleo, segundo Abric (2000) é o mais estável da representação, sendo resistente a mudanças. Ele é a base consensual da representação, aquela que resulta da memória coletiva e do sistema de normas do grupo (Vergès, 2002; Tura, 1998; Teixeira *et al.*, 2002).

Resgatando o conceito apresentado na seção introdução, é possível observar que diversos de seus elementos foram mencionados, indicando apropriação do profissional no seu lócus de trabalho. Alguns surgiram no sistema periférico, o que caracteriza certa flexibilidade para

mudanças, além de desempenharem papel essencial no funcionamento e na dinâmica das representações.

Para Starfiel (2002), a APS representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Esta mesma complexidade, possivelmente, se aplica aos NASF. É necessário sistematizar as ações para que se consiga atingir os objetivos propostos e recomendados.

Quanto à atuação nos NASF, a representação dos nutricionistas se concentra em expressões consideradas fundamentais relativas aos princípios e diretrizes e à forma de atuação destes profissionais. O termo mais consensual no grupo foi “apoio”, conduzindo a interpretação de que o grupo compreende o principal aspecto de sua função nesta equipe: apoiador das equipes de referência de Saúde da Família. O Ministério da Saúde (Brasil, 2009) define:

“Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF.”

Neste contexto, o NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família.

Interessante ressaltar que embora existam relatos científicos sobre as dificuldades da realização, na prática, do trabalho em equipe, os profissionais pesquisados reconhecem esse fator como facilitador para atuação no NASF (Santos e Rigotto, 2010; Mângia e Lancman, 2008; Ojeda e Strey, 2008; Scherer e Pires, 2009).

Os trabalhos em saúde são constituídos por práticas, normas e regulações que situam os profissionais em permanente concentração na relação com os outros. A circulação de saberes e poderes entre as diferentes profissões tornam as práticas em saúde um espaço social de disputas (Ojeda e Strey, 2008). Scherer e Pires (2009) completam alertando que o profissional de saúde, em geral, não está no centro destas relações sociais, embora precise de autonomia para traduzir

normas gerais a casos particulares, definir como e qual serviço prestar para atender as necessidades de saúde.

Desse modo, o trabalho em equipe pressupõe não apenas encaminhamentos, mas reuniões conjuntas, nas quais os casos são discutidos pela equipe visando uma totalidade harmônica no trabalho conjunto das diferentes especialidades (Ojeda e Strey, 2008; Pádua e Boog, 2006).

O papel do nutricionista dos NASF pode ser apresentado em três eixos, conforme a representação desses profissionais: funções específicas, demandas específicas e, por último, a forma de atuação e atividades desenvolvidas no NASF.

No campo das funções específicas foram ressaltados os termos “promoção da saúde” e a “prevenção de doenças”, coadunando com a estrutura das representações, como Núcleo Central, na técnica de evocação para Nutrição na Atenção Básica. Estes termos expressam a abrangência das ações que devem ser desenvolvidas nesse âmbito de atenção, das quais os nutricionistas têm participação fundamental para contribuir com a qualificação das ações e com garantia da integralidade da atenção.

Conclusões

A análise das evocações livres de palavras permitiu a identificação dos elementos constitutivos da estrutura das representações sociais em referência a temas relativos à Atenção Primária à Saúde e Nutrição do grupo estudado.

Igualmente, os elementos referentes ao conteúdo das Representações Sociais sobre a atuação dos nutricionistas dos NASF apresentaram fatores facilitadores muito semelhantes aos aspectos que se mencionam às recomendações do órgão gestor (princípios, diretrizes e pressupostos de trabalho), corroborando com o Núcleo Central encontrado na técnica de evocação livre.

A organização da representação do grupo foi ancorada nos pressupostos do trabalho, ou seja, nas recomendações e orientações para a prática profissional, indicando conhecimento desse grupo sobre a proposta. O grupo participante da pesquisa faz parte do expressivo conjunto de profissionais que estão no dia-a-dia ofertando ações de saúde da população. É interessante analisar estas representações, considerando que são positivas, especialmente em relação ao recente momento de implantação e expansão dos NASF.

Colaboradores

AA Fagundes participou da elaboração do projeto, foi responsável pela coleta, análise e interpretação dos dados e redação. E Recine foi responsável pela concepção do estudo, discussão e revisão final.

Agradecimentos: Aos pesquisados, colaboradores. À Danielle Coenga, pelo apoio na análise dos dados do Alceste[®].

Referências

Abric JC. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. Em ASP Moreira & DC Oliveira. Estudos interdisciplinares de representação social. 2 ed. Goiânia: **AB**, 2000. 328p.

Almeida AMO, Cunha GG. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Rev. Psicologia Reflexão e Crítica**, 2003; 16(1), 147-155.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2006. 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2009. 78p.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Série Cadernos de Atenção Básica nº. 27. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2010. 152p.

Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortoline GA. Ações de Alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência da organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.**, Campinas: 2011, 24(6): 809-824.

Mângia EF, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. Editorial. **Revista de Terapia Ocupacional**, da Universidade de São Paulo, 2008; 19(2)..

Mendes EV. Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. **OPAS**, 2009. [acesso 2012 nov 12]. Disponível em: <[http:// new.paho.org/bra/apsredes](http://new.paho.org/bra/apsredes)>.

Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 3ªed. Petrópolis: **Vozes**, 2003. 404p.

Nascimento A, Menandro P. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, 2006; 6(2): 72-88.

Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Psicologia social, representações sociais e métodos. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto: 2000; 8 (3):287-299.

Ojeda BS, Strey MN. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre: 2008; 1(1): 2-8.

Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. **Revista de Nutrição**, Campinas: 2006; 19(4): 413-424.

Sá CP. Núcleo Central das Representações Sociais. 1ºed. Petrópolis: **Vozes**, 1996.

Sales ZN, Damasceno MMC, Paiva MS. Organização estrutural das Representações Sociais do cuidado. **Rev. Saúde. Com**, 2007; 3(1): 28-36, 2007.

Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro:2010; 8(3): 387-406

Scherer MDA, Pires D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**: 2009; 3(30): 30-42.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, **Ministério da Saúde**, 2002. 726p.

Teixeira MCTV, Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Representações Sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. **Estudos de Psicologia**, 2002; 7(2): 351-359.

Tura LFR. AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. Em Jodelet, D e Madeira, M (Orgs.): *AIDS e Representações Sociais à busca de sentidos*. Natal: **EDUFRN**, 1998.

Vergès P. *Ensemble de Programmes permettant l'analyse des évocations*, EVOC2000. Aix em Provence: Manuel d'utilisateur, 2002.

7.2. Produtos da Fase 2 do estudo

Foram visitados quatro NASF (doravante denominados M1, M2, M3 e M4) de diferentes regiões do país (nordeste, sudeste, sul e centro-oeste), buscando apresentar distintas experiências de atuação profissional.

As entrevistas com os nutricionistas e os grupos focais tiveram gravação de áudio, com uma média de tempo de gravação para cada sujeito e unidade de observação de 46 minutos e 82 minutos, respectivamente. Foi elaborado um diário de campo com as informações da observação não participante e da análise documental. Todos os NASF disponibilizaram, ainda, publicações e formulários referentes ao trabalho, e permitiram o registro fotográfico.

Os resultados foram apresentados com a preservação total quanto à identificação dos locais e dos participantes da pesquisa. Foram utilizados, portanto, códigos nas falas e discursos dos profissionais, bem como padronização de todos os envolvidos para o sujeito masculino, fortalecendo o anonimato.

Os resultados da fase dois foram divididos em duas análises: (1) as entrevistas com os nutricionistas e (2) as informações da análise documental, da observação não participante e dos grupos focais de cada uma das unidades de observação. Os Estudos de Casos serão apresentados separadamente e, ao final, serão discutidos os principais aspectos identificados quanto ao processo de trabalho e às ações de alimentação e nutrição.

Cabe ressaltar com satisfação que as visitas foram extremamente ricas, que possibilitaram não somente a coleta e o registro de informações relevantes sobre o processo de trabalho destes núcleos, mas uma intensa vivência de cada realidade. Todos os profissionais e gestores dos municípios foram receptivos e bastante colaborativos.

7.2.1. Estudo de Casos

O relato do Estudo de Casos foi organizado da seguinte maneira: (I) Caracterização do município e (II) Caracterização dos NASF pesquisados, elaborada a partir da análise documental; (III) Considerações dos profissionais sobre a proposta do NASF, (IV) Processos de trabalho, (V) A nutrição no NASF e (VI) Dificuldades e desafios, elaborados a partir da observação não participante, do grupo focal e da entrevista. No item (IV) Processo de trabalho, foi feita a descrição das atividades acompanhadas durante o período da visita técnica para coleta de dados. Os itens de III a VI foram elaborados considerando a observação da rotina da equipe, o grupo focal com os profissionais e a entrevista com o nutricionista.

7.2.1.1. Estudo de Caso M1

I. Caracterização do local

Esse estudo de caso foi realizado em um município de grande porte, da região Sudeste, cuja população é superior a 2 milhões de habitantes. A rede de atendimento à saúde é composta por uma estrutura que conta com mais de 140 centros de saúde, divididos em nove regionais, e uma ampla rede de atenção complementar (Brasil, 2012f).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é política prioritária da Atenção Primária à Saúde (APS) do município e conta com ações que contribuem para incorporar a lógica do atendimento proposto: promoção de visitas domiciliares e prevenção de doenças. Atualmente estão em atividade mais de 550 equipes de saúde, que cobrem aproximadamente 80% da população (Brasil, 2012f).

Os Centros de Saúde formam a rede de atenção primária, juntamente com a Estratégia Saúde da Família, com os Núcleos de Apoios à Saúde da Família (NASF) e serviços de odontologia. As equipes de saúde da família são compostas por 01 médico de família, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e 06 (seis) agentes comunitários de saúde.

Para a adequada formação e atuação dos profissionais a Secretaria de Saúde informa que oferece oficinas para qualificação da atenção primária a todos os que ingressam no trabalho. Estas oficinas são organizadas em ciclos de, aproximadamente, 10 cursos que acontecem periodicamente (Brasil, 2012e). Estes treinamentos são realizados primeiramente em nível

municipal, com todos os gerentes e multiplicadores e, posteriormente, são replicadas em nível local a todas as unidades de saúde.

II. Caracterização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pesquisado

As nove Regionais de Saúde são variáveis em relação ao tamanho da população e à realidade de cada comunidade. Cada Regional possui um número de Centros de Saúde e nestes, atuam as Equipes de Saúde da Família (EqSF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A implantação dos NASF iniciou em 2008 e desde então vários avanços são identificados, tanto quanto à cobertura e aumento do número de profissionais, quanto aos resultados e atuação integrada com as equipes de saúde. Em novembro de 2012, o município contava com 58 Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Há uma Coordenação Geral do NASF, com sede própria, e as coordenações locais dos NASF, que podem funcionar em sedes próprias ou nos respectivos Centros de Saúde. O trabalho está formatado em rede e todas as ações são realizadas por meio de processos de referência e contra-referência monitorados. As orientações e diretrizes para o NASF são feitas por esta Coordenação, bem como a gestão de recursos humanos e os processos de capacitação. Cada NASF também conta com um coordenador, que, geralmente, é um integrante da equipe.

Sob a visão da coordenação, o NASF é um complemento do cuidado que a equipe oferece. Deve contar com mecanismos para divulgação sobre determinados temas tanto para a equipe, quanto para a população, funcionando com o princípio do matriciamento.

O coordenador de cada NASF tem a responsabilidade de realizar reuniões, acompanhar as atividades e organizar a produtividade dos profissionais, participar das reuniões com o coordenador geral, repassar informações às equipes do NASF, acompanhar as discussões de casos, colaborar com a organização do fluxo de atividades (como providenciar carros para as visitas, articular locais para o desenvolvimento das atividades etc.), disponibilizar os formulários necessários, monitorar agenda de trabalho e organizar reuniões internas de sua equipe com temas motivadores e de atualização técnico-pedagógica.

Existe um controle da produtividade do NASF que abrange todas as categorias profissionais e os tipos de atividades. A produtividade é registrada pelos coordenadores do

NASF de cada regional estas informações são repassadas ao coordenador geral, responsável por lançá-las no sistema informatizado.

Com base nestas informações, foi estipulado um parâmetro de produtividade mínima, porém flexível, para cada profissional. Essa definição foi subsidiada também em critérios locais como a área de abrangência e o perfil da demanda. Para os nutricionistas que trabalham 40 horas/semana, por exemplo, os parâmetros mínimos são 48 atendimentos, 06 visitas domiciliares e 04 grupos/semana.

Todos os profissionais do NASF são contratados por 40h/semana, conforme recomendado pela portaria, exceto para os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, cujos conselhos profissionais definiram que devem ter a carga-horária de 20 horas/ semana.

A composição da equipe do NASF nesse município prioriza as seguintes categorias profissionais:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| ✓ Nutricionista (em todos os NASF) | ✓ Educador físico |
| ✓ Fisioterapeuta (em todos os NASF) | ✓ Terapeuta ocupacional |
| ✓ Assistente Social (em todos dependendo da UBS de referência) | ✓ Fonoaudiólogo |
| ✓ Farmacêutico (em todos os NASF, com a responsabilidade da farmácia da UBS) | ✓ Psicólogo |

São referenciadas, aproximadamente, 10 (dez) Equipes de Saúde da Família (EqSF) por NASF, de duas ou três Unidades Básicas de Saúde do território. O máximo de equipes referenciadas são 12 e a equipe de gestão tem o objetivo de reduzir ainda mais esse número. Houve um momento da implantação que alguns NASF chegavam a matriciar 18 equipes.

Neste município foram visitados 08 (oito) NASF para conhecimento da abrangência das ações e realidades, otimizando o acompanhamento de diferentes atividades no período da visita. O grupo focal foi realizado com um NASF formado por nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e farmacêutico, com responsabilidade de matriciar 09 (nove) equipes de saúde da família.

III. Considerações dos profissionais sobre a proposta do NASF

O trabalho no NASF foi relatado como muito amplo em diversos sentidos: no atendimento de casos, que exige uma compreensão mais holística das pessoas e do território, nas possibilidades de atividades que podem ser desenvolvidas, além da forma de atuação, que é inovadora.

"Quando há apenas o encaminhamento, você não está buscando nada. Você só está mandando o paciente. Quando a gente vai apoiar é diferente, desperta interesse e tem uma ampliação." PGF4

Os participantes compararam o trabalho na atenção tradicional e concluíram que os principais diferenciais do NASF são o matriciamento, uma vez que as atividades partem de uma demanda real analisada por toda a equipe e não é criada uma demanda por cada profissional, e a interdisciplinaridade, pois as ações são pensadas/programadas coletivamente por uma equipe composta por profissionais de diferentes formações.

Trabalhando no NASF, segundo os relatos, a agenda dos profissionais ampliou consideravelmente e ficou mais integrada. É comum que os diferentes profissionais interajam. O trabalho e a discussão interdisciplinar são considerados muito agregadores e possibilitando a troca de experiências.

"...e o conhecimento não pertence a apenas uma área. Não pertence a uma área restrita, acho que a gente tem que caminhar pra isso mesmo, acho que o trabalho em equipe nos proporciona isso, ficar mais completos." PGF5

Os aspectos positivos quanto à educação em saúde também apareceram no debate do grupo e foi considerada fundamental no NASF. Dentre outros fatores, por ser um processo educativo em que acaba ocorrendo a repetição das orientações. O efeito esperado no indivíduo depende de fatores pessoais e da abordagem das orientações. O trabalho em equipe torna o segundo fator exponencialmente mais efetivo pela interdisciplinaridade, com atuação de profissionais utilizando diferentes abordagens.

A presença de outras categorias profissionais na atenção primária fez emergir na população a busca pela marcação de consultas com esses profissionais. Situação que deve ser contornada para não fugir à proposta do trabalho.

“Por exemplo, no caso da fono, da nutrição, da fisio, às vezes esse paciente da zona de baixo risco, é classe média e tem plano de saúde, mas não cobre essas especialidades. Ele vai à unidade de saúde à procura por essa especialidade. (...) Quer o atendimento sem passar pelo Saúde da Família”. PGF2

O NASF é um aprendizado que ultrapassa os limites do curativo, da doença e começa a valorizar a escuta qualificada para definir as necessidades a partir do usuário. Os profissionais ressaltaram que esse aprendizado está sendo importante e que o processo está se aprimorando, tanto pelo amadurecimento da equipe do NASF, quanto por parte das equipes de saúde da família, sendo fundamental a aproximação com estas equipes.

IV. Processos de Trabalho

O primeiro NASF implantado no município foi fixado como modelo de atuação e utilizado como padrão para os seguintes. Com o tempo, os gestores e profissionais perceberam que não seria possível replicar os mesmos parâmetros em todas as regionais.

"Eu acho que ainda precisa de muito, eu acho que, por exemplo, que as equipes ainda levam muitos casos (...) eu fico pensando que a gente, sem saber o que quê é, pega o papelzinho [de agendamento], “ah, esse paciente aqui foi encaminhado pra fisioterapia”, sem uma discussão prévia, sem saber o que houve, sem ter informação suficiente sobre o caso. (...) Às vezes a gente tenta questionar, mas é complicado, porque a equipe também tem suas fragilidades e dificuldades. Eu acho, por exemplo, que ainda tem poucas equipes para o número usuários que eles atendem. É muito sobrecarregado. Traçar o perfil, entender, atender... Então, acaba que eles não fazem uma avaliação mais detalhada antes de fazer esse encaminhamento. A gente de repente até capacita e tá sempre próximo, mas eles não conseguem.” PGF5

Neste sentido, os participantes ressaltaram que as adaptações têm sido importantes no processo de implantação e atuação no NASF. É necessário ser flexível para considerar as inúmeras variáveis envolvidas: o território, a gerência, os recursos disponíveis, o perfil das equipes de saúde da família e as necessidades da população.

Algumas regionais fixaram reuniões periódicas do NASF, quando reúne toda a equipe do núcleo para trocar as experiências e discutir um tema. A pauta é proposta pelo próprio grupo na reunião anterior e, geralmente, ocorre mensalmente. Esse encontro é considerado fundamental por todos os presentes como um momento de elaborar, propor, tirar dúvidas.

Considerando todas as reuniões que os profissionais devem participar, a média é de 10 turnos por mês: reuniões de matriciamento com todas as equipes de saúde da família, reunião interna do Núcleo e a reunião com a Coordenação Geral do NASF.

Dentre as atividades desenvolvidas por este NASF estão: diferentes grupos operativos, rodas de conversa, reuniões de matriciamento, atendimentos individuais e compartilhados. Todos os profissionais devem ter e manter a agenda para as atividades coletivas. O profissional do NASF que fica responsável por determinada atividade (eixo da atividade), faz a articulação necessária para inserir na agenda os outros profissionais do NASF. Por exemplo, quando o nutricionista é o responsável por um grupo ele deve entrar em contato com os demais integrantes do Núcleo para definirem o momento mais oportuno e o tema que será trabalhado com este grupo.

Os trabalhos são realizados também com os funcionários dos Centros de Saúde, que aprendem e multiplicam o conhecimento. São feitos desafios (entre eles e entre os Centros de Saúde), como incentivo para o cumprimento da meta da atividade. Um exemplo de atividade foi o grupo para emagrecimento, no qual os profissionais se dividiram em equipes. Cada equipe recebia um valor simbólico equivalente aos 'quilos' emagrecidos por todos. O valor arrecadado semanalmente foi utilizado para a realização de uma comemoração saudável ao final do grupo, quando cada integrante iria preparar um prato saudável para ser degustado e avaliado por uma banca examinadora composta por profissionais do Centro de Saúde.

No início da organização do serviço foi fundamental que os profissionais se reunissem com mais frequência, para entender a proposta. Ampliada a interação e o entrosamento entre os profissionais, aumentou também o contato de 'corredor'.

“E eu acho que as reuniões acontecem por causa do momento, da construção... A gente ainda não chegou em algum lugar que a gente tá se sentindo confortável, então existe a necessidade de falar, falar, e discutir, conversar, planejar, mas às vezes fica até chato...” PGF5

Outra importante observação quanto ao local de atuação do NASF é que quando a equipe não está lotada no Centro de Saúde, a população não reconhece as atividades como atendimento da unidade de saúde. Ainda que sejam aproveitados muitos espaços coletivos e equipamentos sociais para a realização das atividades do NASF, até mesmo pela necessidade de conseguir outros locais pela falta de espaço na Unidade de Saúde, os profissionais relatam que a reação da população não é a mesma:

“A gente percebe que não é a mesma coisa, às vezes o usuário, já tem até algum tempo que está participando de alguma ação fora da unidade, e lá no final ele vai te perguntar: ‘Ué, mas você faz parte do Centro de Saúde?’ É como se tivesse um valor menor até ali. (...) Eles gostam de estar na unidade, gostam do uso do jaleco, gostam de estar próximos do médico.” PGF3

Assim, iniciar as atividades do NASF nas Unidades de Saúde pode facilitar a aceitação das atividades coletivas por parte da população. É importante para não desvincular e, aos poucos, é possível extrapolar os ‘muros’ das unidades e utilizar outros espaços coletivos.

Outros equipamentos sociais são acionados como, por exemplo, algumas ONGs. Mesmo não sendo vinculado ao sistema de saúde é possível estabelecer parceria para apoiar os usuários. Alguns locais apresentam muitas necessidades, porém não tem muita capacidade de articulação, por não terem, por exemplo, a equipe completa, ou por ausência de outros equipamentos públicos como o CRAS.

“A estrutura de equipe é diferenciada. Muitas vezes, nesses locais em que a equipe está incompleta, o NASF acaba tendo que fazer o matriciamento sozinho, que deixa de ser matriciamento e passa ser uma referência”.
PGF2

a. Matriciamento

As reuniões de matriciamento são vistas como o momento mais importante do trabalho, quando ocorre a orientação do fluxo de trabalho e da rede de atenção à saúde, a marcação de agenda específica e as discussões de casos, de onde são elaboradas as agendas de trabalho e definidas as atividades dos profissionais. Acontecem em três momentos: (1) as devolutivas (casos anteriores); (2) a apresentação de novos casos; e (3) divulgação/discussão dos temas para a formação dos grupos.

São reuniões mensais em cada equipe de saúde da família e, sempre que possível, são discutidos casos e situações necessárias fora destas reuniões, pela necessidade de manterem contato, estarem abertos aos profissionais das equipes e ligados à unidade de saúde. Devem participar das reuniões a equipe de Saúde da Família completa: o médico, o enfermeiro, o auxiliar, os ACS, e os agentes de zoonoses, quando necessário.

No formato inicial do NASF, as reuniões de matriciamento eram feitas pelo agendamento de um momento exclusivo das EqSF com os profissionais do NASF. Há aproximadamente um ano a Coordenação Geral do NASF orientou que o NASF se inserisse nas reuniões de rotina da equipe para realizar o matriciamento.

"Antes era a reunião do NASF com a equipe. A gente ia fora da reunião da equipe (..), hoje a gente entra na reunião da equipe para fazer o matriciamento, já que somos parte dessa equipe." PGF2

Dentre os aspectos positivos dessa mudança foi referido que no formato atual sempre estão presentes todos os profissionais da EqSF, diferentemente do que ocorria anteriormente, quando chegou a acontecer de comparecerem apenas os ACS.

Assim, o NASF está mais inserido nas EqSF, fortalecendo que não é um atendimento à parte, que fazem a retaguarda e apóiam as discussões com informações técnicas e direcionamentos das atividades. Além disso, promove a integração entre as equipes e a responsabilização dos casos, fatores fundamentais nesse processo de trabalho.

"Conseguimos ver que não fazia sentido as equipes 'tirarem' um momento da agenda só para o NASF" e "Está fazendo toda a diferença essa integração." PGF2

É recomendado que os casos encaminhados ao NASF cheguem apenas por meio das reuniões formais. Porém, algumas situações mais urgentes fogem à regra. São comuns quatro tipos de encaminhamentos:

1. Atendimento individual (nas unidades) ou atendimento compartilhado do NASF com a EqSF e diferentes categorias profissionais do NASF
2. Visita Domiciliar: sempre com um ACS que conhece a história, a família e o domicílio
3. Encaminhamento para grupos terapêuticos ou de promoção/prevenção, para educação em saúde
4. Eventos de sensibilização: proposta de tema de maior impacto para atendimento da população

No primeiro momento da reunião, as devolutivas, os profissionais buscam os casos discutidos na última reunião para darem os respectivos retornos quanto aos procedimentos, encaminhamentos e altas. Posteriormente, é feita a discussão dos casos clínicos, com a participação de diferentes profissionais. Os ACS colaboram relatando os casos novos para a equipe do NASF e, após a compreensão de cada situação, os profissionais preenchem as fichas de agendamento e re-agendamento (abaixo):

AGENDAMENTO: FICHA DE MARCAÇÃO DO NASF			
Nome:		ACS:	
End.:		Horário:	
Data:		ESF:	
Profissionais:	<input type="checkbox"/> Assistência Social	<input type="checkbox"/> Farmácia	
	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Fonoaudiologia	
	<input type="checkbox"/> Nutrição	<input type="checkbox"/> Psicologia	
	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Educação Física	
Tipo de atendimento: <input type="checkbox"/> Consulta. Local _____ <input type="checkbox"/> Visita Domiciliar			
Obs.: Gentileza apresentar este comprovante			

Diversas vezes ocorrem encaminhamentos de usuários e discussões de casos que não são demandas dos usuários. A demanda, em geral, é do profissional que o atendeu. Porém, os profissionais ressaltam que, quando os usuários não estão envolvidos no processo, a intervenção não tem sucesso. Enquanto a pessoa não se reconhecer corresponsável pela própria saúde, não há resolutividade.

Para qualificar o atendimento, é necessária a devolutiva do NASF à equipe de saúde com orientações detalhadas sobre as intervenções propostas e desenvolvidas, completando o real matriciamento. Esse processo ainda não está completo na visão dos profissionais. Assim, por ser um processo de educação para a equipe, é necessário direcioná-la, orientando os profissionais a

filtrarem os encaminhamentos e planejar a partir das reais e reconhecidas necessidades, além de realizar capacitações periodicamente.

b. Grupos temáticos

Para alguns profissionais o desenvolvimento de grupos é a chave do NASF. Por meio deles é possível aprofundar a parceria com as equipes e colaborar diretamente com o atendimento.

Os grupos podem ser permanentes ou rotativos, conforme demanda e a realidade de cada local. Opta-se pelo formato rotativo, com início, meio e fim, e com frequência semanal ou quinzenal, contemplando de 10 a 12 sessões. O enfoque destes grupos é de empoderamento dos usuários, para que estes se apropriem dos processos do local onde vivem e dos cuidados à saúde.

Esta é uma atividade considerada rica pela troca de experiência e motivação coletiva. A interdisciplinaridade foi avaliada fundamental nesse aspecto:

"Por exemplo, eu estava com um paciente que era obeso e ele se via depressivo (...). A intervenção tinha que ser interdisciplinar! Então foi muito bacana essa interação: atendimento da psicologia, teve a parte nutricional e a terapeuta ocupacional no sentido de ver o que ele queria, em termos de um trabalho, atividade diária, a farmacêutica avaliando a questão dos medicamentos... conseguimos inseri-lo na Academia da Cidade." PGF5

Os critérios clínicos e sociais são considerados para avaliação dos usuários e formação dos grupos. Foi ressaltado pelos profissionais que quando os trabalhos em grupo terminam, “os usuários têm para onde ir”, ou seja, são orientados quanto às outras atividades.

Os temas trabalhados também são definidos em conjunto pela equipe, considerando a demanda identificada. Busca-se que diferentes profissionais se envolvam no desenvolvimento das atividades.

V. A nutrição no NASF

Buscando entender como os profissionais da equipe do NASF enxergam o campo da nutrição nesse contexto, as ações de nutrição, os profissionais se manifestaram:

"Todo mundo precisa de nutricionista, é isso o que eu vejo." "Eu vejo hoje que as pessoas têm mais conhecimento do que é a Nutrição, do que é o nutricionista. Antigamente a gente não via isso. A demanda é gritante, impressionante. Nos lugares que eu tô, é uma das maiores, eu acho, todos os lugares que eu vou". PGF4

Foi colocado que a nutrição está presente em todas as áreas e tem potencial de interação com todos os profissionais, mesmo quando não é o foco do problema/caso discutido, pois é importante em toda as fases do ser humano. Além disso, é uma área que mobiliza social e culturalmente as populações.

Além de levantar a importância, foi mencionado que a equipe não consegue, ainda, desenvolver muitos trabalhos práticos de alimentação e nutrição, muitas vezes por falta de espaço adequado. Os melhores resultados são conseguidos quando os usuários estão envolvidos, e se apropriam dos conceitos. Na nutrição, pela dificuldade intrínseca à mudança de hábitos, costumes e comportamentos alimentares, seria fundamental ampliar a realização de oficinas práticas.

VI. Dificuldades e Desafios

Os profissionais consideraram que o Núcleo de Apoio surgiu para apoiar equipes de saúde que são frágeis, não apenas no sentido da abrangência dos atendimentos, mas por não estarem cientes sobre as suas reais atribuições:

"Quando eu cheguei (...), o primeiro impacto que eu tive nessas reuniões de equipe foi me perguntar: 'Mas quem é que está demandando o quê?'. Hoje eu já consegui trabalhar mais isso com as equipes, mas eu achava a coisa mais louca. Eu acho que uma das funções do NASF (...) é de ajudar essa equipe a qualificar a escuta dela." PGF2

Segundo os profissionais, em muitos locais não se sabe o que é o NASF e, em outros, ocorre uma reação de institucionalização do NASF com encaminhamentos como se fosse um departamento, um local a parte:

"...quando eu cheguei tinha muito isso: 'Passa pro NASF', 'Manda lá pro NASF'..., como se o NASF fosse um departamento à parte(...). Na hora

que se coloca o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, parece que um está numa ponta e o outro está lá na outra; e que se eu encaminho pra lá, esse filho passa a ser seu (...) Esse é o perigo de virar um ambulatório de especialidades." PGF1

Um importante aspecto levantado foi a diferença do local de atuação da equipe do NASF entre as Regionais de Saúde. Em algumas, o NASF funciona na própria unidade de saúde, em outras, o NASF tem uma sede. Nesta última situação corre o risco de ficar mais departamentalizado, por sair do contexto e diminuir o contato com as equipes. Foi unânime a concordância dos profissionais que trabalham na própria unidade de saúde e consideram que conseguem trabalhar de forma mais integrada com a equipe.

Por outro lado, todos manifestaram a dificuldade quanto à precária estrutura que as unidades de saúde têm para abarcar mais cinco ou seis profissionais do NASF, considerando que as unidades continuam do mesmo tamanho e não passam por nenhuma alteração para atender melhor esse projeto.

“Foi falado da cozinha, mas, às vezes, nem a cozinha a gente tem, tem unidade que nem cozinha cabe a gente, não tem garagem, não tem, você fica com a bolsa todo o tempo. Você está chegando ou saindo... não tem lugar pra guardar! Dá uma sensação de não pertencimento....” PGF4

Outra dificuldade relatada foi em relação à diferente da carga-horária: aquele que trabalha 20 horas/semana não consegue ter contato direto com todos os profissionais e acompanhar todas as atividades e reuniões.

“Eu já trabalhei 40 horas, hoje eu estou 20 horas e vejo essa diferença também. Estou eu e mais uma profissional de manhã e as outras à tarde, então eu não converso com o nutricionista, eu não converso com o fisioterapeuta. Quando eu quero discutir um caso, eu tenho dificuldade. O principal é a equipe estar toda junta, mesmo que falte espaço, porque você precisa de um ou de outro. (...) Eu vejo que em equipe funciona, e eu to sentindo muita falta disso hoje. (...) Direto eu tenho que pegar o telefone e ligar e aí pelo celular eu vou explicando o caso, discutindo....” PGF3

Quanto aos entraves, além da questão da estrutura e do espaço e da diferença de carga-horária, a rotatividade dos profissionais foi uma variável que apareceu como geradora de sobrecarga e conflito no processo de trabalho pela elevada demanda.

O conteúdo dos materiais normativos, referências técnicas e informações sobre o NASF para o suporte do trabalho também foi mencionado pelo grupo, com o relatado de que não são condizentes com o trabalho desenvolvido pelo grupo, com abordagem curativa e não de promoção da saúde.

Sobre a gestão compartilhada os profissionais expressaram que ainda é necessário melhorar, pois as orientações ainda chegam de forma verticalizada, sem consultar aqueles que estão envolvidos diretamente na ação. Eles implantam as ações a partir do que é recomendado pelos gestores, descentralizam até os usuários, mas não têm autonomia para fazerem propostas.

Para os gestores locais, o NASF procura explorar os espaços coletivos, especialmente os que já são utilizados pela população como, por exemplo, igrejas, associações, escolas, praças, academias. Os Agentes Comunitários convidam e direcionam os usuários, e mencionam as atividades nas reuniões e nas visitas. E para os profissionais, a intersetorialidade foi apontada como aspecto frágil, que necessita ser melhorado e fortalecido. Existe boa interação com o CRAS¹⁴ e com a Educação, por meio do PSE¹⁵.

¹⁴ Centros de Referência em Assistência Social (CRAS)

¹⁵ Programa Saúde na Escola (PSE): é uma política intersetorial que visa à integração e a articulação permanente da educação e da saúde, com o objetivo de proporcionar a melhoria da qualidade de vida da população, contribuir com a formação geral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (Brasil, 2006d).

7.2.1.2. Estudo de Caso M2

I. Caracterização do local

O estudo foi realizado em uma regional de saúde, cujas características populacionais superam as de um município de pequeno porte: são 57 mil habitantes, que representam 3% da população total de seu município, situado na região Centro-Oeste. A regional de saúde é formada por uma população essencialmente urbana (77%), porém, com uma área rural consideravelmente extensa, o que traz relevantes desafios no tocante à cobertura das ações das Equipes de Saúde da Família (EqSF).

A baixa escolaridade é outra situação que interfere nas condições de saúde: 40% da população do local têm somente o 1º grau incompleto (Brasil, 2011b). Além disso, embora o local tenha uma produção agrícola significativa na área rural, a atividade remunerada da população é voltada para o comércio, com baixo nível socioeconômico.

A organização da saúde do local conta com 01 (um) hospital de pequeno porte, 02 (dois) Centros de Saúde e 10 (dez) equipes de ESF, sendo 07 (sete) urbanas e 03 (três) rurais. Um dos Centros de Saúde mantém o modelo tradicional de assistência à saúde e o outro atua no modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), que abriga o único Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do local e 05 (cinco) equipes de ESF incompletas, além do ambulatório de ginecologia e pediatria e o Pronto Atendimento.

A população a ser coberta está em torno de 20.000 pessoas. Em agosto de 2011, 10.885 estavam cadastradas, representando uma cobertura de 54,4% da Estratégia Saúde da Família (ESF) (SIAB, 2011). Existem ainda nessa regional 05 (cinco) Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atuam também na lógica da ESF, sendo 03 (três) rurais e 02 (duas) urbanas. Essa Estratégia é o principal meio de acesso à saúde da população e a principal forma de atendimento da região, embora com baixa cobertura.

II. Caracterização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pesquisado

O NASF é formado por nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social, com cargas-horárias variáveis (metade 40h/semana e metade 20h/semana). Foi implantado em meados de 2009 e, no período da pesquisa, apoiava 08 (oito) Equipes de Saúde da Família (EqSF).

O Centro de Saúde estava passando por mudanças da diretoria no período da coleta de dados. Diretamente, esse fator não interferiu no acompanhamento das atividades de coleta, porém, para os profissionais, todas as mudanças que ocorrem no local alteram o processo de trabalho.

“A verdade é que, por mais que seja necessário e importante não podemos criar expectativa na gestão e muito menos ficar esperando o direcionamento deles. A gestão cai, por que tem questões políticas. Temos que apoiar a equipe e nos envolver com a comunidade, por que esses precisam e ficam...” PGF7

Sobre a capacitação inicial para os trabalhos, foi relatado que há pouco menos de um ano iniciaram cursos de formação em NASF, com duração de uma semana. Os profissionais mais antigos que não tinham recebido o treinamento poderiam fazer o curso, mas nem todos quiseram:

“É um minicurso direcionado para os profissionais do NASF, mas não é muito esclarecedor na prática. Eu fiz, mas é mais para a teoria mesmo.”
PGF9

Há um coordenador geral, no âmbito da secretaria de saúde, na coordenação de atenção básica, responsável pelos 10 (dez) NASF do município. Em dezembro de 2012, estava sendo planejada a implantação de mais dois núcleos. O coordenador geral tem como atribuição estimular os profissionais a trabalharem com planejamento e apoio às equipes de saúde do território. Também faz a supervisão das ações dos profissionais, e colabora com a articulação do trabalho do NASF na rede do município. Quando os profissionais são contratados ou remanejados para o NASF (situação que tem sido comum) é ministrado um minicurso de Matriciamento na APS, estratégia incorporada há pouco menos de um ano.

Os profissionais relataram que, atualmente, o coordenador é um profissional mais engajado com a proposta, que a conhece e tem propriedade para colaborar, diferentemente de quando foi iniciada a implantação do NASF. Ele acompanha as ações de forma mais frequente e é uma pessoa acessível, o que contribui com os trabalhos.

III. Considerações dos profissionais sobre a proposta do NASF

Em contraste com o anterior, neste Núcleo os profissionais trilharam o início das atividades e a definição da implantação do NASF praticamente sem apoio. Os profissionais relataram que a principal mudança necessária para o trabalho no NASF foi quanto ao fator interdisciplinaridade, que modifica a rotina de todos e traz novos elementos para o trabalho. Para tanto, explicaram que foi necessário aprender a entrar em contato com os outros profissionais, a pensar em planejamento coletivo, a sair da área específica da formação de cada um e adentrar o mundo da outra profissão.

Informalmente, durante a observação, foi perguntado a dois profissionais da EqSF que aguardavam o início da reunião de matriciamento o que eles achavam do NASF e o que tinha mudado no trabalho deles. A pergunta foi prontamente respondida por um auxiliar de enfermagem:

“Temos a escuta mais próxima, mais qualificada. Temos reuniões e as pessoas ouvem o que a gente fala e todo mundo decide junto”. PGF10

O início foi desafiador pelas inúmeras dificuldades oriundas, entre outros aspectos, por não terem recebido nenhuma orientação para desenvolver as atividades.

“No início era muito sofrimento, era horrível. Foi tão terrível pra mim que eu não conseguia vislumbrar nada, nem o que tinha dado certo, nem o que tinha dado errado. Mas graças a Deus hoje está ótimo.” PGF8

A equipe afirmou que foi um longo processo até que todos os envolvidos na atenção à saúde do local entendessem o que era o NASF. Apesar, de terem se assustado e resistido à mudança proposta, o processo tem um balanço positivo. Os pesquisados ressaltaram que o modelo tradicional não permitia o olhar para o território e, por isto, os problemas de saúde mais importantes da comunidade não estavam chegando à unidade e, portanto, não estavam sendo atendidos pelos profissionais. Com a integração já está diferente.

A troca entre os profissionais abre muitas possibilidades. Amplia os olhares, trazendo um relevante crescimento. Essa característica é considerada importante pela equipe, pois a saúde não se esgota em si e é necessário ativar uma rede de apoio para o melhor atendimento à população.

“Em consultório ficávamos resolvendo os casos mais comuns (...). Hoje conseguimos lidar com vários casos semelhantes em uma sala, em grupo,

dando uma atenção mais integrada pela presença de outros profissionais de saúde.” PGF7

Neste contexto, as áreas com menor histórico quanto à presença na atenção primária do município, como a fisioterapia e a psicologia, consideram que a interdisciplinaridade no NASF tem colaborado para aumentar a visibilidade e a disseminação de suas ações entre os usuários.

“Olha, eu acho que esse trabalho é excelente, mas a gente pra chegar nesse ponto, precisa de muito estudo. É necessário não esquecer que a gente é o NASF e começar a ser só a [categorias profissionais] e ficar fazendo as nossas coisas separadamente, sem a gente se integrar. Por que é fácil cair nessa rotina também.” PGF7

A construção social, tanto da população, como dos profissionais de saúde, sobre a forma de atendimento curativo e individual foi discutida pelo grupo como desafio. Há também uma concepção restrita de que tudo o que tem relação com alimentação só pode ser tratado pelo nutricionista, assim como tudo o que tem a ver com pobreza é responsabilidade do serviço social. E é a partir dessa crença que as pessoas acionam o serviço quando sabem que tem o profissional. Em geral, quando é acionado, já existe uma patologia instalada ou um problema aparente.

“Eles [população] chegavam aqui querendo 15 sessões de fisioterapia individual, como tem na rede privada. Queriam sessões de psicoterapia individuais. Nós é que temos a responsabilidade de informar e mudar essa lógica.” PGF9

Apesar das dificuldades iniciais, os profissionais do NASF consideram que estão conseguindo ‘contaminar’ positivamente, mostrando os trabalhos que desenvolveram com algumas equipes às outras equipes. Desse modo, estão sensibilizando e os resultados estão aparecendo. A população já tem procurado mais pelos grupos, em detrimento aos ambulatórios e às consultas individuais. Gostam de estar com seus pares e trocar experiências.

IV. Processos de trabalhos

No início a orientação do gestor foi que os profissionais fizessem ambulatório, mesmo que tivessem sido contratados para o NASF, buscando apresentar maiores indicadores de produtividade no atendimento.

“Eu nunca tinha trabalhado na ponta, tinha trabalhado na gestão e sabia mais ou menos como é que era, mas não tinha noção da prática. Quando eu cheguei, eu abri a minha agenda e fiquei recebendo, recebendo, recebendo, todos os tipos de paciente que eram encaminhados pela Equipe de Saúde da Família. Aí nesse abrir agenda, a gente vai percebendo que tem coisa que não necessariamente, precisa ser encaminhado, que pode ser resolvido dentro da equipe. Aí você pensa em criar alguma coisa pra melhorar essa orientação dentro da equipe, para que essas coisas que são mais comum não cheguem no atendimento individual do NASF. Fui peneirando.... No começo eu fiquei com muita raiva, mas serviu pra eu saber qual era a maior demanda que eu tinha”. PGF7

“E eu quando cheguei, ele estava no auge da raiva dele, né? (risos). E aí eu pensei em não vou cometer o mesmo erro, em não abrir a agenda de atendimento... a gente vai aprendendo uns com os outros. (...) Já sabíamos o que não era pra fazer!” PGF9

Inicialmente foram contratados dois profissionais e com o tempo foram contratados os demais. Os primeiros fizeram a territorialização com as equipes para conhecer a população.

“Tivemos um farmacêutico que entrou, mas não se adaptou ao trabalho do NASF e pediu pra não trabalhar nessa lógica. Preferiu ser farmacêutico só da farmácia. Tivemos também médicos na composição da equipe: um ginecologista e um pediatra, mas que nunca fizeram parte da equipe de verdade. Um deles ainda está, mas nunca compôs a equipe e também afirma que não quer compor e não quer fazer o trabalho do NASF. É uma questão de perfil mesmo, né?” PGF7

Iniciaram os contatos com as equipes e as reuniões de matriciamento, onde eram pautadas as demais atividades:

“Foi tudo criado pela gente, mas foi assim, por necessidade. Por exemplo, na reunião de matriciamento, a gente começou fazer reuniões sem ata. Aí, quando chegava à próxima reunião, sempre tinha um: ‘Ah, mas vocês falaram isso!’, e a gente, muitas vezes, não tinha falado. Mas como é que

a gente vai falar que a gente não falou se a gente não tem uma ata assinada por todo mundo? Aí começamos a fazer o livro ata.” PGF7

A equipe se debruçou para estudar e aprender o que deveriam fazer para construir o matriciamento:

“Teve um momento, um mês de janeiro que é mais tranquilo, que a gente promoveu um momento de estudo. Fechamos a agenda, diminuimos os atendimentos, basicamente ficamos atendendo o que era emergente. A gente dividia as leituras, os artigos, por exemplo, cada um lia, estudava e depois a gente conversava sobre o que vimos de interessante e tal e como podíamos fazer. Ficamos reunindo, lendo, discutindo, estudando, planejando. Foi ótimo para o trabalho. Mas foi uma procura nossa, né? Isso não foi uma imposição ou orientação de ninguém; foi uma necessidade nossa de entender.” PGF10

O referencial teórico utilizado para delinear as ações foi o Caderno de Atenção Básica dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (CAB NASF), mas relataram dificuldade. Buscaram experiências de outros lugares, artigos com experiência de outros NASF, mas quase não havia material disponível. Posteriormente, descobriram o livro ‘Saúde Ampliada e Compartilhada’¹⁶, que foi o que ‘iluminou’ a equipe, conforme palavras dos profissionais.

A equipe chegou à conclusão que as dificuldades, as tentativas e a vivência prática do processo foram essenciais para a apropriação dos conteúdos do livro mencionado, pois permitiram um amadurecimento. Acrescentaram que os relatórios de experiências profissionais no NASF que estão disponíveis atualmente, nem sempre contemplam a realidade do que seria uma atuação adequada em um núcleo de apoio, matriciando equipes. As ações ainda acabam se restringindo às atividades ambulatoriais.

“Agora a gente vê que os poucos relatos que tem não mostram muito a forma correta. Mas essa é a nossa percepção hoje. Devem ter muitos locais perdidos ainda.” PGF9

¹⁶ Campos, GWS e Guerrero, AVP. Manual de práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Ed. Hucitec. 2ª Ed. 2010. 411p.

A participação no Congresso de Saúde da Família também contribuiu significativamente, resultando em uma ‘reviravolta’ na implantação, segundo os profissionais que participaram de um minicurso de matriciamento na atenção primária:

“Menina, mas não é que o negócio foi bom! Deu uma abertura na nossa cabeça, sobre o que era [a proposta]. E lá eles comentaram sobre bibliografias, o que a gente podia procurar.” PGF8

Havia dúvidas sobre até onde podiam tomar decisões em relação às equipes, uma vez que o processo deveria ser compartilhado. Porém, pela resistência inicial aos trabalhos integrados, algumas decisões tinham que ser tomadas, como fixação dos encontros para o matriciamento.

“A gente chegava na reunião de equipe e eles falavam que não tinham casos para discutir com a gente, que não tinham nenhuma situação para nós e que não precisava fazer reunião. Agora a gente disse que mesmo que não tenha caso iremos fazer reunião... para retomar os casos antigos, para discutir, saber como é que está a situação da equipe e se inteirar. E deu certo. Parou essa história e vários casos sempre aparecem.” PGF7

Os profissionais apresentaram a agenda coletiva mensal do NASF como a ferramenta central do trabalho, que é definida e construída por toda a equipe. São colocadas as reuniões em comum, os dias de atendimento individuais, as reuniões de planejamento da equipe do NASF e os dias de folga de todos os integrantes do Núcleo. Posteriormente, a agenda é replicada e distribuída a todos para que as demais atividades, que são agendadas nas equipes de matriciamento, como os atendimentos compartilhados e as visitas domiciliares.

Essa agenda é elaborada no início de cada ano e, periodicamente, a equipe pactua as atividades do mês subsequente. Essa é uma estratégia que permite a compatibilização das atividades e também que todos os profissionais saibam o que cada um está fazendo, onde estão e com qual equipe.

“Por que se não fizermos assim, o que acontece? Se a gente entregar agora para as equipes as reuniões do mês que vem, eles falam: ‘Ah, a gente marcou CD’. Aí, resolvemos marcar do ano inteiro, porque eles já sabem que tem reunião com o NASF, e não marcam mais nada. Foi muito melhor. Resolvemos o problema.” PGF7

Outro aspecto positivo citado quanto ao planejamento prévio foi de natureza prática, como a facilidade de reservar o local para a realização de algumas atividades:

“Antes a gente ficava correndo atrás de uma agenda para marcar auditório e não conseguia marcar.... era uma tortura. Agora não, estamos tranquilos: até o final do ano todos os nosso grupos já estão marcados na agenda do auditório e a agenda com as equipes está toda garantida. Inclusive, a gente que fez uma agenda para o auditório... (risos). Não tinha era organizado e nós organizamos. Ficou bom pra todo mundo.”
PGF7 *“E isso é importante, por que é muita gente envolvida.”* PGF8

As reuniões de matriciamento, o planejamento anual feito pela equipe e o período para estudo foram os fatores citados, unanimemente, como os que mais contribuíram para o adequado funcionamento do NASF. A sistematização e a organização das atividades são características valorizadas por todos os integrantes.

As atividades que estão sendo desenvolvidas são reavaliadas a cada três meses, para avaliar se são mantidas ou não, se é necessário mudar o dia ou aumentar o horário, como está a integração e a participação do grupo, a participação da equipe, se há desistência e, quando há, se é um problema do horário, ou do interesse da população ou se a equipe não está fazendo a busca ativa adequadamente.

Os grupos com maior procura e, portanto, com necessidade de aumentar a carga e a frequência também são re-avaliados periodicamente verificando a possibilidade de atender as demandas. Um exemplo foi citado:

“O Lian Gong¹⁷ era realizado toda quarta-feira. Eu só tinha agenda para um dia por semana por que eu era 20horas.... e a procura é grande. Quando eu passei para 40 horas aumentamos a frequência e avisamos para os profissionais colocarem em suas agendas”. PGF9

Ademais, as atividades são avaliadas, dentro do possível, pelos usuários para identificação da percepção quanto aos resultados e experiências com o grupo.

¹⁷ *Lian Gong* (pronuncia-se "Liam Cum") é uma ginástica chinesa que consiste na prática de 18 exercícios, recomendada para prevenção e tratamento da maioria dos problemas decorrentes de má postura ou de movimentos agressivos à lógica do corpo humano. Além disso, melhora o funcionamento dos órgãos, aumenta a disposição e contribui para o controle do diabetes, hipertensão arterial e outras doenças crônicas (Fonte: Brasil, 2012d).

“Eu criei uma cartinha onde eles relatam a experiência deles com grupo. Eles falam o que melhorou, o que não melhorou, o que estão achando. Periodicamente eu peço isso. Por exemplo, os novatos que entraram agora, daqui três meses eu sei que eles vão começar a perceber resultados. Às vezes eles veem resultados, mas eu não falam, não fico sabendo a percepção deles. Então eu peço pra eles relatarem por escrito, tudo registrado e eu tenho lá um envelopinho cheio de cartinhas...” PGF9

Atualmente, a maioria das atividades é realizada coletivamente e toda a equipe concorda que é necessário e fundamental integrar as áreas, fazer juntos, não somente por ser NASF, mas pelo crescimento agregado. Os profissionais procuram uns aos outros não apenas para compartilharem as atividades e fazer planejamento, mas também para tirarem as dúvidas que surgem em suas atividades fixas e ampliar os conhecimentos sobre as diferentes áreas.

“A gente chega e pergunta: O que a gente vai fazer hoje? Você não chega e abre sua agenda. Você senta com todo mundo para ver como que vai ser o dia? (...) Você saber acolher um paciente de outra área também, né? (...) Eu não sabia nada da linguagem da fisioterapia, por exemplo. A minha experiência profissional foi mais próxima à área da assistência social, então eu não sabia abordar nada, além disso. Agora eu já sei até o que é decúbito (risos.). Eu sei quais são as informações mais importantes para eu passar para os outros colegas.” PGF10

O NASF busca realizar atividades em diferentes locais, de modo que fique mais capilarizado e mais próximo à população. As atividades coletivas são realizadas nos Centros de Saúde, na igreja, em escolas, nas associações do local, no centro olímpico, dentre outros locais. Explicam que dependendo da ação que será desenvolvida, quem define o local é a EqSF responsável, designando em função do número de pessoas e da característica da atividade.

A integração com as equipes de saúde da família foi um aspecto colocado como muito importante pelos integrantes do NASF. É importante não só matricular, mas que eles estejam presentes nas reuniões, nos encontros, nas atividades intersetoriais, por que eles são os responsáveis diretos pelas famílias. Nesse sentido ressalta-se o seguinte relato:

“Todos nós íamos à reunião de planejamento do PSE que acontecia uma vez por mês. E as Equipes de Saúde da Família responsáveis pelas escolas que estavam no seu território não estavam mais participavam da reunião: porque o NASF ia, o NASF avisava quando tinha reunião, o NASF avisava o que tinha que fazer. Chegou um momento que a gente parou de ir e falamos: “Quando vocês voltarem a participar das reuniões, quando vocês forem assíduos, a gente volta a participar com vocês. Às vezes, a negociação inclui isso.” PGF7

Quanto às estratégias e inovações utilizadas para o desenvolvimento do trabalho foram citadas as diversas formas de interlocução com as equipes e com os usuários. As mensagens por celular aos integrantes dos grupos avisando o dia da reunião foi uma forma positiva de reduzir a evasão nos encontros. Apesar de ser custeado pelos próprios profissionais, pelo resultado compensatório, acaba sendo utilizado.

“Um dia antes do grupo mandamos uma mensagem simples só lembrando o pessoal: ‘Olá! Amanhã tem o grupo [nome do grupo], heim!? Esperamos vocês!’. Tem gente que até responde: ‘Estarei lá!’ (risos).” PGF9

A criação de uma identidade visual para o NASF, utilizado nos documentos produzidos pela equipe, foi valorizada pois facilitou a identificação e referência dos trabalhos, bem como visibilidade da equipe.

Dentre as atividades realizadas por este Núcleo cita-se: desenvolvimento de grupos temáticos, atendimentos compartilhados, atendimentos individuais, visitas domiciliares, atividades intersetoriais, como o PSE, matriciamento das equipes de saúde da família, elaboração de projetos terapêuticos, discussões de casos, elaboração de materiais técnicos e capacitações dos profissionais.

a. Reunião de Matriciamento

Todos os profissionais estavam presentes para a reunião: do NASF o nutricionista, o fisioterapeuta, o assistente social e o psicólogo; e da ESF estavam presentes o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. O encontro foi

realizado na área 'do fundo' da unidade de saúde, em uma área informal, onde as cadeiras foram posicionadas em círculo. Havia um clima geral de disposição e bastante amistoso.

O primeiro passo da reunião foi realizar a leitura da ata referente à reunião anterior por um profissional voluntário. A elaboração da ata foi uma decisão do coletivo de profissionais, visando a minimizar as discussões sobre o que já havia sido discutido e evitar possíveis esquecimentos. Este procedimento foi adotado em todas as reuniões deste NASF com suas equipes da SF.

Durante a leitura os profissionais iam avaliando se todos os casos discutidos na reunião anterior tinham sido encaminhados adequadamente, conforme o combinado. Cada profissional tinha a liberdade de colocar a sua participação e suas observações sobre o caso em questão, bem como os agentes comunitários iam atualizando a situação domiciliar, ou do território, daquele usuário. Nesse momento foi ressaltado o valor do trabalho dos agentes, especialmente na zona rural.

Após a leitura, outro profissional se prontificou a elaborar a ata do encontro. O início da reunião da semana foi declarado e os novos casos foram discutidos. Posteriormente, o livro ata foi lido em voz alta, para a concordância ou alteração sobre o que foi registrado, e foi repassado para todos os presentes assinarem (inclusive eu, pesquisadora), dando ciência e concordância. A assinatura é também uma forma de monitorar a presença dos profissionais na reunião.

O Projeto Terapêutico ocorre geralmente nas reuniões de matriciamento, quando um ACS faz uma visita e compartilha na reunião e não sabe qual conduta deve ser tomada.

Passos do Projeto Terapêutico:

- 1º: Diagnóstico do caso e conhecimento da realidade
- 2º: Atendimento: marcar com médico e com técnico de enfermagem para fazerem a triagem.
- 3º: O NASF faz uma visita compartilhada: Quem vai? Todos?
Por quê? Qual prioridade?
- 4º: Faz a devolutiva do caso para a equipe responsável.

b. Grupos Temáticos¹⁸

São realizados diferentes grupos operativos interdisciplinares. As maiores necessidades são apresentadas nas reuniões de matriciamento pelas equipes ou pelos profissionais dos NASF e agentes comunitários fazem a busca dos pacientes. Os profissionais do NASF elaboram coletivamente a programação do que será abordado no grupo, apresentando também às EqSF.

No momento da pesquisa havia os seguintes grupos temáticos:

- Reeducação Alimentar
- Dislipidemia
- Introdução da alimentação complementar
- Gestantes sobre amamentação
- Contagem de Carboidratos
- *Lian Gong*
- Terapia Redução de Estresse (TER)^a

Os profissionais relataram que serão formados novos grupos: para crianças e para adolescentes, que embora sejam atendidos pelo PSE, sempre aparecem demandas nas reuniões de matriciamento, especialmente pelo aumento da obesidade nessa população. Outro planejamento que estão desenvolvendo é a formação de grupo para atenção à saúde e apoio aos cuidadores dos idosos.

“São pessoas sofridas por que o momento não é fácil e é uma tarefa árdua não só pelo psicológico, mas pelo esforço físico que é exigido. Em geral são pessoas que não tem vida social. Existe uma sobrecarga que deve ser vista pelos profissionais.” PGF7

▪ Exemplo: Grupo de Reeducação Alimentar

Os primeiros grupos foram formados por demanda dos agentes, que fizeram a busca ativa de usuários que apresentavam os problemas de maior prevalência na comunidade: sobrepeso/obesidade, hipertensão arterial e hipercolesterolemia. Os pacientes com Diabetes Melitus, outra patologia com alta prevalência na área, formaram um grupo específico de contagem de carboidratos e alimentação equilibrada.

“Foram identificadas inicialmente 160 pessoas. Todos seriam chamados para consulta individual. Imagina como seria se não fosse à formação de um grupo interdisciplinar.” PGF8

^{18 a} A Terapia Redução de Estresse (TER), citada no *box*, é uma atividade conduzida pelo fisioterapeuta, com desenvolvimento de práticas corporais que colaboram no controle da ansiedade, sendo indicada, especialmente, para o público com depressão. Fonte: informação do grupo.

O público destes grupos é essencialmente feminino e essa característica é aproveitada para orientações nutricionais que contemplem suas famílias, tais como: orientação para as compras, o preparo dos alimentos, a conservação e higiene dos alimentos e a organização da geladeira.

Foram formados, inicialmente, três grupos de 40 pessoas cada. Embora tivessem desistências, a maioria dos pacientes teve boa aceitação da proposta. As reuniões são semanais ou quinzenais e o grupo tem duração aproximada de três meses. As novas demandas são oriundas das visitas rotineiras dos agentes e das buscas ativas daqueles que não aceitaram ou não compareceram inicialmente.

O grupo de reeducação alimentar do dia da observação estava agendado com a participação do nutricionista, do fisioterapeuta e do psicólogo e foi conduzido pelo psicólogo.

Como primeira atividade é feita a aferição das medidas dos participantes, com o registro do peso e da circunferência da cintura em formulário próprio constituído para cada grupo, com a identificação e os dados pessoais dos integrantes (nome, idade, data de entrada no grupo, equipe de saúde de referência, endereço). Nos encontros seguintes são desenvolvidos vários temas, entre eles, orientações alimentares, práticas corporais, motivação e qualidade de vida.

Algumas perguntas da Gincana

Quantas vezes por semana devemos comer frutas, verduras e hortaliças? E quantas frutas devemos comer por dia?
Quais desses fatores fazem o metabolismo ficar lento?
Quando o colesterol bom está elevado é um problema para o organismo?
Qual é a melhor forma de usar o azeite? O que é óleo saturado? Os que são os triglicérides?
Qual é a base para um emagrecimento saudável é?
Quais dessas alternativas constituem boa opção para um lanche da tarde? E para o café da manhã?

Como dinâmica básica dos encontros, cada pessoa relata sua semana, o que conseguiu fazer para progredir em seu propósito, e quais as dificuldades e os ‘escorregões’ que não permitiram o seguimento das orientações. Esse é um momento oportuno para a troca de experiências entre o grupo, mostrando que os desafios e as dificuldades muitas vezes são comuns a todos. Há o incentivo por parte dos profissionais e também dos próprios colegas.

No encontro observado a pergunta geradora foi ‘O que te faz comer muito?’. Surgiram aspectos como ansiedade, cansaço, falta de tempo pelo horário do trabalho, a alimentação fora de casa. Os usuários reconheceram a necessidade de fazer atividade física e nas discussões surgiam estratégias para lidar com cada situação, colaborando para reverter o quadro.

Após os relatos dos participantes e as discussões sobre o tema da semana, foi proposta uma Gincana. O coletivo foi dividido em dois grupos e foram lançadas perguntas com três alternativas de respostas sobre todos os conteúdos que já haviam sido discutidos até o momento.

Durante o grupo, algumas perguntas foram colocadas aos integrantes, visando incentivar a motivação. Os participantes foram respondendo após ficarem reflexivos e trocaram ideias entre si e com o grupo maior.

“O que me dá preguiça? O que me faz não ter horário? De qual exercício eu gosto? O que eu mais gosto de comer? O que me tira o controle? O que me controla? Como eu já emagreci? O que me fez perder peso?”. PGF10

Os profissionais colocam o objetivo de cuidar da saúde como prioridade e fio condutor das discussões, considerando que o acesso às informações e aos serviços de saúde, a maioria das pessoas já recebeu algum tipo de atendimento e foi orientada. É necessário despertar a motivação e a valorização da saúde, e o caminho para conseguir incorporar as mudanças necessárias em suas vidas:

“A orientação e o conhecimento sobre a dieta não é o que falta pra vocês. Vocês já sabem o que devem e podem fazer para melhorar. Agora vamos nos organizar, planejar e trazer a força de vontade para termos um resultado diferente.” PGF9

Próximo ao encerramento da atividade, os profissionais pactuaram com os participantes quais seriam a meta de cada um para a semana: *“Essa semana o que eu vou fazer para melhorar a minha saúde?”*

Algumas respostas sobre a meta da semana:

- Vou fazer compra diferente.
- Não vou pular as refeições.
- Vou comer na hora certa.
- Vou tomar mais água.

O encontro é encerrado, após pouco menos que duas horas, solicitando que cada participante falasse uma palavra que definia aquele dia. Atitude, determinação e planejamento foram as mais citadas. Lembraram a data do próximo encontro, solicitando que os presentes chamassem os vizinhos que tinham faltado aquele dia.

c. Consulta Individual

Uma vez por semana a agenda de cada um dos profissionais é fechada para seus atendimentos individuais. Foi observada uma consulta individual conduzida pela nutricionista do NASF. As consultas são agendadas segundo os seguintes critérios: pacientes oriundos das reuniões de matriciamento com necessidade de atenção mais específica, integrantes dos grupos que estão com alguma dificuldade, por solicitação de algum profissional da Equipe de Saúde ou, ainda, os retornos marcados pelos próprios profissionais.

A marcação da consulta em caráter de urgência, que não esperam a reunião de matriciamento, também pode ser solicitada pela EqSF e passa pela avaliação dos profissionais do NASF, que viabilizam o melhor momento e o local. Além dos atendimentos individuais, existem também as consultas compartilhadas com os outros profissionais da EqSF (médico, enfermeiro ou odontólogo).

Todo o registro da consulta foi feito no prontuário para que os demais profissionais pudessem acompanhar. O prontuário, da mesma forma, foi avaliado pelo profissional no momento da consulta, para conhecer o histórico do paciente.

Na consulta foi realizada a avaliação nutricional, solicitado o documento de monitoramento da saúde (caderneta da criança ou da gestante, do adolescente ou do idoso), feito o recordatório alimentar de 24 horas, para melhor compreender seus hábitos alimentares, além de terem sido solicitadas informações sobre os horários e os hábitos de vida do paciente: ingestão hídrica, funcionamento intestinal, prática de atividade física, horário e duração do sono, ocupação, horário e duração do trabalho/estudo, dentre outros.

O profissional trabalha com uma abordagem direta com o usuário, buscando identificar não somente os determinantes para a queixa principal, mas, especialmente, as alternativas viáveis que podem colaborar positivamente para reverter o quadro. A orientação nutricional foi realizada em diálogo com o usuário, corresponsabilizando-o pelo processo, com o comprometimento do cumprimento da intervenção sua proposta.

A orientação sobre uma refeição saudável foi feita de forma lúdica. Foi desenhado e colorido um prato à medida que era explicado como poderia ser montado, contemplando as porções, o preparo e as cores no prato para uma alimentação variada e saudável. Foi

oportunizada, ainda, a orientação de hábitos alimentares e de saúde que contemplavam a família, bem como orientações quanto à compra dos alimentos.

d. Consulta Compartilhada

Em geral, essas consultas são realizadas com dois ou três profissionais, a depender do caso. Durante um período do dia, 05 (cinco) consultas tinham sido agendadas pelo médico responsável por uma das EqSF, com a solicitação da presença dos profissionais do NASF, que se dirigiram ao local com antecedência à consulta para conversar com o profissional. Este procedimento de discussão prévia é considerado fundamental para o sucesso da ação. Após a leitura dos prontuários e discussão entre os profissionais, os pacientes foram chamados. Todos os presentes falaram durante a consulta, questionando, orientando o caso, bem como fecharam a intervenção de forma integrada.

V. A nutrição no NASF

Sobre a agenda de alimentação e nutrição no trabalho do NASF os profissionais responderam que consideram importantíssima e a mais demandada. Foi relatado o interesse e a integração dos demais profissionais para compreender e colaborar com os casos, pois, na maioria das vezes, entram pela nutrição.

É uma agenda muito vasta, com fácil identificação de pontos que podem ser compartilhados com outros profissionais, possibilitando a participação de diferentes profissionais, especialmente na atenção primária.

VI. Dificuldades e Desafios

Os profissionais desdobraram as dificuldades relacionadas à gestão. Apontaram que mesmo a mudança de um motorista, que não tem relação direta com a saúde, interfere no processo, acarretando em maior demora no deslocamento e dificuldade de encontrar os locais. Ressaltaram a importância de manter os profissionais que já conhecem a rotina e estão engajadas no processo, com adequadas condições de trabalho.

Os malotes enviados de outras unidades ou da central também sofrem grande morosidade na entrega, sendo um fator negativo que, muitas vezes, interfere no andamento dos trabalhos: “...alguns pacientes perdem consulta por causa dos malotes”.

Outro maior entrave relatado é a resistência e o desinteresse de algumas equipes, com dificuldades de integração, aspectos que estão sendo superados aos poucos.

Quanto aos desafios para o NASF, foi citada a consolidação e continua sistematização das ações e a adequação dos recursos humanos, com carga horária adequada. As ações estão em expansão: após a identificação das necessidades de cada área, conhecimento do perfil de cada equipe e entrosamento com os profissionais das equipes, o trabalho começa a fluir para outras demandas.

É necessária a reposição dos dois profissionais que saíram da equipe para completar as 200 horas preconizadas pela legislação. Além disso, foi citada a incompatibilidade de horário com os profissionais que trabalham 20 horas, considerando que trabalhar no NASF não diminui a agenda destes profissionais. A diferença consiste essencialmente nos processos de trabalho e na forma de atuação.

Os profissionais planejam divulgar seus trabalhos para colaborar com outras equipes e dar visibilidade ao que está sendo desenvolvido, considerando que discutir com outros profissionais e trazer novas experiências é relevante para o trabalho que estão fazendo.

7.2.1.3. Estudo de Caso M3

I. Caracterização do local

O NASF pesquisado é intermunicipal, pertencente a dois municípios de pequeno porte, na região nordeste, cuja população de ambos totaliza aproximadamente 22 mil habitantes. Nesta pesquisa será apresentado o município sede, o qual fez o projeto para a implantação do Núcleo, onde ficam lotados os profissionais. Este que recebeu a pesquisadora e forneceu as informações necessárias.

Quanto à estrutura e organização de saúde o município conta com uma rede de serviços composta por: 06 (seis) Equipes de Saúde da Família (EqSF), todas com Saúde Bucal, com cobertura de 100% de sua população; 03 (três) postos de apoio as Estratégia Saúde da Família; e 01 (um) laboratório de análises clínicas para exames de rotina. Os procedimentos de alta complexidade são referenciados para municípios vizinhos.

Devido à grande demanda dos diversos agravos de saúde da população nos territórios das EqSF, a necessidade de diferentes profissionais para atuarem de forma interdisciplinar na promoção da saúde e prevenção de doenças, na proteção e reabilitação, a gestão municipal solicitou a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

II. Caracterização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pesquisado

O NASF foi implantado em julho/2011, para atendimento a uma população de abrangência de 08 (oito) Equipes de Saúde da Família (EqSF), sendo 06 (seis) do município sede e 02 (duas) do segundo município. A Figura 8 apresenta o fluxograma do trabalho do NASF.

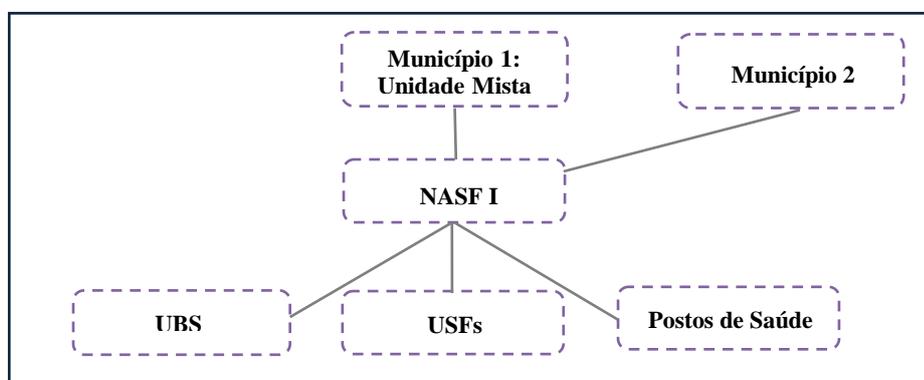


Figura 8. Fluxograma do trabalho NASF M3. Fonte: Relatório Técnico do NASF local, 2012.

Ainda que os profissionais desenvolvam as atividades propostas e prestem serviços à população dos dois municípios, durante o período de observação foi percebido que o contato com o segundo município é menos efetivo, ocasionado por menor acesso e apoio por parte da gestão local.

Esta equipe do NASF é formada por nutricionista, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta. Recentemente saiu o fonoaudiólogo e o terapeuta ocupacional. Ressalta-se duas características destes profissionais: indivíduos jovens e engajados na aprendizagem para o processo. O aspecto referente à idade, segundo relatado pelos próprios profissionais, foi variável de resistência das equipes no início do trabalho. Com o tempo de atuação foi possível mostrar que a experiência seria adquirida na rotina do trabalho, inclusive por ser uma nova proposta de atuação.

III. Considerações dos profissionais sobre a proposta do NASF

Para a equipe, a demanda social, a necessidade da população e a carência de recursos, de possibilidades e informações são os principais fatores que justificam a implantação do NASF. Para eles, o atendimento individual atende a minoria mais privilegiada da população. O NASF consegue orientar e apoiar as equipes na captação daqueles que não conseguem chegar às unidades, bem como a chegarem aos locais mais carentes e dar conta de uma população maior, e com mais qualidade.

“A gente tá entrando pra dar possibilidade. E depois a gente sai deixando a família ou o grupo munido de recursos. Quando for o momento a gente recua, se afasta para dar possibilidades e ver quais são as próximas necessidades.” PGF11

Além destes aspectos, foi citada possibilidade de se conseguir unir outras instâncias do município, como a educação e a assistência social, para atender a população de forma mais integrada. A forma que começou o trabalho da equipes não favoreceu essa proposta e, atualmente, com a presença de outras categorias profissionais matriciando as equipes, há um espaço para esse contato e interlocução com outros setores.

“Todos aqui concordam que essa somativa dos saberes acaba contemplando o homem como um ser holístico, dotado de muitas necessidades. Essa visão que foi construída da lógica de ambulatório, de

atender um por um, onde a gente acabava só tratando os problemas que aparecem. Precisamos abrir mão dessa visão cartesiana” PGF11

Concordaram também que foi um processo de construção da sociedade, que o olhar para o atendimento de saúde sempre foi esse. Hoje tentam reverter, avaliando a melhor forma de *seduzir* os usuários e acessá-los. É necessário entender quais são as principais necessidades.

A gente acostumou a população assim. Por algum motivo isso foi construído dessa forma. Agora a gente tem que retroceder.” PGF14

IV. Processos de trabalhos

Ao debaterem a questão sobre o que fazem para se constituírem profissionais do NASF e trabalharem com o matriciamento, relataram que consideram um processo muito estratégico e, por isto, estão em planejamento constante sobre as demandas das comunidades. O processo é de construção e de reconstrução, a prática é constantemente avaliada e revista com o objetivo de aprimoramento.

No início da implantação os profissionais sentiram a alta demanda da população por atendimentos individuais e grande resistência por parte das Equipes de Saúde da Família (EqSF). Visando solucionar as dificuldades, foi feito um diagnóstico de área, juntamente com os ACS, para identificar os indivíduos e as características da família, com o objetivo de direcionar o planejamento e minimizar a demanda pelos ambulatórios com a formação de atividades coletivas.

“...Ah, tem nutricionista, tem psicóloga, fisioterapeuta..., então eles queriam atendimento, atendimento, atendimento, e no início não iam aos grupos. Tinham muita resistência. Hoje já é diferente. Eles já ficam querendo saber qual é o próximo grupo, ficam dizendo ‘por que não é toda semana, pelo menos uma vez na semana’. Eles ficam pedindo”.

PGF11

Para lidar com as situações de resistência foi utilizado o matriciamento e a realização de reuniões, estratégias que foram úteis para o esclarecimento da proposta de trabalho, para a aproximação dos profissionais e sensibilização das equipes. Consideram positivos os trabalhos que estão sendo desenvolvidos, especialmente pelo desbloqueio da resistência por parte das

EqSF, que chegaram a sugerir que a população só iria participar das atividades coletivas se houvesse lanches ou oferta de brindes ao final de cada encontro, como atrativo.

“Pra nós foi extremamente importante o fato de termos conseguido desempenhar o trabalho com sucesso fugindo da prática de ofertar brindes.” PGF11

Foram realizados dois matriciamentos temáticos, mais abrangentes, com as equipes de saúde da família. O trabalho foi realizado, segundo a equipe, de forma lúdica, trazendo o conceito de matriciamento, para que todos pudessem repensar o processo de trabalho na lógica de rede. O objetivo principal era acabar com o nexos persistente dos profissionais de que o encaminhamento significava ‘ficar livre do caso’.

“Aqui nunca se ouvia falar de acompanhamento, era só encaminhamento, encaminhamento...” PGF14

Um dos trabalhos temáticos realizados com os agentes foi sobre direitos e deveres, visando fortalecer a autonomia destes profissionais e dos usuários do sistema. O ponto de partida eram os questionamentos: Quais são as minhas possibilidades? Até onde posso ir? Até onde consigo ir? Com esses pressupostos a equipe considerou que era possível enxergar a necessidade de constituir uma rede, de buscar os espaços disponíveis e de contar com os outros profissionais: chamar o médico, o NASF, a assistência social, para compartilhar as inquietações.

“Nós achamos importante mostrar essa noção de incompletude. Temos limites. Eu não preciso ser completa porque eu tenho uma rede que me completa, que me colabora. ‘Daqui pra frente eu posso, daqui pra frente eu não posso mais’. Desse modo, cada um tem a sua responsabilidade e faz a sua parte, chamando o outro.” PGF11

O segundo tema abordado foi humanização. A necessidade surgiu pela resistência das equipes com o trabalho do NASF no início de sua implantação. Inicialmente a resistência ficou muito evidente, especialmente nos locais onde não existiam outros problemas, como transporte para deslocamento, resistência da população:

“Eles não conseguiam nos receber bem e a nenhuma de nossas propostas, além de não nos proporem nada. Era aquela coisa assim: ‘Não dá certo

grupos, não dá certo isso, não dá certo aquilo, não dá certo, não dá certo...'. A gente fez a capacitação, humanização, apoio, tudo. Nas últimas reuniões perguntamos qual era a maior necessidade e só apareceu palestra: 'A gente precisa de mais grupos sobre isso e isso, e grupos'. Foi incrível!" PGF13

Para cumprirem os objetivos da proposta, periodicamente são realizadas reuniões com cada equipe de saúde e entre a equipe do NASF, para verificar o cronograma, parcerias, locais, etc. A opinião de todos os participantes sobre as necessidades de cada local é considerada. As agendas são divulgadas para todas as unidades de saúde e profissionais, com antecedência para que possam lembrar a população e colaborar com a busca ativa dos usuários.

O perfil do trabalho do NASF impõe que os profissionais estejam em constante atualização e capacitação, embora o tempo não seja suficiente. A equipe do NASF relata estudar para elaborar e conduzir os trabalhos. Dividem as leituras entre o grupo para juntos, traçarem as ações da melhor forma, atendendo às necessidades e cultura da população. Além disso, todos os profissionais colaboram com a organização do trabalho da equipe, com registros, anotações, elaboração dos calendários e cronogramas, tudo.

"...o trabalho de hoje transcende muito o que era feito. A gente vai pras visitas, trata caso por caso, leva pra casa, abre livro ou estuda, traz para a equipe, compartilha, leva para a equipe de saúde da família e faz estudo de caso, consideramos os conhecimentos que a gente tem, pra tentar finalizar e fechar os projetos da forma mais completa possível." PGF11

Sobre os estudos que realizaram para o NASF foi citada a obra 'Pedagogia da Autonomia'¹⁹. A meta é libertar o sujeito mostrando que ele não precisa se encaixar em parâmetros pré-formatados, valorizando o olhar individual: como ele se vê, como ele se percebe, como ele percebe o outro, como ele percebe o meio. Para tanto, a educação em saúde e as orientações são realizadas de modo que a população entenda e consiga aplicar o que considerar melhor para si.

"A nossa lógica de trabalho é trazer o conhecimento. Pesquisamos muito qual é a melhor forma de falar para que eles entendam o conceito de

¹⁹ Freire, Paulo. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

autonomia e saiam da zona de conforto. Estudamos a Pedagogia da Autonomia”. PGF11

Esse NASF trabalha com um calendário anual que segue as comemorações nacionais relacionadas à saúde, para desenvolvimento de atividades temáticas em todas as equipes de saúde da família. Estas são realizadas na primeira quinzena e na quinzena seguinte são realizados os grupos operativos, que serão apresentados a seguir.

“Temos palestras que são construídas pelo calendário anual. Por exemplo, em dezembro do ano passado a gente trabalhou DST/Aids, pelo dia mundial da Aids. Esse ano vamos trabalhar outro tema. A gente tenta contemplar o calendário para formular as atividades.” PGF14

O cronograma de atividades é idealizado pela equipe do NASF e pactuado com as EqSF, que demandam as ações. São feitos pequenos cartazes para serem fixados nas unidades de saúde. Os encaminhamentos para o trabalho podem ser feitos da EqSF para o NASF, do NASF para o NASF ou do CRAS para o NASF/EqSF, e vice-versa.

Quanto ao local, as atividades são realizadas onde for melhor para o acesso da população. Alicerçados na concepção de a autonomia dos usuários, os locais são aproveitados da melhor forma possível, segundo relataram, e dependem da característica da atividade, se coletiva ou individual.

A principal ferramenta para esta equipe é a comunicação entre o NASF e os profissionais das equipes, que, portanto, não é feita somente nas reuniões, mas também por telefone, correio e e-mail. Os orelhões das unidades de saúde e o número dos telefones celulares são constantemente utilizados no trabalho para facilitar a comunicação.

“É só ligar para o celular do Agente Comunitário de Saúde (...). De certa forma, essa organização que a gente instituiu no trabalho vai culminar na proposta do NASF, que é diminuir as filas de espera, que é diminuir os agravos, os casos de alta complexidade. Tudo isso começa pela comunicação.” PGF12

O serviço por eles denominado de ‘Pombo Correio’ também considerado prático e eficaz, foi observado: o profissional confirmou com o paciente quem era seu agente comunitário de

saúde e enviou-lhe um *bilhetinho* atualizando os encaminhamentos e as intervenções da consulta, para que este profissional, posteriormente, dê o seguimento necessário.

Além do acesso direto aos profissionais, bimestralmente é realizada uma reunião central, na Secretaria de Saúde, com os coordenadores das unidades de saúde e os profissionais envolvidos.

A divulgação das atividades é primada pela equipe do NASF que, com o apoio da assessoria de comunicação do local, fez o *Jornalzinho do NASF* apresentando as atividades existentes e a proposta de trabalho.

As relações intersetoriais foram mencionadas especialmente com o CRAS e a educação, por meio do PSE.

“A gente está trazendo agora essa noção de rede, e não é possível que eles acolham isso como se fosse à solução de tudo, depois de anos assim. Vai ser aos pouquinhos mesmo”. PGF11

Além da união dos saberes de cada área de formação, as características de cada profissional foram ressaltadas como relevantes e únicas no trabalho, sendo um diferencial que faz surgir os resultados. Uns tem aspectos mais técnicos, outros são mais extrovertidos e agregadores, fazendo com que o grupo se identifique.

“A gente já tem uma parceria muito boa com o PSE. Conseguimos desenvolver alguns temas com as turmas e nesse próximo ano estamos pensando em trabalhar com atividade vocacional com os terceiros anos. Ensinar a fazer currículo, conversar sobre que é o mercado de trabalho, quais são as principais necessidades, o que eles esperam desse mercado...” PGF14

Para o monitoramento e gestão das atividades, mensalmente a planilha de produtividade do NASF é repassada diretamente à Secretaria de Saúde, juntamente com um relatório técnico sobre os principais aspectos das atividades elaborado pelos profissionais. Desse modo,

periodicamente o processo de trabalho é reavaliado pelos integrantes do núcleo, conforme apresentado abaixo²⁰:

Aspectos a melhorar...	Ação corretiva proposta...
*Identificamos que não há uma padronização na elaboração/execução das atividades, tendendo a resultados diferentes.	Formação de um grupo de estudos para construção de um plano 'único' e roteiros para as atividades.
*Demanda por palestras tem se tornado cansativa para o público e o NASF acaba não tendo tempo para se capacitar no tema proposto.	Priorizamos uma proposta de trabalho anual temática, em que cada mês será contemplada uma data comemorativa da saúde para abordagem dos conteúdos pertinentes.
*O diagnóstico das áreas ainda não foi concluído devido o atraso na entrega das fichas.	Fixação de prazo para entrega das fichas.
* A comunicação entre os parceiros ainda continua deficiente: não foi possível interlocução com todos os atores/parceiros do município e persistem dúvidas sobre as atribuições dos profissionais, devido ao modelo de prática assistencialista em que foi sedimentado no SUS.	Vamos construir mais momentos de socialização da proposta com os representantes das repartições públicas e comunidade civil.
* Inviabilidade de realizar as visitas domiciliares por falta de transporte para a equipe.	Viabilizado um carro para utilizar em conjunto com a endemias, dois dias por semana serão dedicados para cumprir com a demanda estabelecida.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo NASF cita-se: grupos operativos, oficinas, rodas de conversa, atendimentos individuais, atendimentos intersetorial (PSE e CRAS, especialmente), matriciamento às EqSF, discussões de casos, produção de materiais técnicos, atendimento na Academia da Saúde/da Cidade, visitas domiciliares, dentre outras. O atendimento compartilhado está em fase de teste, segundo relataram os profissionais.

a. Grupos Operativos

São realizados diferentes grupos operativos com integração entre as equipes de saúde e os profissionais do NASF. Os encontros ocorrem sistematicamente e realizados, preferencialmente, em todas as unidades de cobertura do NASF, conforme demanda da população. É um pressuposto dessas atividades que esteja presente um profissional da equipe de saúde de

²⁰ Extraído do relatório técnico do NASF local, jan/2012.

referência da população, sendo uma forma de capacitação e de corresponsabilização das ações desenvolvidas. No momento da coleta de dados, eram realizados os seguintes grupos:

Tema do Grupo Operativo	Nome do Grupo no NASF
Grupo de Emagrecimento	Vigilantes da Boa Saúde
Grupo de Hipertensão (diabetes e hipertensão)	Tudo em Dia
Grupo de Atividade Física	Vida Ativa
Grupo de Postura	Coluna nos Trinques
Grupo de Transtornos Psíquicos	Balão Mágico
Grupo de Depressão	Bem Viver
Grupo de Idosos	Ativa Idade
Grupo de Gestante	Florescer da Vida
Grupo de Jovens	Conexão Jovem

Diferentes espaços coletivos e equipamentos sociais são articulados para o desenvolvimento das atividades em grupo, tais como: oficinas, palestras, grupos operativos, atividades corporais e rodas de conversa. Igreja, biblioteca, praças, campos abertos, escolas e o CRAS são exemplos de locais onde já foram realizadas algumas destas atividades.

A equipe relatou também buscar a realização de atividades em ambiente externo à rotina, diferente dos locais usualmente utilizados, de forma que seja possível o desenvolvimento de temas com atividades lúdicas e abordagem integrada. Um exemplo foi o passeio com idosos à um local com cachoeira, onde trabalharam questões relativas à saúde e ao meio ambiente. O deslocamento é feito em articulação com a Secretaria, que viabiliza transporte. O trâmite para a concretização depende da equipe de saúde de referência dos usuários e da característica da população.

Os grupos são montados a partir da demanda que os ACS trazem da população. Geralmente tem frequência quinzenal e são retirados da programação quando não há vínculo dos usuários e/ou em caso de evasão.

Quando acontece do grupo ser formado para um público e receber outro, como o grupo de emagrecimento que estava sendo mais frequentado pelos idosos. Nestes casos, muda-se o enfoque do trabalho, abordando temas relativos às necessidades dos integrantes: saúde,

autonomia, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), caminhadas, coluna, depressão, família e outros.

▪ Exemplo 1: Grupo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica

Estavam presentes todos os profissionais do NASF e alguns profissionais da EsSF para trabalhar com aproximadamente 25 usuários. O encontro foi realizado na garagem do CRAS, onde foram colocadas cadeiras em círculo.

Enquanto um profissional conduzia os conteúdos técnicos da palestra, outro profissional aferia a pressão dos usuários e os demais apoiavam a atividade.

A atividade foi iniciada com a apresentação da patologia que seria abordada (Hipertensão Arterial Sistêmica), seu impacto negativo sobre a saúde população e as elevadas taxas de óbitos, dentre outros.

Foi realizada a dinâmica do balão, como fio condutor do processo de integração entre os usuários e do conteúdo que seria abordado. Dentro de cada balão havia uma pergunta. Os usuários os estouravam, fazendo a leitura em voz alta da pergunta. Aquele que quisesse contribuir e responder, tinha a palavra, sendo construído um pequeno debate

Alguns questionamentos contidos nos balões:

- 1- Eu posso mudar de remédio por conta própria?
- 2- Se eu controlar a PA posso voltar a comer sal?
- 3- Qual é o valor adequado da pressão?
- 4- Porque as pessoas desse grupo têm pressão alta?
- 5- Eu posso fazer exercício físico?
- 6- O que eu não devo fazer antes de aferir a PA?
- 7- Quanto de água eu preciso tomar por dia?
- 8- Como devo tomar o meu remédio?
- 9- O que é P.A.?
- 10- Quais as consequências da pressão descontrolada?
- 11- E quem tem excesso de peso, o que acontece?
- 12- Como fazer para saber se tem HAS?
- 13- Se a minha PA controlar, posso parar de tomar remédio?
- 14- Como a EqSF ajuda a quem é hipertenso?
- 15- Como deve ser a minha dieta?
- 16- Se a minha vizinha não controla a PA dela, posso dar o meu remédio para ela?

sobre cada questionamento e sobre as dúvidas dos participantes.

▪ Exemplo 2: Grupo Emagrecimento

Diferentes profissionais do NASF participaram. Ao todo há 5 (cinco) deste grupo temático, cuja proposta, segundo a equipe do NASF, é o acompanhamento das pessoas que decidiram reduzir o peso.

Os temas técnicos abordados versam sobre mastigação, digestão, alimentação saudável, práticas corporais e ansiedade. O objetivo é estimular o senso crítico dos usuários na escolha dos

alimentos e sensibilizá-los para a prevenção dos problemas de saúde provenientes da má alimentação.

Inicialmente, os participantes são convidados a refletir sobre as suas práticas alimentares, para colocá-las em discussão. As dúvidas são compartilhadas e o encaminhamento é feito a partir do posicionamento dos participantes. Foi elaborada uma cartilha para que os usuários possam acompanhar e se monitorar dentro da proposta. Esse material é o fio condutor do grupo.

Os profissionais valorizam os aspectos do autocuidado e da autonomia dos usuários, sendo a pauta mais relevante dos grupos temas de educação em saúde, com orientações sobre as dúvidas e necessidades trazidas pela população.

“Trabalhamos com reta imaginária da alimentação: o importante é não nos afastarmos muito dessa reta. Nem para o excesso, nem para a carência. Alimentação é uma alegria! As pessoas não querem e não devem ficar sem aquilo que gostam. Procuramos o equilíbrio.”

- Exemplo 3: Grupo Saúde

Na biblioteca é realizado, quinzenalmente, o encontro de, aproximadamente, 30 idosos para rezar o terço. Essa atividade foi organizada pela bibliotecária e funciona desde 2005, que conseguiu que a prefeitura disponibilizasse um ônibus escolar para o deslocamento dos integrantes.

Os profissionais do NASF se integraram a esta atividade desenvolvendo temas sobre saúde na última reunião de cada mês. Além da exposição e discussão sobre o tema solicitado pelo próprio grupo na reunião anterior, ocorre o direcionamento da população para outros grupos já existentes nas unidades de saúde, conforme as demandas individuais. Esse é um interessante exemplo de como o NASF pode se integrar às atividades que já acontecem na comunidade.

b. Oficinas

- Oficina Culinária Saudável para crianças: Suco da Horta

Essa atividade foi desenvolvida em uma das escolas da região de abrangência do NASF, com a presença de um ACS, dois profissionais do NASF e dos professores. O objetivo da

proposta foi abordar os conceitos de alimentação saudável, higiene dos alimentos e das mãos; autonomia no preparo, cooperação (com os pais/responsáveis) e neofobia alimentar.

As crianças lavaram as mãos em uma bacia e colocaram as toucas. Cada uma recebeu uma faquinha (descartável), pratos de plástico e uma folha de couve lavada, para prepararem o suco da horta. Com as orientações, todas as crianças, atentas, desenvolveram e participaram da atividade. Os conteúdos foram sendo ministrados durante o preparo e as informações eram checadas por meio de perguntas e interação dos alunos.

Ao final todos provaram e gostaram do suco. Receberam a receita para levar para casa. Estas atividades são consideradas importantes e estratégicas no local, pois são fáceis de serem realizadas e a maioria dos domicílios possui horta, possibilitando que seja replicado com a família.

c. Atendimentos individuais

Embora haja encontros periódicos, muitas vezes os usuários são encaminhados em caráter de emergência para atendimentos individuais. Nesses casos, são utilizados receituários que explicam de forma sintética o caso.

Na observação dessa atividade, o que mais chamou atenção foi a informalidade do atendimento, primando por deixar a pessoa mais à vontade possível e, portanto, com contato mais próximo. A mesa da sala onde aconteceram os atendimentos foi ignorada. O profissional puxou a cadeira que, usualmente, fica atrás da mesa, e a posicionou ao lado da cadeira do usuário, deixando a consulta menos intimidante. Exemplos como este mostram como os profissionais estão diversificando suas práticas, as formas de realizar seu trabalho, além de indicar familiaridade com a realidade local.

“Parece pouco, mas colocar a cadeira de atendimento ao lado do paciente, e não com uma mesa nos separando, é uma mudança de paradigma. O que nos separa é aquele espaço tão curto, mas que bota a pessoa num patamar tão distante, tão grande.... de escutar e receber tudo pronto, como se fossemos os detentores da verdade, do conhecimento. Todos acabaram ajudando nessa construção, todo mundo tem uma contribuição importante aqui. A gente tem muito essa perspectiva de não desprezar o que eles sabem e acreditam.” PGF11

d. Visitas Domiciliares

Considerando as ações das equipes NASF na reabilitação, no que tange apoiar as EqSF no acompanhamento de usuários com problemas de locomoção, estabeleceu-se o atendimento de 10 (dez) sessões por paciente acamado. O indivíduo, as famílias e/ou cuidadores são corresponsáveis na atenção físico-funcional são inseridos no projeto terapêutico como membros ativos e participantes. Após o término das sessões, o acompanhamento e monitoramento continuam sendo realizados, podendo o usuário retornar aos atendimentos conforme sua necessidade de saúde.

- Exemplo de Visita Domiciliar

Durante a observação foi acompanhada uma visita domiciliar compartilhada entre o fisioterapeuta e o nutricionista do NASF e um agente da equipe de saúde. Foram avaliados aspectos gerais de saúde da família e realizadas as sessões de fisioterapia. O aspecto nutricional foi trabalhado de forma mais abrangente, com orientações alimentares e nutricionais à família.

A decisão por esta conduta nutricional foi tomada pela equipe na primeira visita domiciliar, quando estava presente também o psicólogo do NASF. Após avaliação técnica do nutricionista que não identificou nenhuma situação específica, a equipe considerou que qualquer prescrição adicional pode representar um peso a mais para o domicílio, tendo em vista a situação de adoecimento já vivenciada pela família, com três filhos paraplégicos. O monitoramento é contínuo e, portanto, caso seja necessária alguma intervenção nutricional o profissional a fará.

V. A Nutrição no NASF

Sobre o componente da nutrição no NASF os profissionais relataram ser uma demanda importante. No início a requisição pelo atendimento foi muito grande e a previsão de marcar consultas individuais renderia uma fila enorme de espera. Com os grupos montados e funcionando, a situação foi controlada.

Foi ressaltado que é uma área que envolve indivíduos de todas as idades e que a carga de patologias que envolvem a alimentação atualmente é muito elevada. Os profissionais da equipe relataram que se sentem à vontade para falar de aspectos mais gerais e colaboram com a redução dessa demanda.

“Acaba abrindo portas. A gente trabalha muito nessa lógica, de que o meu saber tem que ser compartilhado com os outros, porque eu não posso estar em oito equipes, onde todos precisam dessa demanda. Então nós sentamos para definir o que vai ser lido, o que é que a gente vai fazer e quem da equipe pode orientar melhor cada conduta, cada caso. Quem aqui tem mais conhecimento em determinado tema colabora e capacita os outros. Elaboramos materiais que ficam de referência também (...). A demanda do início foi assustadora. Conseguir sair da lógica de atendimento foi uma árdua caminhada até a gente conseguir esse espaço que a gente tem hoje, que eu considero muito positivo.” PGF12

VI. Dificuldades e Desafios

Quanto aos problemas e desafios a serem superados, o problema fortemente relatado foi a locomoção da equipe. O carro disponível é o mesmo utilizado pela equipe de saúde da família e, às vezes, não dá para sair todos os profissionais envolvidos. Da mesma forma, a população que mora mais distante, na área rural, não consegue se deslocar facilmente.

Projetos futuros foram citados, uma vez as ações rotineiras já estão mais sistematizadas: inserir a agricultura na perspectiva da intersetorialidade, especialmente junto às escolas, explorando as características e os valores da zona rural do município, trabalhar mais com os professores, articular integração com o CRAS, para desenvolver trabalhos com os deficientes físicos, dentre outros.

A percepção da equipe é totalmente positiva quanto ao trabalho, considerando muito proveitoso agregar conhecimentos, desmistificar os tabus e ampliar o espectro das ações de saúde à população.

7.2.1.4. Estudo de Caso M4

I. Caracterização do local

O estudo de caso foi realizado em um município de pequeno porte, na região Sul, com 22 mil habitantes, cuja população é formada essencialmente por famílias de descendência europeia, com hábitos e cultura muito preservados.

No tocante aos hábitos alimentares dessa população, caracteriza-se pelo reduzido consumo de saladas, verduras e hortaliças e elevado consumo de alimentos embutidos e conservas, conforme relatado pelos profissionais. Como consequência, uma elevada prevalência de obesidade, especialmente obesidade infantil, no município é, atualmente, uma das grandes preocupações dos gestores e profissionais. Dentre outros motivos, estas prevalências colaboraram para a contratação de um nutricionista na atenção básica tradicional, antes da implantação do NASF.

A rede de saúde é formada por 01 (um) hospital de pequeno porte, que não tem Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e atende as internações mais simples, 01 (uma) Unidade Mista, onde fica a sede do NASF e 09 (nove) Unidades de Saúde da Família, com 08 (oito) equipes que cobrem todo o município. Três hospitais são referência no município vizinho.

II. Caracterização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pesquisado

O NASF é composto por 06 (seis) profissionais: nutricionista, farmacêutico, psicólogo, educador físico, pediatra e ginecologista. Todos são contratados por 40 horas/semana, exceto as categorias médicas, que são 20h/semana. Já fez parte da equipe um fonoaudiólogo, que preferiu ser remanejado para o atendimento tradicional da unidade mista.

A coordenação do NASF é feita por um enfermeiro do município, responsável por colaborar no planejamento das ações, a partir dos indicadores de saúde, lançar a produção das atividades do NASF, estabelecer parcerias, monitorar e avaliar as ações.

III. Considerações dos profissionais sobre a proposta do NASF

O relato dos profissionais quanto ao trabalho do NASF apontou para a abertura positiva de compartilhamento de casos entre as diferentes especialidades, sem a necessidade de encaminhamentos de forma irrestrita. Os problemas de saúde não estavam sendo solucionados no

formato de atendimento anterior. A proposta atual de processo de trabalho possibilita maior efetividade, especialmente pela integração que há entre os profissionais.

“Eu já tenho 15 anos de secretaria e já vivenciei bastante coisa, já fui clínico geral, já fui ginecologista, tinham poucas unidades, depois 100% de cobertura, existiu um processo evolutivo ao longo desse tempo, mas um determinado momento nós chegamos a 100% de cobertura de ESF, e não conseguimos dar vazão a todos os problemas que apareciam no dia-a-dia (...). Então, o NASF veio numa situação de, literalmente, fortalecer as Unidades Básicas, porque aquilo que eu fazia dentro do meu consultório, não é a mesma coisa que eu fazer com um médico do lado. Vamos mais a fundo em cada caso, é mais resolutivo. (...) Eu acho que esse é o grande x da questão.” PGF19

O histórico da Secretaria de Saúde do município foi pautado por contratação de inúmeros especialistas, sem conseguir dar vazão às necessidades da população. Atualmente, com 100% de cobertura, conseguem dar mais resolutividade aos problemas, que inicialmente seriam encaminhados para os especialistas sem uma triagem prévia e o compartilhamento do caso, outras opiniões, outras condutas.

Para estes profissionais, o NASF surgiu também no sentido de reduzir custos, uma vez que não são necessários muitos especialistas para resolver os problemas de saúde. Uma equipe trabalhando de forma coletiva e integrada pode ser suficiente. Os espaços para o compartilhamento e as discussões estão sendo criados a partir da proposta.

“.... quando o trabalho se torna compartilhado, você não joga a responsabilidade pra ninguém, a responsabilidade é todos. Antes, quando saía da unidade, o caso passava a ser um caso da especialidade.” PGF15

“Já trabalhávamos juntos na mesma unidade, mas não existia um espaço assim, que eu conseguia conversar com o [nome do profissional], por exemplo, sobre aquele caso. Hoje não, a gente se vê todo dia, troca opiniões, discute...” PGF17

De forma unânime foi enfatizado que o NASF quebra com a lógica da referência e contra-referência, fazendo com que a responsabilidade fique na atenção básica, que é a

coordenadora do cuidado. As equipes que acompanham os casos, não podem se desresponsabilizar, devendo permanecer juntas do NASF, se integrando do caso, discutindo, determinando a terapêutica. Foi importante delimitar juntos às EqSF que os casos não iriam para o NASF, que a equipe continuaria sendo a responsável pelo cuidado direto e acompanhamento, e que algumas intervenções e tratamentos serão traçados em conjunto.

IV. Processos de trabalho

Para início das atividades no NASF os profissionais fecharam a agenda de atendimentos, apresentaram-se para as equipes com uma proposta de atuação, e começaram a participar das reuniões destas EqSF, levantando as demandas (locais) de cada Unidade de Saúde da Família. A partir das necessidades de cada local, foram formados grupos, além da elaboração de apostilas e folders, e a busca ativa em escolas e outras instituições.

Estabeleceram que duas vezes por semana aconteceriam as reuniões do NASF com as EqSF - 'Espaço do Apoio Matricial', perfazendo uma frequência mensal com cada equipe. Além das discussões das atividades da rotina dos profissionais e dos casos, são abordados temas gerais sobre as ações e programas de saúde. A programação idealizada é reajustada com o tempo, na rotina.

Uma particularidade positiva desse núcleo é que a equipe compartilha uma sala de trabalho em comum, possibilitando que os profissionais conversem de forma contínua e permanente, permitindo uma forte interlocução sobre o NASF.

Em contrapartida, o processo de integração com as equipes foi um desafio. A conquista destes profissionais é considerada um processo contínuo e fundamental. Ainda que atualmente a relação esteja melhor em comparação ao início da implantação do NASF, quando houve muita resistência, algumas críticas ainda acontecem, por parte das equipes, no sentido de responsabilizar o NASF pela solução de todos os problemas, desconsiderando o fundamento da interdisciplinaridade e integralidade.

Para enfrentar a resistência das equipes os profissionais do NASF explicaram que nos atendimentos individuais os resultados não estavam sendo positivos. Além do elevado absentismo nas consultas e considerável evasão do tratamento, o usuário não era acompanhado por uma equipe interdisciplinar e não tinham o apoio do grupo. Explicam que as dúvidas e as

dificuldades das pessoas são semelhantes e, por isto, é interessante e positivo estar no coletivo, como uma rede de apoio.

Ainda nesse contexto, foi considerado que as prescrições técnicas, vindas dos profissionais, muitas vezes, parecem distantes da realidade dos usuários e fora do alcance de seus entendimentos. A troca de experiências, a criação de vínculo e o aspecto informal das ações coletivas podem torná-las mais efetivas e mais resolutivas.

“A dúvida de um [usuário] quebra a do outro. Às vezes, a dúvida compartilhada no grupo resolve o problema de 5, 6 do grupo.”

PGF18

Ressaltaram que toda a mudança é difícil e quebrar o paradigma da população sobre os atendimentos individuais também não foi fácil. Uma estratégia foi direcionar o usuário ao grupo orientando que ao final da atividade procurasse os profissionais para atendê-lo. Essa orientação foi repassada para as equipes de saúde:

"Podem direcionar essas pessoas pedindo para virem ao grupo, indicando que depois falem conosco, nos procurem! Pode dar certo, por que eles acabam gostando do grupo. É uma forma de conhecer. E quando falarem conosco vamos avaliar a necessidade de atender, ok? Podemos trabalhar assim?" PGF17

Desse modo, os profissionais das equipes são constantemente orientados a fazer essa interlocução com a comunidade, a incentivar os grupos e a fortalecer o trabalho da busca ativa, do diagnóstico do território.

“Quando todos estiverem conscientes disso, vai fluir mais o trabalho, eles vão trazer mais essas demandas, essas necessidades. Na verdade, esse pensamento já tem desde a formação de cada profissional, de que cada um deve trabalhar na sua área, pensando individualmente.” PGF20

Os participantes identificam que o NASF envolve outros aspectos que não apenas o apoio e atendimento das solicitações das equipes. É necessário ir atrás de novas referências técnicas,

das políticas, dos programas, ampliar os conhecimentos extrapolando a área específica de formação, buscar protocolos para matriciar e capacitar.

O desenvolvimento dos grupos e os atendimentos coletivos tiveram mais resultados quando as equipes começaram a participar, motivando os usuários e dando o real sentido de acompanhamento das ações direcionadas a sua população de abrangência. Existe um reforço da auto-responsabilização do indivíduo e a equipe também aprende. Um caso foi citado nesse sentido:

“...Eu tinha um paciente, que é até agente de saúde, que vinha comigo aqui no consultório. A gente conversava, eu orientava, e ele nunca conseguiu alcançar a meta.... ansiedade, ansiedade, ansiedade. Daí, quando ele começou a ir no grupo como um integrante da comunidade, da unidade de saúde, ele mesmo falou: ‘Ah, agora eu consigo me sentir mais aliviado, porque cada vez que eu tinha que ir lá consultar com você eu ficava nervoso’ (...). Hoje ele já emagreceu 11kg! 11kg desde aquela época!” PGF15

O processo de conquista das equipes é contínuo, segundo os profissionais. É fundamental. Ainda que a relação esteja melhor em comparação ao início da implantação do NASF, quando houve muita resistência, algumas críticas ainda acontecem, por parte das equipes, no sentido de responsabilizar o NASF pela solução de todos os problemas, desconsiderando o fundamento da interdisciplinaridade e integralidade.

Para enfrentar a resistência das EqSF, os profissionais do NASF exploraram o aspecto de que os atendimentos individuais os resultados não estavam sendo positivos, apresentando os indicadores. Além do elevado absenteísmo nas consultas e considerável evasão do tratamento, o usuário não era acompanhado por uma equipe interdisciplinar e não tinham o apoio do grupo. Reforçaram explicando a potencialidade da troca de experiências entre os participantes dos grupos, uma vez que as dúvidas e as dificuldades das pessoas são semelhantes e, portanto, é interessante e positivo estar no coletivo, como uma rede de apoio.

Em menção aos instrumentos de trabalho, foram reproduzidos os mapas dos territórios do município em tamanho ampliado, como quadros, com a delimitação e as principais informações de cada área, permitindo uma visão mais abrangente para os processos de construção coletiva.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo NASF, no momento da pesquisa, estão as reuniões de matriciamento e capacitações, os grupos de diferentes temas da saúde, as visitas domiciliares e os atendimentos individuais e compartilhados.

a. Reunião de matriciamento

As reuniões de matriciamento são pautadas pela discussão de um tema e posterior discussão dos casos para encaminhamentos das atividades: formação de grupos, marcação de visitas ou de consultas, etc.

Estavam presentes na reunião: 08 (oito) ACS; 08 (oito) profissionais, 01 (um) odontólogo, 01 (um) médico, 01 (um) recepcionista, 01 auxiliar de dentista, 01 (um) enfermeiro, 03 (três) técnicos de enfermagem e 01 (um) técnico de higiene dental. São registrados os nomes dos profissionais da equipe presentes, a data e o assunto abordado na reunião.

O tema da reunião observada foi 'Comunicação'. A equipe do NASF realizou uma pesquisa entre os profissionais das equipes de saúde, com o objetivo de avaliar a comunicação e os resultados apontaram para uma relevante dificuldade em todas as equipes.

Após a apresentação dos resultados da pesquisa, foi feita a leitura coletiva de um texto motivador, abordando as formas de comunicação, a sensibilização, a comunicação no atendimento aos usuários, humanização e cordialidade.

“O que esperamos de resultados do nosso trabalho depende da nossa forma de comunicação, que traz reações.” PGF16

Na reunião são avaliados e discutidos os casos trazidos e são feitas as orientações de encaminhamento e referência para a equipe, sendo possível: participação em grupos já formados ou formação de novos grupos, consulta individual ou compartilhada, Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS). Sobre os usuários dos grupos faltosos é solicitado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que façam a busca ativa.

O valor do trabalho dos ACS ficou evidente durante a observação dessa reunião, fato corroborado pela percepção dos demais profissionais. Eles conhecem seu território e as famílias, sendo fundamentais nas reuniões para identificação das famílias e descrição dos casos:

“Essa mãe só quer [nome remédio]. A mãe se queixa da filha. A família toda grita demais. Moram com avós que são muito difíceis... A escola não consegue lidar com a criança. O pai é muito agressivo. Depois não querem que a criança grite! Tem que tratar a mãe.” (ACS)

Os encaminhamentos para as consultas oriundos do matriciamento têm o seguinte percurso: a enfermeira da EqSF marca com o profissional durante a reunião, que passa o horário agendado para recepcionista da unidade de saúde ligar para o ACS solicitando que avise a data da consulta ao paciente. O processo inverso é realizado para a confirmação da consulta: o ACS fala com o paciente, avisa a recepcionista da unidade para que informe ao profissional se a consulta está ou não confirmada.

V. A Nutrição no NASF

Sobre a agenda da nutrição no NASF, os participantes consideraram que é uma agenda muito relevante, além de integrativa, possibilitando bastante interlocução com todas as outras áreas. Relataram que sempre foi uma área muito demandada.

A nutrição foi uma das áreas que possibilitou a verificação de que não é resolutivo ficar restrito aos consultórios de atendimentos individuais. O ambulatório estava sempre cheio, recebendo encaminhamentos de todos os profissionais, com enormes filas de espera. Inúmeras vezes, conforme relatado pelo grupo, os pacientes chegavam ao consultório encaminhados sem saber o porquê tiveram que marcar a consulta com o nutricionista.

A mudança da proposta de passar a nutrição para o NASF, priorizando os atendimentos coletivos, sofreu bastante resistência por todos os lados – comunidade, profissionais da unidade e equipes de saúde da família.

Atualmente, avaliam que é um ganho para todos os envolvidos no processo as equipes de saúde da família conhecerem e se apropriarem das orientações de nutrição para promoção da saúde. Além disso, a integração de diferentes olhares profissionais nas discussões dos casos que são mais complexos e a integração da comunidade em grupos, compartilhando suas dificuldades e ansiedades, traz maior resolubilidade.

“Se nós tivéssemos contratado um nutricionista para cada equipe, íamos cometer o mesmo erro da época da contratação de especialistas pra trabalhar aqui na secretaria de saúde. Ia ter um monte de nutricionista, trabalhando sozinhos em consultórios, e não ia ser resolutivo, não iam dar conta das filas.” PGF19

VI. Dificuldades e Desafios

Uma questão que precisa ser aprimorada é a maior disseminação sobre o trabalho do NASF e a consolidação das ações integradas, para que as equipes busquem mais o apoio, considerando que eles estão nas comunidades e devem fazer a demanda de acordo com a realidade local.

“Hoje acho que ainda tem mais o NASF procurando as equipes do que o contrário. Temos equipes que procuram, que vem e solicita o apoio matricial, um acompanhamento, um atendimento, mas ainda precisa melhorar. Na verdade, a equipe reproduz a comunidade. Eles querem o profissional, o ginecologista, eles querem um nutricionista, o pediatra. Eles não querem o conhecimento e é isso é que tem que quebrar.” PGF16

A maior dificuldade considerada pela equipe pesquisada é, ainda, a colaboração das equipes. Por outro lado, a descontinuidade das ações, que geralmente ocorre por questões políticas, foi ressaltada pelos integrantes do NASF, como o problema mais relevante vivenciado pela área da saúde, como um todo. Os profissionais, no entanto, consideram que é difícil retroceder a esta estratégia de matriciamento.

“O que nos salva, é que sem o NASF ele deixa de receber dinheiro... (risos). Mas estamos em um ritmo que é difícil retornar, seria um retrocesso, um desserviço. Os benefícios são muito maiores...” PGF17

“Com toda essa evolução que a gente vê aqui na Secretaria de Saúde (evolução do ambulatório individualizado, do ambulatório especializado, cobertura de ESF, chegou a 100%), hoje a gente

chegou num determinado momento que nós não temos mais o que crescer aqui dentro, então o nosso crescimento tá pra fora, vai além da estrutura física, vai pra dentro da casa do paciente, e talvez esse seja o nosso grande desafio daqui pra frente. De capacitar a população para ser melhor e dar corresponsabilidade pra eles. A ponto de entenderem que a saúde tem que ser pra eles, que não podemos mais ser os responsáveis pela saúde deles.”

PGF19

7.2.2. *Entrevistas com nutricionistas*

Foram entrevistados os quatro nutricionistas integrantes da equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios visitados e a análise destes resultados foi feita, como já descrito, pela DSC.

Em referência à composição da equipe dos NASF dos nutricionistas pesquisados, 100% possuem psicólogo, 75% fisioterapeuta e 50% farmacêutico e educador físico. O assistente social, o fonoaudiólogo, o terapeuta ocupacional e os profissionais das especialidades médicas se dividiram em 25% dos NASF.

Todos os nutricionistas foram contratados para trabalhar 40 horas/semana. A maioria dos demais profissionais da equipe apresentou a mesma carga-horária, exceto as categorias da terapia ocupacional e fisioterapia, cujos conselhos fixaram a carga horária de 20/semana para todos os profissionais.

Uma média de 08 (oito) Equipes de Saúde da Família (EqSF) são referenciadas para os NASF destes profissionais. O modelo de atenção à saúde dos locais é formado pela coexistência do modelo tradicional e da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo que um município referiu estar em processo de transição para a ESF.

A Figura 9 apresenta as ações de alimentação e nutrição realizadas pelos NASF no momento da pesquisa, segundo referido pelos nutricionistas destas equipes. Dentre as atividades mais realizadas cita-se os grupos educativos e as visitas domiciliares, referidas por todos os nutricionistas, e o atendimento individual e o matriciamento, referidos por três profissionais.

O matriciamento foi citado como atividade realizada pelos profissionais, além de ser o ponto de partida para o desenvolvimento das demais ações de saúde, incluindo as de alimentação e nutrição, como forma de atender ao pressuposto do NASF de oferecer apoio às Equipes de Saúde da Família (EqSF) de abrangência, desenvolvendo atividades a partir da demanda de cada local.

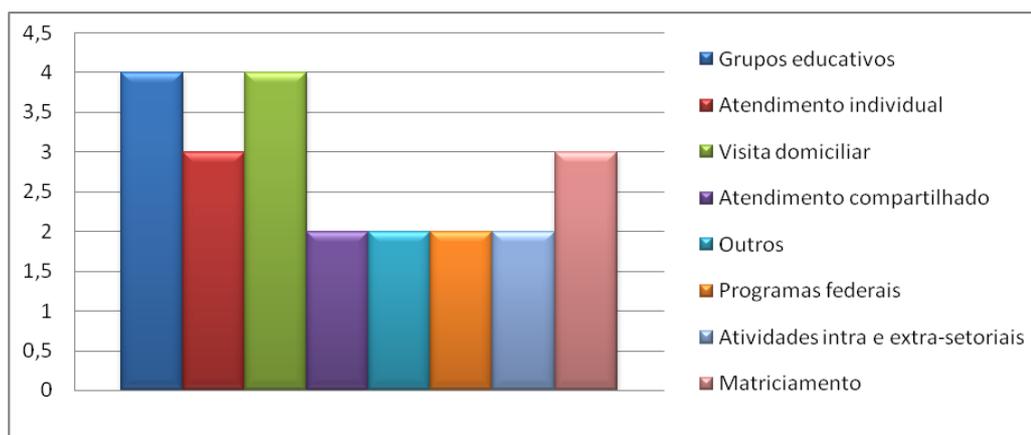


Figura 9. Ações de Alimentação e nutrição realizadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pesquisados (n = 22 respostas).

DSC.8.K. *O que eu posso dizer das ações de Nutrição que são feitas no NASF é que são provenientes das reuniões com as EqSF, pois a gente trabalha mais focado com a equipe. Conforme as demandas trazidas por elas é que se desdobra o trabalho. A gente parte da reunião de matriciamento e nessa reunião a gente define projetos terapêuticos, faz a construção da tecnologia do matriciamento, motivação.*

Pelo discurso dos profissionais entrevistados é possível identificar que os grupos educativos contemplam tanto as atividades de educação em saúde, como capacitações, e as oficinas de trabalho, que são consideradas eficazes por ser uma oportunidade de praticar os conceitos abordados.

DSC.08.A. *Essencialmente grupos, que são formados a partir das demandas do matriciamento das ESF. Tem os grupos pra gente trabalhar o diabético, o dislipidêmico, o hipertenso, pra obesos, sobrepeso e obesidade, de [atividade física], de [saúde mental], e multidisciplinar de DST/AIDS. E também capacitações das equipes, capacitação constante, motivação. Trabalho também com oficinas. Já fiz isso em várias visitas, de colocar a mão na massa e mostrar... Aí você vai mostrando. Quando a pessoa coloca a mão na massa, a percepção é muito melhor.*

Outras atividades foram mencionadas por, pelo menos, dois profissionais: o atendimento compartilhado, atividades dos Programas Federais e desenvolvimento de atividades intra e extra-setoriais. A categoria ‘Outros’ contempla as atividades relatadas por um dos nutricionistas:

confeção de materiais, participação em comitê gestor temático e trabalhos com terapia nutricional enteral domiciliar.

Quanto à compreensão sobre a inserção das ações de alimentação e nutrição nos NASF, todos os profissionais relataram considerar relevante, especialmente por serem ações de caráter interdisciplinar. O elevado grau de compartilhamento com outros profissionais foi citado por três profissionais. Um profissional considerou que a inserção tem acontecido de forma lenta e progressiva. Sobre a relevância, o discurso desse coletivo, apresentado abaixo, traz justificativas sobre os valores citados, mencionando a situação epidemiológica da população e, por consequência, a elevada demanda.

DSC.09.A. *Eu vejo que mudou muito. A agenda de Nutrição aqui no município é bem importante hoje. É a mais demandada, eu diria. Tem muita relevância, pois é o que mais as pessoas tão sofrendo: questões consequentes da má alimentação, hábitos de vida e tudo. Todo mundo precisa de nutricionista, é isso o que eu enxergo. Antigamente a gente não via isso e hoje eu vejo, de vários lugares que eu vim, que a demanda é assim, gritante, impressionante. Se a gente for ver no matriciamento, a maioria dos casos que a gente discute, é da área da Nutrição, tem ali como base a Nutrição. Talvez ela não é o foco, mas ela tá em algum lugarzinho ali. Também para os funcionários. Tem muita obesidade, né, então tem muito trabalho, mas está sendo executado bem. Não tá preso, amarrado a uma agenda no ambulatório. Conseguimos ir na equipe, ver in lócus qual é a necessidade e passar o conhecimento pros profissionais da equipe. A própria equipe saber mais foi um ganho imenso. Assim a gente consegue cobrir melhor as equipes.*

A integralidade e o potencial de compartilhamento podem ser observados, também, no discurso abaixo:

DSC.09.C. *Na atenção primária a maioria das coisas que vem não são de questão nutricional específica, elas podem ser orientadas por outros profissionais. Tratando de promoção da saúde, a responsabilidade é de todos nós. Então a gente trabalha muito nessa lógica de que o meu saber tem que ser compartilhado com os outros, porque eu não posso tá em*

[todos] PSF, e todos têm essa demanda. A partir do momento que eu consigo identificar pontos que podem ser compartilhados com outros profissionais, o quê que pode ser dividido e feito nos pontos de compartilhamento, a gente consegue expandir a Nutrição e atender o maior número de pessoas. Eu já passei os conhecimentos técnicos, as coisas necessárias, aí eu tenho certeza, que eles [EqSF] vão tá lá fazendo Nutrição bem, vão tá falando de alimentação e nutrição bem. Eles multiplicam.

DSC.09.E. *Eu acho que o trabalho do NASF ele mostra a abrangência de atuação de cada conhecimento de cada um: do nutricionista, do pediatra... A gente tem uma intercessão muito grande e essa interdisciplinaridade tem colaborado pra aumentar a visibilidade de outras áreas. O fato de você acompanhar um profissional e esse profissional te acompanhar, os usuários passam a associar mais o trabalho de equipe, e não só o trabalho individual. O conhecimento não tá restrito à faixa etária, à formação de cada um. A gente tá o tempo todo assim, muito somativo, trabalhando somativo que implica também em abrir mão né. Houve um momento em que eu precisei abrir mão desse meu conhecimento técnico e desconstruir. Nos casos, a gente consegue identificar a atuação de todo mundo, e a gente trabalha de forma compartilhada. E com a Nutrição não é diferente. As questões de Nutrição tão muito ligadas à atividade física, a motivacional, então tudo se interliga. A gente tá numa lógica tão boa, tão diferente, tantos projetos que podem atender tanta gente. É bom ser interdisciplinar. Eu acho que a Nutrição envolve todas as áreas, né, o [terapeuta ocupacional], na fono [audiologia], assistência social, psicologia, a fisio [terapia].*

Os aspectos citados como mais importantes no processo de trabalho do NASF foram o vínculo, a humanização e a integralidade da atenção, referidos por três profissionais. Em seguida, o cuidado coordenado foi referido por dois profissionais, conforme apresenta a Figura 10.

Ao todo, foram obtidas 14 respostas, o que significa que cada nutricionista referiu uma média de três aspectos que consideram mais importantes. Este resultado pode indicar a complexidade da atuação no NASF, que contempla diferentes variáveis, dependendo da realidade específica, para o desenvolvimento do trabalho.

Importante destacar que o vínculo foi descrito fazendo menção não somente à população, mas em especial às Equipes de Saúde da Família, conforme pode ser constado no discurso a seguir. Foram ressaltados os aspectos consequentes da relação estabelecida com vínculo como ponto principal para o desenvolvimento de um atendimento mais apropriado, que amplia o olhar profissional e permite que os determinantes de saúde sejam contemplados nas intervenções, sejam elas coletivas ou individuais.

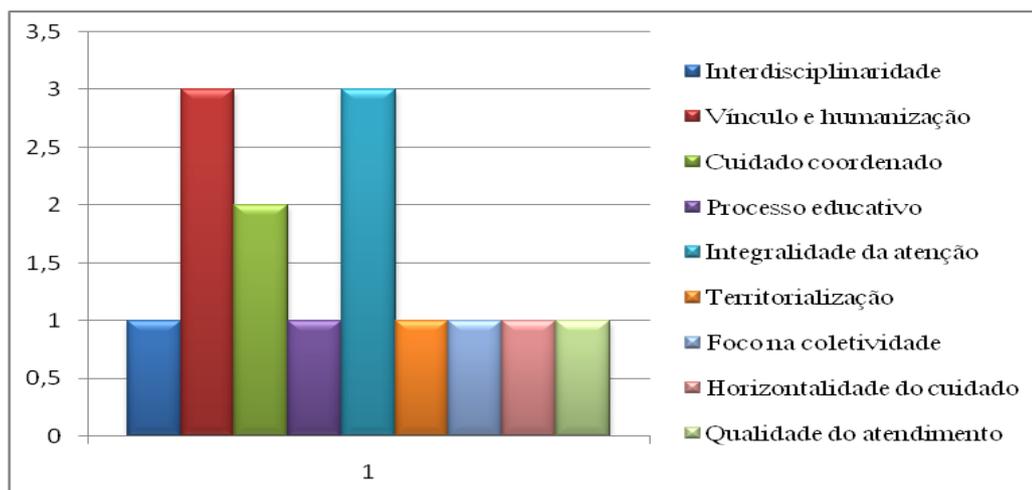


Figura 10. Fatores considerados mais importantes no processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pesquisados (n = 14 respostas).

DSC.10.B. Conhecer a equipe e a aproximação com a comunidade acho que são os principais. Que aí acontece de várias maneiras. A gente se mistura, a gente vai junto, a gente entra nas casas, como se fosse mais um deles, porque afinal de contas é isso que a gente é. Essa aproximação com a comunidade, eu entendo o que quê acontece lá. Quando tô dentro da casa do paciente é diferente, me envolvo socialmente, pessoalmente, começo a pensar nos determinantes, o que tá levando, isso me ajuda a prescrever uma orientação, é um outro olhar. Conhecer a equipe também é muito importante, estar mais perto. E não é só profissionalmente não, é ter vínculos, constituir uma relação, se vincular ali com aquela equipe, pra conseguir traçar boas estratégias.

Igualmente, a integralidade da ação foi analisada na perspectiva do sujeito, do território e das equipes de saúde que são matriciadas.

DSC.10.E. *Acho que a diferença de estar no NASF e uma equipe multiprofissional é compreender o que é a integralidade na prática e como fazer para que este termo possa ser aplicado no dia a dia do nosso trabalho. É me libertar desses conceitos pré-formatados de uma forma cartesiana. E aí amplia muito a realidade e o olhar pra fazer um bom diagnóstico do território, como também das equipes que eu tô trabalhando, para fazer um bom trabalho com a equipe, principalmente com a equipe. A gente observa esse sujeito como um todo né, esse sujeito holístico, que precisa ser visto de todos os lados, um sujeito completo pautado em todas as suas necessidades. E isso aí é um trabalho de humanização. Então acaba que eu, cada vez mais me vejo desprendido desse conteúdo técnico e eu acho que tá dando certo, eu percebo que tá dando certo.*

Os outros aspectos citados por pelo menos um nutricionista foram: territorialização, foco na coletividade, horizontalidade do cuidado, qualidade do atendimento, processo educativo e interdisciplinaridade. Todos estes, desempenhados de forma harmônica com os aspectos anteriores, confere o cumprimento do proposto para o NASF.

Fez parte da investigação a descrição do processo de trabalho (Figura 11), com o objetivo de conhecer como são desenvolvidas as atividades dentro dos NASF e com quem são realizados os trabalhos. Para o primeiro questionamento foi unânime o matriciamento como descrição do processo de trabalho. Três nutricionistas apontaram o enfoque coletivo. Foram mencionados, ainda, a elaboração de materiais técnicos e o processo educativo, permanente e popular por, pelo menos, dois municípios.

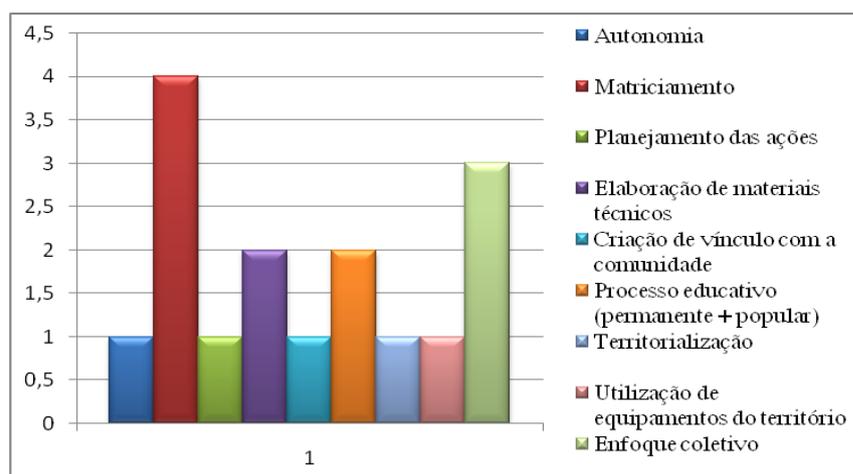


Figura 11. Fatores que descrevem como é realizado o processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pesquisados (n = 16 respostas).

DSC.11.B. *Tudo começa no matriciamento, né. Hoje o matriciamento ocorre entre a gente, do NASF, e com as equipes, a partir das reuniões periódicas. Porque cada um tem as suas atividades, mas planejamos juntos e é tudo compartilhado. A pauta é definida pela demanda das equipes de Saúde da Família e todos das equipes de saúde participam, aliás, devem participar dessas reuniões. A troca de informações é constante e as atividades são acompanhadas por todos. Então tem o meu matriciamento, como nutricionista sobre determinado tema com os agentes, por exemplo. A gente constrói os temas, todo mundo junto. E nessa construção conjunta, acaba que todo mundo se apropria e valoriza mais ainda aquilo que tá sendo construído. Aquela coisa de falar a mesma língua, todo mundo se apropriar da informação, se apropriar do serviço, o que é que o serviço tem pra me oferecer, o recurso que eu tenho pra trabalhar. Não é nada imposto.*

Ainda em referência ao conhecimento do processo de trabalho, no questionamento sobre quem são os parceiros para a realização das ações do NASF, todos os profissionais responderam que as atividades são desenvolvidas com a própria equipe do NASF e com as EqSF. Instituições parceiras e gestores apareceram em seguida. A comunidade foi citada por apenas um nutricionista. A atuação do nutricionista no NASF tem como sujeito, em primeiro lugar, a equipe de SF. No plano coletivo, os sujeitos são a comunidade, as famílias e os indivíduos que a compõem.

DSC.12.B. *Eu acho que a Nutrição envolve todas as áreas, todos os profissionais. Tenho atividades com todos os profissionais do NASF, pois a gente tem uma intercessão muito grande. Tem atividade que eu faço com a educadora física, a psicóloga, T.O. [terapeuta ocupacional], fisioterapeuta, a fonoaudióloga, tem atividade que eu faço sozinho, tem discussão de caso que é com o pediatra, com todos.*

DSC.12.C. *Com o pessoal de todas as equipes de saúde da família.*

Síntese dos resultados da Fase 2

Os resultados da fase 2 da pesquisa foram organizados em um Quadro, como forma de facilitar a identificação dos achados mais relevantes, comparando-os às recomendações para a implantação e funcionamento do NASF, aqui denominada Matriz para Atuação do NASF (Quadro 1).

Esta matriz foi elaborada especificamente para este fim, subsidiada pelas normas, legislações e orientações para a implantação dos NASF: as principais Portarias (Brasil, 2008; 2011a; 2010c; 2010d), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012b) e o Caderno de Atenção Básica do NASF, do Ministério da Saúde (Brasil, 2010a).

Considerando-se o NASF uma proposta ampla, recente e inovadora, diversos aspectos/atributos referentes aos princípios, às diretrizes, às atribuições profissionais, etc., recomendadas pelo órgão gestor, foram identificados em diferentes momentos da pesquisa. Assim, essa foi uma estratégia para identificar e aprofundar a análise sobre como esses profissionais contemplam esses atributos em sua prática diária. Considera-se aqui a característica relevante destes resultados terem diferentes fontes, inclusive a observação da prática real da equipe, e não apenas a vocalização por parte dos seus integrantes.

Importa ressaltar que o objetivo da matriz proposta não é avaliar o desempenho das equipes, tampouco comparar resultados entre cada NASF estudado. Trata-se de uma apresentação didática dos resultados, quanto às expectativas do órgão gestor para essa ação em relação ao que foi encontrado. Assim, este formato esquemático possibilita a visualização dos aspectos que estão sendo desenvolvidos, sem avaliação quantitativa ou qualitativa.

Os aspectos selecionados contemplaram 07 (sete) grandes blocos, que descrevem: 09 (nove) princípios e diretrizes do NASF; 06 aspectos quanto à missão, sendo os 02 (dois) primeiros considerados os mais centrais; 03 (três) eixos do trabalho; e 03 (três) pressupostos. Foram incluídas as 10 (dez) atividades direcionadas a todos os profissionais das equipes e as 05 ferramentas tecnológicas de gestão e de atenção, que devem ser desenvolvidas por estas equipes. As referências técnicas referem, ainda, duas (02) metas principais do NASF, que foram contempladas.

Quadro 2: Principais resultados segundo a Matriz para atuação no NASF. Brasil. Abril, 2013.

Matriz para Atuação no NASF		Estudos de casos				EI**	Categorias
		M 1	M2	M3	M4		
1. Princípios e Diretrizes (9)	Integralidade	x	x	x	x	x	
	Território	x	x	x	x	x	
	Educação popular em saúde	x	x	x	x	x	Grupos e outras atividades coletivas
	Interdisciplinaridade	x	x	x	x	x	Planejamento coletivo
	Participação social						
	Intersetorialidade	x	x	x	x	x	Equipamentos sociais
	Educação permanente	x	x	x	x	x	Capacitações às EqSF
	Humanização	x	x	x	x	x	Escuta qualificada;
	Promoção da saúde	x	x	x	x	x	Ampliação das áreas de formação específica
2. Missão do NASF (5)	Apoio	x	x	x	x	x	
	Compartilhamento de responsabilidades	x	x	x	x	x	
	Acesso da população pelas EqSF	x	x	x	x	x	
	Vínculo com as EqSF	x	x	x	x	x	
	Espaços coletivos de discussão	x	x	x	x	x	Integração com as EqSF
	Atuar com os eixos de trabalho						Item 3. Eixos de trabalho
3. Eixos de Trabalho (2)	Responsabilização	x	x	x	x		Diferença de referência e contra-referência; acompanhamento; encaminhamento
	Gestão compartilhada	x	x	x	x		Agenda coletiva com a EqSF
	Apoio à coordenação do cuidado						Item 5. Pressupostos
4. Pressupostos NASF (3)	Conhecimento	x	x	x	x		Necessidade de auto-preparação técnica
	Gestão das equipes	x	x	x	x		
	Coordenação do cuidado	x	x	x	x		
5. Ferramentas de Gestão e de Atenção (5)	Gestão: Pactuação de Apoio						
	Atenção: Apoio Matricial	x	x	x	x	x	
	Atenção: Clínica Ampliada	x	x	x	x		Discussões de casos
	Atenção: Projeto Terapêutico Singular		x				
	Atenção: Projeto Saúde do Território (clínica, vigilância e promoção)						

<i>Matriz para Atuação no NASF</i>		<i>Estudos de casos</i>				<i>EI**</i>	<i>Categorias</i>
		<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>		
6. Atividades (10)	Reuniões de equipes de SF	x	x	x	x		
	Temas teóricos	x	x	x	x		
	Grupos	x	x	x	x	x	Oficinas, reuniões, capacitações, palestras, rodas de conversa
	Atividades assistenciais diretas	x	x	x	x	x	Consultas individuais
	Visitas domiciliares	x	x	x	x	x	
	Atendimento Compartilhado		x		x	x	
	Ações no território junto às equipes de SF	x	x	x	x		
	Contato direto não programado (acesso por parte das EqSF)			x			Contatos telefônicos, via internet, mensagens por celular
	Revisões da agenda de atividades	x	x	x	x		
	Elaboração de materiais		x		x	x	
7. Metas do NASF (1)	Ampliar resolutividade	x	x	x	x	x	
	Efetivar a coordenação integrada do cuidado						Item 4. Pressupostos

* T = Total de Aspectos contemplados

**EI = Entrevistas Individuais

Para os Estudos de Casos foram analisados os sete blocos (colunas M1, M2, M3 e M4). Para as entrevistas com o nutricionista (coluna EI) foram considerados os blocos: 1. Princípios do NASF; 2. Missão do NASF; 6. Ferramentas de Gestão e de Atenção; e 7. Atividades. Embora os nutricionistas tenham participado dos grupos focais, que compuseram o Estudo de Casos, as entrevistas com estes profissionais foram realizadas em momentos distintos, com possibilidade de informações complementares.

Ao final da estruturação da matriz, observou-se que alguns dos aspectos relacionados se repetiam entre os grandes blocos. Nesses casos, não foram consideradas na análise e as células foram marcadas (fundo rachurado), com o direcionamento ao aspecto relacionado na coluna 'Categorias'. Esta coluna contempla as categorias criadas, com a especificação da interpretação dos resultados da pesquisa para cada atributo, caso fosse contemplado indiretamente.

Quanto ao trabalho do nutricionista, de maneira a facilitar a visualização da diversidade e organização das atividades e colaborar como um parâmetro de planejamento, foram elaborados

dois exemplos de agenda mensal de trabalho do profissional, a partir das observações feitas nos NASF visitados.

Quadro 3. Exemplo 1 de agenda mensal de um nutricionista no NASF.

	Turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Semana 1	Manhã	Agenda intersetorial PSE - Reunião	Atendimento individual EqSF 2	Agenda intersetorial CRAS	Atendimento individual EqSF 3	Reunião Geral do NASF (Coordenação)
	Tarde	Reunião matriciamento EqSF 1	Reunião matriciamento EqSF 2	Reunião matriciamento EqSF 3	Reunião matriciamento EqSF 4	Reunião matriciamento EqSF 5
Semana 2	Manhã	Atendimento individual EqSF 6	Grupo Operativo USF 2	Atendimento compartilhado EqSF 3	Discussão de casos EqSF 2	Visita domiciliar EqSF 2
	Tarde	Discussão de casos EqSF 5	Atendimento compartilhado EqSF 1	Atendimento compartilhado USF2	Discussão de casos EqSF 4	Visita domiciliar EqSF 4
Semana 3	Manhã	Visita domiciliar EqSF 7	Grupo Operativo <i>Lian Gong</i> Academia	Visita domiciliar EqSF 6	Caminhada Academia + Roda de conversa	Grupo Operativo EqSF 7
	Tarde	Reunião matriciamento EqSF 6	Reunião matriciamento EqSF 7	Reunião matriciamento EqSF 8	Visita domiciliar EqSF 8	Preparação PSE Reunião equipe NASF
Semana 4	Manhã	Atendimento compartilhado EqSF 4	Grupo Operativo (Oficina) USF1	Grupo Operativo (Oficina) USF2	PSE - Escola1	PSE - Escola 3
	Tarde	Grupo Operativo (Igreja)	Grupo Operativo (profissionais da USF 1)	Grupo Operativo USF2	PSE – Escola2	Fechamento Produção Reunião interna NASF

Quadro 4. Exemplo 2 de agenda mensal de um nutricionista no NASF.

	Turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Semana 1	Manhã	Atendimento individual	Atendimento compartilhado médico da EqSF 1	Matriciamento EqSF 2	Matriciamento EqSF 3 + território	Reunião interna da equipe NASF
	Tarde	Atendimento individual	Matriciamento EqSF 1	Folga	Matriciamento EqSF 4	Matriciamento EqSF 5
Semana 2	Manhã	Atendimento individual	Oficina Alimentação Complementar + Shantalla	Matriciamento EqSF 6	Grupo Reed. Alimentar (Nutri, Psic. e Fisio) USF 1	Matriciamento EqSF 7
	Tarde	Atendimento individual	Atendimento compartilhado EqSF 4	Atendimento compartilhado + Visita domiciliar EqSF 4	Discussão de casos + Visita domiciliar EqSF 1	Visita domiciliar EqSF 2
Semana 3	Manhã	Atendimento individual	Reunião Rede Social	Atividade PSE	Atividade Cozinha Comunitária	Reunião com coordenação do NASF
	Tarde	Atendimento individual	Grupo Sangue Bom (Dislipidemia)	Reunião de Planificação na Região 4	Grupo TRE	Discussão de casos entre a equipe
Semana 4	Manhã	Atendimento individual	Atividade CRAS	Grupo <i>Lian Gong</i>	Atendimento compartilhado USF (criança especial)	Grupo TRE
	Tarde	Atendimento individual	Discussão de casos entre equipe	Atendimento compartilhado médico + enf da EqSF 2	Grupo Reed. Alimentar USF 1	Folga

Discussão da Fase 2

Considerando que a Fase 2 da pesquisa buscou não somente conhecer o olhar dos nutricionistas como uma das categorias profissionais inseridas no NASF, mas as considerações de toda a equipe envolvida nessa proposta, cabe iniciar a discussão ressaltando, como aspecto central, a correspondência entre o olhar de todos os profissionais, independente do momento ou da técnica utilizada.

O relato de Estudo de Casos é composto pelas quatro técnicas qualitativas que visaram o aprofundamento da realidade da atuação dos nutricionistas e da inserção das ações de alimentação e nutrição nos NASF. Assim, os resultados apresentados na Matriz de Atuação do NASF evidenciam estes aspectos, e também as ações que se inserem no processo de trabalho do NASF como um todo, não apenas no núcleo do nutricionista. Foi observado, de modo positivo, o quanto os profissionais incorporaram os conceitos e a doutrina da proposta de trabalho, com apropriação de suas recomendações, que serão desdobradas nessa discussão.

Inicialmente, os conceitos de Campo e Núcleo, são apropriados nessa discussão, uma vez que valorizam a interdisciplinaridade profissional proposta pelo NASF e identificada nesse estudo (Campos, 2011; 1997). ‘Núcleo’ é um conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade e ‘Campo’ são os saberes e as responsabilidades comuns e confluentes a várias profissões ou especialidades, sendo composto pelo saber básico como, por exemplo, o processo de saúde-doença. Assim, no NASF, todos os profissionais têm as atribuições gerais, da equipe, e as atribuições específicas, que se referem ao campo de formação de cada profissional, muito embora as ações devam ser realizadas de forma integrada com as equipes.

As entrevistas com os nutricionistas mostraram, de forma muito positiva, que estes profissionais estão com o olhar integrado à equipe e também às recomendações da APS, e não somente para a sua atuação específica. Historicamente, a nutrição foi inserida nesse nível de atenção de forma pontual, sendo exercida pela implantação, execução e monitoramento de programas governamentais, fato que favoreceu o desenvolvimento das atividades de forma isolada, sem integração com outras especialidades e sem a continuidade do cuidado à saúde.

De igual modo, o campo específico da nutrição foi reconhecido pelos profissionais do NASF como muito importante, além de ser um dos mais demandados. É visto como uma área abrangente e com vasta necessidade de acompanhamento e de intervenções, e que apresenta diversos pontos de compartilhamento com os outros campos do saber. A presença do

nutricionista, portanto, tem sido perfilhada pelas equipes como uma relevante estratégia para cumprir o compromisso da saúde.

A esse aspecto, pode-se acrescentar, ainda, que é um caminho estratégico para efetivar o compromisso da integração da Segurança Alimentar e Nutricional, visando o Direito Humano à Alimentação Adequada, no setor saúde (Pinheiro *et al.*, 2008; Mattos e Neves, 2009).

Cabe ressaltar, frente ao posicionamento do NASF, que a atual situação epidemiológica nutricional exige a prática dos princípios da interdisciplinaridade e da integralidade na assistência à saúde. A promoção da saúde, da qual a promoção da alimentação saudável e adequada é base fundamental, é um primordial componente nos processos de trabalho dos NASF, tanto em âmbito individual, quanto em coletivo. Pressupõe ao sujeito a autonomia para escolha dos modos de viver mais saudáveis, sendo um componente apropriado para o contexto apresentado.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e outras políticas têm o objetivo de levar saúde, autonomia e cidadania aos brasileiros (Brasil, 2012a). Os fundamentos da PNAN são marcados pela transversalidade das ações e pelo perfil epidemiológico, demográfico e social da população, com a perspectiva de que sua implantação responda à coexistência entre as carências nutricionais e o excesso de peso (Brasil, 2009).

Outro aspecto que chamou a atenção foi quanto às considerações dos profissionais pesquisados sobre a proposta do NASF, com o apoio matricial. Foi unânime a comparação que os profissionais fizeram entre esse novo modelo proposto e o modelo de atendimento tradicional nas Unidades de Saúde, ressaltando as vantagens do matriciamento, que amplia o olhar profissional pelo contato direto que proporciona com outras categorias profissionais, além das inúmeras possibilidades de atividades que são desenvolvidas.

Como ponto de partida a essa questão, ressalta-se a analogia feita por Tesser *et al.* (2010):

O modelo típico de serviços públicos de APS no Brasil pode ser descrito como de uma 'repartição' ou 'ambulatório', em que o usuário chega como a uma prefeitura ou outro órgão público: há horários rígidos, comumente comerciais, com guichês onde funcionários administrativos fazem uma 'recepção' (receptionistas ou similares). Há um 'cardápio' de serviços organizados em forma de agenda, centrada em consultas médicas e, quando muito, de enfermagem (além de outros serviços como vacinações, curativos etc.). O número de vagas na agenda é limitado e elas são

preenchidas por ordem de chegada, em geral. Acabadas as vagas, acabou o acesso ao cuidado. Uma mistura de lógica de consultório médico privado dentro de/e sinérgica com uma repartição pública.

O modelo tradicional no Brasil foi fortemente influenciado pela concepção norte-americana de saúde pública, baseada, especialmente, no sistema de assistência clínica (hospitais, serviços de urgência e consultórios), com a Saúde Pública restrita à vigilância. Paralelamente, a constante multiplicação dos serviços de Pronto Atendimento (PA) fortaleceu a lógica curativa e de medicalização, cujas consequências negativas são consensuais no campo acadêmico: medicalização, baixa autonomia dos usuários, ineficácia para controlar as doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe e incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos (Tesser *et al.*, 2010; Cunha, 2005).

Esse contexto colabora com a compreensão de uma das principais dificuldades relatadas pelos profissionais: a resistência da população e das equipes quanto à aceitação dos trabalhos coletivos. O costume da população (e dos profissionais) pelo atendimento individual, em ambulatórios foi ressaltado, mostrando a persistência do modelo construído nestes locais, com a crença de que esse modelo mais efetivo.

Campos (2011) explica que a elevada pressão da demanda espontânea na rede de atenção, criada por esse formato tradicional, em geral, acabava em atendimento médico. Atualmente, reconhecendo que a escuta, a avaliação de risco, de vulnerabilidade, a orientação, a resolução de problemas e o cuidado fazem parte do campo de competência de todos os profissionais, há recomendações inequívocas para reverter esse quadro. Nesta perspectiva, a ESF tenta descentralizar a prestação de serviço da figura do médico, propiciando que os especialistas envolvidos trabalhem de forma interdisciplinar e multiprofissional (Andrade *et al.*, 2012).

Para OPAS, é fato natural que ocorram resistências da população, uma vez que foi acostumada por décadas a um modelo de atenção fragmentado por especialidades básicas: “criança no pediatra, mulher no ginecologista...”, gerando, culturalmente, uma desconfiança sobre a capacidade de um médico generalista ou de outras especialidades atender os diversos segmentos etários (OPAS, 2011).

Para superar essa questão a comunidade deve estar envolvida no processo de conhecimento e planejamento das ações das equipes multidisciplinares, deve haver acolhimento e atenção à demanda não programada, com a escuta adequada, bem como a extinção de barreiras que vinculam o acesso ao serviço a senhas e filas. Acrescenta-se a recomendação da qualidade clínica no atendimento, de modo que a população tenha a segurança da resolução de seus

problemas, com encaminhamento apenas em casos mais específicos, e sem a peregrinação pela rede.

Ressalta-se que a compreensão de rede tende a extrapolar o setor saúde, sendo incorporado o elemento da intersetorialidade. A integração com outros serviços e equipamentos sociais presentes no território, portanto, solidifica a presença local da EqSF. Este fator, considerado essencial, foi também observado nos NASF pesquisados.

Os NASF pesquisados estão buscando a integração e o trabalho com as EqSF de referência. A valorização da interdisciplinaridade, com estabelecimento de espaços rotineiros de discussões e de planejamento em equipe (do próprio NASF) e entre as Equipes de Referência, foi uma constante observada. O processo de trabalho predominante está centrado no matriciamento, sendo aspecto central tanto pelo olhar da equipe, como dos nutricionistas, isoladamente. Campos e Dominitti (2007) referem que se utilizado como instrumento concreto e cotidiano pressupõe grau de reforma do funcionamento dos serviços e sistemas de saúde, revertendo a lógica tradicional persistente.

O Apoio Matricial, além de ser a metodologia de trabalho recomendada pelo Ministério da Saúde, é uma das ferramentas tecnológicas de atenção à saúde e de gestão preconizadas (Brasil, 2012b; 2010a). As demais ferramentas propostas para o NASF, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST), foram menos referidas pelos profissionais.

As reuniões de matriciamento originam a maioria das ações desenvolvidas. Foram identificados diferentes formatos de organização: frequências, conteúdos, metodologias, participantes e sistematizações, mostrando a particularidade de cada local quanto ao arranjo dessa ação. Considerando os pressupostos de que o NASF deve se organizar em conformidade com a realidade local e da melhor forma para atender as EqSF de sua abrangência, essa variação de formato não infringe as recomendações. Os participantes apontaram que estão construindo os melhores caminhos e estão em constante avaliação do processo, como deve ser.

A integralidade é conceito complementar a essa discussão, igualmente presente nos principais achados. Pesquisadores consideram que essa diretriz, além de ser a principal do NASF, pode ter uma relevante contribuição na organização do processo de trabalho, afastando o risco da fragmentação do atendimento entre o NASF e as EqSF (Campo, 2011; Brasil, 2010a; Campos e Dominitti, 2007).

O conceito de integralidade é compreendido por três aspectos: (1) a abordagem integral do indivíduo em seu contexto social, familiar e cultural; (2) a integração entre as práticas de saúde (promoção, prevenção, reabilitação e cura); e (3) a integralidade dentro do sistema de

saúde, garantindo o acesso às redes de atenção (Pinheiro, 2009; Brasil, 2010a). A preocupação quanto à fragmentação das ações surgiu no discurso dos profissionais, no tocante aos cuidados que precisam ter no encaminhamento de casos por parte das equipes de saúde para os profissionais do NASF, como se fosse um ‘departamento’ externo. Interessante ponderar e valorizar que os profissionais estão atentos a tais circunstâncias, com potencial de reversão e controle em tempo.

O empenho pelo desenvolvimento de atividades coletivas apresenta uma inserção diferente daquelas relatadas em pesquisas anteriores sobre a atuação do nutricionista no âmbito primário de atenção à saúde. Em um estudo local, por exemplo, os nutricionistas pesquisados por Ramos (2011) relataram reconhecer que a lógica da atenção era equivocada, com o foco forçosamente recaído sobre a assistência individual, fato que minimizava a perspectiva destes profissionais de avançar no modelo de saúde.

A autonomia do sujeito e da equipe foi aspecto destacado e presente nas recomendações da proposta do NASF. Paulo Freire (2011) afirma que a grande tarefa do sujeito que ‘pensa certo’ não é transferir, depositar, oferecer, doar ao outro tomado como paciente de seu pensar. A tarefa coerente do educador, nesse caso também profissional de saúde, é desafiar a quem se comunica a produzir a sua compreensão do que vem sendo comunicado.

Uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é propiciar as condições em que as relações uns com os outros ensaiam a experiência de se assumir como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, capaz de reconhecer-se como objeto. Assim, saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção de conhecimentos, é um aprendizado que pode colaborar com a condução desse processo.

Algumas inovações estão sendo desenvolvidas por estes profissionais: a confecção de mapas ampliados de territorialização com divisão de responsabilidades de cada equipe, a criação de jornais de divulgação das atividades e a elaboração de materiais técnicos. O uso de outras tecnologias como o envio de mensagem de celular entre os profissionais e a população tem sido utilizado. Essas atividades cumprem a recomendação de que o NASF deve propiciar o contato direto e não programado por parte das EqSF (Brasil, 2010a).

Foram apresentadas dificuldades de diferentes naturezas: logística para operacionalização das atividades, de gestão, quanto à demanda de atendimento e a resistência inicial da população quanto às atividades coletivas, citada anteriormente. A ausência de orientação e a falta de treinamento dos profissionais na fase inicial de implantação é uma questão que deve ser ressaltada. Essa informação torna o cenário ainda mais desafiador, pela complexidade da ação,

somada à falta de formação acadêmica específica para o campo da saúde coletiva em praticamente todas as categorias profissionais da saúde, com maior ênfase às especialidades que conformam as equipes do NASF. Cabe ressaltar que não está ao alcance das equipes dos NASF solucionar a maioria das dificuldades relatadas. São questões que dependem da gestão, embora influenciem diretamente o processo de trabalho e consequentemente o resultado das atividades.

Os resultados encontrados e as experiências relatadas nessa fase do estudo são considerados positivos. O nível de incorporação dos preceitos do NASF na prática dos Núcleos pesquisados é bastante significativo. Identificar que os profissionais estão se enxergando e atuando como equipe, e superando o isolamento aprendido, ainda que com dificuldades, confirma a potencialidade da proposta. Ficou evidente que os trabalhos realizados estão se conformando em consonância com a proposta de ampliação da atenção à saúde. E estes aspectos favorecem a efetivação das ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde.

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo foi analisar a atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e identificar e compreender a inserção das ações de alimentação e nutrição nesse contexto. A motivação se deu pelo desconhecimento desses aspectos, uma vez que é recente a implantação dessa estratégia no Brasil; pela importância da inserção das ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde, que foi legitimada a partir do dispositivo do matriciamento pelo NASF; e pelo frágil histórico de atuação do campo específico da nutrição na APS.

O foco do estudo foi no planejamento e gestão do trabalho dos nutricionistas nos NASF e a inserção das ações de alimentação e nutrição na APS. Para o conhecimento dos aspectos relacionados ao processo de trabalho, o objeto foi centrado em todos os profissionais do Núcleo, visando compreender a equipe completa e as respectivas relações e atitudes para a condução e a efetivação da atenção à saúde na proposta de matriciamento.

As duas fases da pesquisa apresentaram resultados complementares, confirmando a importância do aprofundamento na segunda fase. Com essa proposta o conjunto de resultados foi composto por três aspectos: (1) a análise dos nutricionistas sobre a própria ação, sobre os próprios processos de trabalho e sobre a equipe na qual está inserido; (2) a equipe sobre os processos de trabalho do seu NASF e a inserção das ações de alimentação e nutrição nesse contexto; e (3) o pesquisador sobre a nutrição, a equipe dos NASF e as ações de alimentação e nutrição, objetos desse estudo. A caracterização dos NASF na primeira fase foi confirmada pelos nutricionistas entrevistados e acompanhados na segunda fase e pelos demais profissionais que conformavam os NASF pesquisados.

A utilização de multimétodo no estudo permitiu identificar resultados relevantes que, espera-se, poderão contribuir com a atuação de profissionais que irão trabalhar em NASF, bem como colaborar com a reorientação de ações que estejam em andamento. O conjunto de resultados traz a descrição da organização das atividades e do processo de trabalho dos profissionais da equipe, bem como a percepção, o posicionamento e as justificativas, destes profissionais, sobre a realidade que estão experienciando, seja pelo aspecto positivo ou pelo negativo.

Pôde-se perceber o relevante empenho dos profissionais para o atendimento da proposta de trabalho, com apropriação e incorporação dos conceitos, dos objetivos e do lócus do trabalho do NASF, tanto por parte dos nutricionistas, quanto dos demais profissionais dos NASF pesquisados.

Em síntese, foram ressaltados inúmeros aspectos positivos quanto à proposta: a ampliação das ações de saúde em função da interdisciplinaridade, a atuação em equipe, a otimização da agenda por atendimentos coletivos, além do otimismo quanto a proposta e do prazer pelo trabalho dos profissionais envolvidos. Igualmente, as dificuldades também foram confirmadas: a falta de materiais e de recursos suficientes e adequados ao desenvolvimento dos trabalhos, a rotatividade e a divergência de carga-horária de profissionais, a falta de uma formação complementar em saúde coletiva para o trabalho, apreensão inicial da proposta, ausência de capacitações e orientações para a implantação com alta resistência e desconhecimento por parte da população e dos profissionais das EqSF. O desafio inicial do desconhecimento para a formatação do trabalho parece ter sido superado pelo engajamento dos profissionais de cada equipe.

As dificuldades e desafios relatados referem-se a questões mais estruturantes, cuja resposta depende muito mais da gestão e de ações públicas. Conforme mencionado, a APS tem objetivos complexos, inovadores com princípios e diretrizes robustos, que necessitam de investimento à altura para a adequada implantação.

Ficou evidente pela percepção dos profissionais a importância das ações de alimentação e nutrição nesse contexto. Esse reconhecimento na prática propicia a incorporação efetiva destas ações na APS, onde o nutricionista também será um profissional responsável, de forma compartilhada com outras categorias profissionais, por desenvolver a assistência integral à saúde da população.

A área de alimentação e nutrição no Brasil está organizada, enquanto coordenação, no Ministério da Saúde, desde a aprovação da PNAN, em 1999. Há quase quinze anos implantada, ocorreram avanços importantes do ponto de vista da orientação e da qualificação das ações de nutrição e da integração destas no SUS, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

Recentemente revisada, a primeira diretriz passou a recomendar a organização da atenção nutricional, referendando a importância da inserção de suas ações no âmbito da promoção da saúde e da prevenção de doenças, de modo a garantir maior efetividade do escopo de ações que já eram recomendadas.

Quanto às recomendações da pesquisa, citam-se:

- Fomentar espaços para a troca de experiências dos NASF;
- Dar continuidade a identificação de experiências e visibilidade das ações desenvolvidas e dos problemas identificados;
- Dar visibilidade à diversidade de boas práticas em alimentação e nutrição nos NASF;

- Avaliar permanentemente a implementação dos NASF e sua efetividade no contexto da proposta da APS, com o objetivo de possibilitar a correção das impropriedades que possam comprometer as ações e recomendações em curso;
- Garantir ações de educação permanente para as equipes e gestores dos NASF, tendo em vista o relevante relato por parte dos profissionais quanto a esta deficiência e a elevada rotatividade de profissionais no SUS;
- De modo mais abrangente, é necessária a ampliação de recursos com adequada aplicação na APS, considerando que os principais desafios e dificuldades relatados pelos profissionais desse estudo encontram-se registrados na literatura científica como problemas recorrentes.
- No âmbito deste estudo além da publicação de seus resultados no formato de artigos científicos será elaborado um material mais detalhado que será distribuído aos NASF que viabilizaram esta proposta e também às referências locais de alimentação e nutrição, que no âmbito das secretarias estaduais, fomentam a implementação das diretrizes da PNAN e outras instâncias estratégicas do SUS envolvidas na qualificação da APS.

REFERÊNCIAS

Abric JC. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. Em Moreira ASP e Oliveira DC: Estudos interdisciplinares de representação social. 2ª ed. Goiânia: **AB**, 2000.

Almeida AMO, Cunha GG. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Rev. Psicologia Reflexão e Crítica**, 2003; 16(1), 147-155.

Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, Delziovo CR, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. Análise da implantação dos NASF no interior de Santa Catarina. **Rev Saúde e Transformação Social**, Florianópolis: 2012; 3(1): 18-31.

Arruda BKG. Alimentação e Nutrição no Brasil: percepções do passado para transformações no presente. Série de Publicações Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP): História da Medicina e da Saúde. Vol. 2. Recife-PE: **IMIP**, 2008. 678p.

Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr**, Campinas, 2002; 15(3): 255-266.

Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre-RS: **Artmed**, 2009. 216p.

Belei RA, Gimenez-Paschoal SR, Nascimento EN, Matsumoto PHVR. O uso de entrevistas, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, Pelotas: 2008; 30: 187-199.

Bengoia JM. Les Programmes de nutrition envisages sous l'angle de la santé publique. Roma: **FAO**, 1957. Em: FAO Nutrition Meeting Report Series. N.20; 3(3): 1859-1897.

Berticelli IA. Currículo: Tendências e filosofia. Em: Costa MV. O currículo nos limiões do contemporâneo. Rio de Janeiro-RJ: **DP&A**, 2003. 176p.

Bochniak R. Questionar o conhecimento: interdisciplinaridade na escola. São Paulo: **Loyola**, 1992. 147p.

Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre; 2008, 1(1): 33-42.

Bosi MLM, Mercado FJ (Org). Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: Enfoques emergentes. 2ªed. Petrópolis-RJ: **Vozes**, 2010. 375p.

Bosi MLM, Prado SD. Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: 2011;16(1):7-17.

Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF: **Presidência da República**, 1990.

_____. Resolução N° 196/1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família - PSF. Relatório preliminar. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 1999. 72p.

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília-DF: **Ministério da Saúde**; 2013. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em março de 2013.

_____. Manual para a Organização da Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 3° ed. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**; 2001. 42p.

_____. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília-DF: **Ministério da Educação**, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2 ed. rev. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2003. 48p.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2006a.

_____. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2006b.

_____. Portaria N° 648/GM/MS, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Publicada no Diário Oficial da União de 2008. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2006c.

_____. Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Portaria Interministerial N° 1010/2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Alimentação e Nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2007.

_____. Portaria N° 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União n° 18, de 25 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Portaria N° 154 de 24 de janeiro de 2008. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2009. 78p.

_____. Congresso Nacional. EMC 64/2010 (Emenda Constitucional), de 04 de fevereiro de 2010. Altera o Art. 6° da Constituição Federal, para introduzir a Alimentação como Direito Social. DOU de 05/02/2010. Brasília-DF: **Presidência da República**, 2010a.

_____. Portaria Nº 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) a modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Publicada no DOU em 21 de setembro de 2010. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2010b.

_____. Organização Pan Americana da Saúde. Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição. Como estão sendo realizadas as ações de Alimentação e Nutrição nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família? Texto de Sistematização da RedeNutri. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2010e. Disponível em: <http://ecos-redenutri.bvs.br>. Acesso em novembro de 2012.

_____. Portaria Nº 2.488/GM/MS, 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: **Ministério da Saúde**, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2012. 84p.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2012b. 68p.

_____. Portaria Nº 3.124/GM/MS, 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. Publicada no DOU em 31 de dezembro de 2012. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**, 2012c. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html.

_____. Secretaria Municipal de Belo Horizonte. *Lian Gong* em 18 terapias. Folder explicativo. Belo Horizonte-MG: **Prefeitura Municipal de Belo Horizonte**, 2012d.

_____. Oficinas de Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte-MG: **Prefeitura Municipal de Belo Horizonte**, 2012e

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Sistema de Informações CNES. Brasília-DF: **Ministério da Saúde**. Acesso em outubro de 2013.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000; 5(1): 163-177.

Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília:, 2004;57 (5): 611-4.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. Em: Merhy EE; Onocko R, org. Agir em equipes de saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: **Lugar Editorial**; 1997. p.229-265.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro: 1999, 4(2): 393-403.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: 2000; 5(2): 219-230.

_____. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011;16(7): 3033-3040.

Campos GWS, Dominitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro:200;723(2): 399-407.

Carvalho DBB, Malta DC, Duarte EC, Sardinha LMV, Moura L, Morais Neto OL *et al.* Estudo de caso do processo de formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília: 2011; 20(4): 449-458.**

Cattani AD, Holzmann L. Dicionário de Trabalho e Tecnologia. Porto Alegre:**Zouk**, 2011. 494p.

Chiesa A, Ciampone MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. Brasília: **ABEN**, 1999, p.306-324.

Coelho IB. Formas de pensar e organizar os sistemas de saúde: os modelos de atenção à saúde São Paulo: **Hucitec**, 2010.

Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, Silva ACFd, Ubarana JA, Aquino KKNC *et al.* A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo: 2009; 12(4): 688-699, 2009.

Coutinho JGC, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro:2008, 24(Sup 2): S332-S340.

Creswell JW. Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. Série métodos de pesquisa. 2ª ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2007. 248p

Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3ªed. São Paulo: **Hucitec**; 2005.

Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: 2009; 18(1): 63-74, 2009.

Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Rev. Educar**, Editora UFPR, Curitiba: 2004; 24: 213-225.

Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, 2002; 115:139-154.

Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 2007, 23 (7): 1674-1681

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto:2005, 13(2): 262-268.

Franco MLPB. O que é análise de conteúdo? Cadernos de Psicologia da Educação. São Paulo: PUC: 1986; (7): 1-31.

Freire, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43º ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 144p.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 2ºed. São Paulo: Atlas, 1989.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2006, 22(6): 1171-1187.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: 2009, 14(3):783-794

Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs R. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: Bibliometric analysis. **British Medical Journal**, 2011; 342: d1028.

Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*, Campinas: 2011; 24(6): 809-824.

Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos 8(1): 49-69, 2001.

Krueger RA. Focus Groups: a practical guide of applied research. 4th ed. **London Sage Publications**, 1996. 219p.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010; 15(5): 2307-2316.

Lang RMF, Ribas MTGO. O nutricionista e as ações de nutrição em saúde. Em: *Nutrição e Saúde Pública*. Taddei JA, Lang RMF, Longo-Sila G, Toloni MHA (Org.). Rio de Janeiro: **Rúbio**. 2011. 664p.

Lefèvre F, Lefèvre, AM. Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualiquantitativo – a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 1ª ed. Brasília-DF: **Líber Livro**. 2010. 224p.

Lervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2001; 35(2):35: 115-121.

Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na Atenção Básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciências e Saúde Coletiva**, 2009; 14 (Supl. 1): 1463-1472.

Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo Pde F, Lima-Costa MF, Medina MG, *et al.* Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Lancet**, 2010; 29(12): 2149-60.

Macinko J, Guanais FC, Fátima MS. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health**. 2006; 60(1): 13-9.

Mângia EF, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. Editorial. **Revista de Terapia Ocupacional**, da Universidade de São Paulo, 2008; 19(2).

Mattos PF, Neves AS. A Importância da Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. *Rev. Práxis*, 2009, 1(2): 11-15.

Mendes EV. Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. Brasília-DF: OPAS, **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2009. [Acesso 2012 nov 12]. Disponível em: <<http://new.paho.org/bra/apsredes>>.

_____. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. As redes de atenção à saúde. 2º ed. Brasília-DF: OPAS, **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549p.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010;15(5): 2297-2305.

_____. Uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: **Hucitec**; 1999.300p.

_____. Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**, 2007. Disponível em

http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/RAS_revBblg.pdf

_____. Os níveis 1 e 2 do modelo de atenção às condições crônicas na APS: as intervenções de promoção da saúde de prevenção das condições de saúde. (177-190). Em: O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. 512 p.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: **Hucitec**; 1996. 269p.

Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, 2005; 21 (3): 898-906.

Moscovici F. Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano. 7ªed.Rio de Janeiro: **José Olympio**, 2001. 240p.

Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 3ªed.Petrópolis: **Vozes**, 2003. 404p.

Nascimento A, Menandro P. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, 2006; 6(2): 72-88.

Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Psicologia social, representações sociais e métodos. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto: 2000; 8 (3):287-299

Neto OC, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação brasileira de estudos populacionais, realizado em Ouro Preto, MG. **UFPO**. Novembro de 2002.

Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Tese Doutorado - Universidade Estadual de Campinas, **Faculdade de Ciências Médicas**. 2011.

Ojeda BS, Strey MN. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre: 2008; 1(1): 2-8.

Oliveira M. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências da Saúde, **Universidade de Brasília**, 2013.

Oliveira TMV. Escalas de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. *Administração On-line*, v. 2, n. 2, 2001. Disponível em:

http://www.fecap.br/adm_online/art22/tania.htm

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*, 2011. 113 p.

Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. **Revista de Nutrição**, Campinas: 2006; 19(4): 413-424.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet** [periódico online]. 2011; 377(9779): 1778-97.

Paim JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. Em: Rouquayrol MZ, Almeida Filho. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro-RJ: **Medsa**, 1999, p.473-487.

Peduzzi M. Trabalho em Equipe. Em: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. vol. 1. Rio de Janeiro-RJ: **Fundação Oswaldo Cruz**, 2009. Pg 478.

Piaget J. Problemas gerais da investigação interdisciplinar e mecanismos comuns. Tradução Maria Barros. Paris: Bertrand, 1970.

Pinheiro ARO, Recine EG, Carvalho MFCC. As práticas alimentares saudáveis: a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. São Paulo: Hucitec: **OPAS**, 2006.

Pinheiro ARO *et al.* Nutrição em saúde Pública: Os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Revista eletrônica Tempus**, 2008; 1(1). Disponível em: <http://164.41.105.3/portálnesp/ojs-2.1.1/index.php/tempus>.

Pinheiro R. Integralidade. Em: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, vol. 1. Rio de Janeiro: **Fundação Oswaldo Cruz**, 2009. Pg 478.

Prado SD, Bosi MLM, Carvalho MCVS, Gugelmin SA, Silva JK, Delmaschio KL. A pesquisa sobre Alimentação no Brasil: sustentando a autonomia do campo Alimentação e Nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011; 16(1): 107-119.

Morin E. A cabeça bem-feita: repensar e reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: **Bertrand Brasil**, 2000. 128p.

Ramos NFS. O nutricionista da Atenção Básica à Saúde do Distrito Federal: um olhar sobre si mesmo e as ações de atenção nutricional. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências da Saúde, **Universidade de Brasília**, 2011.

Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics**, 2010; 126(3): e534-40. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-3197>

Recine E, Carvalho MF, Leão M. O papel do nutricionista na Atenção Primária à Saúde. 2ª Ed. Brasília: **Conselho Federal de Nutricionistas**; 2009. 34p.

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

Ribeiro ASM. O homossexual em busca de visibilidade social. Tese de doutorado. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. **Universidade de Brasília**, 2005. 328p.

Sá CP. Núcleo Central das Representações Sociais. 1ªed. Petrópolis: **Vozes**, 1996.

Sales ZN, Damasceno MMC, Paiva MS. Organização estrutural das Representações Sociais do cuidado. **Rev. Saúde. Com**, 2007; 3(1): 28-36, 2007.

Saviani N. Saber Escolar, currículo e didática: problemas da unidade conteúdo/ método no processo pedagógico. 4ªed. Campinas-SP: **Autores Associados**, 2003.

Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: 2010; 8(3): 387-406.

Scherer MGA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho Coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2009; 43(4): 721-25.

Scherer MDA, Pires D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**: 2009; 3(30): 30-42

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet** 4, Saúde no Brasil, 2011; 6734(11): 61-74.

Silva NF. O Nutricionista na Atenção Básica. Revista eletrônica do Conselho Federal de Nutricionistas. Brasília-DF: **CFN**, 2008.

Singh D, Ham C. Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham: Institute for Innovation and Improvement. **University of Birmingham**, 2006.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco. **Ministério da Saúde**, 2002. 725p.

Starfiel B, Shi L, Mancinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q. The Milbank quarterly: a multidisciplinary journal of population health and health policy*, 2005;83(3): 457-502.

Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: **Artmed**, 2008.

Teixeira MCTV, Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Representações Sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. **Estudos de Psicologia**, 2002; 7(2): 351-359

Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010; 15(Supl. 3): 3615-3624,

Vasconcelos FAG. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**, Campinas; 2002; 15(2): 127-138, 2002.

Vasconcelos FAG. Os Arquivos Brasileiros de Nutrição: uma revisão sobre produção científica em nutrição no Brasil (1944 a 1968). **Cadernos de Saúde Pública**, 1999;15(2): 303-316.

_____. A inserção do nutricionista no Sistema Único de Saúde. Em: Nutrição e Saúde Pública. Taddei JA, Lang RMF, Longo-Sila G, Toloni MHA (Org.). Rio de Janeiro: Editora **Rúbio**, 423-435, 2011.

Vergès P. Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations, EVOC2000. Aix em Provence: Manuel d'utilisateur, 2002.

Walley J, Lawn JE, Tinker A, Chopra M, Rudan I, Bhutta AZ *et al.* Primary health care: making Alma-Ata a reality. **The Lancet**, 2008; 372(9642): 1001-1007.

WHO. World Health Organization. Global strategy for diet, physical activity and health. Geneva Repor: **WHO**, 2004.

WHO. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Geneva, Switzerland. Report: **WHO**, 2008.

WHO/FAO. World Health Organization and Food Agriculture Organization. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva, Switzerland. Report, no. 916: **WHO**, 2003.

Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliações de Programas: Concepções e Práticas. São Paulo: **Gente**, 2004

Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 4ª ed. Porto Alegre: **Bookman**, 2010. 248p.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo I. Termo de Consentimento e Instrumento para coleta de dados da Fase 1

Seja bem vindo à pesquisa

“Caracterização da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil”.

O Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN), da Universidade de Brasília (UnB), está desenvolvendo a pesquisa "Caracterização da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil", que compõe o projeto "Inserção das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde.

Convidamos você, nutricionista do NASF, a participar dessa etapa da Pesquisa, preenchendo o questionário que está disponível *online*. O objetivo principal desta pesquisa é recolher informações que possam contribuir para o aprimoramento tanto das ações de alimentação e nutrição, como da prática profissional.

O tempo de preenchimento é de aproximadamente 20 minutos. Suas informações são de grande importância para a pesquisa!

Inicialmente você terá acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo imprescindível o preenchimento deste para dar seguimento ao questionário.

A coleta de dados nesse formulário está dividida em 06 seguimentos: (1) Percepção do profissional; (2) Caracterização da forma de contratação; (3) Caracterização do trabalho; (4) Caracterização do planejamento; (5) Caracterização da atuação; (6) Identificação do profissional.

Agradecemos desde já a sua participação e contribuição!!

Atenciosamente,

Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição/UnB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecemos que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a realização dessa Pesquisa e serão divulgados apenas em análise agrupada. Nenhum profissional seus dados divulgados individualmente, sendo garantido o anonimato e a preservação das informações declaradas. O que se espera é que as análises derivadas das informações coletadas contribuam para o conhecimento e aprimoramento da atuação do nutricionista, colaborando para as mudanças necessárias para a expansão e qualificação das ações de nutrição na atenção básica à saúde.

Informamos, ainda, que não há benefício direto e/ou individual para o participante da pesquisa e que não será executado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto, risco à saúde e/ou despesa de qualquer natureza.

A decisão de participar é pessoal e livre. Caso queira desistir da participação, a qualquer tempo, mesmo após aceitar esse termo, seus direitos serão preservados. Para comunicar a desistência, tirar dúvidas ou obter mais informações a respeito da Pesquisa, por favor, entre em contato com a Coordenadora, Elisabetta Recine, por meio do e-mail opsan@unb.br ou pelo telefone (61) 3307-2508.

Atenciosamente,

Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição/UnB

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, concordo em participar da Pesquisa “Caracterização da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil”, tendo sido devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre os propósitos desse estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade.

Foi-me garantido que minha participação é livre, voluntária e pessoal, e que poderei retirar meu consentimento a qualquer tempo, antes ou durante o preenchimento do questionário, mesmo após aceitar esse termo, tendo meus direitos preservados, sem penalidades ou prejuízos a minha pessoa. Para comunicar a desistência, tirar dúvidas ou obter mais informações a respeito da Pesquisa, posso entrar em contato com a Coordenadora da Pesquisa, Elisabetta Recine, por meio do e-mail opsan@unb.br ou pelo telefone (61) 3307-2508.

Foi-me informado, ainda, que os dados coletados ficarão sob guarda do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN), da Universidade de Brasília (UnB) e que as informações somente serão divulgadas de forma agrupada, tendo a garantia do anonimato.

Para comunicar a desistência, tirar dúvidas ou obter mais informações a respeito da Pesquisa posso entrar em contato com a Coordenadora da Pesquisa, Elisabetta Recine, por meio do e-mail opsan@unb.br ou pelo telefone (61) 3307-2508.

Idade:	<input type="text"/>	*Sexo:	Masculino <input type="button" value="v"/>
*Cidade:	<input type="text"/>	*Estado:	Acre <input type="button" value="v"/>
Fone:	<input type="text"/>		
*E-mail:	<input type="text"/>		

*informações imprescindíveis para responder o questionário

Ciente e de acordo com os termos

Inserção da Alimentação e Nutrição na Atenção Básica à Saúde: Caracterização da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil

I. Percepção do profissional

1. Quando você pensa em "Atenção Básica à Saúde", o que lhe vem à mente? (Escreva pelo menos 4 palavras, uma em cada campo)

1.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Agora, por favor, assinale nos quadradinhos acima as três palavras que você considera mais importante sobre "Atenção Básica à Saúde".

2. Das três palavras acima qual é a mais importante para você?

3. Quando você pensa em "Nutrição na Atenção Básica à Saúde", o que lhe vem à mente? (Escreva pelo menos 4 palavras, uma em cada campo)

1.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Agora, por favor, assinale nos quadradinhos acima as três palavras que você considera mais importante sobre "Nutrição na Atenção Básica à Saúde".

4. Das três palavras acima qual é a mais importante para você?

5. Quando você pensa em "Núcleos de Apoio à Saúde da Família", o que lhe vem à mente? (Escreva pelo menos 4 palavras, uma em cada campo)

1.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

6. Das três palavras acima qual é a mais importante para você?

II. Caracterização da forma de contratação

1. Tipo do NASF:

2. É intermunicipal?

3. Qual o modelo de atenção à saúde do município?
4. Qual o seu vínculo de contratação com o NASF?
5. Sua carga-horária de trabalho no NASF: (em horas /semana)

III. Caracterização do trabalho

1. Existe algum curso ou capacitação continuada oferecido aos profissionais do NASF?
2. Se sim, qual(is)?

3. Quando você foi contratado, você:

1.Recebeu um curso introdutório/ treinamento	<input type="checkbox"/>	3.Teve reunião com a equipe local	<input type="checkbox"/>
2.Teve reunião com a coordenação	<input type="checkbox"/>	4.Nada específico para o início das atividades	<input type="checkbox"/>

4. Quais profissionais compõem a equipe do NASF no qual você atua?

1.Assistente Social	<input type="checkbox"/>	7.Médico Ginecologista	<input type="checkbox"/>
2.Farmacêutico	<input type="checkbox"/>	8.Médico Homeopata	<input type="checkbox"/>
3.Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	9.Médico Acupunturista	<input type="checkbox"/>
4.Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/>	10.Médico Pediatra	<input type="checkbox"/>
5.Educador Físico	<input type="checkbox"/>	11.Médico Psiquiatra	<input type="checkbox"/>
6.Terapeuta Ocupacional	<input type="checkbox"/>	12.Psicólogo	<input type="checkbox"/>

IV. Caracterização do planejamento

1. Considerando o NASF no qual você atua, dê a sua opinião nas afirmativas abaixo conforme a escala de frequência:

1.O programa de trabalho do NASF é discutido com a coordenação de atenção básica ou estrutura semelhante do município	<input type="text"/>
2.Há encontros periódicos para discussões dos planos de trabalho entre todos os NASF do município.	<input type="text"/>
3.O planejamento das ações do NASF é feito por toda a equipe.	<input type="text"/>
4.São realizadas reuniões periódicas com as ESF da área de abrangência.	<input type="text"/>
5.Os profissionais que compõem o NASF planejam suas ações individualmente.	<input type="text"/>
6.É feito um diagnóstico das necessidades do território de abrangência.	<input type="text"/>
7.É feito um monitoramento das necessidades do território de abrangência.	<input type="text"/>
8.As ações estratégicas são definidas a partir dos problemas e demandas identificadas.	<input type="text"/>
9.Os diferentes profissionais participam destas definições.	<input type="text"/>

V. Caracterização da atuação

1. Qual é a sua percepção sobre a atuação da Coordenação do NASF no qual você trabalha? Conforme os critérios abaixo, para você, a coordenação possibilita ou oferece aos profissionais:

1.Definição das atribuições e responsabilidades	<input type="text"/>	6.Reuniões periódicas	<input type="text"/>
2.Monitoramento e supervisão das ações	<input type="text"/>	7.Participação na definição dos planos de trabalho	<input type="text"/>
3.Troca de experiência	<input type="text"/>	8.Definição de indicadores e metas	<input type="text"/>
4.Planejamento das ações	<input type="text"/>	9.Não há um coordenador do NASF	<input type="checkbox"/>

5. Apoio técnico às atividades	<input type="text"/>	10. Não tenho contato com o coordenador	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------	-----------------------------------------	--------------------------

2. Avalie, segundo a sua percepção, a interação com os demais profissionais do NASF no qual você atua, para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição:

1. Assistente Social	<input type="text"/>	7. Médico Ginecologista	<input type="text"/>
2. Farmacêutico	<input type="text"/>	8. Médico Homeopata	<input type="text"/>
3. Fisioterapeuta	<input type="text"/>	9. Médico Acupunturista	<input type="text"/>
4. Fonoaudiólogo	<input type="text"/>	10. Médico Psiquiatra	<input type="text"/>
5. Educador Físico	<input type="text"/>	11. Psicólogo	<input type="text"/>
6. Terapeuta Ocupacional	<input type="text"/>	12. Médico Pediatra	<input type="text"/>

3. Qual a sua percepção sobre as questões abaixo quanto ao NASF no qual você atua?

1. Contato (cooperação) entre as equipes da ESF e o NASF para o desenvolvimento das ações	<input type="text"/>
2. Processo de referência e contra-referência do município entre os níveis de atenção à saúde (atenção primária, média e alta complexidade)	<input type="text"/>
3. Processo de referência e contra-referência entre as ESF e o NASF.	<input type="text"/>
4. Captação da população ('busca ativa') por parte das ESF	<input type="text"/>
5. Organização administrativa (estrutura física, materiais e apoio de recursos humanos) para o desenvolvimento do trabalho no seu local de atuação	<input type="text"/>
6. Acesso às informações de saúde, demográficas e sociais	<input type="text"/>
7. Equipamentos (antropométricos)	<input type="text"/>
8. Referências técnicas (publicações, protocolos e materiais educativos)	<input type="text"/>
9. Estrutura física (local de trabalho, sala)	<input type="text"/>
10. Estrutura logística (disponibilidade de transporte)	<input type="text"/>
11. Participação e acompanhamento das ações por parte do Controle Social	<input type="text"/>

4. Qual(is) o(s) principal(is) grupos populacionais atendido(s) no NASF em que você atua? Distribua a classificação em percentual (%), proporcional à realidade do local. Imagine o fluxo de atendimento e faça uma estimativa sobre 100%: aproximadamente quantos % do atendimento é destinado a cada fase do curso da vida?

1. Crianças	<input type="text"/>	4. Adultos	<input type="text"/>
2. Adolescentes	<input type="text"/>	5. Idosos	<input type="text"/>
3. Gestantes	<input type="text"/>		

5. Sobre a distribuição do atendimento que você informou acima. Esta distribuição é planejada de alguma maneira ou responde à demanda natural da comunidade? Por favor, explique.

6. Caso esta priorização seja planejada, você participa desse processo?

V. Caracterização da atuação

7. Na sua percepção houve alguma melhoria nas condições de saúde da população de abrangência com a implantação do NASF?

8. Se sim, qual(is)?

9. Se não, por quê?

10. Você identifica outros avanços na comunidade, em outras áreas que não a saúde, com a implantação do NASF?

11. Se sim, qual(is)?

12. Sobre os materiais técnicos listados abaixo, 'ASSINALE' os que você conhece e aqueles que você mais utiliza

Publicações	Conheço	Utilizo
1. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Brasil, Ministério da Saúde, 1999)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, Ministério da Saúde, 2006)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2006)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Matriz de ações de nutrição na Atenção Básica (Brasil, Ministério da Saúde, 2008)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Protocolos da Vigilância Alimentar e Nutricional (Brasil, Ministério da Saúde, 2008)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Guia Alimentar da População Brasileira (Brasil, Ministério da Saúde, 2005)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Guia Alimentar de crianças menores de 2 anos (Brasil, Ministério da Saúde, 2003)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Cadernos de Atenção Básica (Brasil, Ministério da Saúde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Portarias dos NASF - Nº 154 de 2008 e Nº 424 de 2009 (Brasil, Ministério da Saúde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

V. Caracterização da atuação

13. Se "Cadernos de Atenção Básica", descreva quais:

14. Se você utiliza 'Outro(s) materiais técnicos', cite qual(is).

15. Você se sente motivado(a) para atuar no NASF?

16. Você se sente capacitado para atuar no NASF?

17. Na sua experiência, como você classifica o conjunto de ações desenvolvidas pelo NASF em termos de sujeitos da ação? Classifique em % proporcionalmente à realidade do local. Imagine as ações e faça uma estimativa sobre 100%: aproximadamente quantos % representam as atividades desenvolvidas dirigidas aos sujeitos abaixo indicados?

1. Individual	<input type="text"/>	3. Comunidade	<input type="text"/>
2. Familiar	<input type="text"/>		

18. Na sua experiência, como você distribui as ações desenvolvidas pelo NASF? Classifique em % proporcionalmente à realidade do local. Imagine as ações e faça uma estimativa sobre 100%: aproximadamente quantos % representa as atividades desenvolvidas em cada uma das intervenções abaixo?

1. Diagnóstico	<input type="text"/>
2. Promoção e prevenção	<input type="text"/>
3. Tratamento	<input type="text"/>

V. Caracterização da atuação

19. São desenvolvidas ações de alimentação e nutrição em parceria com outros setores (como exemplo a educação, assistência social, centros comunitários etc)?

20. Se sim, quais?

21. No conjunto de atividades listadas abaixo, relacionadas à alimentação e nutrição, 'ASSINALE' aquelas que são desenvolvidas pelo NASF em que você atua. Fique à vontade para tecer comentários.

Atividades	Sim, exclusivamente pelo nutricionista	Sim, em parceria com outros profissionais da equipe	Sim, por outros profissionais, sem a participação do nutricionista	Comentários
1.Promoção do Aleitamento materno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2.Grupos de apoio (doenças crônicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3.Orientação para introdução de alimentação complementar para crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4.Palestras educativas sobre alimentação saudável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.Organização de feiras livres (acesso à frutas, legumes e hortaliças)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6.Grupos de atividade física (caminhadas etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7.Prevenção da obesidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.Controle/tratamento obesidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9.Prevenção da hipertensão arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10.Controle/tratamento hipertensão arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11.Prevenção da diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12.Controle/tratamento diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13.Prevenção desnutrição infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14.Controle/tratamento desnutrição infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15.Grupos de orientação alimentar para idosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
16.Capacitação temática das equipes da ESF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
17.Atividades de educação em saúde (alimentar e nutricional) em equipamentos sociais da comunidade (escolas, creches, organizações comunitárias)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
18.Agendamento de consultas com profissionais especializados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
19.Programa de Suplementação de Vitamina A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
20.SISVAN (monitoramento do estado nutricional)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
21.Atendimento individual (consulta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

22. Se desejar descrever outras atividades, por favor, vincule-as aos profissionais que executam, conforme a questão anterior (se nutricionista ou em equipe).

23. Há agenda de atendimento nutricional (consulta) na Unidade Básica de Saúde a qual o NASF e/ou ESF estão vinculados?

24. Quais os fatores que influenciam a atuação de nutricionistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)?

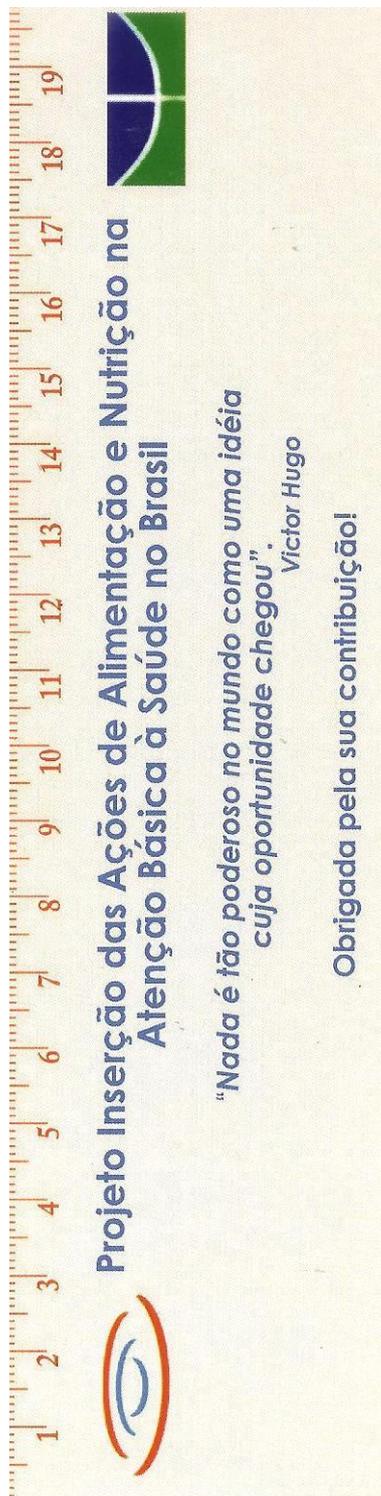
25. Em sua opinião, qual é o papel do nutricionista que atua no NASF?

VI. Identificação do profissional

1. Maior titulação:	<input type="text"/>
2. Especifique a área de concentração de sua maior titulação:	<input type="text"/>
3. Se 'Outra' área de concentração, qual?	<input type="text"/>
4. Há quanto tempo trabalha no NASF?	<input type="text"/> (em meses)
5. Tipo de Estabelecimento onde se localiza o NASF no qual você atua:	<input type="text"/>
6. Se 'Outro' Tipo de Estabelecimento, qual?	<input type="text"/>

VI. Identificação do profissional

7. Trabalha em outro local/setor do município?	<input type="text"/>
8. Se sim, onde?	<input type="text"/>
9. Quantas horas?	<input type="text"/> (em horas/semana)



I. Objetivos do Trabalho:

1.1. Geral:

Analisar a atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

1.2. Específicos:

- (1) Caracterizar o **perfil** dos profissionais que atuam nos NASF
 - ✓ Distribuição (%) de idade
 - ✓ Frequência (%) gênero
 - ✓ Distribuição (%) local de atuação
 - ✓ Frequência (%) formação
 - ✓ Distribuição (%) tempo de atuação
 - ✓ Quem são os demais profissionais que compõem a equipe?
 - ✓ Como são contratados
 - ✓ Carga-horária trabalho
 - ✓ Onde trabalham
- (2) Identificar as **ações de alimentação e nutrição realizadas** pelos nutricionistas e pelas equipes de saúde nos NASF
 - ✓ Quais são as ações desenvolvidas?
 - ✓ Quais os materiais de apoio técnico utilizam?
 - ✓ Estão sendo realizadas em parceria?
 - Aprofundar com a segunda fase
- (3) Caracterizar a **forma de atuação** dos nutricionistas nos NASF, tanto na sua ação específica como nos processos de integração com outros profissionais da equipe
 - ✓ Como avaliam o gerente técnico
 - ✓ Como avaliam as atividades
 - Aprofundar com a segunda fase os processos de trabalho
- (4) Identificar os principais **desafios e potencialidades** na atuação desses profissionais nos NASF
 - ✓ Análise qualitativa (Alceste e Evoc)
 - Aprofundar com a segunda fase
- (5) Conhecer a **percepção** dos nutricionistas quanto ao NASF
 - ✓ Análise qualitativa (Alceste e Evoc)
- (6) Descrever estudos de casos que possam colaborar com a atuação do nutricionista em equipes interdisciplinares de na Atenção Primária à Saúde.

Anexo IV. Convite para participação da Fase 2

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA
PESQUISA: 'A ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF), NO BRASIL'



Carta de Apresentação Nº XX/2012 - UnB

A
Sr. XXX
Cargo XXX

Prezado(a) Colega,

Cumprimentando-o(a) cordialmente, venho apresentar a doutoranda e pesquisadora do OPSAN/UnB, Andressa Fagundes, cujo projeto de pesquisa é '**A atuação do Nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**'. Neste contexto, venho solicitar o seu apoio para a coleta de dados.

O Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN), da Universidade de Brasília (UnB), no qual este estudo está inserido, constitui-se em um grupo de estudos e pesquisas que tem como objetivo a geração de conhecimento de caráter plural e multidisciplinar para a proposição, monitoramento, análise e avaliação de políticas públicas nas áreas de Segurança Alimentar e Nutricional e de Nutrição em Saúde Coletiva.

Em 2011 foi executada a primeira fase desta pesquisa, que caracterizou e identificou, por meio de um questionário eletrônico, os profissionais e as ações desenvolvidas nos NASFs. A segunda fase, ora proposta, prevê a realização de observação das atividades *in lócus*, grupo focal com a equipe do NASF e análise documental.

Os resultados serão apresentados de forma agrupada, sem identificação nominal dos profissionais, em formato de estudo de caso. Com esta iniciativa pretendemos contribuir para que outros locais e equipes possam, a partir de experiências concretas, refletir sobre sua própria atuação e alternativas de aprimoramento.

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Cordialmente,

Brasília-DF, XXX de XXXXXXX de 2012.

Profª Elisabetta Recine
Mat. 138.959
Professora Adjunta e
Coordenadora do OPSAN/UnB



I. Observação não participante (detalhar o como; construção do campo)

- Conhecer a rotina dos nutricionistas nos NASF, das equipes, as relações estabelecidas para o trabalho para ofertar ações de nutrição e saúde a partir das diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
- Quais são as estratégias utilizadas pelos profissionais para aproximar o trabalho do NASF aos objetivos propostos pelas diretrizes do NASF, do Ministério da Saúde?

✓ Registro de identificação:

Data: _____ Contato: _____

1. Município: _____
2. NASF: _____
3. Composição da equipe: _____
4. Nº de EqSF referenciadas: _____
5. Quando foi implantado o NASF? _____
6. Há quanto tempo funciona na conformação atual? _____
7. Carga-horária dos profissionais: _____
8. Qual o modelo de atenção à saúde do município? Existe essa definição? _____
9. Os profissionais conhecem as diretrizes dos NASF? _____
10. Referências técnicas utilizadas: _____
11. Realizam reuniões/encontros? Quem participa? Local. : _____
12. Como se dá o fluxo de trabalho?
13. Quais os tipos de atendimento realizados? Como é organizada a agenda de trabalho e atendimentos? Como são formados os grupos que serão atendidos? Com o é feito o apoio às equipes de SF?
14. Como são as reuniões e as atividades das equipes? Onde ocorrem? Com que frequência? Quem participa?
15. Como são incorporadas as diretrizes do NASF, a autonomia individual e coletiva (equipe)?
16. Os processos de trabalho são mediados pelos coordenadores? Como?
17. Descrição das atividades realizadas 'sozinho' (sem a equipe) (quais/dias/tempo).
18. Descrição das atividades realizadas 'em grupo' (quais/dias/tempo)
19. Funcionamento/rotina da equipe do NASF

- ✓ Dimensões que serão analisadas sobre o trabalho em equipe:
- Cooperação: maneira pela qual os indivíduos se envolvem nas relações e comunicações
- Processo de trabalho em equipe:
 - Especificidades e rotinas dos profissionais
 - Características do próprio trabalho em equipe: falar, compartilhar, interlocução
 - Formas para estabelecer parceiros e referências
 - Estratégia de integração dos saberes
 - Compreensão da interdependência do trabalho
 - Percepção sobre a influência na qualidade dos processos e resultados
 - Como se dão os pedidos de ajuda, as trocas de opiniões sobre a demanda do trabalho
 - Satisfação ou insatisfação do fazer junto com os pares
 - Protocolos e diretrizes: facilitam a prática, possibilitando adaptações necessárias ou é inflexível e dificultam a prática?
 - São compreensíveis?
 - Foram capacitados quanto ao conteúdo?
 - Expressa contradição entre teoria/preceitos e prática?

II. Análise Documental

Solicitar/buscar informações sócio-demográficas e sobre o sistema de saúde do município. Documentos de orientação sobre as atividades nos NASF, documentos de planejamento, relatórios de monitoramento e avaliação do NASF estudado.

III. Entrevista com a Nutricionista – Roteiro

Data: _____

Nome: _____

1. Município: _____
2. NASF: _____
3. Composição da equipe: _____
4. Carga-horária dos profissionais: _____
5. Nº de EqSF referenciadas: : _____
6. Quando foi implantado o NASF? _____
7. Há quanto tempo funciona na conformação atual? _____
8. Qual o modelo de atenção à saúde? Existe essa definição? _____
9. Quais são as ações realizadas no momento?
10. Como você compreende a inserção das ações de alimentação e nutrição no NASF?
11. Descreva seu processo de trabalho da seguinte forma:
 - a. Como você faz?
 - b. Com quem você faz?
12. O que considera mais importante no seu processo de trabalho?
13. Como você descreve a sua relação com as equipes da SF?

IV. Grupo Focal

Questões norteadoras:

1. Quais são as considerações/percepções do grupo sobre a proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família? Por que NASF?

Objetivos Específicos:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> significado | <input type="checkbox"/> vínculo |
| <input type="checkbox"/> + positivo ou não | <input type="checkbox"/> espaços coletivos |
| <input type="checkbox"/> diferente do trabalho sozinho ou em equipe | <input type="checkbox"/> gestão compartilhada |
| <input type="checkbox"/> discussão de casos | <input type="checkbox"/> olhar inter de atenção integral à pop. |
| <input type="checkbox"/> resolutivo | <input type="checkbox"/> responsabilidade |

2. O que vocês fizeram para ser NASF? Quais as principais mudanças?

- | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gestão compartilhada | <input type="checkbox"/> qual elemento/ferramenta estruturante? |
| <input type="checkbox"/> ampliação agenda | <input type="checkbox"/> busca de apoio? Quais? |
| <input type="checkbox"/> como começaram? | <input type="checkbox"/> o que falta? Desafios? |
| <input type="checkbox"/> entraves | <input type="checkbox"/> planejamento/projetos |

resultados positivos

Construção

3. Como fazem no dia-a-dia? Qual é o processo de trabalho?

ferramentas

consideram suficiente? O que falta?

instrumentos de inovação (celular)

(informes, referências)

formas de trabalho

espaços coletivos

normatização de referências técnicas

principais desafios → enfrentamentos

apoio/orientações

como é feita a agenda (coletivo)

com quem fazem

4. Como enxergam a nutrição no NASF? (Não os profissionais, mas as ações/as demandas)

importância/relevância

potencial de integração

gestão da equipe

extensão/peso da agenda de nutrição

qualidade

acesso

resolubilidade

Anexo VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Fase 2



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA
PESQUISA: A ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da segunda fase da pesquisa 'A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)', desenvolvida pela Universidade de Brasília (UnB), cujo objetivo principal é caracterizar a atuação profissional nesse contexto de trabalho visando contribuir para o aprimoramento tanto das ações de alimentação e nutrição, como da prática profissional.

A primeira fase foi realizada entre 2010 e 2011, por meio de um questionário eletrônico com os nutricionistas dos NASFs de todo o Brasil e possibilitou a caracterização das ações realizadas pelos profissionais. A participação na Fase 1 foi requisito essencial para a seleção dos NASFs que integram a Fase 2. O objetivo da Fase 2 objetiva é conhecer mais detalhadamente o processo de trabalho dos profissionais dos NASFs. Nesta fase serão empregadas técnicas de (1) análise documental sobre o serviço de saúde local, (2) observação não participante e (3) grupo focal com toda a equipe do NASF e, posteriormente, (4) entrevista com o nutricionista. Estima-se que o desenvolvimento dos itens 2, 3 e 4 necessitem de 3 dias.

Cabe ressaltar que a participação na pesquisa não oferece nenhum risco aos profissionais e que as informações obtidas são anônimas. Todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa serão fornecidos pela pesquisadora, sendo assegurado a todos os profissionais o anonimato havendo omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los(as). Esclarecemos que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a realização desse estudo e serão divulgados apenas em análise agrupada, na tese, em relatórios/publicações e em artigos científicos. Portanto, nenhum profissional terá seus dados divulgados individualmente, sendo garantido o anonimato e a preservação das informações declaradas. O que se espera é que as análises derivadas das informações coletadas contribuam para o conhecimento e aprimoramento da atuação do nutricionista e das equipes dos NASFs, colaborando para as mudanças necessárias para a expansão e qualificação das ações de nutrição na atenção primária à saúde.

Informamos, ainda, que não há benefício direto e/ou individual para o participante da pesquisa e que não será executado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto, risco à saúde e/ou despesa de qualquer natureza.

A decisão de participar é pessoal e livre. Caso queira desistir da participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, mesmo após aceitar esse termo, seus direitos serão preservados, sem nenhum tipo de prejuízo. Para comunicar a desistência, tirar dúvidas ou obter mais informações a respeito da Pesquisa, por favor, entre em contato com a Coordenadora, Dr^a Elisabetta Recine, por meio do e-mail opsan@unb.br ou pelo telefone (61) 3307-2508.

Em caso de dúvidas durante a pesquisa ou sobre alguma técnica específica que esteja sendo utilizada, os esclarecimentos serão fornecidos pela pesquisadora Andhressa Fagundes, por email: andhressa@unb.br ou pelos telefones: (61) 3307-2508/ (61) 8151-7363. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora e doutoranda, Andhressa Fagundes.

Qualquer dúvida em relação à assinatura do TCLE ou sobre os direitos do sujeito da pesquisa poderá ser sanada com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde (UnB), pelo telefone: (61)3107-1947.

Para participar é imprescindível a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sua participação é fundamental para a pesquisa! Agradecemos desde já a sua contribuição.

Atenciosamente,

Profª Drª Elisabetta Recine
Pesquisadora Responsável
Professora Adjunta
Mat. 138.959

Andhressa Fagundes
Pesquisadora Doutoranda
CPF: 846.432.771-49



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA
PESQUISA: A ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, , declaro estar ciente das informações acima descritas, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceito participar da Pesquisa "A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)", tendo sido devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre os propósitos desse estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade.

Foi-me garantido que minha participação é livre, voluntária e pessoal, e que poderei retirar meu consentimento a qualquer tempo, antes ou durante qualquer uma das etapas, mesmo após aceitar esse termo, tendo meus direitos preservados, sem penalidades ou prejuízos a minha pessoa. Para comunicar a desistência, tirar dúvidas ou obter mais informações a respeito da Pesquisa é possível entrar em contato com a Coordenadora da Pesquisa, Elisabetta Recine, por meio do e-mail opsan@unb.br ou pelo telefone (61) 3307-2508.

Foi-me informado, ainda, que os dados coletados ficarão sob guarda da doutoranda, Andhressa Fagundes, da Universidade de Brasília (UnB) e que as informações somente serão divulgadas de forma agrupada, tendo a garantia do anonimato.

Nome: _____

Formação: _____ Fone contato: _____

Cidade: _____ Estado: _____

E-mail: _____

Atenção: para informar quaisquer irregularidades ou danos durante sua participação no estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, por meio do telefone (61) 3107-1947 ou pelo e-mail cepfs@unb.br.

Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro
Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição
Núcleo de Medicina Tropical e Nutrição, Sala 9C
CEP: 70.910-90, Brasília-DF
Telefone: 61-33072508

Atenciosamente,
Profª Drª Elisabetta Recine
Mat. 138.959
Responsável pela pesquisa

Anexo VII. Termo de autorização para gravação da Fase 2



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA
PESQUISA: A ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

AUTORIZAÇÃO PARA USO DAS DECLARAÇÕES DE VOZ

Eu, _____
portador do RG n°: _____ e CPF n°: _____,
residente no(a) _____,
Cidade/UF: _____ Telefone: _____, concedo, neste ato, a
qualquer tempo, à Andhressa Fagundes, da Universidade de Brasília (UnB), única e exclusivamente para
contribuição na pesquisa 'A Atuação do Nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)', os
direitos sobre as declarações gravadas no Grupo Focal da pesquisa, que serão degravadas e utilizadas de
forma agrupada na tese, em relatórios e artigos.

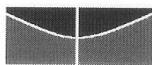
A presente autorização é concedida em caráter irrevogável e de forma gratuita, ficando qualquer
pessoa interessada isenta do pagamento de quaisquer ônus à minha pessoa, a qualquer tempo e sob
qualquer pretexto pela utilização dos relatos.

Brasília, _____ de _____ de 2012.

Nome:
CPF:


Andhressa Fagundes
Pesquisadora Doutoranda
CPF: 846.432.771-49

Apêndice I. Parecer favorável do CEP/FS/UnB para a pesquisa.



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **101/10**

Título do Projeto: “As ações de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde: a atuação do nutricionista nos núcleos de apoio ao saúde da família (nasf) no brasil”.

Pesquisadora Responsável: Elizabetta Recine

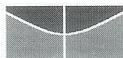
Data da Entrada: 02/08/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **101/10** com o título: “As ações de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde: a atuação do nutricionista nos núcleos de apoio ao saúde da família (nasf) no brasil”, analisado na 7ª Reunião Ordinária, realizada no dia 10 de agosto de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 01 de setembro de 2010.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **101/10**

Título do Projeto: “As ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde: a atuação dos nutricionistas nos núcleos de apoio ao saúde da família (NASF) no Brasil”.

Pesquisadora Responsável: Elisabetta Recine

Data de Entrada: 29/06/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR EMENDA** o projeto **101/10** com o título: “As ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde: a atuação dos nutricionistas nos núcleos de apoio ao saúde da família (NASF) no Brasil”, analisado na 7ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de agosto de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 05 de dezembro de 2012


Natan Menezes de Sá
Coordenador do CEP-FS/UnB