



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

FÁTIMA CAFÉ RIBEIRO DOS SANTOS

**NUTRICIONISTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO
ESTADO DO CEARÁ: PERFIL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

FORTALEZA – CEARÁ
2018

FÁTIMA CAFÉ RIBEIRO DOS SANTOS

NUTRICIONISTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO
ESTADO DO CEARÁ: PERFIL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL.

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva
do Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva do Centro de Ciências da
Saúde da Universidade Estadual do Ceará,
como requisito à obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva. Área de
concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Marlene
Marques Ávila.

FORTALEZA – CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Santos, Fátima Café Ribeiro dos .

Nutricionistas dos núcleos de apoio a saúde da família (nasf) no estado do ceará: perfil e atuação profissional [recurso eletrônico] / Fátima Café Ribeiro dos Santos. - 2018 .

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 135 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm) .

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2018 .

Área de concentração: Saúde Coletiva..

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Marlene Marques Ávila. .

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Nutricionista. 4. Prática profissional.
I. Título.

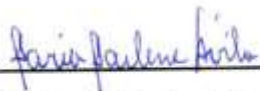
FÁTIMA CAFÉ RIBEIRO DOS SANTOS

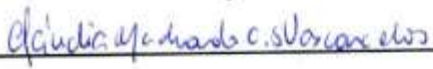
NUTRICIONISTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO
ESTADO DO CEARÁ: PERFIL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL.

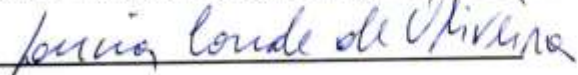
Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva
do Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade Estadual
do Ceará, como requisito à obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva.

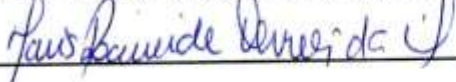
Aprovada em: 7 de março de 2018

BANCA EXAMINADORA


Profª. Drª. Maria Marlene Marques Ávila (Presidente/Orientadora - UECE)


Profª. Drª. Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos (1º membro - UNIFOR)


Profª. Drª. Lúcia Conde de Oliveira (2º membro - UECE)


Profª. Drª. Maria Rocineide Ferreira da Silva (Suplente – UECE)

À minha amada Mãe, Eva. Que dedicou a sua vida as salas de aula e sempre acreditou na educação como um meio de transformação social.

Aos trabalhadores do SUS, que resistem a todo esse desmonte da saúde pública no País.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida. Por ser a luz que guia todos os meus passos.

À Nossa Senhora de Fátima, minha mãe protetora.

À minha família, meu tudo, minha base, a melhor parte do meu ser.

À minha Mãe Eva, minha guerreira, que abdicou de tantos sonhos e planos para a realização dos meus. Por ter me ensinado as primeiras letras e através delas o mundo. Por sempre ter acreditado na educação transformadora, libertadora, o caminho para crescer honesta e dignamente.

Ao meu Pai Natalino, que mesmo com toda a dureza que a vida lhe deu, conseguiu com a força do seu trabalho nos dar o melhor que estivesse ao seu alcance.

Às minhas irmãs, Valéria, Simone e Silvana, as joias mais preciosas deste mundo. Meu porto seguro, meu ombro amigo, meus exemplos de fé e honestidade. Por acreditarem nos meus sonhos, por acreditarem em mim. Vocês são meus presentes de Deus. Amo vocês até o Céu!

À Ilanna, por seu amor, companheirismo, força e motivação. Ter você ao meu lado foi essencial para continuar essa caminhada.

Ao meu Avô Tito (in memoriam), que me amou de uma forma tão pura.

Aos meus sobrinhos, Pamela, Larissa, Arthur, Francisco, Thiego, Rodrigo e José Vicente pelos sorrisos e por encherem nossa família de amor.

À minha prima-irmã Daniela, por seu amor e carinho.

À minha querida orientadora, Maria Marlene Marques Ávila, pelos ensinamentos que levarei para a vida, pela compreensão, paciência, dedicação e carinho. E por ter conduzido este processo de orientação com tanta doçura, leveza, mesmo com todas as durezas da academia.

Aos nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, confiaram as suas vivências e experiências para efetivação deste estudo.

À minha amiga Katherine Jeronimo Lima, por ter sido o melhor presente que o mestrado me deu. Pelo afeto, risos, choros, pelo ombro amigo, colo, cafés e principalmente pelo amor.

À minha querida turma de mestrado, pelas trocas, afetos, alegrias e aprendizado. Em especial aos meus queridos Aline Werneck, Emanuella Cajado, Glaucilândia Pereira,

Jhennifer Góis, Edyla Porto, Natália Lima e Fernando Virgílio. Levarei vocês em meu coração.

Às minhas queridas amigas Cearenses, pela amizade e incentivo para concretização deste mestrado, Lidiany Tributino e Kellinson Catunda.

Às professoras Lúcia Conde, Elisabetta Recine e Cláudia Machado, pelas importantes contribuições que enriqueceram este trabalho, na qualificação do projeto e banca final de defesa da dissertação.

A todos que compõe o PPSAC pelo convívio e aprendizado.

À FUNCAP, pela bolsa de estudos.

“Há muito tempo que eu saí de casa
Há muito tempo que eu caí na estrada
Há muito tempo que eu estou na vida
Foi assim que eu quis, e assim eu sou feliz

Principalmente por poder voltar
A todos os lugares onde já cheguei
Pois lá deixei um prato de comida
Um abraço amigo, um canto prá dormir e
sonhar

E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas

E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a
gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que
pense estar

É tão bonito quando a gente pisa firme
Nessas linhas que estão nas palmas de
nossas mãos
É tão bonito quando a gente vai à vida
Nos caminhos onde bate, bem mais forte o
coração”.

(Gonzaguinha)

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de atenção que surge a fim de reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, diante de um perfil epidemiológico no qual o modelo biomédico não mais atende às necessidades de saúde da população. Por sua vez, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surge com o objetivo de apoiar as equipes da ESF para dar maior resolubilidade no primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde. A criação do NASF possibilitou a inserção do nutricionista na APS e este tem um importante papel contribuindo como referência técnica para promoção de práticas alimentares saudáveis nesse nível de atenção. O objetivo deste estudo foi caracterizar a atuação dos profissionais nutricionistas que atuam nos NASF do estado do Ceará. A pesquisa foi constituída em duas etapas. Na primeira foi utilizada a abordagem quantitativa descritiva, por meio de um questionário *on-line* para construção do perfil dos nutricionistas. Participaram desta etapa 26 profissionais de todas as macrorregiões do estado. A segunda etapa foi realizada por meio de abordagem qualitativa utilizando a técnica de entrevista semi-estruturada, na qual se buscou compreender as percepções dos nutricionistas sobre seu processo de trabalho e atuação profissional. Participaram desta etapa dez nutricionistas de seis diferentes municípios do estado. A coleta de dados ocorreu entre agosto e dezembro de 2017. Realizou-se a análise descritiva do material do questionário *on-line*. O corpus das entrevistas foi analisado segundo a Análise de Conteúdo, com a modalidade Análise Temática, com auxílio do *software* QRS NVIVO, versão 10. O perfil dos nutricionistas é de profissionais do sexo feminino, adultos jovens, com idade entre vinte e três e quarenta anos, com pouco tempo de formação, graduados no estado do Ceará, sendo o NASF o primeiro emprego na APS, a grande parte está inserida no mesmo há menos de um ano e o principal vínculo empregatício é o contrato temporário. A análise qualitativa identificou quatro categorias temáticas: Ações desenvolvidas por nutricionistas na APS no NASF-CE; Relações estabelecidas na equipe NASF e entre equipes de NASF e ESF; Percepção acerca da atuação do nutricionista no NASF-CE; Condições de trabalho dos nutricionistas do NASF-CE. As ações desenvolvidas são as atividades coletivas, visitas domiciliares, grupos educativos, atendimentos individuais, coletivos e compartilhados, reuniões, planejamentos e projetos terapêuticos singulares. Estão vinculados a um número maior de EqSF do que recomendado. Percebem a importância da atuação do

nutricionista para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição na APS. Apontadas como fragilidades a articulação com a EqSF, além das precárias condições de trabalho, infraestrutura, falta de recursos, vínculos de trabalho frágeis e baixos salários. Espera-se que estes resultados contribuam para ampliar a compreensão da atuação dos nutricionistas neste recente campo de trabalho e favoreçam a atuação profissional na área, visando à concretização dos objetivos do NASF, como apoiador de ações promotoras de saúde na APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Nutricionista; Prática profissional.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) is a care model that emerges in order to reorganize Primary Health Care (PHC) in Brazil, in the face of an epidemiological profile in which the biomedical model no longer meets the health needs of the population. In turn, the Family Health Support Center (NASF) was created to support the ESF teams in order to give them greater resolubility in the first level of attention of the Unified Health System. The creation of the NASF enabled the insertion of the nutritionist in APS and this has an important role contributing as a technical reference to promote healthy eating practices in this level of attention. The purpose of this study was to characterize the performance of the nutritionist professionals who work in the NASF in the state of Ceará. The research was constituted in two stages. In the first, a quantitative descriptive approach was used, through an online questionnaire to build the profile of nutritionists, 26 professionals from all macro regions of the state participated in this phase. The second stage was carried out through a qualitative approach using the semi-structured interview technique, which sought to understand the perceptions of nutritionists about their work process and professional performance. Ten nutritionists from six different municipalities of the state participated in this stage. The data collection took place between August and December 2017. The descriptive analysis of the material of the online questionnaire was carried out with the help of the Microsoft Excel program. The material collected in the interviews was analyzed according to the Content Analysis, with the Thematic Analysis modality, with the help of QRS NVIVO software, version 10. The profile of nutritionists is female professionals, young adults, aged twenty-three and Forty years old, graduated in the state of Ceará, NASF is the first job in the APS, and most of them have been in the NASF for less than a year and the main employment relationship is temporary contracts. The qualitative analysis identified four thematic categories: Actions developed by nutritionists in the APS in the NASF-CE; Relations established in the NASF team and between NASF and ESF teams; Perception about the nutritionist's performance in NASF-CE; Nutritionists working conditions of the NASF-CE. The actions developed are the collective activities, home visits, groups, individual, collective, shared, meetings, planning, unique therapeutic projects. They are linked to a larger number of EqSF than recommended. They perceive the importance of the performance development of food and nutrition actions in PHC. They point to weaknesses in articulation with EqSF, in addition to the

precarious working conditions, infrastructure, lack of resources, fragile work links and low wages. It is hoped that these results will contribute to broadening the understanding of the performance of nutritionists in this recent field of work and favor the professional performance in the area, aiming at the achievement of NASF objectives, as a supporter of actions promoting health in PHC.

Keywords: Primary Health Care.. Family Health Strategy. Nutritionist. Professional practice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Concepção e percurso metodológico do estudo	47
Figura 2 -	Mapa da Macrorregiões de Saúde do estado do Ceará.....	48
Figura 3 -	Sujeitos da primeira fase do estudo ações desenvolvidas...	50
Figura 4 -	Nuvem relações ações desenvolvidas.....	64
Figura 5 -	Nuvem de palavras relações estabelecidas entre os nutricionistas e suas equipes de NASF e entre o NASF e as equipes de Saúde da Família.....	79
Figura 6 –	Nuvem de palavras percepção acerca da atuação.....	83
Figura 7-	Nuvem de palavras condições de trabalho.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Distribuição percentual dos nutricionistas que participaram da pesquisa por macrorregiões de saúde do estado do Ceará.....	54
Gráfico 2 -	Profissionais que compõe as equipes de NASF	58
Gráfico3 -	Atividades desenvolvidas pelas equipes de NASF.....	59
Gráfico 4 -	Atividades desenvolvidas pelos nutricionistas.....	60
Gráfico 5 -	Conhecimento e utilização de material de apoio técnico.....	61
Gráfico 6 -	Grupos populacionais atendidos.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CFN	Conselho Federal de Nutrição
CNAN	Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRES	Coordenadorias Regionais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DHAA	Direito Humano a Alimentação Adequada
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DSS	Determinante Sociais da Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EqAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LOSAN	Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional
MAANAB	Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários em saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família

PTS	Projeto Terapêutico Singular
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema Nacional Vigilância Alimentar e Nutricional
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a infância
US	Unidade de Saúde
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1	NOTAS INTRODUTÓRIAS.....	18
2	OBJETIVOS.....	24
2.1	GERAL.....	24
2.1	ESPECÍFICOS.....	24
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	25
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	25
3.2	NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA.....	31
3.3	NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	37
3.4	MARCOS LEGAIS DE REFERÊNCIA PARA ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	41
3.4.1	Política Nacional de Alimentação e Nutrição.....	41
3.4.2	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional.....	43
3.4.3	Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica a saúde.....	44
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
4.1	CENÁRIO DA PESQUISA.....	48
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA.....	49
4.3	ETAPA 1	49
4.3.1	Sujeitos da pesquisa.....	49
4.3.2	Instrumento e procedimento de coleta de informações.....	50
4.3.3	Análise dos dados.....	51
4.4	ETAPA 2	52
4.4.1	Sujeitos da pesquisa.....	52
4.4.2	Instrumento e procedimento para construção das informações..	52
4.4.3	Análise das informações.....	53
4.5	CRITÉRIOS ÉTICOS.....	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
5.1	CAPÍTULO 1: PERFIL DOS NUTRICIONISTAS QUE ATUAM NO NASF NO ESTADO DO CEARÁ.....	55

5.2	CAPÍTULO 2: ATUAÇÃO DOS NUTRICIONISTAS DOS NASF DO ESTADO DO CEARÁ.....	63
5.2.1	Ações desenvolvidas por nutricionistas na APS no NASF-CE....	63
5.2.2	Relações estabelecidas na equipe de NASF e entre equipes de NASF e ESF.....	79
5.2.3	Percepção acerca da atuação do nutricionista no NASF-CE.....	82
5.2.4	Condições de trabalho dos nutricionistas do NASF-CE.....	89
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
	REFERÊNCIAS.....	100
	APÊNDICES.....	107
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ON-LINE.....	108
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	125
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	127
	ANEXOS.....	129
	ANEXO A: CARTA DE ANUÊNCIA.....	130
	ANEXO B - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	131
	ANEXO C - PARECER CEP-UECE.....	132

1 NOTAS INTRODUTÓRIAS

Nas últimas quatro décadas, ocorreram mudanças significativas nas áreas socioeconômicas e geográficas e políticas no Brasil. As transformações acarretaram na modificação do perfil populacional, epidemiológico e nutricional. Atualmente, a população brasileira vivencia um perfil epidemiológico marcado por uma dupla carga de doenças com a presença ainda de doenças infecciosas e parasitárias e com crescimento acelerado das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a diabetes, hipertensão e a obesidade (ARAÚJO, 2012; BRASIL, 2014a; PAIM, 2011).

A transição nutricional decorrente desse processo de mudança acarretou na modificação do perfil nutricional da população, resultando em uma situação epidemiológica nutricional complexa, com um padrão dicotômico, de um lado com presença ainda da desnutrição e carências nutricionais, e do outro, o crescimento expressivo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias, regiões do país e em todos os estratos de renda, (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2006a; BATISTA FILHO, RISSIM, 2003).

As DCNT, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença. No Brasil constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes (BRASIL, 2014a; OMS, 2012c).

Dados atuais sugerem que os fatores de risco predominantes das doenças não transmissíveis são em grande medida os mesmos em todos os países. Dentre esses fatores, destacam-se o maior consumo de alimentos hipercalóricos pouco nutritivos com alto teor de gordura, açúcares e sal, a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, menor prática de atividade física em casa, na escola e no trabalho, assim como a recreação e os deslocamentos (OMS, 2015a).

No Brasil dois últimos grandes levantamentos realizados pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística são respectivamente o Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL, 2014) e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2008-2009), os quais mostraram um panorama do excesso de peso e da obesidade.

Segundo a POF (2008-2009) houve um aumento contínuo de excesso de peso e obesidade na população com mais de 20 anos de idade ao longo de 35 anos.

O excesso de peso quase triplicou entre homens, de 18,5% em 1974-75 para 50,1% em 2008-09. Nas mulheres, o aumento foi menor: de 28,7% para 48 (IBGE, 2011).

Dados de prevalência nacional apontam que mais de 52,5% da população brasileira possui excesso de peso. Considerando a prevalência de obesidade o (VIGITEL) demonstrou aumento contínuo entre os anos de 2006 a 2014, passando de 11,4% para 17,9% respectivamente. Em relação ao sexo, os dados mostraram maior percentual entre homens, equivalendo a (56,5%), e de (49.1%) entre as mulheres (BRASIL, 2015).

Aliado ao aumento do excesso de peso detectou-se, em todas as faixas etárias, o crescimento das DCNT, como as doenças cardiovasculares, diabetes, o câncer e obesidade (BRASIL, 2014b, SCHMIDT et al., 2011).

Neste contexto atual, com o crescimento das DCNT, o Sistema de Saúde brasileiro tem grande importância, tendo em vista que são necessárias ações e estratégias efetivas que visem a promoção da saúde e mudança deste cenário.

Nas últimas décadas, o Brasil conquistou grandes avanços no campo da saúde, principalmente com o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do SUS representa uma conquista social brasileira, pois prevê a garantia de cidadania e defesa da vida. Tendo como princípios a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular. Sua criação almeja o rompimento com o modelo médico-curativo, para um modelo de promoção, prevenção e recuperação da saúde (PAIM et al, 2011; GEUS, 2011; BRASIL, 1988).

A Atenção Primária à Saúde (APS), que no Brasil é denominada de Atenção Básica (AB) 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 (BRASIL, 2012a).

A APS desempenha um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, por seu estabelecimento de relações contínuas, e por ser a porta de entrada preferencial dos usuários no sistema, o que permite uma maior aproximação com a população, tendo como princípio a atenção integral à saúde, baseada nas necessidades sociais da saúde. Em todas as suas modalidades de intervenção, a APS deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da

autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços (BRASIL, 2012a; CECIM E FEUERWERKER, 2004).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de atenção que surge a fim de reorganizar a APS no Brasil, diante de um perfil epidemiológico no qual o modelo biomédico não mais atende às necessidades de saúde da população. Amplia o conceito de saúde como ausência de doença, considerando-a como uma produção social e tem como foco prioritário a promoção da saúde da população. A ESF se constitui numa proposta para mudança do processo de trabalho na atenção básica no Brasil, com o objetivo de qualificar a assistência à saúde da população com base nas diretrizes do SUS: descentralização, integralidade e controle social (BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criada no ano de 2006, acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite, ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a Saúde da Família (SF) como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica. Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, a atenção básica deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (GIOVANELLA *et al*, 2009).

Em janeiro de 2008 entrou em vigor o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pelo Ministério da Saúde através da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Sua criação teve como objetivo apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, para melhorar a qualidade da atenção básica à saúde através de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre eles o nutricionista, contribuindo com a promoção de práticas alimentares saudáveis (BRASIL, 2010a).

O NASF tem como uma de suas propostas o compromisso da integração de alimentação e nutrição com o setor saúde, com relação aos componentes de Segurança Alimentar e Nutricional visando o direito humano à alimentação adequada, através da inserção do nutricionista na Atenção Básica à Saúde (MATTOS e NEVES, 2009).

A atuação do NASF deve ser pautada dentro de algumas diretrizes relativas à APS, como: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e

humanização. Em relação a organização do processo de trabalho o NASF dispõe de algumas ferramentas tecnológicas de apoio à atenção que permitem ampliação do cenário de atuação: o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto de Saúde no Território (BRASIL, 2010).

Dentro da área de Saúde Coletiva, a Atenção Básica passa a ser um espaço importante na atuação do nutricionista no SUS, já que os princípios de promoção da saúde e a integralidade do cuidado incluem as práticas nutricionais como prioridades. Como integrante do NASF, compete ao nutricionista desenvolver ações de promoção de práticas que visem a ampliação da qualidade dos planos de intervenção, em especial de doenças e agravos não transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação, evidenciando que a promoção de práticas alimentares saudáveis é um item importante em todas as fases da vida (VASCONCELOS e SOUSA, 2015).

As ações de alimentação e nutrição na APS têm como eixos estratégicos: promover práticas alimentares saudáveis em todas as fases da vida; contribuir com respostas às principais demandas assistenciais referentes aos agravos relacionados à alimentação e à nutrição; desenvolver projetos terapêuticos, especialmente voltados a doenças e agravos não transmissíveis; realizar diagnósticos nutricionais da população, identificando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, bem como hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para a promoção da saúde; promover a segurança alimentar e nutricional (SAN), fortalecendo o papel do setor saúde no sistema, com vistas ao direito humano à alimentação adequada (GOMESA et al, 2013; SILVA et al, 2013; RECINE e VASCONCELOS, 2011).

Na busca da integralidade da atenção, uma adequada inserção profissional do nutricionista favorece a promoção da saúde a partir da qualificação das ações de alimentação e nutrição, tendo como foco a saúde da família. Nas atividades desenvolvidas pelos nutricionistas que atuam na atenção básica há o predomínio de ações classificadas como de assistência, tratamento e cuidado e com grupos educativos, sendo caracterizadas como atividades de promoção da saúde. As ações de assistência individual e as atividades administrativas são menos frequentes, mas também previstas em sua atuação profissional.

O desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição na APS de saúde como oferta de serviços em todas as unidades básicas de saúde e junto à ESF possui

o potencial de dar capilaridade da promoção da alimentação saudável e a concretização do direito humano à alimentação adequada e saudável, com vistas a contribuir para mudança do perfil epidemiológico e nutricional, principalmente relacionados as doenças crônicas não transmissíveis e as carências nutricionais. Entretanto a presença desse profissional nesse âmbito é incipiente, frente à demanda epidemiológica e social existente em algumas localidades do País (VASCONCELOS, 2015; BRASIL, 2010b).

O NASF é o campo mais recente de expansão da Estratégia Saúde da Família, neste espaço o profissional nutricionista tem um campo de atuação definido e sua importância frente às demandas é reconhecida, porém sua inserção não é obrigatória, ficando a cargo dos gestores.

A ideia deste projeto de mestrado nasceu das inquietações que surgiram ainda na formação acadêmica em nutrição e que se mostraram mais claras quando iniciei a minha trajetória profissional na Estratégia Saúde da Família, como Residente Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e me acompanham posteriormente na minha atuação no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O ingresso na RMSF e a atuação como profissional no NASF me proporcionaram uma imersão e vivência como profissional na ESF. Deparei-me com uma complexidade de problemas no cotidiano, em que o saber técnico se mostrava muitas vezes insuficiente diante da complexidade da realidade, que exigiram o despertar de outros saberes e uma leitura crítica da realidade, e dos determinantes sociais da saúde (DSS). Neste processo surgiram várias reflexões sobre formação e atuação como nutricionista diante da complexidade da APS. Em diversos momentos, junto a outros nutricionistas que trilhavam o mesmo caminho dentro da ESF, nos encontros da categoria, a discussão e questionamentos sobre a nossa atuação profissional era assunto recorrente.

Após quatro anos imersos na prática, decidi que era o momento de me afastar, repensar e construir novos saberes sobre a atuação do nutricionista dentro da ESF. O mestrado se mostrou como esta potência, um campo, que poderia me proporcionar a imersão teórica para repensar a prática profissional. Diante do contexto apresentado e pela carência de produções científicas sobre a atuação do profissional nutricionista e o processo de trabalho na ESF/NASF no estado do Ceará, se justifica esta pesquisa, que tem como questão norteadora principal: Como se dá a

atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no estado do Ceará? Alguns questionamentos decorrentes são:

- Quem e quantos são os nutricionistas que atuam nos NASF no estado do Ceará?

- O quantitativo de nutricionistas que atuam na ESF/NASF no estado é suficiente para cobrir a demanda existente?

- Como é o processo de trabalho dos nutricionistas na ESF/NASF?

Visando responder a tais questionamentos, são colocados os seguintes objetivos:

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Caracterizar a atuação do profissional nutricionista no âmbito do NASF no estado do Ceará.

2.1 ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil dos nutricionistas que atuam nos NASF no estado do Ceará;
- b) Caracterizar as principais ações desenvolvida pelos nutricionistas no NASF no Ceará;
- c) Investigar as percepções dos nutricionistas acerca da atuação no NASF;
- d) Identificar as relações estabelecidas entre o profissional nutricionista e a equipe de NASF e equipe mínima da ESF.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Conferência de Alma-Ata é considerada um marco histórico para Atenção Primária à Saúde (APS). Realizada no ano de 1978 no Cazaquistão, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Fundo das Nações Unidas para desenvolvimento da Infância (UNICEF). Foi fruto de amplo debate anterior, em diversos países, em que se discutia a assistência à saúde, e promovia questionamentos dos modelos verticalizados de intervenção à saúde da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, e do modelo biomédico, de caráter especializado e intervencionista. A “Declaração Alma-Ata”, foi um documento importante aprovado nesta conferência, que marca a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos, mediante ao desenvolvimento de medidas sociais e sanitárias, apontando a saúde como um direito humano fundamental (GIOVANELLA, 2008, p. 10; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Giovanella (2008, p.9), aponta que o uso da expressão atenção primária à saúde possui variações e que existem quatro linhas principais de interpretação. A primeira linha considerando como programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; A segunda linha considera um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população. Uma terceira considerada mais abrangente ou integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas; E uma quarta que aborda a filosofia orientando os processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

A compreensão de APS decorrente da Declaração de Alma-Ata é ampla, considerando esta como atenção à saúde essencial, função central do sistema de saúde. Traz como destaque a concepção da saúde como direito humano e para a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (GIOVANELLA, 2008, p.10).

O conceito de APS fruto da Conferência de Alma-Ata:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

Para Starfield (2002), a APS forma o alicerce e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Considerando a APS como a porta de entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, com foco da atenção sobre a pessoa, no decorrer tempo e para todas as condições. A APS se orienta por quatro eixos estruturantes, recebendo o nome de atributos essenciais: a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e coordenação. E como atributos derivados: a orientação familiar e comunitária e competência cultura.

Em muitos países a foi implementada a APS denominada de seletiva, com pacotes de serviços de baixo custo, para determinados agravos, voltada aos grupos mais vulneráveis e em regiões com vulnerabilidades socioeconômicas. Esse modelo de APS tornou-se na década de 80 o modelo hegemônico (GIOVANELLA, 2008; STARFIELD, 2002).

O Brasil com a proposta de se diferenciar do proposto pela APS seletiva, passou a usar o termo Atenção Básica para designar a APS. A denominação Atenção Básica, adotada pelo governo brasileiro, propõe a se opor a proposta político-ideológica da atenção primária seletiva, como uma cesta restrita de serviços destinada às populações carentes, e busca resgatar o caráter universalista proposto pela Declaração de Alma-Ata, para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; BRASIL, 2011).

No início da década de 70, surge no Brasil o movimento da Reforma Sanitária, que nasceu no contexto da luta contra a ditadura militar. Foi um movimento social liderado por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais

da saúde. E tinha concepções claras sobre a saúde, assinalando com um direito de todo cidadão.

A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al., 2011).

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco histórico na busca pela universalização da saúde. Foi fortemente influenciada pelo cenário internacional e pelo cenário nacional com processo de intensas reformas pós período de ditadura militar.

Esta conferência foi palco de extenso debate sobre direito de cidadania, sistema de saúde e seu financiamento, expressas na Constituição Federal de 1988, que destaca uma concepção mais ampliada de saúde, entendida como:

Direito de todos e de dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas em prol da redução de doenças e agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde com vistas a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A criação do SUS no Brasil proporcionou significativas mudanças no modelo de organização dos serviços de saúde historicamente hegemônicos no país. O SUS é considerado uma conquista da democracia no Brasil, que contou com a participação ativa da sociedade na elaboração de proposições políticas para saúde do seu povo. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1986, foi um marco histórico na construção do SUS, tendo grande parte das suas propostas incorporadas na Constituição de 1988 (ESCOREL, 2007; PAIM, 2004).

A Constituição Federal de 1988 é considerada como Constituição Cidadã, pelo seu caráter democrático, participativo e voltado para o reforço da cidadania. Institui Sistema Único de Saúde com a Lei 8080 de 1º de dezembro de 1990 e complementada pela Lei nº 8142 de 28º de dezembro de 1990.

O SUS tem como princípios e diretrizes:

a **Universalidade** do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a todos cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de barreira de acessibilidade, física, cultural, legal ou econômica:

A Integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

a **Equidade** diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior;

a **Descentralização** com comando único em cada esfera de governo que implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios. Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), coma transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes;

a **Regionalização** dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo;

a **Hierarquização** dos serviços, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal;

e a **Participação Popular** na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução, buscando assegurar o controle social sobre o SUS.

As ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada. Tem como diretrizes a descentralização política - administrativa, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade (BRASIL, 1988, TEIXEIRA, 2011, PAIM, 2009).

Em 1991, o Ministério da Saúde regulamenta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como uma estratégia para reestruturar o sistema e o

modelo de assistência à saúde. Foi criado inicialmente de forma verticalizado, com ações voltadas as populações mais carentes, com vistas à redução da mortalidade materna e infantil, com incentivo ao aleitamento materno infantil, controle da diarreia e imunização.

O estado Ceará apresentou um grande acúmulo com o trabalho desenvolvido pelo PACS nos serviços básicos de saúde e a partir desta experiência o Ministério da Saúde expande para outras regiões (ROSA e LABATE, 2005; BRASIL, 2005).

As iniciativas de caráter nacional fundamentaram-se em experiências estaduais e regionais bem-sucedidas. Dentre estas, referência especial deve ser feita ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no Estado do Ceará desde 1987. Criado inicialmente como 'frentes de trabalho' em uma conjuntura de seca, o programa estadual, com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal, foi desenvolvido especialmente por mulheres, que, após treinamento de duas semanas, realizaram ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense (BRASIL, 2005, p.15).

Em 1994, foi publicado pelo Ministério da Saúde o primeiro documento sobre o PSF, definindo o convênio entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, com o mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios. "Nesse período, o PSF não representava uma proposta de substituição do PACS e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social" (BRASIL, 2005, p. 16).

Escorel (2007) aponta que a implantação do PSF é um marco histórico na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. Até então no Brasil não tinha sido criada nenhuma política específica de atenção primária para todo o país, tendo implementado algumas experiências localizadas e realizadas de modo disperso no país. Criado no ano de 1994, teve como pretensão inicial a ampliação da cobertura assistencial de saúde em regiões de maior risco social, com vistas a reorientação do modelo assistencial, propondo a reorganização dos serviços e ações de saúde. Implementado inicialmente em pequenos municípios.

A partir da NOB 96, a Atenção Básica em saúde assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção, ou seja, "um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação"

(BRASIL, 1998). Também aponta para a incorporação de novas tecnologias e para a mudança nos métodos de programar e planejar essas ações (GIOVANELLA, 2008).

No ano de 1999 o Programa Saúde da Família passou se ser considerado pelo Ministério da Saúde, como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde. A ESF se norteia por princípios e diretrizes do SUS e dos propósitos da APS. (ESCOREL, et al., 2007).

A implantação do PSF inicialmente ocorreu nos municípios de pequeno porte, com um cenário que apresentava baixa ou nenhuma capacidade instalada. Todavia, sua implementação foi lenta nos grandes centros urbanos, pois deparou-se com questões de maior complexidade, relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e à oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída (ESCOREL et al., 2007).

É importante frisar, após este resgate histórico, o atual contexto social e político brasileiro, que apresenta caminhos para o retrocesso das mais diversas conquistas sociais como do SUS. Campos et al. (2016) relata que o Brasil vive, um impasse da consolidação de políticas sociais de estímulo da cidadania ou a volta ao caráter residual das políticas assistenciais. E que após anos de construção do SUS, diversos debates têm ocorrido no sentido de discutir o que fazer para conseguir a pretensão do direito à saúde, de todos e para todos. Os Projetos de Emenda Constitucional PEC 241/55, que atualmente está em debate e votação, confirmam esse cenário temeroso, propondo medidas para violação ao direito a saúde, com vistas ao congelamento de gastos com o sistema público.

Em 31 de agosto de 2017, na 8ª reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi aprovado o texto da nova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito SUS, através da portaria nº 2.436. O texto foi submetido a consulta pública em um tempo extremamente curto, o que impossibilitou um debate mais amplo da proposta.

O documento traz mudanças significativas para o funcionamento e estruturação da ESF, definindo que a cobertura assistencial de 100% pelos Agentes Comunitários de Saúde só ocorrerá em áreas de risco ou vulnerabilidade. Além da precarização do trabalho do ACS, com o desvio da função de uma atuação dentro dos

territórios, para uma atuação mais restrita às unidades de saúde, com um fazer próximo do técnico de enfermagem, com a realização de pequenos procedimentos. Tais fatos descaracterizam o trabalho deste profissional é o elo da comunidade com as unidades de saúde.

O texto também traz a proposta de uma “cartela mínima de serviços” para a PNAB. Definida uma composição mínima para as equipes de atenção básica (EqAB), devendo estas serem compostas por enfermeiro, médico e técnico de enfermagem. Outra mudança é o estabelecimento de uma carga horária mínima para os médicos que atuam nas EqAB, definida pelo mínimo de 10 horas semanais, que dificulta a construção de vínculos e a longitudinalidade do cuidado.

Tais mudanças representam um regresso ao modelo tradicional de APS. É preciso concentrar esforços para um debate mais amplo e aprofundado sobre a APS no Brasil, com uma ampla participação social, com a vistas ao fortalecimento SUS e da garantia da saúde como um direito de todos e um dever do estado.

3.2 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

O Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nas modalidades 1 e 2, com o objetivo de expandir a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, dar resolubilidade e a qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2008a).

A referida Portaria contempla como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social e da Saúde do Homem.

O NASF deve ser constituído com trabalho desenvolvido em equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. As categorias profissionais possíveis para composição do NASF são: assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta

ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014c).

A Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 instituiu duas modalidades de NASF 1 e NASF 2.

A modalidade de NASF 1 deverá ser composta por no mínimo 5 profissionais de nível superior de diferentes ocupações, dentre eles: médico acupunturista; assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional.

A modalidade NASF 2 deverá ser composta por no mínimo 3 profissionais de nível superior nas seguintes ocupações: assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; e terapeuta ocupacional.

Com a Portaria GM nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde, criou a modalidade NASF 3 e também redefiniu os parâmetros de vinculação as equipes de Saúde da Família.

Atualmente as modalidades de NASF estão assim definidas:

Quadro 1 - modalidades de NASF

Modalidades	Nº de Equipes vinculadas
NASF 1	5 a 9 Equipe de Saúde da Família e/ou de Atenção Básica para populações específicas (Consultório de Rua; Equipe de Saúde da Família Ribeirinha; Equipe Saúde da Família Fluvial)

NASF 2	3 a 4 Equipe de Saúde da Família e/ou de Atenção Básica para populações específicas (Consultório de Rua; Equipe de Saúde da Família Ribeirinha; Equipe Saúde da Família Fluvial)
NASF 3	1 e 2 Equipe de Saúde da Família e/ou de Atenção Básica para populações específicas (Consultório de Rua; Equipe de Saúde da Família Ribeirinha; Equipe Saúde da Família Fluvial)

Fonte: Brasil (2012d).

Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família. A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrareferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF (BRASIL, 2008a).

Através da Portaria GM nº 2488 de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, propôs que o processo de trabalho das equipes de NASF (eqNASF) além ocorrer de forma articulada e integrada aos profissionais das Equipes de Saúde da Família, deveria também apoiar as Equipes de Atenção Básica, para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde.

As ações do NASF devem se pautar em diretrizes relativas à APS, como: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010a)

A integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos NASF. Ela pode ser compreendida em três sentidos:

(a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal;

(b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de

(c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc (BRASIL, 2011).

As diretrizes do NASF apontam que a organização e as ações de trabalho do NASF devem ser realizadas através de algumas ferramentas tecnológicas de apoio a gestão e de apoio à atenção, são elas: o Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (BRASIL, 2010a).

Apoio Matricial: O processo de trabalho do NASF se pauta no apoio matricial às equipes de referência a estes vinculadas. Esta é uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território (também chamadas de equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2014b).

Campos e Domitti (2007) em seu estudo sobre reformas das organizações do trabalho em saúde, desenvolvem o conceito de apoio matricial e equipe de referência. Consideram que o apoio matricial e equipe de referência, podem ser considerados tanto como arranjos organizacionais, como uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, visando a concretização da clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Os diferentes arranjos organizacionais da equipe de referência, como de apoiadores matriciais, visam a

ampliação do escopo de ações clínicas e sanitárias, considerando que o trabalho do especialista de forma isolada, não assegura uma abordagem integral dos problemas de saúde.

Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITI, 2007).

O apoio matricial se configura em duas concepções: de suporte assistencial e técnico-pedagógico. No que se refere à dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (BRASIL, 2010a).

Pactuação do Apoio: delimitada em duas atividades, através da avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de SF e o Conselho de Saúde. Bem como, com a pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF, a equipe SF e a participação social.

Clínica Ampliada: A proposta de Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa justamente ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários.

Projeto Terapêutico Singular: é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, não somente no plano biológico, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe

valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários.

Projeto de Saúde no Território: pretende ser uma estratégia das equipes de SF e do Nasf para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.

Conforme Souza (2013) o processo de implementação dos NASF no Brasil vem ocorrendo desde o ano de 2008. O Estado do Ceará a implantação da Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família teve início no ano de 2008, em 29 municípios, destacando Juazeiro do Norte, com a implementação de sete equipes de NASF na modalidade 2; Maranguape e Morada Nova, com a implantação de duas equipes de NASF 1 e Tauá; com a implantação da primeira equipe de NASF 2.

Segundo dados do DATASUS/CNES (2016), em dezembro do ano de 2008, o estado do Ceará contava com 66 Equipes de NASF, apresentando um crescimento anual e atualmente conta com 255 equipes.

Mouro e Luzio (2014) referem que o NASF apresenta um recente percurso, que ainda apresenta contradições, principalmente relacionados ao que lhe compete. Apontam que a Portaria nº 154 apresenta controvérsias, no que se refere as competências e atribuições profissionais da equipe NASF. Em muitos casos a falta de clareza do que cabe a tais profissionais, como o trabalho de apoiador matricial não é desempenhando, dando assim lugar a atenção especializada. Refere que um dos fatores que contribuiu para tal problemática decorre da extensa lista de atribuições propostas para os profissionais do NASF, constando entre elas a possibilidade de realizar atividades clínicas pertinentes a sua competência profissional. Transformando assim, a retaguarda e o apoio em atenção especializada na atenção primária. Muitos municípios, com essa falha consideraram o NASF como uma possibilidade para se implantar um tipo de centro de especialidades, com ações de caráter ambulatorial, indo no movimento contrário no que se propõe a criação do NASF, de construir processos de trabalho voltados a uma produção mais coletiva da saúde.

3.3 NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Baseado na análise histórica sobre a origem do profissional nutricionista no Brasil, o período entre as décadas de 40 e 60 apontaram necessidade da atuação

deste profissional na área da saúde. Neste período, as principais áreas de atuação destes profissionais eram a dietoterápica, e a administração dos serviços de alimentação, desenvolvidas principalmente nos hospitais e serviços públicos (restaurantes populares) (VASCONCELOS, 2011, p 423).

A regulamentação da profissão de nutricionista no Brasil, ocorreu em 24 de abril de 1976, com a criação da Lei nº 5276, que dispõe sobre a profissão e regulamenta seu exercício profissional (VASCONCELOS, 2011).

No que se refere às ações de alimentação e nutrição, que possuem consonância com a Atenção Primária à Saúde, tem como marco a criação do Instituto Nacional de Alimentação (INAN) em 1972 e a instituição do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) em 1976.

Somente na década de 70 que ocorreu a expansão da área de atuação do profissional nutricionista em Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Nutrição Social.

No ano de 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (I CNAN), que foi fruto dos desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde. Deliberações da VIII CNS foram utilizadas como subsídio na I CNAN, em que foi tomado posicionamento para o enfrentamento da fome e desnutrição no país. Nesta Conferência foram incorporadas bandeiras de luta dos principais movimentos sociais do país, como: a necessidade da implantação de uma reforma agrária efetiva, com a participação e controle dos trabalhadores rurais; necessidade de adoção de uma política agrícola, voltada à produção principalmente de alimentos básicos, destinado ao mercado interno e privilegiando os pequenos e médios produtores; uma política de emprego e salários, que garantisse aos trabalhadores e seus familiares acesso a alimentação e nutrição; e a necessidade de adoção de um Sistema Único de Saúde, pautado em uma profunda reforma sanitária que articulasse e integrasse atividades de alimentação e nutrição (VASCONCELOS, 2011, p. 427).

Durante o processo de implantação do SUS, entre 1988 e 1991, a área de nutrição e saúde coletiva, em que a prática do nutricionista era concretizada na APS, congregava menos de 10% dos profissionais. Em pesquisas posteriores publicadas até 2008, mostraram que mesmo com a expansão dos serviços da APS no Brasil, com a implantação da Saúde da Família em 1994, não proporcionaram mudanças no quantitativo de nutricionistas na área de saúde coletiva, apontando a não inclusão desta categoria profissional na composição da equipe mínima (VASCONCELOS, 2011, p 423).

Em 2008, o Ministério da Saúde com a finalidade de apoiar o trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na APS e potencializar o escopo das ações em nível de resolutividade, territorialização e regionalização, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009).

Dentre os profissionais elencados para atuação no NASF, o nutricionista está incluído. A criação do (NASF) ampliou assim o espaço de atuação para esta categoria profissional.

A inserção do profissional nutricionista nos NASF tem um importante papel, pois qualifica a atividade da equipe: desde o diagnóstico da situação de segurança alimentar e nutricional do território, com identificação das fontes de alimentação saudável ou não em sua área de abrangência, até o atendimento individualizado dos casos que assim necessitem, entre os usuários da APS (JAIME, et al., 2011).

O desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição na ESF, por meio dos NASF, contribui com a discussão e a implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), potencializa a prática de promoção da alimentação saudável junto aos profissionais e a comunidade, situa a alimentação e nutrição na perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada, permitindo visão ampliada do processo saúde e doença, a partir do processo de trabalho multidisciplinar e interdisciplinar (BRASIL, 2009).

A atuação do nutricionista na atenção primária à saúde deve-se pautar pelo compromisso e pelo conhecimento técnico da realidade epidemiológica e das estratégias e das ferramentas de ação em saúde coletiva (CFN, 2008).

Cabe destacar, que o processo de trabalho do nutricionista, assim como os demais profissionais do NASF, deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial a EqSF.

O caderno de Diretrizes do NASF, aponta que as ações de alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Básica visam a ampliação da qualidade dos planos de intervenção, em especial às doenças e agravos não-transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação, evidenciando que a promoção de práticas alimentares saudáveis e constitui-se em um item importante em todas as fases da vida. Assim, socializar o conhecimento sobre os alimentos e realizar ações que promovam a segurança alimentar e nutricional torna-se essencial à população (BRASIL, 2010).

As ações de alimentação e nutrição a serem desenvolvidas no âmbito da ESF, com apoio do NASF, devem pautar-se nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como no trabalho interdisciplinar, intersetorial, ético, resolutivo, longitudinal, acolhedor, com vínculo e responsabilização (BRASIL, 2010).

No que se refere às ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelas equipes de SF com apoio do NASF, deverão se estruturar com base nos seguintes eixos estratégicos:

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, com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, bem como identificação de hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para promoção da saúde;
5. Promoção da segurança alimentar e nutricional fortalecendo o papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional instituído pela Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada.

Em estudo realizado por Vasconcelos et al. (2015), referente ao quantitativo de nutricionistas na atenção básica, revelam que em 2008 existiam 327 nutricionistas no NASF no país, e em 2013 este número foi ampliado para 2.476. A nutrição foi a terceira categoria profissional que mais cresceu no NASF, atrás somente da fisioterapia e psicologia. A incorporação do profissional nutricionista no NASF, ocorreu principalmente em municípios de pequeno porte, da região nordeste.

Segundo dados do CNES/DATASUS, atualmente no Estado do Ceará existem 255 equipes de NASF implantadas. O número de profissionais nutricionistas, que atuam nos NASF do estado é de 229.

Alguns estudos mostram que a inserção do profissional nutricionista na APS vem se ampliando, principalmente com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Porém sua atual inserção nesse nível de atenção à saúde ainda

está longe do recomendado e do necessário para lidar com a realidade epidemiológica atual (MANCUSO, et al., 2012).

Em estudo realizado por Assis et al. (2002) os autores defendem a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar da ESF e argumentam que este novo modelo de atenção à saúde requer a integração de outros saberes e outras competências.

A competência do nutricionista para integrar a equipe do Programa Saúde da Família está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual o instrumentaliza a realizar o diagnóstico nutricional da população, tornando-o, assim, o único profissional a receber uma instrução específica que lhe permite, a partir desse diagnóstico e da observação dos valores socioculturais, propor orientações dietéticas cabíveis e necessárias, adequando-as aos hábitos da unidade familiar, à cultura, às condições fisiológicas dos grupos e à disponibilidade de alimentos. Trata-se, portanto, de um profissional apto a participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil. Por este caminho, pode-se afirmar que uma assistência à saúde da família brasileira, cujo objetivo seja transformar a história das práticas e dos resultados das intervenções, não poderá prescindir da atuação do nutricionista (Assis et al. 2002).

A ESF é um recente campo de trabalho para o nutricionista. Incorporar esse profissional à ESF possibilita a garantir à população de serviços essenciais para a promoção da saúde e, conseqüentemente, prevenir doenças, promover e recuperar a saúde, em todas as fases da vida, abordando aspectos de alimentação saudável, a questão da segurança alimentar, da cidadania e do direito humano fundamental à alimentação adequada (GEUS, 2011).

Importante pontuar que no percurso do desenvolvimento desta pesquisa ocorreu a aprovação do texto na nova PNAB, que acarretou em mudanças significativas para o NASF, na sua concepção e vinculação.

A palavra Apoio foi substituída por ampliada, passando de Núcleos de Apoio à Saúde da Família para Núcleos Ampliados de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF-AB), pois além de apoiarem e estarem vinculados a EqSF, também darão apoio às equipes de Atenção Básica (EqAB). Estas mudanças descaracterizam a essencialidade do fazer do NASF, em que a palavra apoio refere-se ao apoio matricial, que é a forma de organização do trabalho do NASF, como apoiador das EqSF. A ampliação da vinculação também é um ponto de preocupação, pois não está estabelecido o número mínimo e máximo de equipes a serem vinculadas, e o texto não aponta a necessidade de ampliação do quantitativo destes profissionais o que

pode acarretar ainda mais na dificuldade da efetivação do trabalho. Diversos estudos apontam número insuficiente de equipes de NASF frente as demandas do setor saúde.

Como essas mudanças ocorreram no percurso do desenvolvimento deste trabalho, optou-se por manter a concepção de núcleos de apoio, por ser a conformação que vem se efetivando ao longo dos dez anos de sua criação.

3.4 MARCOS LEGAIS DE REFERÊNCIA PARA ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.4.1 Política Nacional de Alimentação e Nutrição

A partir da Lei Orgânica do SUS, foram institucionalizadas as ações de alimentação e nutrição, e aprovada pelo Ministério da Saúde no ano de 1999 a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), através da Portaria GM/MS Nº 710, integrando a Política Nacional de Saúde.

A criação da PNAN é considerada um marco importante, na medida em que a alimentação e a nutrição se constituem em requisitos básicos para promoção e proteção da saúde.

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

A PNAN tem por pressupostos os direitos à Saúde e o direito à Alimentação e é balizada pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular).

No ano de 2012 a PNAN passou por processo de atualização e reformulação das suas bases e diretrizes, com objetivo de enfrentar os novos desafios no campo da Alimentação e Nutrição no SUS. A nova versão traz como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância

alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012b).

A PNAN tem como diretrizes: Organização da Atenção Nutricional; Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Vigilância Alimentar e Nutricional; Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; Participação e Controle Social; Qualificação da Força de Trabalho; Controle e Regulação dos Alimentos; Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2012b).

A atual situação alimentar e nutricional do País requer uma melhor organização dos serviços de saúde para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à alimentação inadequada, tanto em relação ao seu diagnóstico e tratamento quanto à sua prevenção e à promoção da saúde. Incluem-se, ainda, a necessidade de ações de vigilância para proporcionar a identificação de seus determinantes e condicionantes, assim como das regiões e populações mais vulneráveis (BRASIL, 2012b).

A atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição 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[...]. 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. (BRASIL, 2012b).

E tem como sujeitos das ações os indivíduos, a família e a comunidade. Os indivíduos possuem características específicas e entre os elementos de sua diversidade está a fase do curso da vida em que se encontram, além da influência da família e da comunidade em que vivem. Todas as fases do curso da vida devem ser foco da atenção nutricional, no entanto cabe a identificação e priorização de fases mais vulneráveis aos agravos relacionados à alimentação e nutrição. As famílias e comunidades devem ser entendidas como “sujeitos coletivos” que têm características, dinâmicas, formas de organização e necessidades distintas, assim como apresentam diferentes respostas a fatores que possam lhes afetar. Também devem ser consideradas as especificidades dos diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais, como a população negra, quilombolas e povos indígenas, entre outros, assim como as especificidades de gênero (BRASIL, 2012b).

3.4.2 Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), foi aprovada no ano de 2006. Lei nº 11.346 estabelece as definições, princípios, diretrizes, objetivos e composição do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN, por meio do qual o poder público, com a participação da sociedade civil organizada, formulará e implementará políticas, planos, programas e ações com vistas em assegurar segurança alimentar (SAN) e o direito humano à alimentação adequada (DHAA).

A Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (LOSAN, 2006b).

A LOSAN, é o principal instrumento que legisla sobre o tema da SAN no país e define a criação do SISAN com vistas a assegurar o DHAA. Ela aponta os caminhos que o país deve seguir no campo da segurança alimentar e nutricional, ao estabelecer os princípios do sistema: universalidade, equidade, autonomia, participação social e transparência (LEÃO, MALUF, 2012).

O SISAN é o sistema público que reúne os diversos setores de governo para a coordenação das políticas que têm o objetivo comum de promover a SAN e o acesso digno à alimentação a toda a população.

O SISAN tem os seguintes princípios: universalidade e equidade no acesso à alimentação adequada, sem qualquer espécie de discriminação; preservação da autonomia e respeito à dignidade das pessoas; participação social na formulação, execução, acompanhamento, monitoramento e controle das políticas e dos planos de segurança alimentar e nutricional, em todas as esferas de governo; e transparência dos programas, das ações e dos recursos públicos e privados e dos critérios para sua concessão.

A LOSAN recomendou a elaboração de uma Política (PNSAN) e de um Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN).

A aprovação da Emenda Constitucional nº 64 pelo Congresso Nacional, em 2010, foi um fato importante no marco legal do SISAN, ao incluir a alimentação como um direito constitucional.

3.4.3 Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica a saúde

A Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de saúde, é um instrumento, criado no ano de 2009 através da cooperação técnica entre Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília OPSAN/UnB e o Ministério da Saúde, que subsidia como referencial político e institucional, a inserção das ações de alimentação e nutrição na APS.

Tem como o propósito de sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional para integrarem o rol de ações de saúde desenvolvidas na AB. Visando o aperfeiçoamento da ação governamental, em especial no que diz respeito a PNAN, PNAB.

A matriz foi construída com base em elementos e conceitos estratégicos e de cunho organizacional. Seus pressupostos conceituais e organizacionais são: sujeitos das ações (o indivíduo, a família e a comunidade); níveis de intervenção (gestão das ações de alimentação e nutrição e cuidado nutricional propriamente dito) – o cuidado nutricional engloba ações de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento/cuidado/assistência; caráter das ações (universais – aplicáveis a quaisquer fases do curso da vida e específicas – aplicáveis a determinada(s) fase(s) do curso da vida) (BRASIL, 2009).

O documento da Matriz aponta que há uma carência de ações de alimentação e nutrição na AB, defende que para ampliação de tais ações é necessária a inserção das mesmas de forma multidisciplinar, bem como, por meio da incorporação à equipe multidisciplinar do profissional qualificado - o nutricionista-, para atuar no NASF (BRASIL, 2009).

A matriz elenca ações prioritárias e algumas delas dizem respeito ao conhecimento técnico específico da formação do nutricionista, quais sejam, as relações entre o homem e o alimento. Outras são atribuições a serem compartilhadas entre os membros da equipe. Há ainda um outro grupo de atribuições, especialmente

aquelas relacionadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças, que são de responsabilidade do conjunto de profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O conhecimento científico se origina pela busca da articulação entre a teoria e a realidade empírica. O método tem uma função fundamental de tornar possível abordagem da realidade a partir de perguntas feitas pelo investigador. A diferença entre trabalhos qualitativos e quantitativos é da natureza de construção do conhecimento. Enquanto no quantitativo apreende-se dos fenômenos a região visível, ecológica, morfológica e concreta, a abordagem qualitativa aproxima-se dos significados, das ações e relações humanas, o que não é perceptível em equações e estatísticas. Mas ambas se complementam, pois são realidades que interagem dinamicamente (MINAYO, 2014).

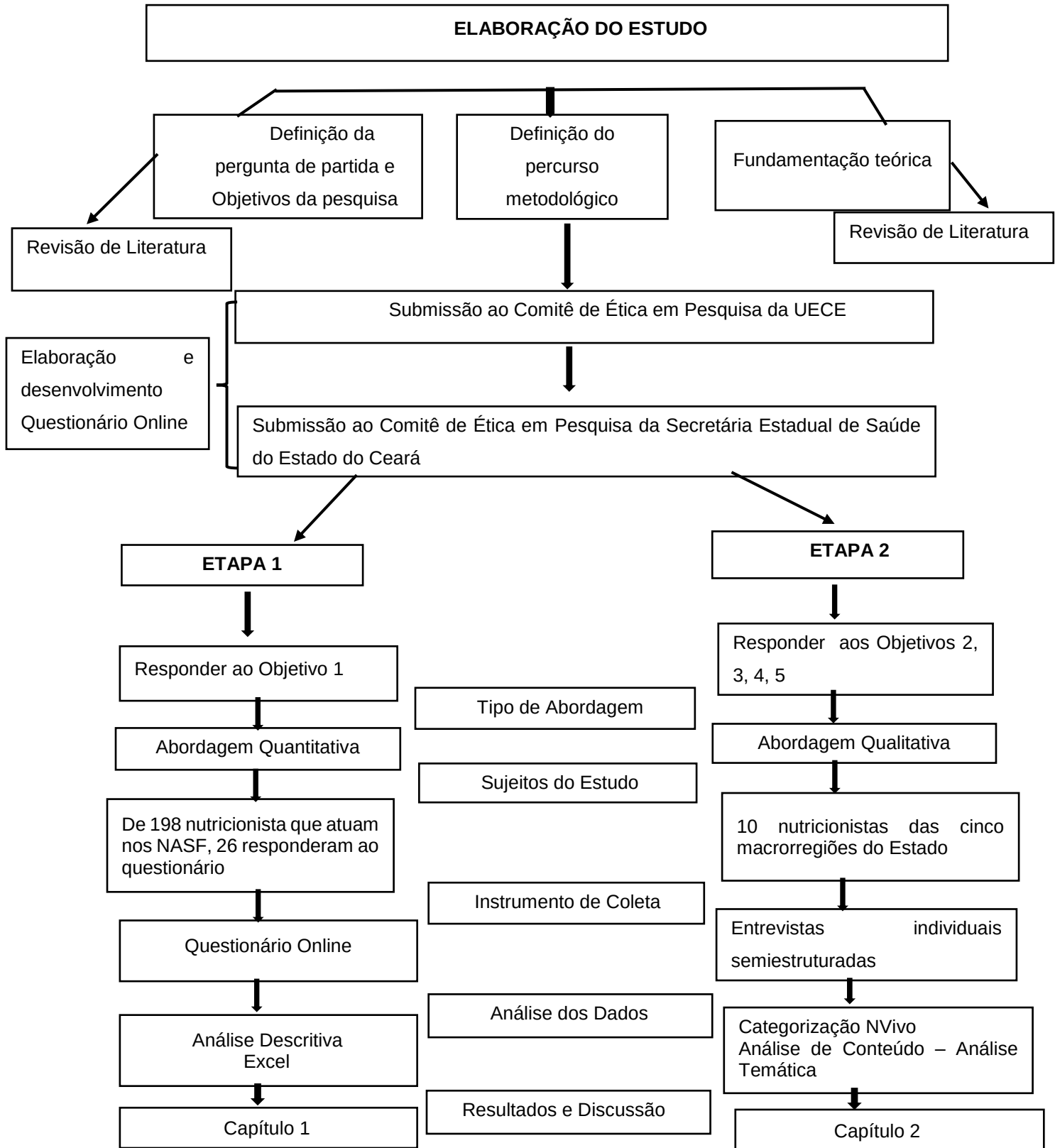
Uma das técnicas de combinação de métodos é a pesquisa de métodos mistos, que é considerada como a classe de pesquisa em que o pesquisador combina ou mistura técnicas, métodos, abordagens, conceitos ou linguagens de pesquisa quantitativa e qualitativa em um único estudo (JOHNSON E ONWUWGBUZIE, 2004, p.17).

Para Paranhos et al. (2016) a vantagem da interação entre técnicas qualitativas e quantitativas consiste em retirar o melhor de cada um para responder a uma dada questão.

Para melhor compreensão do percurso metodológico da pesquisa, foi construído um fluxograma que apresenta todo desenvolvimento da pesquisa e suas interligações, na Figura 1. Este estudo teve como ponto de partida a pergunta norteadora “Como se dá a atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no estado do Ceará? ”

O estudo foi realizado em duas etapas: Na primeira etapa foi utilizada a abordagem quantitativa descritiva, para construção do perfil dos nutricionistas que atuam nos NASF no estado do Ceará. Na segunda etapa, foi utilizada a abordagem de cunho qualitativo, com intuito de promover maior aprofundamento e compreender as percepções dos nutricionistas sobre seu processo de trabalho e atuação profissional, buscando cumprir os objetivos do estudo (Fig. 1)

Figura 1 - Concepção e percurso metodológico do estudo



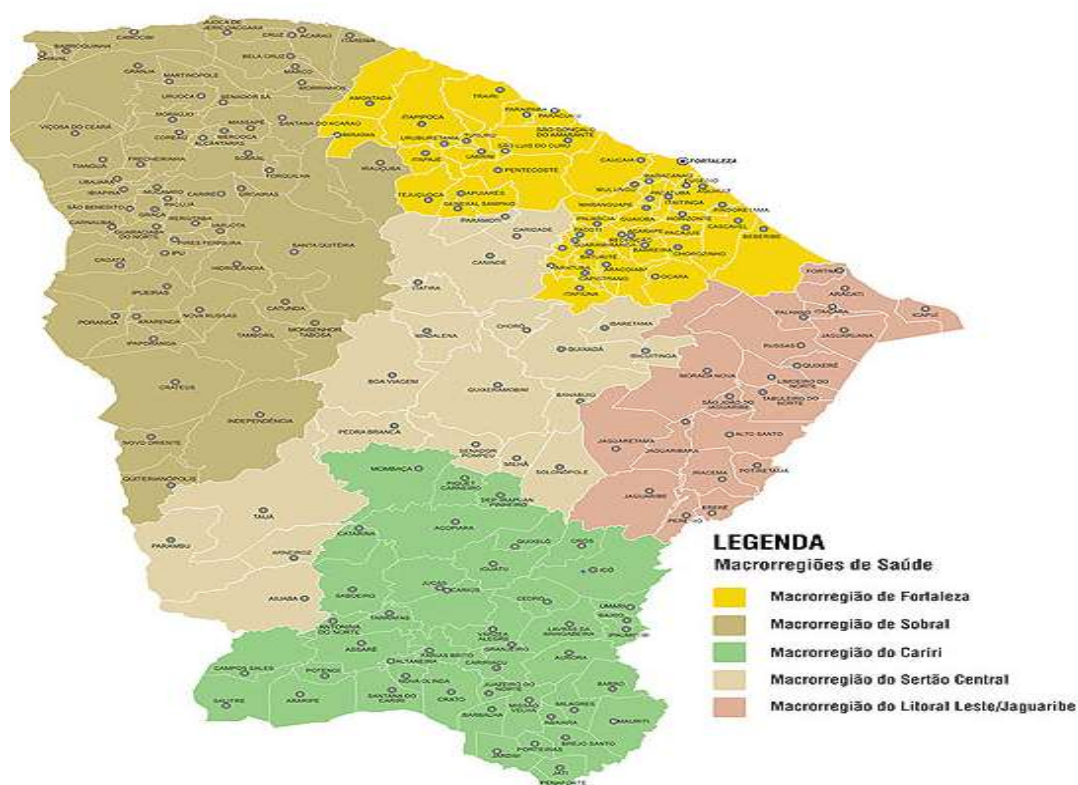
Fonte: Elaborado pela autora.

4.1 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no estado do Ceará. Está situado na Região Nordeste do Brasil, tem por limites o Oceano Atlântico, possui uma área total de 148.825,6 km², 9,37% da área do Nordeste e 1,7% da superfície do Brasil. Possui 184 municípios, com uma população estimada em 9.020.460 milhões habitantes (IBGE, 2017).

A saúde do Estado foi organizada através de um processo de regionalização, dividida por 5 macrorregiões (Fortaleza, Sobral. Litoral Leste/Jaguaribe, Sertão Central e Cariri) e por 22 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) (Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Canindé, Itapipoca, Aracati, Quixadá, Russas, Limoeiro do Norte, Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús, Tauá, Camocim, Icó, Iguatu, Brejo Santo, Crato e Juazeiro do Norte e Cascavel)

Figura 2 – Mapa das Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará



Fonte:(Ceará,2016) Acesso em 29/08/2016.

O sistema de saúde do estado do Ceará consta com 3.160 estabelecimentos públicos de saúde. O estado tinha 2.396 Equipes de Saúde da

Família implantadas, com 14.770 mil Agentes Comunitário de Saúde, e uma cobertura assistencial pela Estratégia Saúde da Família de 81,94 % da população, o que equivale a 7.052,230 milhões pessoas acompanhadas (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b).

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos do estudo foram os nutricionistas que atuavam no NASF no estado do Ceará, no ano de 2017.

No ano de 2017 o Ceará possuía 255 equipes de NASF implantadas. Destas, 229 continham nutricionista na composição das equipes. 192 nutricionistas estavam cadastrados em NASF da modalidade 1 (acompanhamento de 5 a 9 EqSF), 35 cadastrados na modalidade 2 (acompanhamento de 3 a 4 EqSF) e 2 cadastrados na modalidade 3 (acompanhamento de 1 a 2 EqSF) (BRASIL 2017).

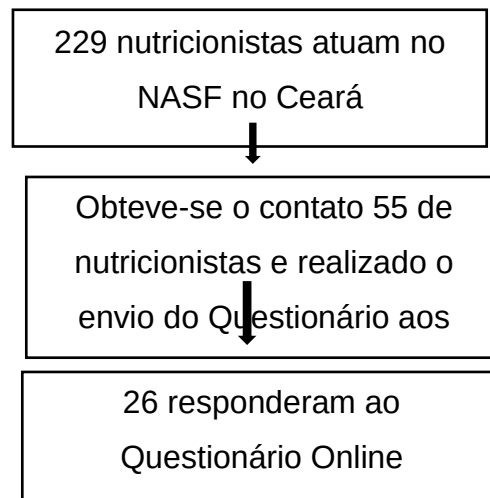
A pretensão inicial era convidar todos os Nutricionistas que atuam no NASF no estado para participação na pesquisa. Inicialmente tentou-se a obtenção do contato destes, através dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e também da Secretária Estadual de Saúde do Estado (SESA). Entretanto, os dados do CNES encontravam-se desatualizados, o que impossibilitou a sua utilização. Buscou-se a SESA, porém a mesma não dispunha dos contatos dos referidos profissionais. Diante desta limitação, a pesquisadora lançou mão da sua rede de contatos, assim como da sua orientadora e das redes sociais. Com isto obteve-se o contato telefônico de 55 nutricionistas e estes foram convidados a participar da pesquisa. Destes, 26 aderiram ao estudo.

4.3 ETAPA 1

4.3.1 Sujeitos da pesquisa

O convite para participar da pesquisa foi feito a 55 profissionais e destes 26 responderam ao questionário online.

Figura 3 - Sujeitos do estudo da primeira fase.



Fonte: Elaborado pela autora.

4.3.2 Instrumento e procedimento de coleta de informações

Na primeira etapa, a coleta das informações foi realizada através de um questionário online (APÊNDICE A). O questionário constituiu em um roteiro sistemático para o preenchimento dos dados de forma online, que permitiu a organização e análise das informações requeridas para a construção do perfil dos informantes.

O questionário foi construído através da ferramenta Google Forms. O uso desta ferramenta possibilitou a coleta de dados de forma rápida e segura, tendo em vista que as respostas ficaram arquivadas na conta do e-mail da pesquisadora. O instrumento continha perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha. Foi estruturado em oito sessões, conforme demonstrado a seguir:

Carta convite: Composta do convite para participação e uma breve apresentação da Pesquisa;

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): instrumento para consentimento na participação na pesquisa. Continha de forma clara, a justificativa, os objetivos e os procedimentos da pesquisa.

Solicitação de informações como idade, gênero, município de atuação, macrorregião de atuação, local no município de atuação.

Perfil da Formação: Buscou-se informações sobre a formação acadêmica, tempo de formação, estado que realizou a graduação, realização de formação acadêmica posterior, área da formação acadêmica posterior.

Vínculos de trabalho: Buscou-se informações sobre a sua vinculação ao NASF, com questões sobre o tempo de atuação no NASF, tipo de vínculo de trabalho, jornada semanal de trabalho, número de equipes de saúde da família vinculadas, composição da equipe que atua no NASF, vinculação a outros setores no município.

Planejamento das ações: Buscou-se informações sobre a prática profissional e a organização da rotina de trabalho, com questões sobre a realização de planejamento com a equipe de NASF, EqSF e comunidade, frequência destes planejamentos, principais atividades desenvolvidas com a equipe de NASF e como nutricionista no NASF.

Aperfeiçoamento profissional: Realização de curso introdutório para ingresso no NASF, curso e ou educação permanente para aprimoramento profissional, utilização de material técnico do Ministério da Saúde na prática profissional.

Atenção Nutricional: Este capítulo foi construído com base nas diretrizes referentes à atenção nutricional da PNAN, com questões sobre os grupos populacionais identificação das áreas populacionais mais vulneráveis aos agravos nutricionais, realização de diagnóstico alimentar e nutricional, local de obtenção dos dados para realização do diagnóstico nutricional.

Após a construção do instrumento foi gerado um link e este foi enviado aos participantes via WhatsApp e e-mail.

4.3.3 Análise dos dados

Os dados coletados via questionário foram inseridos em um banco de dados criado no Microsoft Office Excel (versão 2013) e realizada a análise descritiva, com construção de tabelas de frequência, com valores absolutos e percentuais.

4.4 ETAPA 2

Esta etapa da pesquisa, de natureza eminentemente qualitativa, teve como objetivo promover maior aprofundamento no estudo, visando compreender as percepções dos nutricionistas sobre sua atuação profissional. Dado este objetivo, foi critério de inclusão nesta etapa ter pelo menos três meses de atuação no NASF, assim, dela participaram dez informantes.

4.4.1 Sujeitos da pesquisa

Os nutricionistas informantes desta etapa atuavam em seis municípios de cinco macrorregiões do Estado (1 da Macro Fortaleza, 1 da Macro Sertão Central, 1 da Macro Litoral Leste e Jaguaribe, 6 da Macro Sobral e 1 da Macro Cariri).

4.4.2 Instrumento e procedimento para construção das informações

As informações foram coletadas pela pesquisadora, por meio de entrevista individual semiestruturada. As entrevistas foram marcadas com os profissionais conforme sua disponibilidade, horário e local escolhidos por eles. Na ocasião do encontro, foi feita uma apresentação pela pesquisadora sobre os critérios éticos e uma breve descrição do objeto de estudo, dos objetivos da pesquisa, além da garantia de sigilo e anonimato de cada participante. Em seguida foi realizada a leitura e assinatura do TCLE, autorizando a entrevista, gravação em áudio e o posterior uso para fins de pesquisa e publicação (APÊNDICE B).

Segundo Minayo (2014) a entrevista configura-se como meio de coleta de informações de determinado tema científico, que, acima de tudo, caracteriza-se como uma conversa a dois ou entre diversos interlocutores, partindo da iniciativa do entrevistador. A entrevista semiestruturada possui um roteiro norteador com perguntas que guiam a entrevista. Conforme Triviños (1992) a entrevista semiestruturada permite elaborar questionamentos até no processo de aplicação do instrumento, possibilitando o aumento na amplitude investigativa

A estruturação da entrevista caracterizada como “entrevista semiestruturada” partiu dos questionamentos e reflexões prévias abordadas na introdução deste projeto (APÊNDICE C).

Após a coleta, as entrevistas foram transcritas *ipsis litteris* pela própria pesquisadora.

4.4.3 Análise das informações

Para análise qualitativa das informações foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo.

Para Bardin (2011) a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, por procedimentos sistemáticos e objetivos com a finalidade de descrever o conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a dedução de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Segundo Minayo (2014) a Análise de Conteúdo é a expressão mais comumente usada para representar o tratamento de dados de uma pesquisa com cunho qualitativo, mas que se amplia simplesmente de um mero método técnico. A modalidade escolhida dentro da Análise de Conteúdo foi a Análise Temática, que consiste em descobrir os chamados núcleos de sentido que compõe a comunicação, cuja a frequência ou presença signifique algo ao objeto analítico que se pretende pesquisar.

As entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora, gerando o texto escrito, subsídio para a análise temática.

Com o material já transcrito, foram seguidos os seguintes passos: pré-análise, com a leitura flutuante de todo material; leitura exaustiva, com a exploração do material, buscando o núcleo de compreensão do texto; categorização e organização das falas (BARDIN, 2011). Por fim foi realizado o tratamento dos resultados obtidos, com análise e interpretação dos resultados colocando em destaque as informações.

De forma a auxiliar a sistematização e categorização das informações foi utilizado o *software* QRS NVivo, versão 10. Esse é um *software* que suporta métodos qualitativos e variados de pesquisa. Auxilia na organização e análise de informações não estruturadas ou informações qualitativas como: entrevistas, respostas abertas de pesquisa e etc. Gera frequências e nuvens de palavras. Após a leitura exaustiva do material, as entrevistas foram inseridas no *software* e categorizadas em nós e sub-nós, que são estruturas de armazenamento de informação que recebem os fragmentos do texto. Após a categorização de todo material, foi realizada a consulta

de frequência de palavras, que gerou as nuvens de palavras contendo as mais recorrentes encontradas no material e com a frequência de citação das mesmas.

O conteúdo de toda a análise foi agrupado em quatro categorias temáticas: Ações desenvolvidas por nutricionistas na APS no NASF-CE; Relações estabelecidas na equipe NASF e entre equipes de NASF e ESF; Percepção acerca da atuação do nutricionista no NASF-CE; Condições de trabalho dos nutricionistas do NASF-CE.

4.5 CRITÉRIOS ÉTICOS

A realização da pesquisa foi aprovada pela SESA (ANEXO A) e (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP-UECE) sob o Parecer No. 2.222.664 (ANEXO C).

Este estudo seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, de modo a garantir a autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, bem como o sigilo da identidade dos sujeitos da pesquisa (BRASIL, 2012c).

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

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

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está dividido em 2 partes. Inicialmente constam os resultados obtidos na pesquisa online, a partir dos quais traçou-se o perfil dos nutricionistas no NASF do estado do Ceará; e no capítulo 2 buscou-se conhecer a atuação destes profissionais, por meio das ações desenvolvidas no processo cotidiano de trabalho.

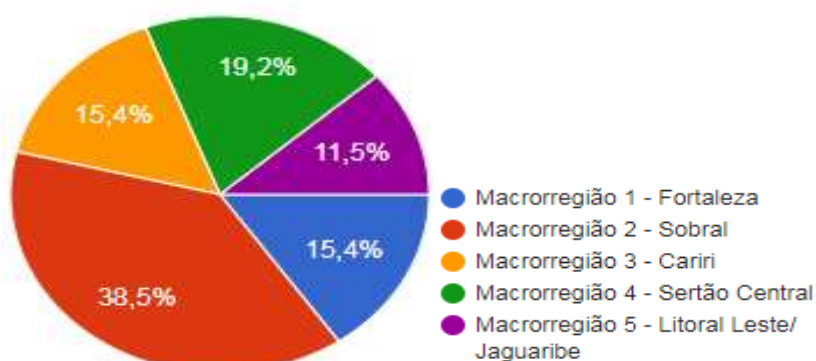
5.1 CAPÍTULO 1: PERFIL DOS NUTRICIONISTAS QUE ATUAM NO NASF NO ESTADO DO CEARÁ

Participaram desta etapa da pesquisa vinte e seis nutricionistas que atuam nos NASF do estado do Ceará, com predominância do sexo feminino (92,3%). Em relação a faixa etária, os nutricionistas pesquisados possuem idade entre 23 e 49 anos, com predominância dos adultos jovens de 23 a 40 anos (84,62%).

Pesquisas realizadas com nutricionistas que atuam no NASF nos estados de Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo apontaram também presença maior de profissionais do sexo feminino. (BRITO, 2015; AGUIAR, 2013) . Em pesquisa sobre a feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil houve um predomínio de profissionais nutricionistas do sexo feminino (95,31%)

O gráfico 1 demonstra a distribuição dos informantes por macrorregiões de saúde do estado do Ceará.

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos nutricionistas que participaram da pesquisa por macrorregiões de saúde do estado do Ceará



Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação ao perfil da formação, 17 (65,40 %) nutricionistas pesquisados referiram que realizaram graduação no estado do Ceará, seis (23,1%) no estado do

Piauí, dois (7,7%) na Paraíba e um (3,8%) no Rio Grande do Norte. No que se refere a Instituição de Ensino Superior (IES) que realizaram a graduação, 14 (53,2%) referiram instituição pública.

No estado do Ceará, existem 13 IES com curso de nutrição, destas 2 são públicas, uma estadual e uma federal.

Quando perguntados sobre a realização de formação posterior, 21 (80,8%) dos informantes declararam ter realizado algum curso. Sobre as modalidades escolhidas, verificou-se que 17 (81%) realizaram especialização, três (14,3%) residência multiprofissional em saúde e um (4,8%) mestrado acadêmico. Em relação a área da formação posterior, oito (38,1%) dos informantes referiram saúde pública/saúde coletiva, sete (33,3%) nutrição clínica, dois (9,5%) nutrição esportiva e um (3,5%) ensino a saúde/docência.

Quanto ao tempo de realização da graduação, observou-se que 14 (53,7%) responderam de 1 a 4 anos de formado, quatro (26,8%) referiram 5 a 8 anos, dois (7,6%) de 13 a 16 anos e três (11,4%) de 17 a 19 anos de conclusão da graduação. Portanto a maior parte dos nutricionistas pesquisados possui pouco tempo de formação.

No que se refere aos vínculos de trabalho, o NASF foi apontado como o primeiro emprego na Atenção Básica por 76,9%. Em relação ao tempo de atuação no NASF 23,1% referiram 6 meses ou menos, 23,1% de 6 meses a um ano, 11,5% de 2 a 3 anos.

O contrato temporário foi apontado como principal vínculo trabalhista por 14 (53,8%) profissionais nutricionistas, seguido de oito (30,8%) que responderam concurso público, dois celetista (7,7%) e dois (7,7%) referiram outras formas de contratação. Estes achados corroboram com os resultados encontrados em pesquisa realizada com nutricionistas que atuam no NASF no Brasil, em que este tipo de vínculo empregatício temporário foi apontado como uma fragilidade, que propicia a alta rotatividade de profissionais, favorece a descontinuidade das ações, dificulta a construção de vínculos, gera desmotivação dos profissionais, o que compromete a efetividade da ESF (FAGUNDES, 2013).

Em relação a carga horária, notou-se que 17 (65,4%) mencionaram cumprir 40 horas semanais de trabalho no NASF, cinco (19,2%) 20 horas, dois (7,7%) menos de 20 h e um (3,8%) 30 e 40 horas. Achados semelhantes foram encontrados em

estudo em Santa Catarina, em que 60% dos nutricionistas entrevistados trabalhavam no NASF com carga horária de 40 horas semanais (COLONETTI et al., 2015).

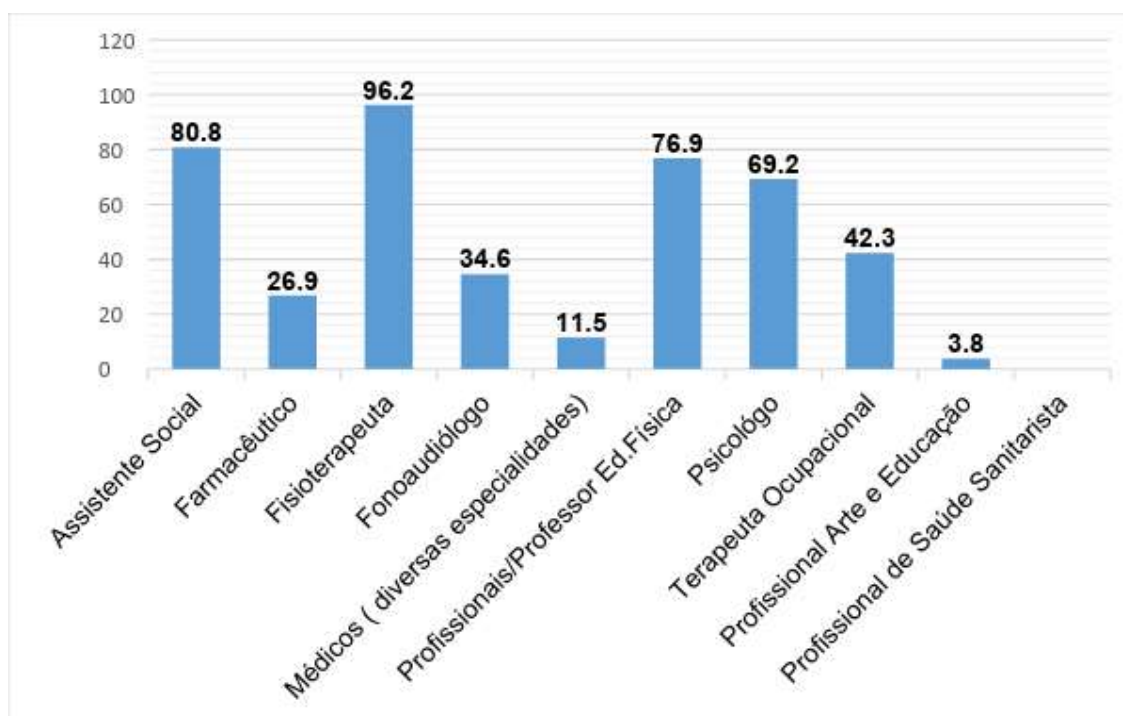
Quando perguntados se atuam em outros órgãos ou setores no município, seis (23,1%) disseram que sim. Os locais citados foram: Preceptoría da Residência multiprofissional em saúde, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de especialidades, Coordenação das Políticas de Alimentação e Nutrição, Apoio ao hospital municipal, Assistência na Segurança Alimentar e Nutricional. O acúmulo de funções com outros órgãos ou setores do município pode acarretar em sobrecarga de trabalho e ou desvio da função, o que pode ocasionar dificuldade no desenvolvimento das ações preconizadas para o NASF.

Quanto ao número de equipes vinculadas, 10 (38,5%) nutricionistas pesquisados mencionaram dez ou mais EqSF, seis (23,1%) nove EqSF, três (11,5%) oito EqSF, dois (7,7%) seis EqSF e três (11,3%) três EqSF.

A maioria dos nutricionistas apontaram que estão vinculados a um número maior de equipes de saúde da família do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual refere que a modalidade NASF 1 pode fazer o acompanhamento de 5 a 9 equipes mínimas (BRASIL, 2012). Tal realidade pode acarretar em dificuldade de desenvolver as atividades propostas, por não conseguir ofertar o apoio adequado às EqSF e a comunidade.

Em relação aos demais profissionais que compõem as equipes de NASF dos informantes, o mais referido foi o fisioterapeuta, seguido do assistente social, profissional/professor de educação física e psicólogo.

Gráfico 2 - Profissionais que compõe as equipes de NASF que os nutricionistas entrevistados atuam, Fortaleza, 2018.



Fonte: Elaborada pela autora.

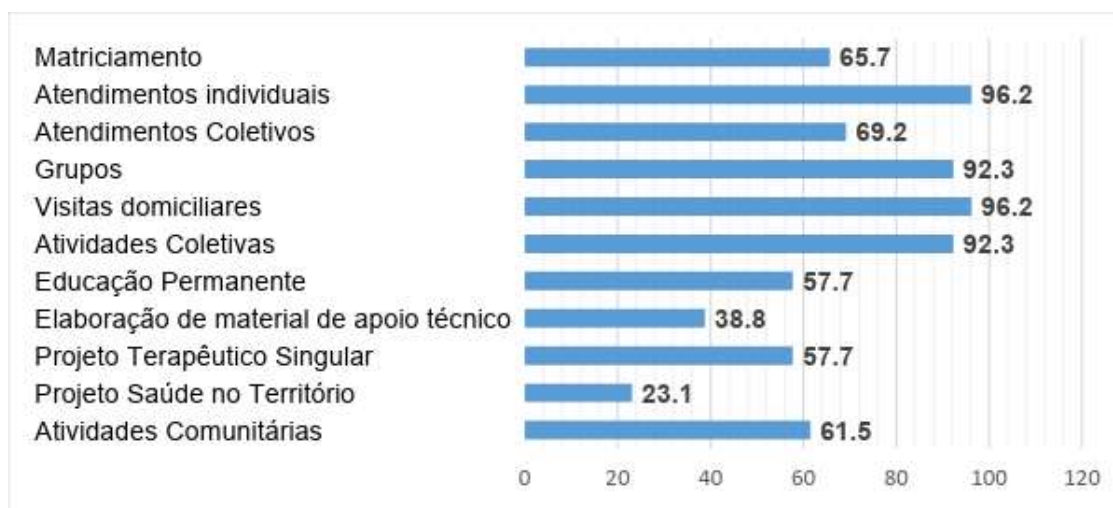
A portaria 154 de 2008, que implementa o NASF, aponta que a composição das equipes de NASF devem ser definidas pelos gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações

No que se refere ao planejamento das ações com a equipe de NASF, 25 (96,2%) dos nutricionistas pesquisados referiram que as equipes em que atuam realizam planejamento. Destes, 16 (61,5%) citaram que os planejamentos ocorrem semanalmente e cinco (19,2%) quinzenalmente. Observou-se que 20—(76,9%) informantes citaram que profissionais que compõe as equipes de NASF em que atuam participam do planejamento.

Em relação ao planejamento das ações com as EqSF, 20 (76,9%) dos nutricionistas mencionaram que realizam; sendo que 14 (53,8%) responderam que efetuam mensalmente e 13 (50%) responderam que os profissionais da equipe mínima participam deste momento. Quando perguntados sobre o planejamento das ações com a comunidade e/ou outros órgãos do município 16 (61,5%) referiram que ocorrem.

No que se refere as principais atividades desenvolvidas por sua equipe de NASF, 25 (96,2%) dos informantes referiram os atendimentos individuais, 25 (96,2%) visitas domiciliares, 24 (92,3%) grupos e atividades coletivas, 18 (69,2%) atendimentos coletivos. As atividades estão listadas no gráfico 3.

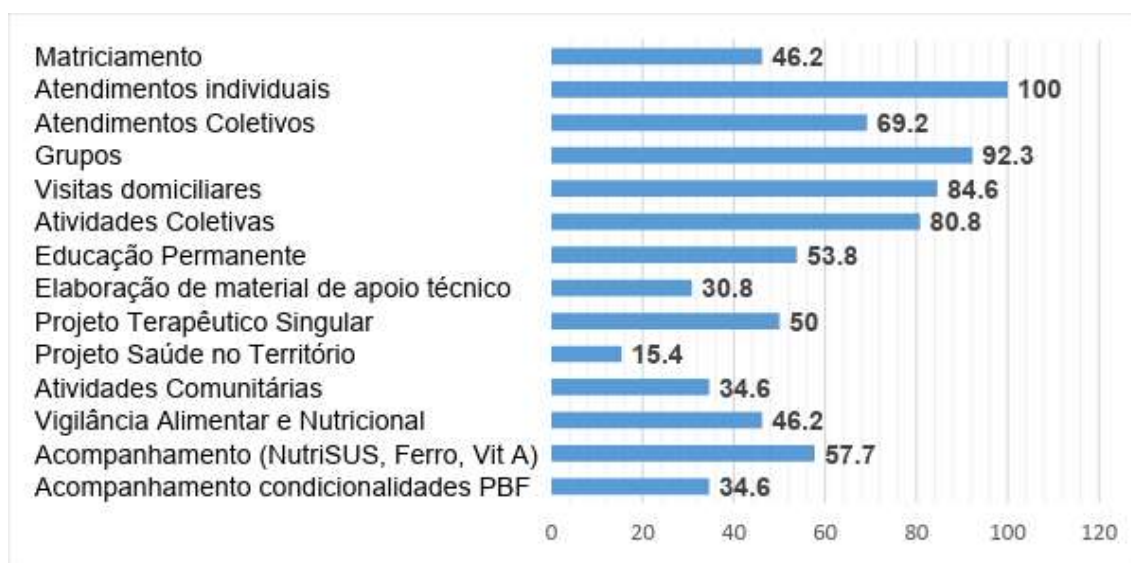
Gráfico 3 - Atividades desenvolvidas pelas equipes de NASF em que os nutricionistas pesquisados atuam, Fortaleza, 2018.



Fonte: Elaborada pela autora.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos nutricionistas dos NASF, destacam-se os atendimentos individuais que foram citados por todos os informantes, seguido dos grupos, visitas domiciliares e atividades coletivas. As atividades diretamente relacionadas com a alimentação e a nutrição que compõem a agenda programática da APS, como acompanhamento dos programas de suplementação preventiva (Vitamina A, Ferro e o NutriSUS) foram citados por 15 (57,7%), a Vigilância Alimentar e Nutricional 12 (46,5%) e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família foi citado por 9 (34,6%) do nutricionistas pesquisados, conforme o gráfico 4.

Gráfico 4 - Atividades desenvolvidas pelos nutricionistas nas equipes de NASF atuam, Fortaleza, 2018.



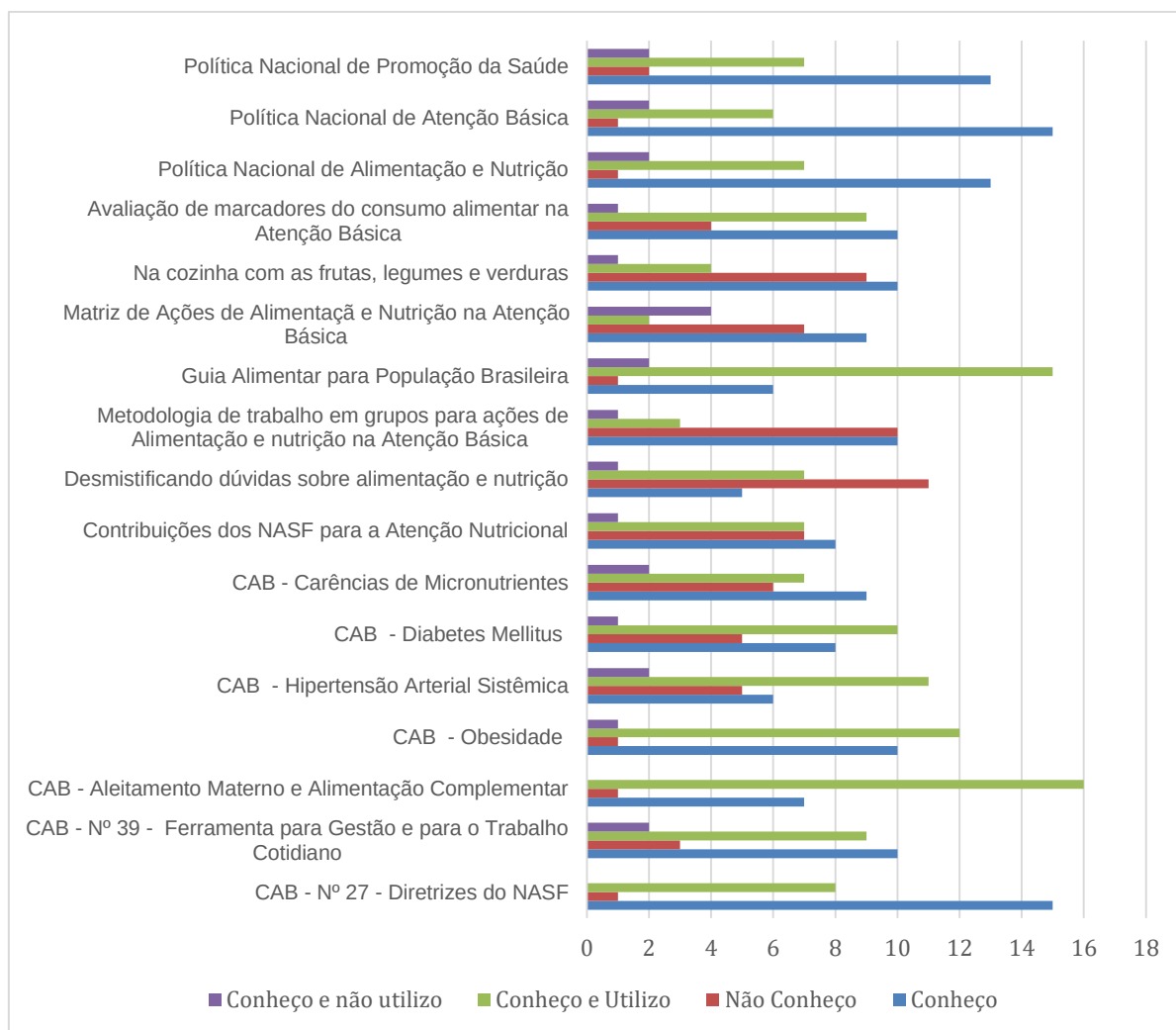
Fonte: Elaborada pela autora.

A recomendação contida nas diretrizes que balizam o trabalho do NASF aponta que o nutricionista, enquanto membro desta equipe prioritariamente desenvolve as suas ações com a EqSF de sua área de abrangência. O atendimento clínico individual faz parte apenas ocasionalmente das atribuições regulares dos profissionais do NASF. Quando o usuário necessitar de cuidado nutricional específico, este deve ser operacionalizado por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a ser cuidado, acompanhado e de responsabilidade direta das EqSF, sob orientação do NASF. Entretanto observa-se que o atendimento individual é realizado cotidianamente por todos os informantes, enquanto o PTS é realizado somente por (50%) deles.

Quanto ao aperfeiçoamento profissional, 17 (65,4%) mencionaram que não receberam curso introdutório ou capacitação antes de ingressar no NASF. Contudo, 65,4% referiram que realizaram algum curso ou educação permanente para aprimoramento profissional do NASF.

Com relação a utilização de materiais de apoio técnico do Ministério da Saúde, 92,3% dos nutricionistas pesquisados referiram que utilizam na sua prática. O Gráfico 5 apresenta os materiais de apoio técnico para o NASF, bem como materiais específicos para os nutricionistas que atuam na APS, relacionados pelos informantes.

Gráfico 5 - Conhecimento e utilização de material de apoio técnico, Fortaleza, 2018.

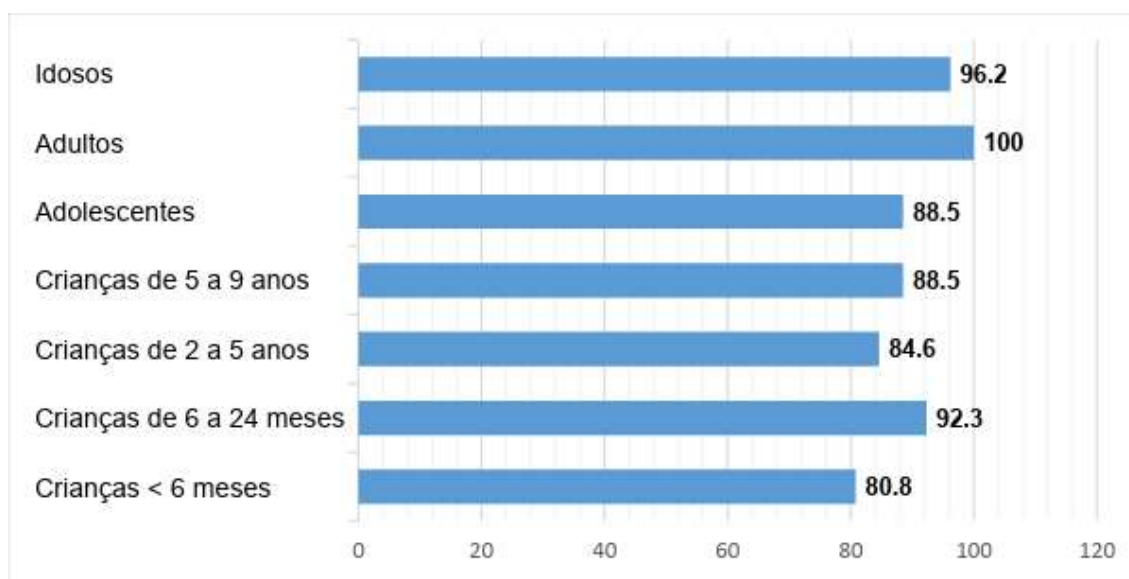


Fonte: Elaborada pela autora.

Verifica-se que os mais conhecidos e utilizados pelos informantes são os Cadernos de Atenção Básica (CAB) Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, Guia Alimentar para população Brasileira e o CAB-Obesidade. É interessante notar que materiais como o CAB 27 que contém as diretrizes do NASF, a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição e a Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica, que contém as principais diretrizes que norteiam o trabalho do NASF e dos nutricionistas que atuam na APS, são conhecidos, mas não utilizados.

Quanto aos grupos populacionais mais atendidos pelas equipes de NASF dos informantes, são principalmente adultos, idosos e as crianças de 6 a 24 meses. No Gráfico 6 é possível perceber que as crianças 6 de meses são as menos atendidas.

Gráfico 6. Grupos populacionais atendidos pelas equipes de NASF que os nutricionistas atuam, Fortaleza, 2018.



Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação ao grupo populacional que demanda mais ações, conforme a Matriz de ações da atenção básica, os indivíduos (50%) foram os mais referidos, seguido da comunidade (34,6%) e das famílias (15,4%). Quanto aos cuidados relativos a Alimentação e Nutrição as ações mais citadas foram a promoção da saúde (50%), tratamento/cuidado (46,2%) e (3,8%) referiram ações de prevenção de agravos. Quando perguntados sobre o desenvolvimento de protocolo ou manual de orientação nutricional individual ou coletivo houve equilíbrio, 50% apontaram que já elaboraram e 50% referiram que não. Quanto a identificação das áreas geográficas e grupos populacionais mais vulneráveis aos agravos nutricionais, 57,7% dos informantes citaram que não realizam. E sobre a realização do diagnóstico alimentar e nutricional da população 65,4% apontaram que sim. E para realização deste diagnóstico, a principal fonte de coleta são os dados do E-SUS (76,5%), seguidos dos dados das EqSF (58,8%) e dos dados do SISVAN (52,9%).

A realização do diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população, a identificação das prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida e a identificação de áreas geográficas e segmentos de maior risco aos agravos nutricionais são atribuições do nutricionista que atua na APS. Tais ações são importantes para o desenvolvimento do trabalho condizente com a realidade e assim promover a construção de estratégias efetivas (BRASIL, 2012a).

5.2 CAPÍTULO 2: ATUAÇÃO DOS NUTRICIONISTAS DOS NASF DO ESTADO DO CEARÁ

Este capítulo se configura com um debate no que se refere aos conteúdos coletados nas entrevistas com os nutricionistas que atuam em equipes de NASF nas cinco macrorregiões de saúde do estado do Ceará com a literatura acerca do tema.

Participaram desta etapa da pesquisa dez nutricionistas, sendo nove do sexo feminino e um do sexo masculino. No que se refere a faixa etária, os participantes referiram idade entre 24 e 42 anos. Em relação ao tempo de serviço, os entrevistados referiram de três meses a seis anos de atuação. Em relação a carga horária semanal de trabalho, nove entrevistados referiram que cumprem carga horária de 40 horas e somente uma referiu cumprir carga horária de 20 horas. Um profissional atua na preceptoria em nutrição, sendo cedidos dois turnos ao NASF. Destes profissionais, quatro dedicam parte de sua carga horária a preceptoria de residência em saúde da família e uma referiu dedicar um turno ao Programa de Educação pelo Trabalho (PET). Em relação ao número de equipes de saúde da família (EqSF) acompanhadas variou entre cinco a quatorze, o que está acima do recomendado pela legislação.

A análise temática revelou quatro núcleos de sentidos, que se configuram nas seguintes categorias empíricas: Ações desenvolvidas por nutricionistas na APS no NASF-CE; Relações estabelecidas na equipe NASF e entre equipes de NASF e ESF; Percepção acerca da atuação do nutricionista no NASF-CE; Condições de trabalho dos nutricionistas do NASF-CE.

5.2.1 Ações desenvolvidas por nutricionistas na APS no NASF-CE

As principais ações desenvolvidas no cotidiano pelos informantes são diversas e mesclam uma agenda com ações diretas voltadas aos usuários/famílias e as equipes de ESF. São elas: atendimentos individuais, atendimentos coletivos, atendimentos compartilhados, grupos, visitas domiciliares, ações intersetoriais (Escola, CRAS, creche), educação permanente, campanhas de saúde, sala de espera, reuniões, rodas de conversa, rodas de quarteirão, matriaciamento e PTS.

Ao verificar a frequência de palavras por meio da técnica de “nuvem de palavras” (Figura 1), as ações mais citadas foram: grupos, atendimentos

operativos. Agora eu confesso que mais recentemente eu tenho trabalhado com os atendimentos coletivos [Nutricionista 2].

Eu faço basicamente os atendimentos, e quando tem alguma campanha pelo calendário da saúde eu faço sala de espera eu vou encaixando na agenda. Aí a gente vai fazendo sala de espera, grupos.... As visitas domiciliares quando chega as requisições a gente vai fazendo também... eu tento me encaixar com o médico e vou de carona [...] [Nutricionista 5].

Assim ... hoje eu tenho seis distritos e cada distrito eu tenho rotinas que são diferentes, mas tudo está relacionado com a mesma coisa, da mesma política. A gente trabalha fazendo os grupos, as ações educativas, trabalho intersectorial, que são as parcerias com as escolas com o PSE, articulação com o CRAS, que particularmente são os dois únicos equipamentos que a gente tem nos distritos e que podemos ter uma articulação melhor. Além do atendimento compartilhado, temos também as visitas domiciliares, as ações coletivas [Nutricionista 3].

Um estudo realizado com nutricionistas do NASF do município do Rio de Janeiro, aponta que as atividades listadas como as mais frequentes na prática de trabalho são: interconsulta, consulta individual, grupos, reuniões, visita domiciliar, discussão de caso, matriciamento, articulação com o Programa de Saúde na Escola (PSE) e atividades em creches (BRITO, 2015).

Estes achados assemelham-se aos encontrados em alguns estudos (RODRIGUES, 2012; FARIAS, 2012) em que as principais atividades desenvolvidas pelos nutricionistas que atuam no NASF são os atendimentos individuais, as atividades coletivas, grupos, sala de espera, palestras, visitas domiciliares, atendimento compartilhado, ações com a equipe de ESF, ações com outros setores e PTS.

As diretrizes que norteiam o processo de trabalho do NASF estão contidas no Caderno 27, publicação do Ministério da Saúde, no ano de 2010. No que se refere ao processo de organização da agenda de trabalho da equipe de NASF, esta deve ter parte reservada para atividades de cunho pedagógico, com ações voltadas para e com a equipe de ESF, como as reuniões; discussão de casos; construção de PTS; atendimento compartilhado, visitas domiciliares, atividades assistenciais diretas, quando necessárias e voltados principalmente aos usuários e ou famílias (BRASIL, 2010).

Dois documentos sinalizam a forma de atuação do nutricionista na saúde coletiva e especificamente na atenção básica, a Cartilha do Conselho Federal de Nutricionistas, de 2008, cujo título é “O papel do Nutricionista na Atenção Primária”, e o documento intitulado “Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica”, lançado em 2009 pelo Ministério da Saúde, com o propósito principal de

sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional para integrarem o rol de ações de saúde desenvolvidas no âmbito da atenção básica à saúde (BRASIL, 2009).

Retomando as entrevistas, observaram-se muitas semelhanças entre as ações propostas oficialmente para o nutricionista e aquelas obtidas nos relatos dos informantes.

É interessante perceber na fala de todos os entrevistados que os atendimentos individuais estão presentes no cotidiano das ações desenvolvidas, apesar dos nutricionistas apontarem que realizam em maior número ações coletivas. Os mesmos reconhecem que ação individual não deve ser prioridade nas ações cotidianas, devendo acontecer com os casos de maior gravidade e que a mesma deve ser articulada e discutida previamente com a EqSF.

[...] a gente faz atendimento clínico de uma maneira mais reduzida, mas se fosse pela vontade da prefeitura e da Secretaria de Saúde era para ser dois ou três dias só para isso, para o atendimento individual. Assim que a gente chegou era assim, quatro turnos só para atendimento individual. E com o passar do tempo a gente foi se articulando e hoje a gente tem mais proximidade com o fazer do NASF, do nutricionista do NASF. Tem o fazer individual, mas o foco mais são nas atividades coletivas [Nutricionista 8].

[...] eles vêm que nutrição é só a parte de atendimento ... Eu vejo poucas unidades buscando consulta compartilhada e solicitação de PTS. Da parte do nutricionista só vêm mais o atendimento individual [Nutricionista 6].

Os profissionais da ESF, dos que eu trabalho, acreditam que o nutricionista é só para fazer os atendimentos ... que é o trabalho ambulatorial ... Só os atendimentos. E como eu lhe falei, não procuram saber, conhecer a qualidade do atendimento em si e das outras ações que o nutricionista pode executar [Nutricionista 2].

A gente chega unidade em uma equipe de NASF que não existia nutricionista e aí o povo quer sugar você, mas eles não querem sugar você para promoção da saúde, eles querem sugar você para a assistência. Então a nutricionista tem que se prepara muito para ela não cair só na assistência, porque é isso que gestão cobra, é isso que a gerente da unidade quer que você, os usuários querem que você faça, o agente de saúde quer que você faça, a demanda quer que você faça... Então você se vê como se fosse assim duas coisas, você quer fazer promoção, mas tem uma demanda para assistência que você não sabe como dar conta [Nutricionista 4].

É possível perceber em alguns relatos que há ainda desconhecimento das ações que podem ser desenvolvidas pelo NASF, e uma certa “pressão”, por parte da gestão e de profissionais das EqSF, para realização dos atendimentos individuais.

Nas diretrizes que norteiam o processo de trabalho do NASF é evidente que os atendimentos individuais podem fazer parte da agenda de tais profissionais, porém, estes devem ocorrer apenas em situações estritamente necessárias e,

quando acontecer, serem previamente discutidos com a EqSF, devendo privilegiar as ações coletivas, expressas principalmente no apoio matricial, na clínica ampliada e no atendimento compartilhado.

Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da EqSF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF ocorra apenas em situações extremamente necessárias e, quando acontecer, deve continuar mantendo contato com a EqSF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade (BRASIL, 2010. p.20)

Nesta perspectiva, Nascimento e Oliveira (2010, p.94) referem que “as ações desenvolvidas pelo NASF visam imprimir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial no seu aspecto meramente numérico”. O NASF tem como um dos principais desafios na sua prática modificar o modo histórico de organização no SUS, com a priorização da quantidade em detrimento da qualidade, do referenciamento em detrimento da resolutividade, da análise do impacto e de indicadores de saúde por ações apenas quantitativas, em detrimento das qualitativas.

As diretrizes do NASF sinalizam que quando houver a necessidade do cuidado nutricional mais específico, este deve ser planejado por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) cujo cuidado e a responsabilização são das eqSF, sob orientação da equipe NASF, tendo em vista que atendimento clínico individual deve fazer parte apenas eventualmente do processo de trabalho do nutricionista e dos profissionais do NASF.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é instrumento de organização da gestão do cuidado em saúde, estabelecida no processo de trabalho do NASF. Voltado ao sujeito individual ou coletivo, considerando a complexidade do sujeito e do caso. Resulta da discussão coletiva interdisciplinar, oportunizando a troca de saberes entre NASF e EqSF. A elaboração do PTS consta de alguns momentos, como: diagnóstico, construção das metas de cuidado, definição do profissional de referência do caso, definição de tarefas e prazos e reavaliação (BRASIL, 2010).

Entretanto o que se observa nas falas dos nutricionistas é que desenvolvimento e a construção de PTS não é uma realidade do processo de trabalho dos mesmos. A elaboração de PTS foi citada somente por dois nutricionistas,

apresentando dificuldades na articulação com a EqSF. Uma das falas aponta que um pequeno número de EqSF solicitam o apoio do NASF para construção de PTS.

Com a equipe de saúde da família o que a gente faz mais são os compartilhamentos de casos. O PTS a gente tenta marcar, mas é muito complicado com a equipe mínima. [Nutricionista 4].

Eu estou em 14 unidades, e uma minoria, em cinco unidades eles solicitam um PTS, eles vêm que a gente tem outra função que pode ser desenvolvida. Nessas cinco eles já solicitaram PTS, eles já solicitaram visita compartilhada, solicitaram suporte para criação de grupos e aí eles têm um olhar maior [Nutricionista 6].

O nome “Singular”, em vez de “Individual”, é mais adequado por ser voltado também a grupos ou famílias e não somente para indivíduos, destacando que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, lembrando que os diagnósticos tendem a patologizar, igualar os sujeitos e minimizar as diferenças (BRASIL, 2008a).

O desenvolvimento do PTS pode ser um importante espaço para a concretização da clínica ampliada e o desenvolvimento de uma prática de cuidado não fragmentada ou construída de forma isolada pelo profissional. Buscando utilizar todas possibilidades terapêuticas disponíveis para responder às demandas detectadas pelas EqSF na Atenção Básica, com uma elaboração mais racional e eficaz do cuidado neste nível de atenção à saúde (BRASIL, 2008a)

Duas outras formas de atendimentos foram citadas por vários informantes, os atendimentos compartilhados e os atendimentos coletivos. Estes últimos foram os mais citados. Tal modalidade vem se configurando como uma prática nas agendas de trabalho, mas com muitos desafios para esta concretização.

Eu não faço só atendimentos (individuais), faço atendimentos coletivos, pego um grupo com a mesma patologia ou a mesmas situações parecidas de saúde e eu faço um atendimento coletivo e dentro desses atendimentos coletivos eu faço uma triagem e encaminho para um atendimento individual ou atendimento compartilhado [Nutricionista 1].

Apesar do atendimento compartilhado ser uma proposta do NASF, tem muitos profissionais, principalmente os enfermeiros, que eles não acolhem tão bem essa proposta [Nutricionista 3].

[...] tem também os atendimentos compartilhado com outros profissionais de saúde, geralmente os enfermeiros. Eu não atendo com os médicos, é muito difícil. E também não é com todos os enfermeiros e não é em todas as unidades de saúde. Tem aquele enfermeiro e aquela equipe que é mais aberta. [Nutricionista 4].

Nos discursos emergiram também falta de diálogo no compartilhamento dos casos que ocasiona demandas desnecessárias. Este é um fator que afeta o processo de trabalho entre o NASF e a EqSF, tendo em vista que a aproximação, o diálogo, a organização dos processos são cruciais para o desenvolvimento das ações preconizadas.

Para o desenvolvimento de ações conjuntas entre NASF e EqSF, é importante a criação de espaços rotineiros de articulação, discussões e planejamentos. Estes devem ocorrer em reuniões para definir objetivos, critérios de prioridades, critério de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos, discussões de casos/situações, entre outros (BRASIL, 2010).

A operacionalização das ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária tem na interdisciplinaridade um componente imprescindível, o que pressupõe a interação de saberes e experiências entre profissionais de uma equipe que realizam tarefa conjuntamente. 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.

A fala de um informante demonstra avanços na articulação, construção da agenda e planejamento das ações de forma coletiva, sendo a que mais se aproxima do que é preconizado para o NASF. Segundo as diretrizes, deve ser considerado neste processo a demanda do território, com ações diversas voltadas as equipes e aos usuários, mediante as necessidades do serviço.

A agenda da gente é construída sempre coletivamente. Ela inicia construção da agenda na discussão da equipe. Na discussão da equipe a gente faz e tenta abranger várias dimensões, e vários pontos de atenção, e várias instituições, e várias políticas. A gente tenta dialogar sempre sobre isso e casa com a demanda do município e com o que a gestão traz e tudo mais. É uma agenda diversa no sentido das atividades. A gente divide uma agenda clínica, com a uma agenda coletiva de educação em saúde, uma agenda coletiva de atendimento em grupo, uma agenda coletiva de formação, de matriciamento já mais voltado para as equipes de saúde segundo a necessidade do serviço. A gente tenta dar uma pincelada e avaliar essa agenda no todo e ela é mensal. A cada mês a gente se reúne para construir a agenda e pactuar com as equipes aonde a gente pode contribuir. É um processo ainda de afinação, porque a equipe também tem sua agenda. A equipe da saúde da família constrói a sua agenda, e era para construirmos juntos, mas nem sempre a gente consegue estar, mas tentamos casar os momentos. Estamos conseguindo muitos avanços. [Nutricionista 9].

Na realidade de alguns municípios de menor porte a inexistência de atenção no nível secundário, acarreta no desvio de parte da carga horária de profissionais do NASF para suprimento desta demanda, como é relatado na fala do informante a seguir:

Em relação ao município a gente tem um pequeno dilema, porque a gente faz atenção básica e ao mesmo tempo a gente faz atenção secundária. Porque no município não existe uma equipe de especialidades multiprofissionais e só tem o NASF para fazer os dois trabalhos [Nutricionista 8].

Historicamente o local que a gente está hoje era um ponto de atenção secundária e a gente continua só tocando aquilo que já vinha. E não dá para você dizer não a demanda reprimida. E a gente tem uma agenda meio dupla e questionamos a gestão, e aí o que se quer do NASF? [Nutricionista 9].

Cunha e Campos (2011) apontam que a carência de serviços especializados pode levar a utilização equivocada do NASF, de forma a substituir os serviços que o município não dispõe, o que pode acarretar na dificuldade do entendimento da sua função.

O Nasf pode ampliar o escopo de ações ofertadas na Atenção Básica, até mesmo realizando algumas ações que só existiam em centros de especialidade, por exemplo. No entanto, há que se ter o cuidado de dosar isso, considerando tanto a disponibilidade de profissionais, quanto a possibilidade tecnológica de fazer certas ações com segurança neste âmbito de atenção, contando com a retaguarda de outros serviços quando necessário (BRASIL, 2012a).

Um dos informantes problematiza este aspecto, quando aponta que desenvolve as ações inerentes à atenção secundária da saúde, em parte da sua carga horária de trabalho no NASF, mas sem condições mínimas para a execução das mesmas.

Eu trago um exemplo lá do município, que nós somos atenção secundária. Trabalhando em uma estrutura impossível de se trabalhar. Então...a gente não tem pernas para muitas coisas. A gente não tem condições minimamente objetivas e materiais para fazer a atenção secundária. Se eu quiser minimamente imprimir um plano alimentar para uma pessoa, se eu não tiver impressora em casa ele não vai ser impresso. Se eu quiser minimamente estruturar um cardápio para alguém, eu preciso ter o meu programa dietético, porque a prefeitura não vai garantir isso [...] [Nutricionista 8].

Uma questão apontada nas falas de outro informante é a realização de ações do NASF em espaço físico próprio, fora das Unidades Básica de Saúde:

NASF lá é isolado no tempo e no espaço. Nós estamos em um lugar que é afastado parcialmente da gestão. Nós atuamos nas unidades de saúde, mas nossos pontos de apoio não são lá, por conta das condições estruturais. Nas unidades de saúde não têm espaços minimamente para as atividades coletivas, não têm espaço nem para um atendimento individual [...]. Lá (no local que eles denominam de ponto de apoio) são muitas salas e cada um tem o seu quadrado. E a população entende que ali é o NASF. E até para nós no cotidiano dizemos: Vamos para o NASF... Não era para existir este local, a gente sabe que não era para existir. Mas como a gente não tem estrutura lá é o nosso QG, digamos assim. Porque nas unidades não temos estrutura nem para fazer uma sala de espera [Nutricionista 9].

A realidade descrita pelo informante dificulta um trabalho articulado entre NASF e EqSF. Esta conformação vai na contramão do que é proposto, em que o NASF não se constitui como espaço físico independente, que o mesmo faz parte da Atenção Básica, e por isto deve utilizar os espaços das UBS e do território de atuação para o desenvolvimento das ações

Dentre o rol de ações realizadas pelos nutricionistas do NASF no Ceará, as atividades coletivas são uma das mais referidas. Todos os nutricionistas pesquisados citaram realizar pelo menos uma ação coletiva na sua rotina de trabalho, e estas ocorrem de forma semanal, quinzenal ou mensal. As ações coletivas acontecem por meio de grupos, palestras, salas de espera, rodas de conversa e rodas de quarteirão.

Os grupos específicos foram as atividades mais citadas e dentre eles estão os grupos de gestantes, idosos, excesso de peso, convivência, práticas corporais, HiperDia (de pessoas com hipertensão e diabetes), adolescentes, mulheres, crianças, atenção à criança desnutrida, saúde mental.

Eu ultimamente tenho trabalhado com esses grupos mesmo, de saúde mental, tristeza e depressão, sobrepeso, obesidade, com mulheres relacionadas a questão do gênero mesmo e o grupo de práticas corporais com educador físico e acabo participando junto com ele, nas avaliações físicas, na própria prática corporal, nas danças e também com as orientações [Nutricionista 2].

E dentro do que é possível procuramos sempre estar juntos para desenvolver as ações de promoção da saúde, que são os grupos, grupos de idosos, de gestantes, grupos de convivência. Tem também os grupos que são mantidos pelo CRAS, de adolescentes, de crianças e também damos apoio [Nutricionista 3].

E com a minha equipe as principais ações desenvolvidas são os grupos. Que são os grupos de HIPERDIA, grupo de idosos, grupos de gestantes, grupo de postura [...] A gente faz mais grupos. Os grupos de gestante não são toda semana e dependendo da Unidade de saúde são uma vez por mês. Mas os grupos de idosos e de práticas corporais são toda semana [Nutricionista 4].

No caso de uma educação nutricional, ocorre principalmente nos grupos. São os grupos de idosos, mulheres cuidadores. São ações diversas. De acordo com o calendário do Ministério da Saúde. Eu gosto de acompanhar as datas da prevenção da obesidade, o dia mundial da hipertensão, o dia mundial da alimentação.... tem também os temas que não são da nutrição mas que tenha

uma relação como o câncer, aí eu trabalho a nutrição e o câncer [Nutricionista 8].

As ações grupais, na Atenção Básica, são alternativas para as práticas assistenciais e espaços importantes para promoção da saúde. Possibilitam a construção de relações de vínculo, de escuta, suporte, apoio, construção coletiva de conhecimento, troca de experiências e de reflexão. Estes possuem o potencial para o fortalecimento dos sujeitos, promoção da saúde, prevenção do adoecimento (BRASIL, 2014; DIAS e SILVEIRA, 2009). “A principal função de muitos desses grupos situa-se na questão da educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes alguns de seus objetivos”

Outro ponto destacado em algumas falas, é que a formação dos grupos e o desenvolvimento das ações, são realizados em sua grande parte pelos componentes das equipes de NASF e em menor número por enfermeiros e ACS.

Os grupos operativos, são os grupos para públicos específicos, para mulheres, para pessoas com sinais de tristeza ou depressão, grupos para público de sobrepeso e obesidade, são esses grupos operativos. Temos esse olhar multiprofissional, onde cada categoria está inserindo o seu conhecimento dentro da proposta do grupo, do tema, do público alvo... dentro do que se pretende com aquele grupo [Nutricionista 2].

Com o enfermeiro... teve o grupo de puérperas no mês passado sobre aleitamento materno e falamos também sobre alimentação saudável. Fizemos também um grande atendimento com crianças de um dos meus territórios. Foram vários profissionais e eu contribuí com a parte da alimentação saudável. Foi uma roda de conversa com as mães e foi uma coisa bem lúdica [Nutricionista 4].

Com a equipe de NASF estamos desenvolvendo o grupo, e atualmente temos dois grupos, de tabagismo e gestante. E é multidisciplinar, tem a participação do fisioterapeuta, do psicólogo, do fonoaudiólogo [Entrevista 6].

Em alguns discursos os nutricionistas denominam as ações desenvolvidas nos grupos como multidisciplinar, em que são construídas ou contam com a participação de diferentes membros das equipes de NASF. Entretanto o conceito de multidisciplinar se afasta da proposta de trabalho do NASF, pois este se refere a justaposição de diferentes saberes de modo que não dialogam ou não almejam objetivos comuns (JAPIASSU, 1976). A proposta do trabalho do NASF deve se balizar no conceito de interdisciplinaridade, que se configura pela permeabilidade aos diferentes conhecimentos, troca de saberes, de técnicas, metodologias voltadas ao fazer coletivo, onde os envolvidos buscam superar os limites dos conhecimentos

específicos, que podem contribuir com o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço (SANTOS e CUTOLO, 2004; BRASIL, 2010).

O NASF tem como premissa organizar o seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de SF, as quais se vincula de forma a priorizar: as ações clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas/atendimentos conjuntos, apoio por telefone, e-mail etc. (BRASIL, 2010).

Um dos informantes citou um dos motivos para a presença somente dos profissionais da equipe no NASF no desenvolvimento das atividades dos grupos. Relata que a ausência se dá em virtude das equipes mínimas estarem, em alguns casos, incompletas, com a falta de profissionais, o que sobrecarrega a demanda de outros, como no caso do enfermeiro, ocasionando a ausência destes nas ações coletivas.

E aí é aquela questão que eles, às vezes, não participam dos grupos. Às vezes as equipes estão sem médicos, sem dentistas e fica aquela sobrecarga de demanda para o enfermeiro. E aí eles deixam essas outras atividades e as campanhas para a gente [Nutricionista 3].

As campanhas de saúde foram citadas em diversas falas dos informantes fazem parte da rotina das ações coletivas desenvolvidas. Estas ocorrem em sua grande parte, na forma de palestra, principalmente nas salas de espera, nos grupos e nas rodas de quarteirão. São ações pontuais e acompanham o calendário do Ministério da Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde.

Nós também realizamos ações de acordo com o calendário da Secretaria de Saúde... agora no mês de setembro vai ser sobre o combate e prevenção do suicídio, aí em outubro nós já sabemos que é outubro rosa...nós fazemos ações tanto com a equipe (de NASF), quanto com a da estratégia (ESF) ...[Nutricionista 1].

Aqui a gente faz muito sala de espera, e nas campanhas como na de tabagismo, violência contra a mulher, hipertensão, amamentação... sempre a gente está fazendo essas salas de espera [Nutricionista 5].

Em relação aos locais que ocorrem as ações coletivas, os nutricionistas referiram a utilização de diferentes espaços como, a UBS, os CRAS, escolas, creches e a academia de saúde e são os principais espaços no desenvolvimento de ações intersetoriais.

Aqui a gente faz muito sala de espera, e nas campanhas como na de tabagismo, violência contra a mulher, hipertensão, amamentação... sempre a gente está fazendo essas salas de espera [Nutricionista 5].
As rodas de quarteirão nós fazemos muito, é uma realidade que conseguimos desenvolver em alguns distritos [Nutricionista 3].

As visitas domiciliares estão presentes na prática da maioria dos entrevistados. Relatam que estas são desenvolvidas de forma compartilhada com os profissionais tanto da equipe de NASF como com a EqSF, sendo o ACS o que mais participa desta atividade.

Tem um dia, uma vez na semana que eles disponibilizam o carro para a gente fazer as visitas domiciliares. A gente sempre faz as visitas com a ACS [Nutricionista 10].
A minha rotina semanal é dividida entre as visitas domiciliares, compartilhadas com outros profissionais da minha equipe, da minha equipe de NASF, visitas que eu faço só com o ACS, visitas individuais. [Nutricionista 2].
Outra ação que a gente desenvolve entre nós da equipe do NASF é a visita domiciliar. Com a estratégia de saúde da família e realizamos também as visitas domiciliares [Nutricionista 6].

As ações intersetoriais estão no cotidiano das práticas desenvolvidas pelos nutricionistas pesquisados. Os principais setores envolvidos são a educação e a assistência social. Com a educação, as atividades ocorrem, em sua grande parte nas escolas e creches e estão voltadas especialmente ao Programa Saúde na Escola. Com a assistência social, as práticas são predominantemente desenvolvidas nos CRAS com os grupos pré-existentes ou criados mediante a articulação saúde e a assistência social.

Sim. Com o CRAS e as escolas. O PSE já é um programa mesmo, e a gente trabalha [...] fazemos alguma atividade lúdica, dinâmica com as crianças e os adolescentes. E a mesma coisa é com o CRAS, que a gente trabalha com os idosos, com os grupos de convivência que tem lá de gestantes, de adolescentes. Para o distrito, para minha realidade atual, os dois únicos que a gente trabalha mais em parceria é o CRAS e as escolas [Nutricionista 3].
Das nove equipes que a gente tem, só tem uma que tem grupos formados de diabetes e com gestante ... coisa que as outras não tem. Então, como a gente vê que a maior efetividade é trabalhar com os grupos, a gente foi trabalhar com os grupos já formados. E onde é que tem os grupos já formados? No CRAS. Que é onde nunca deixa ter os grupos formados. Então, a gente

começou a atuar lá e começamos essa parceria com os CRAS, porque lá já tem os grupos formados [Nutricionista 10].

Então, creche, escola, Cras... temos até um grupo que minha equipe facilita no CRAS. Fizemos uma ação com a cozinheira do CRAS [...] não é uma coisa que é toda semana, eu não vou mentir, mas pelo menos uma vez por menos nós (equipe de Nasf) fazemos alguma ação em algum lugar [Nutricionista 1].

Em estudo realizado por Rodrigues (2012) com profissionais da ESF no estado do Ceará, estes relataram também que os setores da educação e assistência social são os principais parceiros no desenvolvimento de ações intersetoriais e colaborativas.

A intersetorialidade é uma das diretrizes que orientam o processo de trabalho do NASF, que busca a superação da fragmentação das ações setoriais, propondo um novo processo de planejamento e articulação entre diferentes sujeitos de setores diversos, com vistas a promoção da saúde da população (BRASIL, 2010). A diretriz citada pode ser conceituada como intersetorialidade como um processo de construção compartilhada em que setores diversos dialogam e trocam saberes e práticas, construção de vínculos de corresponsabilidade e cogestão, almejando a qualidade de vida da população (CAMPOS et al., 2004).

Os discursos dos informantes revelam que existem diversas iniciativas entre o setor saúde e outros setores, entretanto o processo de articulação no desenvolvimento das ações de saúde não ocorrem como preconizado, não sendo articuladas de maneira intersetorial, aproximando-se muito mais de um trabalho multisetorial. Tendo em vista que a maior parte das ações desenvolvidas ocorrem sem o planejamento adequado, pensadas ou articuladas por um único setor, realizados de maneira pontual e sem o diálogo necessário, conforme pode ser percebido nas falas de alguns informantes.

Não planejamos juntos. Planejamos (equipe de Nasf) e entramos em contato com a secretaria da escola, com os diretores, os responsáveis pela escola. Já levamos a ideia, porque temos dificuldade de sentar com a ESF, com a escola. O gerente do CSF articula o dia o horário, mas essa questão da logística, o planejamento da atividade, da ação, geralmente não fazemos [Nutricionista 2].

A metodologia é apaga fogueira. É essa mesmo. Se a gente for pensar é assim: Olha eu tenho o Programa Saúde na Escola para tocar, eu preciso de alguém que trate sobre alimentação saudável...vamos chamar o povo do NASF. Borá? ... É uma articulação que é pontual ... A gente dialoga com a educação quando faz PSE. A gente tem diálogo com a Assistência Social quando está dentro dos CRAS, do CREAS. Mas é do mesmo jeito. O desenho é do mesmo jeito [...] o processo de articulação é sempre este [Nutricionista 9].

A intersectorialidade visa contribuir com um novo modo de fazer saúde e promover saúde, mas para sua efetivação é necessário superar a segmentação das práticas em saúde, tendo noção clara da realidade e compreendendo que ações isoladas não são capazes de promover mudanças necessárias (DIAS et al., 2014).

A atual situação alimentar e nutricional do País torna evidente a necessidade de uma melhor organização dos serviços de saúde e da intersectorialidade para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação, tanto em relação ao seu diagnóstico e tratamento quanto à sua prevenção e à promoção da saúde. No que se refere a alimentação e nutrição os nutricionistas expuseram uma atuação com diversidade de ações, de assistência e apoio voltados aos indivíduos, as famílias, comunidade, às EqSF e de NASF. Dando apoio também na execução de programas federais como NutriSUS, PSE, PBF, SISVAN.

Nesse mês as duas equipes de NASF planejaram e focamos neste mês no PSE a alimentação saudável e a prevenção da obesidade infantil. E nesse mês tivemos suporte de todas as unidades e os enfermeiros foram também, os ACS também. Neste mês tivemos um suporte ainda maior. [Nutricionista 3]

No caso de uma educação nutricional, ocorre principalmente nos grupos. São os grupos de idosos, mulheres cuidadores. São ações diversas [Nutricionista 8].

A gente trabalha muito com o Guia Alimentar. Porque a maioria das pessoas estão viciadas na questão do papel, na questão de estar presa ali, e aí gente trabalha muito desenvolvendo o Guia Alimentar brasileiro. E aí a gente vai empoderando as pessoas quanto a questão de hábitos, como a ideia de porção, de medidas que são importantes para eles. Outra ação que fazemos é alimentar o SISVAN, que é importante ser alimentado. E sempre que é possível a gente faz com as gestantes, as crianças. Fazemos o recordatório, preenchemos o questionário de frequência do consumo alimentar. Fazemos também antropometria nas escolas com o PSE e aproveitamos e fazemos ações educativas. E depois que a gente conclui o PSE, fazemos a avaliação a gente volta a escola para dar um retorno. E aí trabalhamos as práticas saudáveis de alimentação, desenvolvemos ações, algumas dinâmicas com as crianças e os adolescentes [Nutricionista 3].

No próximo mês é a data para iniciar a segunda etapa do NutriSUS e a gente vai fazer o levantamento de quais escolas conseguiram executar, que ofertaram os três meses, ou que ofertaram só um mês [Nutricionista 6].

Tais achados se aproximam do preconizado pelas diretrizes do NASF, segundo as quais a atuação do nutricionista tem como sujeito, em primeiro lugar, a equipe de SF, mas também, no plano coletivo, a comunidade, as famílias, os indivíduos que a compõem. A atuação nutricionista no NASF tem um importante papel na ESF, com o desenvolvimento de ações voltados a assistência bem como no apoio

e qualificação das EqSF e NASF. A atenção nutricional, no âmbito da Atenção Básica, deverá dar respostas às demandas e necessidades de saúde do seu território, considerando as de maior frequência e relevância e observando critérios de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2010).

O nutricionista na ESF tem dentre as suas atribuições a implantação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição que tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação.

Para desenvolvimento das ações relativas a alimentação âmbito da Atenção Básica, é necessário que as EqSF sejam apoiadas por equipes multiprofissionais, 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 seu núcleo de competências (BRASIL, 2010). Nesta pesquisa os nutricionistas apontaram o desenvolvimento de ações neste sentido, voltadas ao apoio matricial das equipes no que se refere às ações de alimentação e nutrição. O apoio matricial ou matriciamento com as EqSF e de NASF, concretiza-se de diversas formas, nos atendimentos compartilhados, atendimentos coletivos, visitas domiciliares, atividades coletivas e em grupos, nos PTS, discussão de casos e no cotidiano de trabalho.

E na verdade falar de apoio matricial é que a gente acaba dando apoio em tudo, em todas as ações, nas campanhas, nos planejamentos. A gente enquanto equipe, enquanto NASF, a gente está inserido em tudo. E o apoio matricial é isso, é você apoiar as ações, os planejamentos, as campanhas, o fluxo cotidiano. [Nutricionista 1]

Você a ou atende com uma enfermeira em uma consulta de puericultura e você fala alguma coisa e ela nunca mais esquecer aquilo e te falar: “olha eu atendi e lembrei daquilo que você me falou naquele dia, eu falei a mesma coisa que você disse”. Então isso acontece, a questão do matriciamento, que você vai atender e acaba matriciando aquele profissional. [Nutricionista 4].

O matriciamento era para ocorrer com toda a equipe. A gente chama de matriciamento, mas na verdade é uma reunião. Era para toda equipe participar, mas não. Eu digo a equipe da estratégia, porque a do NASF sempre está presente, mas da estratégia não. Sempre é só a enfermeira e no máximo os agentes de saúde. A gente senta, tem o dia marcado e vai toda a equipe do NASF. A gente discute casos, e verifica se precisa de visita, de encaminhamento para outro local, ou se precisa de atendimento[...] [Nutricionista 10].

Mas quero dizer que o nutricionista tem que pelo menos capacitar a Estratégia para que ela possa estar atuando. Eu não quero dizer que um outro profissional não possa está dando uma orientação nutricional, mas antes dele dar a orientação ele precisa ter sido capacitado por alguém, o apoio matricial. O apoio matricial... a gente acaba fazendo apoio matricial a todo momento, porque uma ligação que você faz para um profissional e acaba orientando, ou uma visita que tem uma outra categoria acaba sendo apoio... se você for ver a fundo o que é o apoio matricial e pensar que é uma coisa grande, não é, não é uma coisa grande, a partir do momento que você está passando seu fazer, o seu conhecimento para o outro você está matriciando. Então o apoio matricial está presente em todos os momentos. E a gente tem muitas potencialidades. Fazemos ações, ações estas a partir da realidade de cada território, no que se refere aos riscos ligados a nutrição. Estamos sempre potencializando as ações, as atividades [Nutricionista 1].

É importante destacar que o apoio matricial não foi referido por todos os nutricionistas entrevistados. Alguns apontaram muitos obstáculos na concretização do mesmo, pela dificuldade de diálogo com as EqSF e não compreensão desta ferramenta. Nas falas é possível observar que alguns possuem uma compreensão do apoio matricial como uma reunião ou encontro, mas outros apresentam uma concepção clara e ampliada no que se refere ao mesmo.

É essencial que os nutricionistas atuantes no NASF tenham clareza e se apropriem desta importante ferramenta de gestão e, desta forma possibilitar o desenvolvimento mais efetivo das ações de alimentação e nutrição na APS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012a).

5.2.2 Relações estabelecidas na equipe de NASF e entre equipes de NASF e ESF

Ao verificar a frequência de palavras, através da técnica de “nuvem de palavras”, sobre as relações estabelecidas entre a equipe de NASF e entre estas e as equipes da ESF, foram citadas pelos informantes: gente, equipe, NASF, atendimento, planejamento, enfermeira, trabalho, contato, ações, responsabilidade, demanda, reuniões, médicos, ACS e outras. A palavra gente aparece em destaque, e nas falas é possível perceber que estes se referem bastante ao trabalho entre a equipe de NASF, referindo diversas vezes como “a gente”, no sentido de um fazer coletivo e colaborativo.

Figura 5 - Nuvem de palavras elaborada com base na análise temática dos discursos sobre as relações estabelecidas entre os nutricionistas e suas equipes de NASF e entre o NASF e as equipes de Saúde da Família no estado do Ceará. Fortaleza, 2018.



Fonte: Elaborada pela autora.

No que se refere ao desenvolvimento do trabalho com suas equipes de NASF, os informantes revelaram que estas possuem uma boa relação entre si, com o desenvolvimento do trabalho pautado no compartilhamento, na colaboração, troca de saberes e práticas. As principais ações referidas pelos investigados foram: planejamentos, reuniões, atendimentos compartilhados, visitas compartilhadas, ações coletivas e em grupos.

Eu vou ser sincera, geralmente a gente está sempre procurando trabalhar em equipe. Até porque eu preciso muito da educadora física comigo.... Com a minha equipe de Nasf nós realizamos roda de equipe, nós realizamos planejamentos, discutimos casos, fazemos atendimentos compartilhados, fazemos visitas [...] Nutricionista 1].
Com a minha equipe conseguimos desenvolver ações[...]E dentro do que é possível procuramos sempre estar juntos para desenvolver as ações de promoção da saúde[...] [Nutricionista 3].

Dados semelhantes foram encontrados por Arce e Teixeira (2017), com trabalhadores do NASF na cidade de Salvador. Estes revelaram que as ações estabelecidas entre profissionais das equipes de NASF, são construídas através de parcerias interdisciplinares, de forma efetiva, horizontal e coesa em diferentes atividades.

O trabalho do NASF se constitui na lógica do apoio aos profissionais da ESF e o desenvolvimento do trabalho se pauta nas relações estabelecidas com as

equipes de Saúde da Família. Desta forma, fica evidente a importância no estabelecimento de relações entre a equipe de NASF e ESF. Entretanto, as falas dos entrevistados revelam uma frágil relação estabelecida entre tais profissionais, o que dificulta no desenvolvimento das ações.

O nosso contato mesmo é com a enfermeira. Com o médico, com dentista é bem menos. Com os ACS é do mesmo jeito que com as enfermeiras, é mais fácil ter contato com eles. Com os outros é só mais encaminhamento. E aí a gente diz, não é encaminhamento, repasse o caso [Nutricionista 1]. Particularmente na minha equipe é carente essa questão do planejamento com a Estratégia. Nos meus territórios eu tenho essa dificuldade. Muitas vezes tem a questão do afastamento, como eu lhei falei, e acaba só conseguindo planejar a atividade só entre nós da equipe de NASF ou então se inserindo em atividades pré planejadas pela equipe da estratégia. Mas é mais difícil juntar e fazer o planejamento das atividades, das atividades coletivas de uma maneira geral com a equipe multiprofissional com a ESF. Ainda não há essa aproximação suficiente para que isso aconteça [Nutricionista 2]. Não temos planejamento. O máximo que os profissionais da equipe mínima fazem são os grupos, mas ainda são meios assim, eles só comunicam que tal dia vai ter o grupo e o tema é da nutrição diz para eu ir, mas não param para planejar juntos. É assim, te vira [Nutricionista 5].

Os informantes apontaram alguns fatores que contribuem para tal situação, como a pouca compreensão pelos profissionais das EqSF da proposta de trabalho do NASF, dificuldade de diálogo, alta demanda, sobrecarga de trabalho e equipes incompletas.

A construção de vínculo e a comunicação entre os integrantes das equipes (referência e apoio) favorecem a interação e aumentam o grau de colaboração entre os profissionais ampliando as possibilidades da atenção à saúde. Araújo (2006) aponta que a comunicação é imprescindível no trabalho cotidiano das equipes que compõem a ESF e que o diálogo faz parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem.

Quando questionados sobre quais profissionais das eqSF trabalhavam mais próximos ao nutricionista e a equipe de NASF, os entrevistados referiram a enfermeira, os ACS, médicos, odontólogos e as gerentes das UBS. Os enfermeiros foram citados por todos os nutricionistas como o principal membro das eqSF que atuam com o NASF no desenvolvimento do processo de trabalho.

Com o enfermeiro é que mais trabalhamos da equipe mínima. Fazemos os planejamentos, e com eles tem a prática do encaminhamento e do compartilhamento dos casos, e a gente sempre procura trabalhar na questão dos retornos, quando fazemos a vista ou o atendimento procuramos sempre

dar um retorno, porque isso é importante até para dar seguimento ao cuidado [Nutricionista 3].

A gente sempre faz as visitas com a ACS [Nutricionista 10].

Da estratégia, da equipe de referência é mais o enfermeiro, sem dúvida nenhuma. Com os ACS é mais na interface da discussão dos casos. Mas em algumas unidades básicas a gente já conseguiu montar a discussão de caso com a organização de demanda, inclusive. Dizer olha, esses são os casos, vamos discutir, a gente poderia atuar dessa forma. E também as coisas mais pontuais, como uma marcação de consulta, visitas, a gente consegue objetivar mais também. É ainda um processo de construção [Nutricionista 9]. [...] faço também consulta compartilhada e geralmente é com a enfermeira e por enquanto só na puericultura. Temos também as reuniões, eu não sei se isso enquadra, mas fazemos para discutir algum caso, para planejar algumas ações [Nutricionista 6].

[...] os profissionais que estão mais próximos ao NASF são os enfermeiros e são profissionais extremamente sobrecarregados, com um salário defasado, muitas vezes tem que fazer milagre para o trabalho acontecer, são muito cobrados... tem até aquela coisa de não nos tratarem bem porque tem aquela história de que por trás de quem fere tem uma ferida... [Entrevista 10].

O médico foi citado por três informantes, sendo que, uma relatou dificuldade na articulação de ações com a equipe de NASF. A ausência deste profissional é referida especialmente nas reuniões, planejamentos e atividades coletivas. O contato se dá em grande parte através dos encaminhamentos.

Eu não atendo com os médicos, é muito difícil. [Nutricionista 4].

Com os médicos a gente não senta para planejar nada. [Nutricionista 5].

Com o médico nosso contato é menos, é só mais encaminhamento. [Nutricionista 10].

Achados semelhantes foram encontrados nos trabalhos de Brito (2015) e Arce e Teixeira (2017) com nutricionistas e outros profissionais do NASF, em que os entrevistados apontaram maior vinculação com enfermeiros e ACS e em menor grau com médicos.

O NASF é uma proposta recente e busca romper o modo fragmentado de fazer saúde, com um fazer pautado na colaboração entre os profissionais, surge como uma das propostas para a reorganização das práticas em saúde em substituição ao modelo tradicional, entretanto esta não é uma tarefa fácil. Uma das maiores dificuldades é transformar as diretrizes propostas nos documentos oficiais em ações práticas.

5.2.3 Percepção acerca da atuação do nutricionista no NASF-CE

Ao analisar a frequência de palavras através, da técnica de “nuvem de palavras”, sobre a percepção da atuação, foram citadas pelos informantes: gente,

nutricionista, importante, profissional, trabalho, promoção da saúde, prevenção de doenças, dificuldades, equipe, população.

Figura 6 - Nuvem de palavras elaborada com base na análise temática dos discursos sobre percepção acerca da atuação do nutricionista no NASF no estado do Ceará. Fortaleza, 2018.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quando perguntados sobre como percebem sua atuação no âmbito do NASF, as falas dos informantes apresentaram uma diversidade de sentidos, e estas são importantes para refletir como estes profissionais enxergam seu papel no NASF.

Eu vejo que o profissional nutricionista tem muito a contribuir para promover saúde e para diminuir as doenças, em especial as doenças crônicas não transmissíveis que hoje apresentam taxas bem elevadas. No meu território essas doenças são bem elevadas. Só que hoje, infelizmente, temos algumas dificuldades, como o quadro pequeno de profissionais para extensão territorial muito grande, com muitas unidades, o que dificulta dar um suporte adequado. No município era só uma profissional, o que era difícil trabalhar da forma que era para ser, como na promoção de saúde, na criação e identificação dos grupos prioritários para as ações. Com essa realidade fica difícil identificar o perfil para desenvolvimento das ações [Nutricionista 6].

A nossa ação dentro da ESF é muito importante na prevenção. Os pacientes hipertensos e diabéticos chegam e poderiam ter sido prevenidos e por isso era para ter em toda Unidade de Saúde. Esse seria o sonho. A gente ia prevenir tanta complicação, por que tantos pacientes chegam com a função renal prejudicada porque não controlou uma diabetes [Nutricionista 5].

É importantíssimo porque trabalha com a promoção e prevenção da saúde. No meu caso eu não trabalho tanto com a promoção e a prevenção, porque são muitas equipes que eu acompanho e o que vai para mim são muitos e só chega aquele paciente que já está diabético, que já está hipertenso, que já sofreu um AVC, ou já é um obeso, ou uma gestante com complicação. Já é o paciente que precisa ser tratado. Eu não trabalho tanto com a promoção e prevenção, mas eu vejo o nutricionista do NASF com essa importância [Nutricionista 7].

A promoção da saúde e a prevenção de doenças apareceram na maioria das falas dos informantes. Estes referiram que percebem a atuação do profissional nutricionista como importante pois tem muito a contribuir desenvolvendo ações voltadas principalmente para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, que são frequentes em seus territórios de atuação, e dentre elas estão a diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade. Interessante perceber nas falas acima, que os nutricionistas referem a importância da sua atuação para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, mas alguns referem não conseguirem desenvolver tais ações, justificando pela alta demanda e em decorrência do número pequeno de profissionais nutricionistas nos municípios onde atuam.

A organização dos serviços de saúde com a incorporação das ações de Alimentação e Nutrição na APS é importante para atender as demandas decorrentes da atual situação epidemiológica do país. As demandas crescentes de atenção à saúde decorrem principalmente dos agravos nutricionais associados a uma alimentação e modos de vida não saudáveis. As ações desenvolvidas devem englobar o diagnóstico, tratamento, prevenção e promoção à saúde. Incluem-se também ações de vigilância para identificar determinantes e condicionantes destes agravos, assim como das regiões e populações mais vulneráveis (BRASIL, 2010). Sendo que estas últimas pouco citadas pelos informantes.

A promoção da saúde está elencada dentre as ações a serem desenvolvidas pelo NASF, e, conseqüentemente pelo nutricionista inserido nestas equipes. Esta é considerada uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar as condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que os modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. Dessa maneira, as condições econômicas, sociais e políticas do existir não devem ser tomadas, tão somente, como meros contextos – para conhecimento e possível intervenção na realidade, e sim como práticas sociais em transformação, exigindo constante reflexão das práticas do setor saúde.

As ações de promoção de saúde e a prevenção de doenças foram citadas também em um estudo com nutricionistas que atuam nos NASF do Brasil, estes referiram que o seu papel dentro da ESF é desenvolver ações neste âmbito (FAGUNDES, 2013). Um estudo realizado com usuários sobre o papel do nutricionista na ESF, relacionou o trabalho ao cuidado alimentar e nutricional e a promoção de saúde (PACHECO; RAMOS, 2014).

Neste estudo, alguns informantes referiram que há desconhecimento tanto do seu papel dentro da ESF, e de forma mais ampla do papel do NASF, e associa a isto a cobrança de um fazer técnico e individual, voltado somente aos atendimentos. O mesmo considera que o desconhecimento se deve ao pouco tempo de existência do NASF, referindo como uma política nova.

Eu acho que ainda é muito desconhecido o papel do NASF, não só do nosso do núcleo, mas do amplo mesmo, do NASF que é muito desconhecido. É muito desconhecido o papel do NASF dentro da Estratégia, como ele deve atuar... Fica muito desconhecido e eles acabam cobrando muito a questão ambulatorial da gente. E vem o nutricionista só como atendimento, que só vai fazer isso e que só serve para isso, para o atendimento, e não tem essa visão muito mais ampla, de campo da saúde, visam mais essa questão de núcleo, a ambulatorial[...]minha percepção é essa, é um trabalho ainda desconhecido e a gente tem essa missão de desmistificar muitas coisas, do que é o NASF, que muita gente não conhece. Como é uma política muito nova, de 2008, ainda gera esse desconhecimento [...]. [Nutricionista 10].

Eles não reconhecem a qualidade do nosso trabalho, do trabalho em si... o nutricionista ainda é visto só nessa questão quantitativa pelos profissionais. Olham só aquela quantidade que você tem que atender e pronto. Não se interessam para conhecer o trabalho em si, a atividade, a qualidade da atividade e vão se afastando também. [Nutricionista 2].

Outro estudo com profissionais da ESF, apontou que estes possuíam uma visão bem restrita sobre a atuação do nutricionista, voltada a orientação e a elaboração de dieta para pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (CAMOSA et al, 2012). A vinculação da atividade do nutricionista no NASF, voltada somente a doença, contribui para a perpetuação do modelo assistencialista. Ainda é uma realidade de diversas EqSF no alcance de metas numéricas, com ações pré-organizadas, sem problematizar e refletir sobre a qualidade do serviço ofertado. O NASF possui um importante papel, em colaborar para alterar a cultura organizacional do SUS, busca romper esta lógica, problematizando com equipes e usuários dos serviços as possibilidades de enfrentamento das condições

que podem levar ao adoecimento e morte, visando a implementação de ações qualificadas e resolutivas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A PNAN, um dos principais documentos norteadores das ações de alimentação e nutrição na APS, bem como a atuação do nutricionista, preconiza a prática da atenção nutricional neste nível de atenção.

O MS por sua vez, preconiza que as equipes de referência deverão ser apoiadas por equipes multiprofissionais, 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 seu núcleo de competências. Entretanto, os nutricionistas apontam que a percepção da equipe de saúde está voltada na sua grande parte à assistência, o que dificulta o desenvolvimento de uma das principais ações que é o matriciamento das equipes no que se refere a alimentação e nutrição (BRASIL, 2010).

A fala de um informante apresenta compreensão da sua atuação em consonância com as diretrizes preconizadas pela PNAN. Aponta a importância da atuação voltada ao desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição e de promoção à saúde voltadas aos usuários, mas especialmente, direcionadas às equipes. Esta reconhece o seu papel de apoiador matricial e, desta forma, ampliar a linha cuidado aos usuários.

O nutricionista tem um papel muito importante, de não só trabalhar a educação nutricional, a avaliação nutricional, a promoção da saúde em si somente dos usuários, mas também trabalhar o matriciamento com a equipe, para direcionar o saber da nutrição, com os outros profissionais e assim aumentar a linha de cuidado. Não ficar uma coisa privativa, mas também trabalhar em equipe e contornar todos os problemas que existam naquela região para solucionar e para prevenir também, que é o principal objetivo da atenção básica a prevenção e a promoção da saúde [Nutricionista 8].

No relato de outro informante, sobressai a percepção da importância da sua atuação tanto pelos profissionais como por usuários. O mesmo expõe uma certa desvalorização associada a falta de condições materiais para o desenvolvimento do seu trabalho.

[...] ela é importante. Quando a gente chega na unidade eles já tratam a gente de outra forma. Os pacientes ficam muito felizes e eles sabem a importância. Mas a gente não é tão valorizado (no processo de trabalho). A gente não tem os meios de trabalho que para realizar o que é para fazer[...] Nutricionista 5].

Na percepção de médicos e enfermeiros em estudo realizado na cidade Blumenau (SC), a inserção do nutricionista na atenção básica à saúde é fundamental para se avançar na integralidade do cuidado, dado o quadro de epidemiológico da população com crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e justificam a presença deste profissional para suprir sua formação diante da necessidade de abordagem alimentar, valorizando o trabalho multiprofissional da equipe de Estratégia Saúde da Família, resgatando ainda a prevenção na reorganização do modelo de atenção básica a saúde, ou seja, na transição de uma modelo assistencialista para um modelo de promoção à saúde (NEIS et al., 2012).

A gente sabe da importância que é o profissional. Tanto que é uma luta que a gente já tem, de um tempo, de querer que o nutricionista esteja equipe mínima...porque a gente sabe da relação direta, o profissional, o fazer profissional na promoção da saúde, no sentido de você ter hábito alimentar errado e está diretamente relacionado e influenciando no teu estilo de vida, na produção de adoecimento. Então, a gente percebe essa importância do profissional [Nutricionista 3].

A inserção do nutricionista na APS através do NASF vem se expandido ao logo dos últimos dez anos, entretanto, o número de nutricionista na ESF ainda é insuficiente frente às demandas existentes. Este baixo número de nutricionistas pode comprometer a qualidade da assistência em nutrição, principalmente no que se refere às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, pois estas não são priorizadas apesar da sua importância.

Por fim, destaca-se na íntegra a fala de um nutricionista, problematizando acerca da atuação do nutricionista no NASF/ESF. Apontando uma ampla percepção sobre o fazer do nutricionista na APS.

Percepção enquanto atuação clínica eu vou ver que tem tudo a ver por uma questão de perfil epidemiológico da população, que hoje a gente se depara com boom de doenças crônicas que envolve a alimentação com um dos fatores. Então, eu acredito que o profissional nutricionista seja importante para isso, para esse caráter clínico. Mas hoje se você for perceber a atuação do nutricionista ele vai para além da resposta, somente, ao perfil epidemiológico da população. Eu acho que tratar da alimentação sobre um ponto de vista de direito é muito mais amplo até, neste cenário do Brasil que a gente tem hoje, do que tratar só de doença. Eu vejo que o profissional de nutrição ele tem um viés assistencial-clínico importante, mas político também. Porque se a gente pauta a alimentação a gente vai para um sistema público de saúde de uma população em vulnerabilidade que não encara o direito à alimentação como um direito essencial, constitucional. E eu vejo que o nutricionista tem o importante papel em disparar essa discussão. E fora isso trabalhar um pouquinho da dimensão da saúde de forma geral, mas também fora do sujeito, em uma visão coletiva. Quando a gente está na saúde eu entendo que a gente tem um compromisso de coletividade. Então, trabalhar

políticas de saúde que enfoquem demais a questão individual, de uma mudança de hábito puramente, eu acho um tiro no pé. Eu acho que o profissional é importante quando ele dispara essa reflexão de dizer olha, a gente precisa falar de alimentação saudável, mas não só na dimensão individual, da mudança do hábito, porque são necessárias condições objetivas para isto. Eu acho que é importante o profissional sob o ponto de vista da resposta a um cenário epidemiológico, onde a alimentação é importante neste processo. Mas eu acho que é mais importante pensar nele como um agente político de políticas públicas efetivas para a saúde. Uma dimensão para além da categoria profissional. Eu acho que o mote da categoria é pautar a alimentação de forma geral, mas eu acho que o profissional precisa nesse domínio da coletividade ser um pouco mais ampliado o olhar da nutrição hoje. Eu não sei se eu respondi, mas eu trago questões do meu fazer que me inquietam. Eu vejo o nutricionista como um sujeito ampliador do processo da alimentação [Nutricionista 9].

É importante destacar que esta foi a única fala que explicitou na percepção sobre atuação no NASF a Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada. O mesmo refere a importância do nutricionista, justificada pelo perfil nutricional existente, que demanda ações de cunho assistencial, mas aponta que a atuação do nutricionista vai além a dar respostas ao perfil epidemiológico, sinaliza este profissional como agente político, com a potencialidade de disparar discussão frente a complexidade dos problemas alimentares.

De acordo com Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Superior para o curso de Nutrição, “O nutricionista é um profissional da saúde com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural” (BRASIL, 2001).

Frente a complexidade dos problemas alimentares atuais, advindos da transição nutricional, caracterizado pela dupla carga de doenças, onde persistem a desnutrição, mesmo em menor grau, as anemias carências por um lado, e por outro o aumento da obesidade e dos agravos relacionados a ela, exige-se do profissional nutricionista uma reflexão mais aprofundada de seu papel enquanto agente ativo nesse processo. “Sem dúvida, a superação dos problemas alimentares no país envolve aspectos intrincados. Nesse contexto, a proposta de promoção da saúde sugere um caminho promissor para o campo da alimentação e nutrição” (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

É o que a gente mais fala, que o NASF não tem a sala, o carro para as visitas a gente vai sempre se encaixando. Até para guardar material de atividade a gente tem dificuldade porque não tem lugar para guardar e a gente fica sempre levando e trazendo [Nutricionista 5].

Tem uma Unidade de Saúde que era para ter uma só equipe, mas têm três equipes lá. Imagina ter uma sala para o NASF... vai ter não... [Nutricionista 8].

É muito comum eu querer um local para atender e não tem. Não precisa eu falar muito não, se eu atender em um local que não é o adequado o meu atendimento vai ficar a desejar. Porque às vezes eu estou atendendo a pessoa no auditório e tem outras pessoas e estão ouvindo o atendimento e acaba sendo um pouco desconfortável para o paciente. Às vezes eu estou no consultório e chega o médico e pede o consultório e eu saio dali e vou para outro consultório. Acontece muitas coisas relacionadas a estrutura física. Nós não temos estrutura física [Nutricionista 1].

A fala de um nutricionista revela que este cria estratégias para suprir a carência de espaço físico na unidade de saúde.

Em relação a infraestrutura é do mesmo jeito, falta espaço para a gente atuar. Às vezes a gente atende debaixo de uma árvore. Às vezes formamos um grupo e improvisamos uma roda de conversa debaixo de uma árvore, ou dividimos uma sala por meio de um biombo com outro profissional, porque realmente a gente não tem um espaço. Geralmente os espaços que tem são para o médico, para o enfermeiro e falta espaço para a gente fazer o atendimento. Às vezes temos que percorrer várias salas, perguntando onde podemos atender, onde é que dá e que tem espaço. Não tem estrutura, infelizmente. A realidade é essa. [Nutricionista 3]

Outro informante refere falta de espaço para realização do planejamento com as equipes, e em decorrência disto buscam espaços públicos. As falas também apontaram limitação de espaços nos territórios que atuam, que poderiam ser utilizados para o desenvolvimento das ações.

Tudo bem que a gente não fica muito em sala, mas se a gente precisar sentar, a gente tem que ir para a biblioteca pública, porque a gente não tem nenhuma sala em nenhum outro canto. A gente não tem sala, não tem essa estrutura [Nutricionista 10].

Se você quer fazer um grupo não tem sala, porque a sala da unidade está ocupada, aí você não tem onde fazer. E ir para escola, para o centro comunitário não tem o carro e eles ficam bem distantes da unidade de saúde. [Nutricionista 5].

Em uma pesquisa com nutricionista que atuam no NASF em Santa Catarina, estes referiram as mesmas dificuldades em relação a infraestrutura apontadas pelos profissionais nesta pesquisa, ou seja, que os espaços físicos das US têm sido um obstáculo significativo do processo de trabalho dos profissionais da

saúde, especificamente a falta de estrutura física e de materiais didáticos para o desenvolvimento das atividades (AMARAL, 2013).

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família com um objetivo de orientar profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação, construção das Unidades de Saúde. Refere que os espaços das unidades de saúde devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade e ao número de usuários esperados e também viabilizar o acesso de estagiários e residentes de instituições formadoras da área da saúde, na rotina de sua aprendizagem (BRASIL, 2008b). Entretanto esta não é a realidade das Unidade de Saúde que os nutricionistas pesquisados atuam, todos apontaram dificuldade no que se refere a infraestrutura para o desenvolvimento do trabalho no NASF.

A portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, referente a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cita que compete as secretarias municipais de saúde e ao Distrito Federal a garantia da estrutura física necessária para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas a infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS (BRASIL, 2017).

Outro ponto referido que dificulta o processo de trabalho foi a falta de recursos materiais.

Nós não temos material, não vem nada. Às vezes eles dizem que querem que a gente faça uma campanha sobre algum tema como, mas não chega panfleto, não chega banner. E tudo que temos que organizar somos nós que tiramos do nosso bolso e se não tirarmos não têm, não vêm. É muito difícil e até bem desanimador, porque você quer fazer algo, fazer algo diferente e não tem [Nutricionista 5].

Material a gente tem que se virar nos trinta para conseguir. Quando a gente quer fazer uma coisinha mais bonita, uma coisinha mais sofisticada, que seja com mais mimo, a gente geralmente precisa tirar do nosso bolso. Quando a gente vai atrás da prefeitura não tem. Não tem um balão. Quando a gente vai atrás de EVA só tem de uma cor. A gente vai fazer o outubro Rosa e só tem

EVA marrom. E como é que faz outubro Rosa com EVA marrom? A gente às vezes tem que fazer pelo amor pelo usuário. Sabe... enfeitar a sala, fazer um grupo... temos que fazer os slides á noite porque na unidade não tem internet e não temos como fazer na unidade de saúde, temos que fazer pós turno de trabalho em casa, usando nosso computador, nossa internet, para poder passar o que a gente quer [Nutricionista 3]

[...] tem uma balança que eu não confio nela, porque é antiga, é descalibrada. A balança infantil é totalmente descalibrada, você coloca a criança em cima e ela trava e não volta. E quando a gente chegou não tinha. Pedimos e nos trouxeram esse material [...] A gente não tem uma linha telefônica, a gente não tem impressora, a internet é a gente que paga fazendo uma cotinha entre nós... ligar para paciente é do nosso bolso [...] A gente não tem um software de dieta, de avaliação nutricional, não temos computador, usamos os nossos pessoais. O material básico não tem. Panfleto a gente faz e imprime. Dieta a gente faz e imprime. Tem profissional que vai na secretaria e imprime, mas eu já pedi as estribelhas e não vou mais. Tem coisas que o usuário precisa ver colorido, porque não tem como imprimir um manual de com orientações de dieta enteral e o usuário não conseguir ver que uma colher de carne é uma colher de carne. Condições a gente não tem [Nutricionista 9].

Em relação aos recursos materiais, os nutricionistas apontam a falta de material informativo (*banners*, panfletos, *folders*), balança, estadiômetro, computadores, telefones, *data show* e outros. Referem que para suprir tal demanda arcam com os custos, entretanto, mostram-se insatisfeitos com esta prática.

Na fala a seguir o nutricionista refere que a internet utilizada por ele e a equipe de NASF na unidade de saúde é paga com recursos dos profissionais, o que é percebido por este como falta de valorização dos profissionais e das atividades que lhes concerne:

Ter que postar as fotos das atividades que desenvolvemos, da internet que a gente paga, é muito simbólico da falta de valorização [Nutricionista 9].

Situação semelhante foi citada num estudo realizado na cidade de São Paulo com trabalhadores do NASF, estes apontaram que existiam carências relacionadas a recursos materiais (armários, cadeiras e materiais de consumo para realização dos atendimentos, por exemplo) e que utilizavam também seus telefones celulares e computadores próprios para se comunicarem, e para seu deslocamento na comunidade, com vistas à realização das ações previstas, utilizavam do seu próprio meio de locomoção (LACMAN et al, 2013).

A portaria nº 2.436 referida acima, traz também que além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada

nos municípios e Distrito Federal. As falas apontam a insuficiência de recursos materiais para a realização das ações, e relacionam como um fator também limitador do processo de trabalho (BRASIL, 2017).

O carro foi referido por todos os nutricionistas como um dos maiores empecilhos no desenvolvimento das ações. Referiram que encontram dificuldade para realização de visitas domiciliares e ações em outros locais do território. Apontaram que diversas vezes desmarcaram ações planejadas pela indisponibilidade de meio de transporte e que em muitos casos, para a ação ser desenvolvida precisam utilizar seus próprios.

É uma dificuldade que a gente tem é a questão do transporte. Então, às vezes a gente não consegue fazer as visitas, a gente não consegue fazer uma visita institucional, uma visita no domicílio, a gente não consegue fazer uma ação coletiva porque não tem transporte. Embora a gente já tenha planejado com antecedência, mas se na hora da ação não tem o carro de apoio ou ambulância e a gente não vai [Nutricionista 3].
[..] fazer visita domiciliar é nos nossos veículos. Tem um carro para pacientes, mas não tem para os profissionais, aí quando o motorista quer ele dá uma voltinha a mais, mas não é sempre que ele quer por conta da quilometragem[...] Nutricionista 9].

Os discursos apontaram ainda a fragilização com o regime de trabalho, sendo os principais fatores apontados a forma de contratação, os vínculos trabalhistas e o os baixos salários.

O salário e a forma de contratação são fragilidades. Tanto para o NASF, como para os profissionais da saúde, o salário é muito baixo. Eu vejo que não é só no meu município, é geral. A forma de contratação é complicada porque a minha é anual. E tem município que é só de seis meses e é por ainda pela grande rotatividade [Nutricionista 7].

Falta sala, falta carro, falta material, o salário não é interessante e o regime de contratação não é interessante também. A gente fica cansado, desestimulado por saber que é uma coisa temporária. Essa seleção eu fiz está sempre se renovando, está na quarta seleção e não acontece concurso, só seleções. Não tem vínculo empregatício, só contrato e é bem ruim [...] A gente não tem férias neste contrato. São dois anos sem férias, porque eles usam como se fosse o tempo da renovação. Fazem por um ano e renovam, a gente recebe, mas não podemos ter as férias. A gente fica se confiando só em feriados. É muito cansativo por que sou 40 horas e imagine dois anos 40 horas sem férias é bem cansativo [Nutricionista 5].

O nosso contrato é assim, hoje você está e amanhã você não sabe. Não temos vínculo nenhum (vínculos trabalhistas). Nós não somos valorizados. Nós não recebíamos férias e agora depois de 7 anos é que vamos ter férias. [Nutricionista 1].

Muito precária nossa vinculação. Seria muito bom se aqui fosse concurso, porque a gente ia ser valorizado enquanto profissional, enquanto pessoa.

Saber que você poderia fazer muita coisa e saber que você não ia sair daqui. Ficar aqui no município, fazendo o que você gosta de fazer [Nutricionista 3]. Em termos de valorização também, a gente não tem um plano de cargos e carreiras. Tem gente que tem pós-graduação, eu tenho duas residências, tem colega que tem mestrado, que já está encaminhado para o doutorado e que ganha a mesma coisa. [Nutricionista 9].

Araújo (2007) conceitua o trabalho precário como a ausência de proteção social do trabalho, isto é, situação em que este se realiza desprovido de certos direitos e benefícios constitucionalmente assegurados. Além disso, outras variáveis podem se somar a este conceito, como, por exemplo: baixos vencimentos ou salários, inadequadas condições de trabalho etc. Para Faria e Dalbello-Araujo (2011) o trabalho precário refere-se à desproteção social; isto é, situações em que os trabalhadores não têm direitos e benefícios assegurados pelas legislações trabalhistas, como licença maternidade, férias anuais, décimo terceiro salário, aposentadoria e outros.

Dos nutricionistas pesquisados, somente três ingressaram no NASF via concurso público, os outros referiram ingresso via seleções simplificadas e que a vinculação se deu por meio de contratos temporários, com duração média de um a dois anos. Alguns nutricionistas revelaram que já realizaram cinco ou seis seleções para continuarem atuando no NASF no mesmo município. Apontaram a não garantia de direitos e benefícios trabalhistas como férias, décimo terceiro e seguro desemprego.

O tipo de contratação também foi apontado como uma fragilidade em um estudo nacional com nutricionistas do NASF em que os contratos temporários e os serviços terceirizados propiciam alta rotatividade nas contratações e, conseqüentemente, descontinuidade das ações (FAGUNDES, 2013).

A ESF tem como um dos seus propósitos a construção e o estabelecimento de vínculo dos profissionais com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade entre profissionais, usuários e comunidade, no entanto, as falas dos nutricionistas pesquisados apontam que, os vínculos trabalhistas frágeis, acarretam alta rotatividade dos profissionais, o que dificulta a efetivação deste propósito, impede a construção de planejamentos das ações a longo prazo, dificultando a organização do serviço e comprometendo a longitudinalidade do cuidado.

A ausência dos direitos e benefícios trabalhistas aos profissionais que atuam no SUS tem acarretado em alto grau de desmotivação e, gerando a rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a qualidade e continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população.

Diante de tal situação, foi criado em 2003, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Saúde, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DESPRECARIZA SUS, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governos, que devem adotar a política de gestão do trabalho voltada para a valorização do trabalhador. Suas ações propõem à garantia de requisitos básicos, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), vínculos de trabalho com proteção social, mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação das condições de trabalho, capacitação e educação permanente dos trabalhadores, humanização da qualidade do trabalho, dentre outros (BRASIL, 2006b). Contudo, após quase quinze anos da criação do DESPRECARIZA SUS, a realidade vivenciada pelos trabalhadores vai na contramão do proposto, especificamente a realidade dos informantes deste estudo é de um trabalho precarizado, com frágeis regimes de trabalho, sem garantia de direitos e benefícios.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como principal objetivo caracterizar a atuação dos nutricionistas nos NASF no estado do Ceará. Foi realizado em duas etapas, a primeira possibilitou a construção de um panorama mais geral de quem são, onde estão, da formação, da organização das equipes, capacitações e ações relativas a alimentação e nutrição. A segunda possibilitou um aprofundamento maior sobre percepção da atuação e do processo de trabalho dos nutricionistas inseridos no NASF-CE.

Os resultados frutos desta pesquisa possibilitaram compreender mais sobre o processo de trabalho destes profissionais e identificar as principais ações de

alimentação e nutrição desenvolvidas e foram identificados em quatro categorias temáticas: Ações desenvolvidas por nutricionistas na APS no NASF-CE; Relações estabelecidas na equipe NASF e entre equipes de NASF e ESF; Percepção acerca da atuação do nutricionista no NASF-CE; Condições de trabalho dos nutricionistas do NASF-CE.

O NASF vem se consolidando no estado do Ceará na última década. Está inserido na Atenção Primária à Saúde, presente em todas as macrorregiões de saúde, em municípios de pequeno, médio e grande porte no estado.

O perfil dos nutricionistas que compõem as equipes de NASF é de profissionais do sexo feminino, adultos jovens com idade entre 23 e 40 anos, com pouco tempo de formado, realizaram a graduação no estado do Ceará, o NASF é o primeiro emprego na APS, e a maioria está inserida no NASF há menos de um ano, tendo como principal vínculo empregatício os contratos temporários. Com uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais. Estão vinculados a número maior de EqSF do que o preconizado, o que se mostra como uma fragilidade no processo de trabalho. E apontara que não receberam capacitação inicial para ingresso ao NASF.

Na composição das equipes, o fisioterapeuta foi o profissional mais citado, seguido do assistente social, professor de educação física e psicólogo. Há a realização de planejamentos periódicos entre a equipe de NASF.

Foi possível perceber que utilizam na prática materiais de apoio técnico do MS, entretanto, apontam que conhecem, mas não utilizam materiais importantes sobre as diretrizes do NASF e da atuação do nutricionista na AB, como o Caderno de Atenção Básica 27 e a Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica.

Em relação a organização da atenção nutricional, os principais grupos populacionais atendidos são os adultos, idosos e crianças de seis a vinte e quatro meses. Os indivíduos foram apontados como o grupo populacional que demandam de mais ações de alimentação e nutrição. E as ações de promoção da saúde forma citadas como as principais desenvolvidas quanto aos cuidados relativos a alimentação e nutrição. Referiram que não realizaram identificação das áreas geográficas mais vulneráveis aos agravos nutricionais e realizam diagnóstico alimentar e nutricional da população, e dados para o diagnóstico são obtidas através do e-SUS, dados das EqSF e dados do SISVAN.

Pôde-se constatar a disposição dos profissionais na compreensão da proposta de trabalho no NASF e esforço para efetivação das práticas, buscando

romper o modelo tradicional de fazer saúde, para um modelo mais amplo e condizente com a proposta da APS. Mesmo com todas as limitações decorrentes do processo de formação e da carência de suporte teórico antes do ingresso na ESF. Com a busca por superar tais limitações por meio do aprendizado no cotidiano de trabalho na ESF, bem como, pela busca de realização de formação posterior, principalmente nas áreas de saúde pública e coletiva.

As ações desenvolvidas são diversas, de assistência, promoção de saúde, prevenção de doenças, voltadas as equipes, usuários, famílias e comunidade. Mas foi possível perceber uma prática voltada em maior parte a assistência ao usuário. As agendas de trabalho são compostas por atividades coletivas, visitas domiciliares, grupos, atendimentos individuais, coletivos, compartilhados, reuniões, planejamentos, projetos terapêuticos singulares. Os profissionais demonstraram incômodo com o predomínio de ações de assistência individual e estão buscando romper esta lógica.

As ações com outros órgãos e setores no município foram citadas como uma das ações desenvolvidas, sendo realizadas principalmente com a assistência social e a educação. As ações são cotidianas, mas ainda apresentam fragilidade na articulação e planejamento.

A relação de trabalho entre os profissionais do NASF está estabelecida e integrada, há dialogo e o desenvolvimento de trabalho conjunto.

Entretanto, as relações estabelecidas entre o NASF e a EqSF são frágeis, há dificuldade em construir o trabalho sincrônico. Os profissionais relataram como um dos impasses uma certa incompreensão do papel do NASF por parte da EqSF, com uma visão fragmentada e somente de assistência. O enfermeiro foi citado como o profissional da equipe mínima que possui maior articulação com o NASF.

Os profissionais demonstraram compreensão da importância atuação no desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição frente ao perfil epidemiológico e nutricional brasileiro. As ações de promoção de saúde e prevenção de doenças foram apontadas como as mais importantes a serem desenvolvidas pelos nutricionistas e de forma compartilhada e corresponsabilizada com os outros profissionais do NASF e das EqSF.

As condições de trabalho foram apontadas como uma das principais dificuldades na concretização da atuação e no desenvolvimento das ações. Relatam falta de estrutura física, de material e de recursos para desenvolvimento das atividades, falta de transporte para o deslocamento para as ações, vínculos de

trabalhos temporários e precários, o que acarreta na construção de vínculos frágeis com a comunidade e as equipes, alta rotatividade de profissionais e baixos salários.

A atuação do nutricionista no NASF é algo amplo, recente, e inovador e que vem se expandindo ao longo dos últimos dez anos. A sua prática vem sendo construída, desenvolvida e consolidada ao mesmo tempo no cotidiano dos Centros de Saúde e dos territórios. Possui um amplo campo de ações possíveis a serem desenvolvidas. É um saber-fazer voltado às equipes de SF, usuários, famílias e comunidades. A atual situação alimentar e nutricional, o perfil epidemiológico e nutricional brasileiro, com a coexistência de doenças acarretadas tanto pela carência como pelo excesso alimentar, mostram a importância cada vez maior da presença deste profissional na APS. Sua presença no APS/NASF não é obrigatória, entretanto, sua atuação possibilita o compartilhamento e a propagação de saberes e práticas que favorecem a capacitação das equipes para enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais.

Ressalta-se a importância de novos estudos sobre esta temática, que contribuam para o aperfeiçoamento profissional e a concretização da proposta do NASF. Pertinente também será a construção de estudos com a perspectiva dos profissionais que compõem as EqSF e dos usuários sobre esta proposta.

Anseia-se que os resultados frutos deste estudo contribuam para compreensão deste recente campo de trabalho, favoreçam a atuação profissional na área e a concretização dos objetivos do NASF.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, M. N. **O nutricionista na estratégia saúde da família: reflexões sobre sua atuação no município de Chapecó.** 2013. 162f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, 2013.
- AGUIAR, C. B. **Formação acadêmica e atuação profissional de nutricionistas de Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Goiás.** 2013. 108f. Dissertação (mestrado em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.
- ANDRADE, L. M. B. et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Revista Saúde Transformação Social**, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.
- ARAÚJO, L. M. et al. Para subsidiar a discussão sobre a despreciação do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, mar. 2007.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.2, n. 4, 2012.
- ARCE, V. A. R; TEIXEIRA, C. F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n.,03, p. 228-240, set. 2017 .
- ASSIS, A. M.O; SANTOS, S. M. C; FREITAS, M. C. S; SANTOS, J. M; SILVA, M. C. M. O. Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, v. 15, n. 3, p. 255-266, 2002.
- BATISTA FILHO, M; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, 2010a. 152p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.
- _____. Ministério da Saúde. **Documento-base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. **Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

_____. Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (Losan). **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde.** Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** 2. ed. rev. 2003. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012d.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 548 de 04 de abril de 2013.** Define os fluxos para adequação às modalidades de NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados** – 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **DATASUS/CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Equipe de NASF. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, 39).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**: Ministério da Saúde. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de saúde bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Unidade geográfica Ceará. Brasília, 2016.

BRITO, F. R. S. **Os nutricionistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro: perfil, formação profissional e prática**. 2015. 162f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

CAMOSSA, A.C.A.; TERAROLLI JUNIOR, R.; MACHADO, M.L.T. O fazer teórico do nutricionista na Estratégia Saúde da Família: representações sociais dos profissionais das equipes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 89-106, 2012.

CAMPOS, G.W.S.; BEDRIKOW, R; AMORIM SANTOS, J; VIDAL TERRA, L. S; AZEVEDO, F. J; TONACO, B. F. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 261-266, 2016.

CAMPOS et al. Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 9. n 3. p. 745-749. 2004.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 02, 2007.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Núcleos de Apoio da Saúde da Família do Estado do Ceará - vigência 2016**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2016.

_____. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**: reorganização dos serviços de saúde (PDR/2014). Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2014.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.141- 65, 2004.

COSTA, K. A. O; SANTANA, P. R. A importância e o papel do nutricionista na Atenção Básica em Vitória de Santo Antão /PE. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, dez. 2011.

COLONETTI, T; CERETTA, L. B; TUON, L; SIMÕES, P. W; RIBEIRO, R. S.V. Perfil e inserção do profissional nutricionista atuante na atenção básica na região carbonífera de Santa Catarina. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 4, n. 2, nov. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Resolução 466/12**. Brasília, 2012c.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 5, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição. **Diário Oficial da União**. 2001; nov 9, Seção 1, p.39

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DIAS, M. S. A. et al. Intersetorialidade e estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, 2014.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H, M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. **Revista Panam Salud Pública**, n. 21, v. 2-3, p.164-176, 2007.

FAGUNDES, A. A. **A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. 2013. 189f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Mediações**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 142-156, jan./jun. 2011.

FERREIRA, V. A; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2007.

FREITAS, M.C.S; MINAYO, M. C. S; FONTES. G.A.V. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p. 31-38, 2011.

GEUS, L. M. M. et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 16, supl. 1, p. 797-804, 2011.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.783-794, 2009.

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

GOMESA, D. R; MARTINS, P. C; NERES, W. C. O nutricionista e a atenção básica: importância de sua atuação no núcleo de apoio à saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.37, n.3, p.553-570 jul/set. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamento familiar 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades - Ceará**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LANCMAN, S; GONÇALVES. R. M. A; CORDONE, N. G; BARROS, J. O. Estudo do trabalho e do trabalhador no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013.

LEÃO, M; MALUF. R. S. **A construção social de um sistema público de segurança alimentar e nutricional**: a experiência brasileira. Brasília: ABRANDH, 2012.

MANCUSO, A. M. C; TONACIO, L. V; SILVA, E. R; VIEIRA, V. L. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, 2012.

MATTOS, P. F; NEVES, A. S. A Importância da Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. **Revista Práxis**, Ano I, n. 2, ago. 2009.

MOURA, R.H., LUZIO, C.A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface**, v. 1, n. 1, 2014.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORETTI-PIRES, R. O, CAMPOS, D. A. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 379-389, 2010.

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

NEIS, M; STOLLMAIER, A; SILVEIRA, J.L.G.C; BERTIN, R.L. A importância do nutricionista na Atenção Básica a Saúde. **Rev. Ciências Humanas**, v. 1, n. 1, out. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estatísticas da Saúde Mundial 2012**. Genebra: OMS, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde: Declaração de Alma-Ata**, Alma-Ata, URSS: OMS 1978. p. 1.

_____. Obesidade e Excesso de Peso. **Folha de fato**, n. 311, jan. 2015.

PACHECO, M. P; RAMOS, M. Nutricionista em atenção básica: a visão do usuário. **Demetra / Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, n. 2, p. 483-501, 2014.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, v. 2, n. 1, 2011.

_____. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

_____. Atenção à saúde no Brasil. In: Ministério da Saúde. **Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: MS, 2004. p. 15-44.

RECINE, E.; VASCONCELLOS A.B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, 2011.

RODRIGUES, D. C. M. **O lugar do nutricionista nos núcleos de apoio à saúde da Família em Fortaleza**. 2012. 224f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 224f, 2012.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **ACM Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 3, n. 3, p. 31-40, 2004.

SCHMIDT, M. I; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiologia nos Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 421-423, dez. 2011.

SILVA, R. V. G. O. **O processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a integralidade**. 2014. 294f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2014.

SILVA, E. M; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3033-3042, 2015 .

SILVEIRA, D. T; WITT, R. R. Educação em Saúde: o trabalho de grupos na atenção primária. **Ver. APS**, v.12, n. 2, p. 211-227, 2009.

STARFIELD. B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

SOUZA, F. R. **Processo de construção dos Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na atenção básica do estado do Ceará**. 2013. 221 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Departamento de Saúde Comunitária. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.6, p.1027-1034, 2005.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. In: CONFERÊNCIAS MUNICIPAL E ESTADUAL DE SAÚDE, 1., 2011. Salvador, **Anais...** Salvador: [s.n.], 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 2, n. 1, 2002.

VASCONCELOS, F. A. G. A inserção do Nutricionista no Sistema Único de Saúde. In: TADDEI, J. A. A; LANG, R. M. F; LONGO-SILVA, G.; TOLONI, M. H. A. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011, p. 423-435

VASCONCELOS, I. A. L; SOUSA, M, F. S; L, M. P. Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: a contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família de 2007 a 2013. **Rev. Nutr.**, v. 28, n.4, p.431-450, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário on-line

Seção 1 de 13



Pesquisa "NUTRICIONISTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO ESTADO DO CEARÁ: PERFIL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL"

Prezado Nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do estado do Ceará, você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa "NUTRICIONISTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO ESTADO DO CEARÁ: PERFIL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL", que está sendo desenvolvida no Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pela pesquisadora Fátima Café Ribeiro dos Santos, sob a orientação da Professora Dra. Maria Marlene Marques Ávila.

Todas as informações oferecidas por você são sigilosas e confidenciais. Os resultados oriundos deste questionário, serão analisados e divulgados de forma conjunta, sem nenhuma identificação individual.

O tempo estimado para o preenchimento do questionário é de dez minutos.

Na próxima página você terá acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contém todas as informações referentes a esta pesquisa, objetivo e critérios éticos. Para participar da Pesquisa você terá que aceitar os termos contidos no TCLE e dar seu consentimento.

Agradecemos desde já o seu interesse e colaboração.

Seção 2 de 13



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Nutricionista do NASF, você está sendo convidado(a) a participar da Pesquisa intitulada "NUTRICIONISTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO ESTADO DO CEARÁ: PERFIL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL", desenvolvida por: Fátima Café Ribeiro dos Santos, nutricionista, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, sob orientação da Professora Drª Maria Marlene Marques Ávila.

Esta pesquisa tem como objetivo caracterizar a atuação do profissional nutricionista no âmbito do NASF do estado do Ceará.

Nesta etapa da pesquisa os dados serão coletados através de um questionário on-line autoaplicável. Com tempo estimado para preenchimento de dez minutos.

Sua participação como informante é fundamental, por ser considerado o ator chave e estará contribuindo para a formação de conhecimento relacionado ao tema.

A decisão de participar da pesquisa é pessoal e livre. O risco que tange esta pesquisa é mínimo. São seus direitos: obter resposta a qualquer pergunta ou dúvida, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados à investigação; liberdade de retirar seu consentimento, mesmo após ter respondido o questionário sem que isso traga prejuízos a si; garantia que não será identificado e terá sua privacidade preservada na divulgação dos resultados da pesquisa.

Caso seja necessário, poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Fátima Café Ribeiro dos Santos e/ou Profa. Dra. Maria Marlene Marques Ávila (orientadora) do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – PPSAC, da Universidade Estadual do Ceará (UECE), na Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, bloco central, Fortaleza, Ceará, telefone: (85) 3101-9826, celular: (88) 99472-5702, e-mail: fatimacafe@hotmail.com. Em caso de qualquer questionamento sobre a pesquisa o (a) senhor (a) poderá se dirigir ao Comitê de Ética e Pesquisa da UECE, na Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, entre os blocos J e H, fone: 3101-9890, e-mail: cep@uece.br.

Atenciosamente,
Fátima Café Ribeiro dos Santos

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa intitulada: NUTRICIONISTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO ESTADO DO CEARÁ: PERFIL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL.

Foi-me garantido que a decisão de participar da pesquisa é pessoal e livre. Informado que os riscos que tange esta pesquisa são mínimos. São meus direitos: obter resposta a qualquer pergunta ou dúvida, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados à investigação; liberdade de retirar meu consentimento mesmo após ter respondido o questionário sem que isso traga prejuízos a mim; garantia que não serei identificado e terei minha privacidade preservada na divulgação dos resultados da pesquisa.

Além disso, caso seja necessário, poderei entrar em contato para quaisquer esclarecimentos, com as pesquisadoras responsáveis: Fátima Café Ribeiro dos Santos e/ou Profa. Dra. Maria Marlene Marques Ávila (orientadora), do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – PPSAC, Universidade Estadual do Ceará (UECE), na Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, bloco central, Fortaleza, Ceará, fone: (85)3101-9826, celular: (88) 99472-5702, e-mail: fatimacafe@hotmail.com. Ou em caso de qualquer questionamento sobre a pesquisa poderei me dirigir ao Comitê de Ética e Pesquisa da UECE, Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, entre os blocos J e H, fone: 3101-9890, e-mail: cep@uece.br.

Aceito participar da pesquisa dando meu consentimento. *

☐ Sim

☐ Não

Seção 3 de 13



Identificação

Descrição (opcional)

Idade *

Texto de resposta curta



Sexo

☒ Múltipla escolha

☐ Feminino



☐ Masculino



☐ Adicionar opção ou [ADICIONAR "OUTRO"](#)



Obrigatória



Local do município em que atua. *

- ☐ Sede
- ☐ Distrito
- ☐ Sede e Distrito

Macrorregião de Saúde que atua. *

1. Macrorregião 1 - Fortaleza
2. Macrorregião 2 - Sobral
3. Macrorregião 3 - Cariri
4. Macrorregião 4 - Sertão Central
5. Macrorregião 5 - Litoral Leste/Jaguaribe

Seção 4 de 13



Perfil da Formação

Descrição (opcional)

Nome da instituição que realizou a graduação em nutrição *

Texto de resposta curta

Em relação à entidade mantenedora da instituição de Graduação *

- ☐ Pública
- ☐ Privada
- ☐ Outra

Ano de conclusão da graduação *

Texto de resposta curta

Estado em que realizou a graduação *

1. Acre
2. Alagoas
3. Amapá
4. Amazonas
5. Bahia
6. Ceará
7. Distrito Federal
8. Espírito Santo
9. Goiás
10. Maranhão
11. Mato Grosso
12. Mato Grosso do Sul
13. Minas Gerais
14. Pará
15. Paraíba
16. Paraná
17. Pernambuco
18. Piauí
19. Rio de Janeiro
20. Rio Grande do Norte

21. Rio Grande do Sul

22. Rondônia

23. Roraima

24. Santa Catarina

25. São Paulo

26. Sergipe

27. Tocantins

Realizou alguma formação acadêmica posterior? *

☐ Sim

☐ Não

Seção 5 de 13



Perfil da Formação

Descrição (opcional)

Se sim, qual a formação acadêmica posterior foi realizada ? *

☐ Especialização

☐ Residência

☐ Mestrado acadêmico

☐ Mestrado Profissional

☐ Doutorado

A formação posterior foi em que área de atuação? *

- ☐ Saúde Pública/Saúde Coletiva
- ☐ Alimentação Coletiva/UAN
- ☐ Alimentação Escolar
- ☐ Clínica
- ☐ Esportiva
- ☐ Educação em Saúde/Docência
- ☐ Outra

Seção 6 de 13



Vínculos de trabalho

Descrição (opcional)

O NASF é o seu primeiro trabalho na Atenção Básica à Saúde? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Há quanto tempo você atua no NASF ? *

- ☐ 6 meses ou menos
- ☐ De 6 meses a 1 ano
- ☐ De 1 ano a 1 ano e meio
- ☐ De 1 ano e meio a 2 anos
- ☐ De 2 a 3 anos
- ☐ De 3 a 4 anos
- ☐ De 4 a 5 anos
- ☐ De 5 a 6 anos
- ☐ 6 anos ou mais

Qual é o seu tipo de vínculo trabalhista com o NASF ? *

- ☐ Concursado
- ☐ Contratado
- ☐ Celetista
- ☐ Outro
- ☐ Não possui

Qual a sua jornada de trabalho semanal no NASF ? *

- ☐ Menos de 20 h
- ☐ 20 h
- ☐ 30 h
- ☐ 40 h
- ☐ Mais de 40 h

Sua equipe de NASF está vinculada a quantas equipes de Saúde da Família ? *

- ☐ Uma
- ☐ Duas
- ☐ Três
- ☐ Quatro
- ☐ Cinco
- ☐ Seis
- ☐ Sete
- ☐ Oito
- ☐ Nove
- ☐ Dez ou mais

Quais os profissionais que compõem a equipe de NASF que você atua ? *

- ☐ Assistente social
- ☐ Farmacêutico
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Fonoaudiólogo
- ☐ Médico (diversas categorias que podem compôr as equipes)
- ☐ Profissional/Professor de Educação Física
- ☐ Psicólogo
- ☐ Terapeuta ocupacional
- ☐ Profissional com formação em arte e educação
- ☐ Profissional de saúde sanitária

Você atua em outros órgãos ou setores no município? *

☐ Sim

☐ Não

Seção 7 de 13



Vínculos de trabalho

Descrição (opcional)

Se sim, qual(is) outros órgãos ou setores no município você atua? *

Texto de resposta curta

Quantas horas por semana ? *

Texto de resposta curta

Planejamento da ações

Descrição (opcional)

A equipe de NASF que você atua realiza planejamento das ações? *

☐ Sim

☐ Não

Qual a frequência do planejamento das ações da equipe de NASF que você atua ?

☐ Semanal

☐ Quinzenal

☐ Mensal

☐ Semestral

☐ Anual

☐ Não se aplica

Todos os profissionais da equipe de NASF que você atua participam deste planejamento? *

☐ Sim

☐ Não

A equipe de NASF que você atua realiza planejamento das ações com a Equipe de Saúde da Família ? *

☐ Sim

☐ Não

Qual a frequência do planejamento das ações da equipe de NASF que você atua com a Equipe de Saúde da Família?

- ☐ Semanal
- ☐ Quinzenal
- ☐ Mensal
- ☐ Semestral
- ☐ Anual
- ☐ Não se aplica

Todos os profissionais da equipe de Saúde da Família participam deste planejamento?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

...

A equipe de NASF que você atua realiza planejamento das ações com a comunidade e/ou outros órgãos ou setores do município?

*

- ☐ Sim
- ☐ Não

Quais das atividades abaixo listadas são desenvolvidas pela equipe de NASF que você atua?

*

- ☐ Matriciamento
- ☐ Atendimentos individuais
- ☐ Atendimentos coletivos
- ☐ Grupos
- ☐ Visitas domiciliares
- ☐ Atividades coletivas

- ☐ Educação permanente
- ☐ Elaboração de material de apoio técnico
- ☐ Projeto Terapêutico Singular
- ☐ Projeto Saúde no Território
- ☐ Atividades comunitárias

Quais das atividades listadas abaixo você desenvolve como nutricionista do NASF? *

- ☐ Matriciamento
- ☐ Atendimentos individuais
- ☐ Atendimentos coletivos
- ☐ Grupos
- ☐ Visitas domiciliares
- ☐ Atividades coletivas
- ☐ Educação permanente
- ☐ Elaboração de material de apoio técnico
- ☐ Projeto Terapêutico Singular
- ☐ Projeto Saúde no Território
- ☐ Atividades comunitárias

- ☐ Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família
- ☐ Acompanhamento dos programas de suplementação preventiva (Vitamina A, Ferro, NutriSUS)
- ☐ Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN Web

Aperfeiçoamento profissional

Descrição (opcional)

Recebeu algum curso introdutório ou capacitação antes de ingressar no NASF? *

☐ Sim

☐ Não

Você realizou ou realiza algum curso ou educação permanente para aprimoramento profissional do NASF?

☐ Sim

☐ Não

⋮

Você utiliza algum material técnico do Ministério da Saúde (MS) na sua prática profissional? *

☐ Sim

☐ Não

Aperfeiçoamento profissional

Descrição (opcional)

Em relação aos materiais técnicos do Ministério da Saúde abaixo listados, * selecione a opção mais condizente (conheço; não conheço; conheço e utilizo; conheço e não utilizo).

	Conheço	Não Conheço	Conheço e utilizo	Conheço e não utilizo
CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA - Nº 27 - NASF- Diretrizes do NASF (MS, 2010)	☐	☐	☐	☐
CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA - Nº 39 - NASF- Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano (MS, 2014)	☐	☐	☐	☐
CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA - Saúde da Criança - Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (MS, 2015)	☐	☐	☐	☐
CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA - Estratégia para o cuidado das pessoas com doença crônica - Obesidade (MS, 2014)	☐	☐	☐	☐
CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA - Estratégia para o cuidado das pessoas com doença crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica (MS, 2013)	☐	☐	☐	☐
CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA - Estratégia para o cuidado das pessoas com doença crônica - Diabetes Mellitus (MS, 2013)	☐	☐	☐	☐
CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA - Estratégia para o cuidado das pessoas com doença crônica - Carências de Micronutrientes (MS, 2007)	☐	☐	☐	☐
Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional (MS, 2017)	☐	☐	☐	☐
Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde (MS, 2016)	☐	☐	☐	☐
Instrutivo: Metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica (MS, 2016)	☐	☐	☐	☐
GUIA ALIMENTAR PARA POPULAÇÃO BRASILEIRA (MS, 2015)	☐	☐	☐	☐

MATRIZ DE AÇÕES DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA
ATENÇÃO BÁSICA (MS, 2009)

☐☐☐☐

Na cozinha com as frutas, legumes
e verduras (MS, 2016)

☐☐☐☐

Orientações para avaliação de
marcadores do consumo alimentar
na Atenção Básica (MS, 2015)

☐☐☐☐

Política Nacional de Alimentação e
Nutrição (MS, 2012)

☐☐☐☐

Política Nacional de Atenção
Básica (MS, 2012)

☐☐☐☐

Política Nacional de Promoção da
Saúde (MS, 2010)

☐☐☐☐

Seção 11 de 13



Atenção Nutricional

Descrição (opcional)

Quais os grupos populacionais atendidos pela equipe de NASF que você atua? *

☐ Crianças < 6 meses

☐ Crianças de 6 a 24 meses

☐ Crianças de 2 a 5 anos

☐ Crianças de 5 a 9 anos

☐ Adolescentes

☐ Adultos

☐ Idosos

Em relação aos sujeitos das ações desenvolvidas, qual é o grupo que demanda mais ações? *

- ☐ Indivíduos
- ☐ Família
- ☐ Comunidade

Quais das ações abaixo listadas, de cuidado relativos à alimentação e nutrição, é a mais realizada ? *

- ☐ Diagnóstico
- ☐ Tratamento/Cuidado
- ☐ Prevenção de agravos
- ☐ Promoção da saúde

...

Foi desenvolvido algum protocolo ou manual de orientação da atenção nutricional individual e/ou coletivo? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Realiza a identificação das áreas geográficas e grupos populacionais mais vulneráveis aos agravos nutricionais? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Realiza o diagnóstico alimentar e nutricional da população? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Seção 12 de 13



Atenção Nutricional

Descrição (opcional)

Se realiza o diagnóstico alimentar e nutricional da população, de onde os dados são coletados? *

- ☐ SISVAN
- ☐ E-SUS
- ☐ Territorialização
- ☐ Dados da equipe de Saúde da Família

Seção 13 de 13



Agradecemos o seu interesse e contribuição com a pesquisa.

Atenciosamente,

Fátima Café Ribeiro dos Santos e
Maria Marlene Marques Ávila

Descrição (opcional)

Pergunta *

☐ Enviar

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante, solicito sua colaboração para participar da construção da pesquisa intitulada: **NUTRICIONISTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO ESTADO DO CEARÁ: PERFIL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL**, desenvolvida por: **Fátima Café Ribeiro dos Santos**, Nutricionista, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, sob orientação da Prof^a Dr^a **Maria Marlene Marques Ávila**.

O objetivo desta pesquisa é caracterizar a atuação do profissional nutricionista no âmbito do NASF do estado do Ceará.

Sua participação como informante é fundamental para a execução da pesquisa, que será parte dos resultados da dissertação e de posteriores publicações científica.

São seus direitos: obter resposta a qualquer pergunta ou dúvida, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados à investigação; Liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento do estudo sem que isso traga prejuízos a si; Garantia que não será identificado e terá sua privacidade preservada.

O risco que a pesquisa envolve é a exposição de suas opiniões, o que será minimizado pela pesquisadora, tanto no que tange a alguma pergunta que possa constrange-lo (la) quanto pela garantia de total sigilo e anonimato na divulgação dos resultados, não descrevendo situações ou lugares que concorram para sua identificação.

Assim, solicito sua autorização como voluntário para realização de uma entrevista gravada.

Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo e caso seja necessário, poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis: Fátima Café Ribeiro dos Santos e/ou Profa. Dra. Maria Marlene Marques Ávila (orientadora). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPSAC, Universidade Estadual do Ceará, UECE, Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, bloco central, Fortaleza, Ceará, fone: 3101-9826, celular: (88) 99911-7112, email: fatimacafe@hotmail.com.

Em caso de qualquer questionamento sobre a pesquisa o (a) senhor (a) poderá se dirigir ao Comitê de Ética e Pesquisa da UECE, Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, entre os blocos J e H, fone: 3101-9890, email cep@uece.br.

Fortaleza, Ceará, _____ de _____ de 2017.

Pesquisadora Responsável

“Declaro que fui informado (a) de forma clara e detalhada sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa intitulada: NUTRICIONISTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO ESTADO DO CEARÁ: PERFIL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL.”

Fortaleza, Ceará, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) participante

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

Pesquisa: NUTRICIONISTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO ESTADO DO CEARÁ: PERFIL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL.

Mestranda: Fátima Café Ribeiro dos Santos

Roteiro de entrevista semiestruturada

PERFIL

Nome:

Idade:

Sexo:

Município de atuação:

Macrorregião de atuação:

Tempo de atuação no NASF:

Carga Horária semanal:

Vínculo de trabalho:

Número de Equipes de Saúde da Família vinculadas:

1. Como você ingressou no NASF?

2. Qual a sua percepção sobre a atuação do nutricionista no NASF/ESF?

3. Como é a sua rotina semanal de trabalho (semana típica)?

4. Quais as principais ações que você desenvolve no NASF?

-Sozinho

-Com a Equipe de NASF e SF.

5. Quais profissionais de saúde da equipe de Saúde da Família e do NASF atuam com você no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição? Como ocorre?
6. Você realiza ações de alimentação e nutrição com outros setores do município? Quais são estes? Como ocorrem estas ações?
7. Podia relatar sobre suas condições de trabalho?
8. Quais as fragilidades que você percebe como nutricionista na atuação no NASF?
9. Quais as potencialidades que você percebe como nutricionista na atuação no NASF?

ANEXOS

ANEXO A - Carta de anuência



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Isabel Cristina Cavalcanti Carlos, Secretária Adjunta da Saúde do Estado do Ceará, autorizo a realização da pesquisa intitulada ***"Nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Estado do Ceará: Perfil e Atuação Profissional"*** que tem como Pesquisadora Fátima Café Ribeiro dos Santos, sob a orientação da Pro^{fa}. Dra. Maria Marlene Marques Ávila para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.

A pesquisa será realizada na Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS) e o período de coleta será de julho a setembro de 2017.

Fortaleza, 07 de 08 de 2017.

Isabel Cristina Cavalcanti Carlos
Secretária Adjunta da Saúde

Isabel Cristina Cavalcanti Carlos
Secretária Adjunta da Saúde do Estado do Ceará

ANEXO B - Termo de fiel depositário


ESTADO DO CEARÁ

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

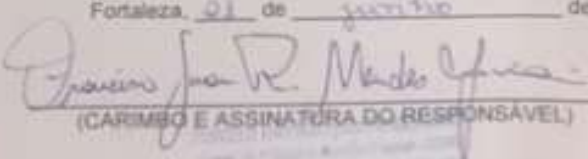
Eu Francisco José R. Mendes Junior RG 9600214768 cargo Coordenador OPAS função fiel depositário do banco de e-mails
e da base de dados do Núcleo de Atenção Primária da Coordenadora de Políticas e Atenção à Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará, situada na Avenida Almirante Barroso, 500, Praia de Iracema, Fortaleza-Ceará, declaro que a pesquisadora Fátima Café Ribeiro dos Santos, CPF: 018.437.808-26, Nutricionista, endereçada na Rua Dr. Justa Araújo, nº 1140, Itaperi, Fortaleza-Ceará, está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: "NUTRICIONISTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO ESTADO DO CEARÁ: PERFIL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL", cujo objetivo geral é caracterizar a atuação do profissional nutricionista no âmbito do NASF no estado Ceará. Para tal, necessita obter o banco de e-mails para realizar a pesquisa on-line, em que será enviado um questionário para os e-mails dos profissionais nutricionistas que atuam nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Estado de Ceará, durante os meses de julho a setembro de 2017.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 469/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

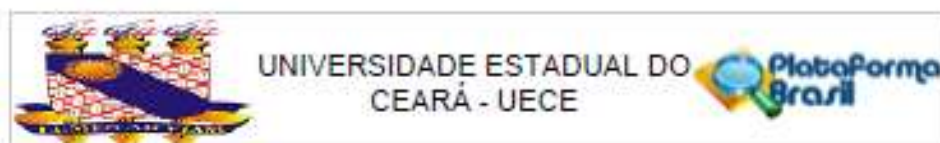
- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, 01 de junho de 2017.


(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

ANEXO C - Parecer CEP-UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NUTRICIONISTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO ESTADO DO CEARÁ: PERFIL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL.

Pesquisador: FÁTIMA CAFÉ RIBEIRO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64812817.1.0000.5534

Instituição Proponente: Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.222.664

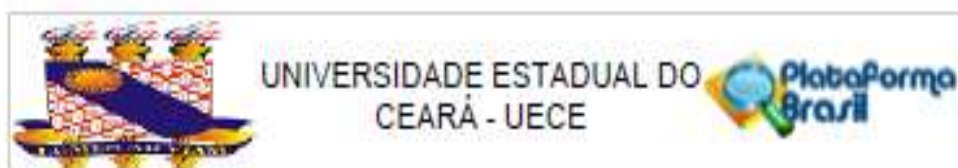
Apresentação do Projeto:

O profissional nutricionista tem um importante papel contribuindo como referência técnica para promoção de práticas alimentares saudáveis dentro da ESF. Diante disto, este estudo tem como objetivo caracterizar a atuação dos profissionais nutricionistas que atuam nos NASF do estado do Ceará. A pesquisa é de natureza quali-quantil. Os sujeitos da pesquisa serão os nutricionistas que atuam nos NASF do Estado. A pesquisa será realizada em duas etapas: na primeira etapa será utilizada a abordagem quantitativa descritiva, para construção do perfil dos profissionais nutricionistas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no estado do Ceará, através de um questionário online. Na segunda etapa da pesquisa, será utilizada a abordagem de cunho qualitativo, com intuito de promover um maior aprofundamento e compreender as percepções dos nutricionistas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no estado do Ceará sobre processo de trabalho e sua atuação profissional, será utilizada como técnica a entrevista semi-estruturada. Para análise dos dados qualitativos será utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, como modalidade a Análise Temática.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar a atuação do profissional nutricionista no âmbito do NASF no estado do Ceará.

Endereço: Av. Siam Manguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-909
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9008 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 2.222.064

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o projeto de pesquisa a pesquisadora relata que o risco que a pesquisa envolve é a exposição de suas opiniões. Sendo este minimizado pela pesquisadora, tanto no que tange a alguma pergunta que possa constrangê-lo (la) quanto pela garantia de total sigilo e anonimato na divulgação dos resultados, não descrevendo situações ou lugares que concorram para sua identificação.

Com relação ao benefícios, a pesquisa descreve que possibilitará uma melhor reflexão sobre a atuação do profissional nutricionista no NASF no estado do Ceará. Bem como possui a possibilidade de publicação de artigo científico, em revista de circulação nacional, contribuindo assim para discussão da temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é válido e muito relevante, pois o assunto, de acordo com a justificativa do projeto, é escasso e possibilitará uma melhor compreensão sobre o profissional nutricionista no NASF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários (TCLE, carta de anuência, folha de rosto e fiel depositário) para a execução do trabalho estão de acordo.

Recomendações:

Tudo está de acordo, apenas observar erros de digitação, pois algumas palavras estão faltando letras, e verificar se isso também está no documento no formato digitável, para não persistir erros.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de acordo e sem pendências.

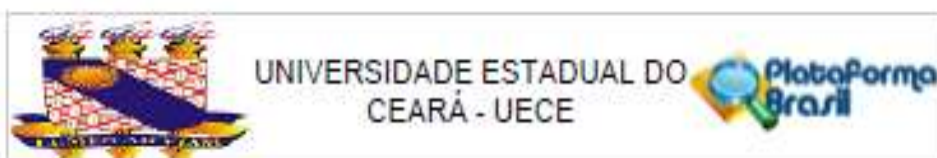
Considerações Finais a critério do CEP:

Recomendo que seja elaborado e entregue o relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_865038.pdf	10/08/2017 12:09:50		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Cep.pdf	10/08/2017 12:09:16	FATIMA CAFE RIBEIRO DOS SANTOS	Acelto
Outros	Termo_de_fiel_depositario.pdf	10/08/2017 12:02:38	FATIMA CAFE RIBEIRO DOS	Acelto

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700
 Bairro: Itapetã CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0006 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 2.222.684

Outros	Termo_de_fiel_depositario.pdf	10/08/2017 12:02:38	SANTOS	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia.pdf	10/08/2017 12:00:02	FATIMA CAFE RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/02/2017 12:35:52	FATIMA CAFE RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	15/02/2017 12:29:10	FATIMA CAFE RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 16 de Agosto de 2017

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Siam Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-909
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0890 Fax: (85)3101-9006 E-mail: cep@uece.br