

Artigos Originais

Avaliação do processo de trabalho dos nutricionistas dos núcleos de apoio à saúde da família do Meio Oeste de Santa Catarina

Evaluation of work process of the nutritionists of the health family support nucleus of the Middle West of Santa Catarina

Dalvan Antonio de Campos¹
 Marcelo Vieira¹
 Rodrigo Otávio Moretti Pires¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina

Resumo: A Atenção Básica de Saúde (AB) tem como principal estratégia a Equipe de Saúde da Família (eSF). Já que o escopo dessa estratégia não conseguia suprir as necessidades de saúde, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo Ministério da Saúde a fim de promover apoio e ampliar o escopo da AB. Com essa nova estratégia o Nutricionista é inserido na Atenção Básica, sendo o principal responsável pela área de alimentação e nutrição. O objetivo do presente trabalho foi avaliar o processo de trabalho dos nutricionistas dos NASF das Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR) de Concórdia e Joaçaba. A pesquisa foi realizada nos municípios (n=6) das SDRs que contavam com nutricionista no NASF e aceitaram participar do estudo. Trata-se de uma pesquisa avaliativa com informações qualitativas. Para coleta dos dados com nutricionistas das equipes NASF (n=6) e enfermeiros e médicos das eSF (n=6), foram feitas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado. As entrevistas foram transcritas na íntegra e para análise dos dados utilizou-se Grounded Theory. O processo de trabalho dos nutricionistas avaliados possui um deslocamento importante para atividades voltadas à população, quando comparadas com as atividades realizadas com e para as equipes. Além disso, pode-se perceber que as ações de alimentação e nutrição ainda pautam-se na lógica fragmentada de saúde estando focadas no atendimento ambulatorial do nutricionista.

Palavras-chave: pesquisa qualitativa; atenção primária à saúde; núcleos de apoio à saúde da família; nutricionista.

Abstract The main strategy of Basic Health Care (AB) is the Family Health Team (eSF). As the scope of this strategy could not meet the health needs, the Family Health Support Centers (NASF) were created by the Ministry of Health in order to promote support and broaden the scope of BHC. With this new strategy, the Nutritionist is inserted in AB, being the main responsible for the area of food and nutrition. The objective of the present study was to evaluate the work process of the nutritionists of the NASF of the Secretariats of Regional Development (SDR) of Concórdia and Joaçaba. The research was carried out in the counties (n=6) of SDR that had a nutritionist in NASF and accepted to participate in the study. It is a research with qualitative information. To collect data with the health professionals of the NASF and eSF teams (n = 12), individual interviews were conducted with a semi-structured script. The interviews were transcribed in full and for analysis of the data was used Grounded Theory. The work process of the evaluated Nutritionists has an important displacement for activities directed to the population, when compared with the activities carried out with and for the teams. In addition, we noticed that the actions of food and nutrition are still based on the fragmented logic of health, being focused on the outpatient care of the Nutritionist.

Keywords: qualitative research; primary health care; health family support nucleus; nutritionist.

1. Introdução

O processo de trabalho, consiste em toda ação realizada pelo ser humano sobre a natureza, com o intuito de produzir bens para a sua utilização, independente da cultura ou modo de produção isso acontece, entretanto a forma como é realizada sofre a influencia desses¹. O ser humano é a parte ativa no processo de trabalho, cujo princípio esta no binômio “homem e natureza” em que esse realiza ações, com o auxílio de ferramentas, criadas por ele previamente, para modificar a natureza em seu benefício. Contudo ao modificar a natureza o homem também é modificado, isso porque se trata de um processo dialético¹.

Na seara da saúde, Merhy (1997)² sugere a divisão do trabalho em dois tipos: trabalho vivo em ato e trabalho morto. O primeiro é o trabalho em si do sujeito-produtor, ou seja, o trabalho criador em ação para consecução de um determinado produto. O segundo é aquele que utiliza produtos-meios no processo de trabalho – como ferramenta, matéria-prima ou mesmo um saber estruturado – e que são resultados de um trabalho humano anterior².

O advento da Revolução Industrial e a fragmentação do trabalho com a consequente perda da *práxis* houve grande desequilíbrio na relação entre estas duas modalidades de trabalho. A organização da produção segregou o trabalho de forma que o emprego do trabalho vivo em ato fosse reduzido ao máximo em troca da maximização da produção, tornando assim, o operário/profissional de saúde uma mera peça da linha de montagem³.

Nesse sentido, Merhy (1997)⁴ descreve, três tipos de tecnologia: dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura trata-se do instrumental complexo em seu conjunto, composto pelos exames, equipamentos para tratamentos e a organização de informações. A leve-dura aborda os saberes profissionais bem estruturados como a epidemiologia, a clínica e os de demais profissionais que compõem a equipe, presente no modo de organizar sua atuação no processo de trabalho. Tecnologia leve é aquela produzida no trabalho vivo em ato, durante o processo de relações, no contato do trabalhador em saúde e o usuário/comunidade correspondendo às falas, escutas, cumplicidades, relações de vínculo, aceitação, geração de corresponsabilidade em torno do problema a ser enfrentado, etc.

Visto isso, é possível perceber essa dinâmica do processo de trabalho na área da saúde, que assim como qualquer setor funciona de acordo com o modo de produção e estrutura cultural vigente. Contudo há neste campo um processo dialético entre “homem e natureza”, pois ambos são o próprio homem em espaços distintos. Sendo assim, os dois integrantes buscam e podem ser beneficiados e da mesma forma que ocorre no binômio os dois elementos sofrem modificações.

Nota-se que o fator determinante para a execução do trabalho vivo ou do trabalho morto dependerá da tecnologia empregada durante o trabalho em saúde. Sendo importante conhecer a estrutura que se está imergindo, reconhecendo suas ferramentas tecnológicas para então compreender seu processo de trabalho.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a Atenção Básica de Saúde (AB) como a principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde. A Portaria nº 2488 de outubro de 2011⁵, prevê nas disposições gerais que a AB tem como finalidade, entre outras, coordenar a integralidade nas ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins através de trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, realizado no conjunto da rede de atenção⁵. A portaria ainda refere que o processo de trabalho deve ser centrado no usuário e não em procedimentos “onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica”⁵.

Na mesma portaria⁵ os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) criados pelo Ministério da Saúde (MS) com a publicação da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008 e republicada em 04 de Março de 2008⁶ são inseridos oficialmente na AB, objetivando apoiar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização⁷.

Essa nova estratégia da AB não se constitui como centro ou unidade de referência. A atuação dos profissionais do NASF não deve ocorrer como um serviço especializado, uma vez que seu processo de trabalho deve apoiar as equipes da ESF, dentro de seu território de abrangência, em temas e populações específicas através destas ferramentas tecnológicas como o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio⁷. Entretanto, também devem realizar intervenções coletivas de

promoção, prevenção e acompanhamento de grupos sociais em vulnerabilidade e atendimentos individuais em casos de extrema necessidade⁷.

Preconiza-se que os profissionais do NASF atuem em três direções, são elas: equipe de Saúde da Família, Gestão Municipal e população. Quanto mais efetivo o trabalho de gestão e capacitação da equipe realizada, menor será a demanda de ações individuais para a equipe NASF⁷. As ações nos territórios devem estar pautadas na integralidade do cuidado, com visão ampliada da clínica, entendendo que a saúde é dependente de fatores que extrapolam os biológicos, atuando a partir dessa perspectiva⁷.

O NASF está dividido em nove áreas estratégicas, sendo uma delas a “alimentação e nutrição” e conta com mais de 17 categorias profissionais, incluindo o nutricionista⁷. Em caráter legal, está é a primeira inserção do nutricionista na AB, sendo posterior a edição e aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição⁸ e a LOSAN (Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional), que assegura legalmente à população brasileira que o estado deve prover e garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), baseando-se no conceito de Segurança Alimentar e Nutricional⁹.

Encontra-se na literatura reflexões acerca da inserção e das possibilidades do Nutricionista na AB, no período pré e pós-implementação do NASF. Em termos gerais os trabalhos abordam a temática da transição epidemiológica da população brasileira e todos os agravantes à saúde que esse novo panorama ocasionará no perfil de morbidade e mortalidade no país. Demonstrando assim a necessidade da inserção e manutenção desse profissional na equipe de saúde trazendo os saberes da alimentação e nutrição para promover cuidados, prevenir e reabilitar agravos, proporcionando assim melhor qualidade de vida para a população^{10, 11, 12, 13}. Além disso, estudos abordaram o trabalho do nutricionista no NASF no Piauí¹⁴, Goiás¹⁵ e Alagoas¹⁶ demonstrando entraves na atuação de acordo com as diretrizes ministeriais⁷.

Oliveira et al. (2009)¹⁷ discutem acerca de ações de planejamento familiar, aleitamento materno, famílias cadastradas no Programa Bolsa Família e crianças em risco nutricional realizadas de forma equivocadas no cotidiano das equipes de saúde. Fernandez et al. (2005)¹² & Souza et al. (2008)¹³ relatam em seus trabalhos que incoerências no trabalho da AB, muitas vezes, podem ser sanados com treinamentos básicos em nutrição que esclareçam sobre ações cotidianas das unidades, como medidas antropométricas, ações com diabéticos, hipertensos e anêmicos, que ainda são infestadas de conceitos populares, que não condizem com o tratamento baseado no conhecimento científico.

Apesar da presença de estudos que investigam o nutricionista e a temática da alimentação e nutrição, não foram encontrados trabalhos na literatura cujo objetivo fosse avaliar o processo de trabalho dos nutricionistas vinculados ao NASF no estado de Santa Catarina. Sabe-se da importância desse profissional para a equipe, sendo suas atividades fundamentais para a execução da atenção integral pela AB, contudo a alocação dos nutricionistas no NASF não garante que os serviços serão executados da forma preconizada pelo MS.

Dessa forma, avaliar o processo de trabalho dos profissionais já inseridos é de extrema importância para que as atitudes e decisões tomadas pelos grupos de interesse sejam voltadas para melhoria das ações desses profissionais, culminando em uma atenção à saúde mais efetiva para a população.

Mediante o exposto, o presente trabalho avaliou o processo de trabalho dos Nutricionistas dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família das Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR) de Concórdia e Joaçaba em Santa Catarina.

2. Percorso Metodológico

2.1 Emprego da abordagem qualitativa

O presente trabalho trata-se de uma Pesquisa Avaliativa, com abordagem qualitativa. Para Champagne et al. (2011)¹⁸, avaliar: “é promover juízo de valor sobre uma intervenção, implementado um dispositivo capaz de fornecer informações científicas validas e socialmente legitimadas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por

vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações”.

Deste modo, a partir valoração a partir de parâmetros, o enfoque do processo avaliativo é buscar caminhos para que as incoerências sejam superadas. Isso expõe a importância da valorização e atenção aos atores envolvidos como forma de acessar os aspectos subjetivos com potência para promoção de espaços para reais mudanças.

Para Guba & Lincoln (1989)¹⁹ os grupos de interesse são o foco a ser valorizado, pois compreendem que além das características mensuráveis devem ser considerados os aspectos subjetivos e intersubjetivos que implicarão na execução das atividades¹⁹.

Nessa perspectiva, utilizar-se-á a abordagem qualitativa, pois essa produz resultados que não estão relacionados a procedimentos estatísticos, atuando com estudos que consideram aspectos da vida do indivíduo, suas experiências de vida, comportamentos e emoções. Lidando também com o funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômeno cultural e interação entre nações²⁰.

2.2 Local de estudo e procedimentos de pesquisa

O campo escolhido para execução do presente trabalho foi o Meio Oeste Catarinense, mais especificamente os nove municípios das Secretarias de Desenvolvimento Regional de Concórdia (6ºSDR: Alto Bela Vista, Irani, Peritiba, Presidente Castello Branco e Piratuba) e Joaçaba (7ºSDR: Jaborá, Capinzal, Herval d'Oeste e Ouro) que possuem NASF com Nutricionista na equipe conforme os dados do DATASUS em agosto de 2014.

Considerando as exigências da metodologia utilizada para a avaliação, realizou-se a seleção dos sujeitos, que formavam um grupo único, homogêneo no objetivo final, a avaliação para mudanças¹⁹. O presente trabalho teve como colaboradores o nutricionista da equipe NASF e o enfermeiro ou médico da eSF dos município. Todos foram convidados a participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta das informações, foram realizadas entrevistas individuais (EI) não estruturadas com os profissionais, tendo como tema central o processo de trabalho dos nutricionista na AB. Optou-se pela EI por sua característica de expressar a singularidade das percepções de cada indivíduo sobre o fenômeno investigado²¹. Ressalta-se que todas as entrevistas foram realizadas via internet com a utilização de Skype® para a transmissão e iFree Skype Recorder® para a gravação de áudio, sendo posteriormente transcritas na íntegra para análise das informações.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre o risco de desconforto pessoal e/ou profissional. Entretanto salientou-se que as informações obtidas no campo foram armazenadas em cópia única em local de acesso restrito pelos pesquisadores. Após a utilização do material para avaliação do processo de trabalho desse grupo de profissionais, essas foram mantidas apenas para acesso em caso de necessidade para fim acadêmico/científico.

O presente foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina por meio do parecer 351.450 de 12 de Agosto de 2013 respeita todos os aspectos éticos em pesquisa dispostos na CNS 466/12.

2.3 Grounded Theory: análise das informações

Analisou-se as informações coletadas utilizando a Grounded Theory, este método foi desenvolvido pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss na década de 1960 durante um estudo de quatro anos sobre a relação de médicos e pacientes em estado terminal²². Esses autores concordavam que as teorias existentes na sociologia eram muito abstratas, ou pouco desenvolvidas para serem testadas, dessa forma propuseram uma nova ideia de metodologia – mais objetiva, contudo não positivista²³ – que possibilitasse a descoberta de elementos da teoria sociológica essenciais para explicar a interação social²².

Para Straus & Corbin, (1998)²⁰ a definição de Grounded Theory é teoria derivada de dados sistematicamente coletados e analisados. Esse método, que se situa em uma posição intermediária entre subjetivismo e objetivismo²³, sugere que o pesquisador apropriando-se de dados oriundos de entrevistas, observação do comportamento e/ou documentos, interprete-os,

interaja com a realidade dos indivíduos analisados e por fim elabore uma explicação/teorização sobre o comportamento coletivo. Tudo isso sem que uma teoria pré-existente seja utilizada, já que na Grounded Theory a teoria irá emergir dos dados, a partir de uma postura crítica, observando o que está por trás dos fenômenos constatados²³.

2.4 Modelo Teórico

No presente trabalho utilizou-se o modelo teórico com o intuito de criar uma baliza para comparar os achados do campo, podendo a partir disso emitir considerações acerca do objeto investigado.

O modelo teórico tem como objetivo descrever clara e coerentemente o modo como deveriam funcionar sistemas ou programas que serão analisados ou avaliados. Dessa forma ele deve extrapolar aspectos meramente burocráticos e normativos do objeto, permitindo incluir aspectos sociopolíticos que interfiram de forma positiva ou negativa²⁴.

A confecção desse modelo permite uma apropriação prévia do contexto, sendo assim a elaboração do modelo teórico acerca do processo de trabalho dos Nutricionistas, objeto desta pesquisa, foi realizado após a coleta, análise e construção da teoria do comportamento coletivo encontrado no campo pela Grounded Theory. Isso porque, uma das exigências desse método, já apontada anteriormente é que teorias pré-existentes não enviesem o olhar do pesquisador durante a coleta e análise das informações.

3. Resultados e Discussão

Dentre os nove municípios selecionados para participarem da pesquisa, dois deles foram excluídos da amostra por não terem nutricionista no NASF, confirmado por contato telefônico com a Secretaria de Saúde e um dos municípios se recusou a participar do estudo, devido a demandas de avaliação interna e mudança recente de gestão. Os outros seis foram incluídos no estudo, sendo três da 6ª SDR (Alto Bela Vista, Irani, Peritiba) e três da 7ª SDR (Jaborá, Capinzal e Ouro).

Foram entrevistados 12 profissionais das equipes de NASF e eSF dos seis municípios. Sendo seis nutricionistas das equipes NASF, cinco enfermeiros e um médico da eSF.

Devido à repetição de algumas características que influenciam no processo de trabalho dos nutricionistas dentre os municípios de cada SDR, elaborou-se o Quadro 1 organizando-as em "Aspectos convergentes" e "Aspectos divergentes" para facilitar a compreensão e permitir um olhar geral sobre o universo empírico investigado.

Quadro 1 – Aspectos convergentes e divergentes do processo de trabalho dos nutricionistas das Secretarias de Desenvolvimento Regional de Concórdia (6ª SDR) e Joaçaba (7ª SDR), Santa Catarina, 2014.

SDR/Categoria	Aspectos convergentes	Aspectos divergentes
6ªSDR	<p>Peculiaridades da região investigada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Municípios com pouca população; ✓ 1 Equipe NASF para 1 eSF; ✓ Vínculo equipe comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo empregatício ✓ Ações intersetoriais

7ªSDR	<p>Relação inter e intra equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Relação harmônica intra-equipe NASF ✓ Relação harmônica entre as equipes de NASF e eSF; ✓ Justaposição de profissionais visto como trabalho multiprofissional; ✓ Realização de atividades e grupos terapêuticos na comunidade; ✓ Não participação em planejamento da UBS. <p>Atendimento individual</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecimento teórico do NASF; ✓ Demanda de encaminhamento da eSF; ✓ Diminuição das atividades técnico pedagógicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitação da eSF
-------	--	--

3.1 Aspectos convergentes:

3.1.1 Peculiaridades da região estudada

Os municípios investigados caracterizam-se pela baixa população e densidade demográfica. A principal atividade geradora de renda da população é a agricultura e a pecuária, com destaque para a suinocultura. Ambos são compostos, em sua maioria, por propriedades rurais e possuem uma eSF e uma equipe NASF.

"Aqui é uma cidade pequena, quatro mil e poucos habitantes, todo mundo conhece todo mundo. Fica mais fácil intervir... Eles cobram bastante dos profissionais e cobram direto para a gestão." (Nutricionista 2 - 7ª SDR)

"Tem uma equipe de NASF para uma de Saúde da Família..." (Enfermeiro 2 - 6ª SDR)

"Como o município tem população pequena, só temos uma equipe de saúde da família e uma de NASF. Isso deixa a cobrança da população mais próxima. Com os profissionais de saúde, e às vezes direto com o secretário... Além disso, o vínculo que temos com a população é muito grande, conhecemos todo mundo" (Enfermeiro 1 - 6ª SDR)

Tais características fazem com que a população esteja próxima da gestão e do serviço de saúde. Isso pode ser encarada como um facilitador do trabalho na AB, logo do nutricionista, visto que há vínculo e conhecimento da população adscrita por parte dos profissionais de saúde, possibilitando a organização e direcionamento das intervenções⁷.

Esse vínculo população-profissionais-gestão permite a participação ativa da população no serviço de saúde, que encontra canais diretos para pontuar suas reivindicações para melhoria da atenção. Entretanto essa ligação direta, muitas vezes pode não representar as necessidades da comunidade como um todo, estando atrelada a necessidades individuais específicas. O controle social, que se refere à participação e controle da comunidade no processo decisório sobre as políticas públicas e ações da gestão, deve estar direcionado para além das ações individuais, apresentando e incluindo as principais demandas da população nas discussões do serviço de saúde²⁵.

Sabe-se que o controle social, no contexto brasileiro ainda não está efetivado em sua plenitude²⁶. Nessa perspectiva, cabe ao serviço de saúde e a gestão proporcionarem espaços

institucionalizados para que a população tenha voz ativa, não se restringindo a reclamações pontuais, aproximando à disponibilidade de serviços as reais necessidades do território^{25,26}.

3.1.2 Relação intra e inter equipes

A relação entre os profissionais das equipes foi caracterizada como harmônica, com respeito mútuo com canais abertos para dúvidas e discussões. Apesar dessa característica, nota-se que a aproximação do nutricionista com as equipes de eSF e NASF acontece apenas na execução de atividades de grupos e outras intervenções no território. Nessas atividades há justaposição das diferentes categorias profissionais, que é caracterizado como trabalho multiprofissional. Sendo assim, a dimensão técnico pedagógica que deveria estar presente no elo NASF/eSF, com o intercâmbio de conhecimentos, inexistente ou acontece muito pontualmente.

"A gente tem um contato muito, muito próximo. Em reuniões a gente conversa bastante, a gente é sempre convidado para participar das reuniões da ESF eles não dividem NASF e ESF agente é uma única equipe." (Nutricionista 3 - 7º SDR)

"A gente é uma equipe bem multidisciplinar mesmo, por exemplo, tem um paciente que precisa visita domiciliar médica, da enfermagem e nutricional, a gente combina e vão todos no mesmo dia." (Enfermeiro 2 - 6º SDR)

"A gente faz uma reunião por mês entre o NASF, geralmente é uma quinta-feira. É nela que a gente organiza as principais demandas e debate sobre os grupos e casos que estamos acompanhando" (Nutricionista 1 - 7º SDR)

"Aqui temos uma boa relação entre a equipe, eu e os outros profissionais do NASF sempre realizamos atividades de grupos e visitas juntos, assim que se dá na maioria das vezes nosso trabalho em conjunto" (Nutricionista 1 - 6º SDR)

"Nas reuniões da unidade a gente consegue conversar com os profissionais da equipe e discutir algumas dúvidas, mas não é sempre que conseguimos fazer pelas demandas" (Médico 1 - 6º SDR)

"Temos aqui o grupo de gestantes, o Grupo de tabagismo o projeto vida saudável. Sempre tem atividade, daí quando é da parte de nutrição eu vou, quando tem que falar de cuidados medicações vai a enfermeira..." (Nutricionista 2 - 7º SDR)

Percebe-se que a formação em saúde nas universidades brasileira, apesar das reestruturações curriculares realizadas²⁷, ainda formam profissionais de saúde pautados em uma lógica fragmentada da saúde. Apesar de crescentes esforços para a modificação desse cenário, o paradigma biologicista/biomédico ainda prevalece, desconsiderando os aspectos sociais da doença dando enfoque aos aspectos biológicos^{28, 29}. Além disso, é quase ausente dentro da formação o trabalho multiprofissional prático, não preparando o profissional para a prática em saúde que lhe é exigida pelos serviços de saúde.

Mediante a essa realidade, é possível que o cumprimento das atividades individuais, pautadas na perspectiva que são formados, muitas vezes faça com que as atividades referentes à equipe não aconteçam. Nesse panorama não há interação suficiente para a criação de ações e estratégias que englobem o ser humano em sua totalidade, mantendo a atenção na lógica biomédica, fragmentado os conhecimentos e os sujeitos além de dificultar a atenção integral por parte da eSF, reforça a demanda pelo atendimento individual do Nutricionista e outros profissionais do NASF³⁰.

Apesar disso, cabe ressaltar que existem nos municípios grupos terapêuticos, que apesar de predominantemente serem formados pela justaposição das especialidades, apresentam grande potencial, principalmente devido à participação constante da população. Tais estratégias de grupos quando construídos mediante a lógica ampliada de saúde, bem articuladas e programadas são fundamentais para a promoção e manutenção da saúde da população, por meio da autonomia do usuário, além de desafogar a demanda por atendimentos individuais³¹.

3.1.3 Atendimento individual

A partir do apresentado no item anterior é possível perceber que o nutricionista do NASF nesses municípios ainda é carente em atividades técnico pedagógicas com as eSF, o que acabam tornando as ações de alimentação e nutrição responsabilidades exclusiva do nutricionista, visto

que a equipe não possui suporte para trabalhar com essa dimensão. Dessa forma, o conteúdo das entrevistas evidencia que o processo de trabalho desses profissionais está direcionado para a atenção direta a população, principalmente por meio de atendimento individual oriundo dos encaminhamentos da eSF.

“Como a cidade é pequena a gente acaba tendo uma demanda grande de atendimento individual e não consegue fazer outras coisas com a equipe.” (Nutricionista 1 - 7ª SDR)

“A gente tem algumas demandas de atendimento individualizado, mesmo sabendo que não é o foco do NASF. Eu, por exemplo, tenho um dia na semana, dois até, porque eu sou 20 horas, que eu faço atendimento. Tem semana que não dá pra gente sair e fazer palestras e orientações pela demanda de atendimento.” (Nutricionista 3 - 7ª SDR)

“Eu sei que o foco do NASF é prevenção e promoção, mas temos uma demanda muito grande de atendimento individualizado, tem gente que quer vir direto comigo, mas daí eu falo que tem que passar pela equipe pra eles encaminharem” (Nutricionista 2 - 6ª SDR)

“Sempre encaminhados pacientes para serem atendidos pela “nutri”, quando precisa de algo que é sobre alimentação. Ter isso é muito bom, ajuda bastante.” (Enfermeiro 2 - 6ª SDR)

A realização das atividades das eSF e NASF na AB nos moldes das Unidade Básica de Saúde tradicionais sendo a equipe NASF vista como equipe de referência e não de suporte pode ser uma das justificativas para a ocorrência desse excesso de atendimentos individuais³².

As diretrizes do NASF⁷ apontam que esse não deve se caracterizar como centro de atenção especializada, no entanto tal característica é evidenciada no universo empírico investigado. Cervato-Macuso et al. (2012)³⁰ em estudo sobre a atuação do nutricionista na AB em municípios de São Paulo também observou que o trabalho desses profissionais está pautado no atendimento individual, apesar de existirem algumas atividades voltadas para grupos. Sendo tal característica apontada como um dos principais entraves para a inserção do NASF de acordo com o preconizado³⁰.

A inserção do nutricionista e dos outros profissionais por meio do NASF objetiva que ações conjuntas de apoio e capacitação sejam realizadas com a eSF, para que essa consiga atender as principais necessidades da população sob sua responsabilidade, tendo seu processo de trabalho voltado para o apoio⁷. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo estabeleceu, para os profissionais do NASF, porcentagens da carga de trabalho para cada tipo de atividade: atendimentos específicos (5% a 30% da carga horária mensal), ações compartilhadas (35% a 80%) e de ações intersetoriais (5% a 10%), nota-se que a maior parte da carga horária está direcionada para as atividades compartilhadas, que envolvem desde as atividades multiprofissionais em grupos até as capacitação das eSF para temas específicos³³.

Tal estratégia da gestão, associada com estudo e utilização das ferramentas tecnológicas como o Apoio Matricial e Pactuação de Apoio são fundamentais para que a inserção do NASF na AB passe realmente a ampliar o escopo da atenção da eSF, contribuindo para a atenção integral as populações adscritas⁷.

4.2 Aspectos divergentes

4.2.1 Vínculo empregatício

A forma de contratação de nutricionista para atuar no NASF variou entre as SDRs. Enquanto na 7ª SDR é predominante a licitação, de forma anual, na 6ª SDR a contratação é realizada por concurso público. Na investigação empírica foi possível observar que a contratação temporária provoca um distanciamento do profissional das atividades de planejamento, que acontecem durante o período em que há o processo licitatório além de gerar insegurança para o profissional.

“Todo fim de ano é realizada uma licitação para a contratação de Nutricionista do NASF. Esse ano no dia 2 de janeiro já fui avisada que seria contratada, daí consegui pegar as atividades da equipe, mas no ano passado meu contrato foi feito só em fevereiro. (Nutricionista 2 - 7ª SDR)

“Quando entro tenho que me interar de tudo o que havia sido feito para daí começar minhas atividades. Isso prejudica muito, seria muito bom se abrisse o concurso para a contratação efetiva.” (Nutricionista 1 - 7ª SDR)

“Aqui na prefeitura eu sou concursada, isso permite que eu tenha vínculo com a população, pois como estou sempre aqui e a população é pequena conheço todo mundo” (Nutricionista 3 - 6ª SDR)

O vínculo empregatício na atenção básica é tema influência diretamente no processo de trabalho e na qualidade da assistência³⁴, visto que se exige do profissional de saúde uma atuação que tenha como principal característica a continuidade da atenção e gestão da equipe⁷, com um vínculo precário, por contratos ou licitações, incertezas e pressões são impostas ao profissional de saúde prejudicando sua organização e processo de trabalho, logo a possibilidade de um cuidado longitudinal³⁴.

Esses entraves, relacionados ao vínculo precário, também foram evidenciados em estudo realizado com nutricionistas dos NASF de Goiás. Percebe-se que além da implicação no cuidado em saúde, o modo de contratação foi relacionado à qualificação dos profissionais. Nutricionistas que estavam sob contrato temporário investiram menos em sua qualificação para atuação na AB quando comparados com os contratados por concurso público¹⁵. Neste sentido, constata-se que as modalidades temporárias de contrato implicam na perda da qualidade da atenção pela distorção da atividade fim do profissional no NASF e pela não qualificação para atenção neste nível do serviço de saúde.

Em relação às ações de alimentação e nutrição, a não participação do nutricionista nas atividades de planejamento faz com que as demandas, dessa área, fiquem restritas a ação desse profissional. Isso tem efeito negativo sobre o vínculo entre os profissionais e reforça a demanda pelo atendimento individual, tornando o NASF assistencial e não apoio³⁵.

4.2.2 Ações intersetoriais

Na 7ª SDR, destacam-se as atividades intersetoriais, com participação das nutricionistas e membros da eSF, como o projeto de saúde na escola e a horta familiar com participantes do Programa Bolsa Família. Ações da saúde que envolve outros setores da sociedade, colocando-os como parceiros para a promoção de saúde.

"Esse ano a gente tá fazendo aquele projeto de obesidade infantil e daí a gente foi em todas as escolas, incluindo a creche, a escola municipal e a escola estadual pra fazer a avaliação antropométrica de todos os alunos. E a gente tá em desenvolvimento pra ver o IMC de cada um e o índice de classificação do IMC de cada uma para depois fazer um trabalho no ano que vem." (Nutricionista 2 - 7ª SDR)

"Algumas atividades são desenvolvidas na escola e na creche municipal com as crianças. Tentamos sempre estar presentes e colaborar na construção com as meninas do NASF." (Enfermeiro 1 - 7ª SDR)

"A gente fez o projeto da horta familiar, junto com o Bolsa Família. Daí chamamos o técnico agrícola, pra ensinar como faz a horta, qual a melhor época do plantio, qual a melhor forma de adubação, tudo e a gente foi numa casa pra demonstrar... A gente conseguiu com a prefeitura mudas de algumas plantas e com a EPAGRI sementes. No início tínhamos dezesseis pessoas, no caso dezesseis famílias, dessas que mantêm a horta até hoje são só duas. Está na hora de refazer o projeto, pois ele foi muito legal e o pessoal gostou bastante." (Nutricionista 3 - 7ª SDR)

As Ações intersetoriais podem contribuir para a compreensão da complexidade de se lidar saúde, a partir da interligação das áreas é possível compreender que os cuidados de saúde estão além do processo de adoecimento e cura estritamente biológico³⁶.

A inserção do trabalho intersetorial no âmbito público permite que diferentes áreas técnicas se encontrem e consigam articular seu conhecimento para ações conjuntas. Esses caminhos comuns podem gerar melhorias para a população, todavia nasce um novo desafio, o de lidar e superar fragmentação das áreas e das políticas públicas³⁷.

4.2.3 Capacitação da equipe

Na 6ª SDR, foi pontuado que quando há tempo nas reuniões da unidade de saúde são realizadas capacitações para a equipe em relação à alimentação e nutrição. Apesar de ser uma ação a ser ressaltada, nota-se que não há planejamento e pactuação, ela acontece se sobrar tempo, não é destinado tempo para a atividade.

"Nas reuniões de equipe da saúde da família, quando é possível a gente realiza atividade de educação permanente com os profissionais sempre com temas diferentes" (Nutricionista 1 - 6ª SDR)

“Em muitos casos temos que organizar a agenda de toda equipe, mas como é sempre feito levantamento da prioridade para fazer capacitações isso acrescenta muito no trabalho do dia-a-dia. (Medico 1 – 6ª SDR).”

“A articulação com os outros profissionais do NASF é difícil, mas quando conseguimos perceber demanda em comum o grupo se aplica para apresentar algum material bom para o pessoas da eSF.” (Nutricionista 3 – 6ª SDR)

O trabalho técnico pedagógico dos profissionais do NASF é fundamental para que seu processo de trabalho seja desempenhado de acordo com o preconizado pelo MS e seus objetivos, como equipe de apoio, atingidos⁷. Caminhando assim, para uma lógica de corresponsabilização territorial em detrimento a lógica de encaminhamentos indiscriminados, com o intuito de obter maior resolutividade e por meio do suporte às equipes³⁸.

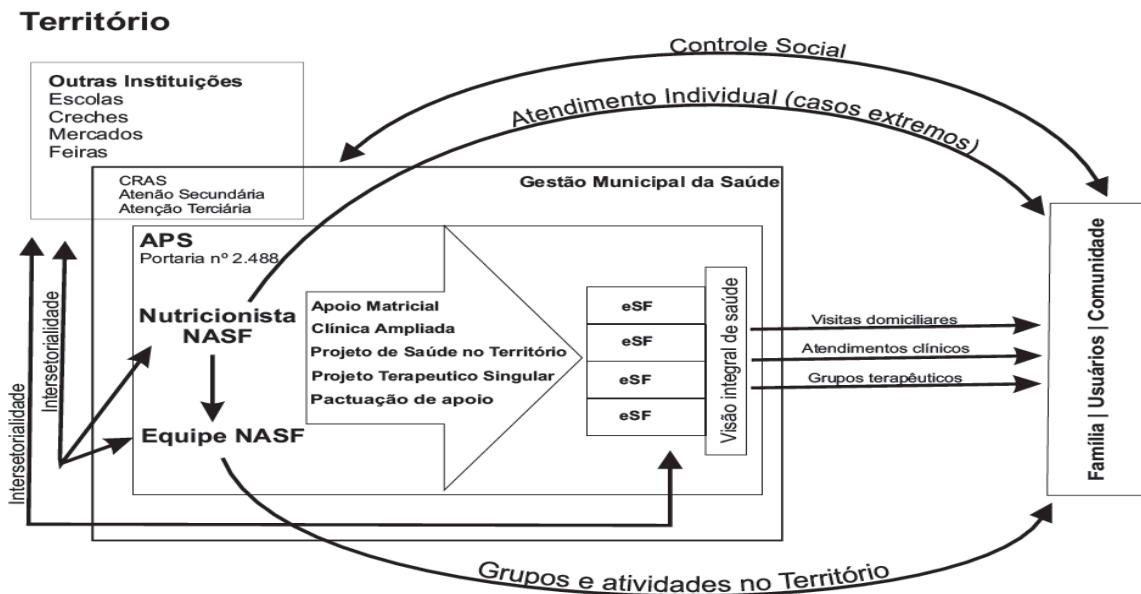
Nesse cenário é fundamental a utilização de ferramentas tecnológicas como Apoio Matricial para o suporte técnico-pedagógico às equipes de referência para promover o compartilhamento dos saberes, para a ampliação a resolução dos problemas na AB³⁹.

Dessa forma, a capacitação da equipe pelos membros do NASF, é essencial para o enfrentamento dos problemas do território relacionados às especificidades em saúde pela eSF. Sendo assim, além de aumentar a resolubilidade nas ações da eSF contribui para a redução do encaminhamento para atendimentos individuais pelo NASF. Entretanto há de se ressaltar que esse deve ser um processo planejado e articulado entre as equipes pautadas em temas relevantes para a população adscrita⁷.

4.3 Modelos lógicos (Modelo Teórico e Modelos Teóricos Ajustados)

Após a investigação empírica e vistas as suas peculiaridades, construiu-se o Modelo Teórico do processo de trabalho do Nutricionista no NASF, baseado nas Diretrizes do NASF⁷ apresentado a seguir:

Figura 1 – Modelo Teórico do processo de trabalho do Nutricionista do NASF, baseado nas Diretrizes do NASF do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a).



Mediante as peculiaridades evidenciadas no campo, e após a análise dos dados oriundos das entrevistas com os profissionais do NASF e eSF da 6ª SDR e 7ª SDR, construiu-se o Modelo Teórico Ajustado com as peculiaridades de cada SDR, apresentados na Figura 1 e Figura 2. Com isso, é possível visualizar os aspectos descritos anteriormente de forma gráfica e realizar comparação entre as SDRs e com o Modelo Teórico do processo de trabalho do Nutricionista no NASF.

Figura 2 – Modelo Teórico Ajustado, frente às peculiaridades do processo de trabalho do nutricionista da 6ª SDR, Santa Catarina, Brasil, 2013.

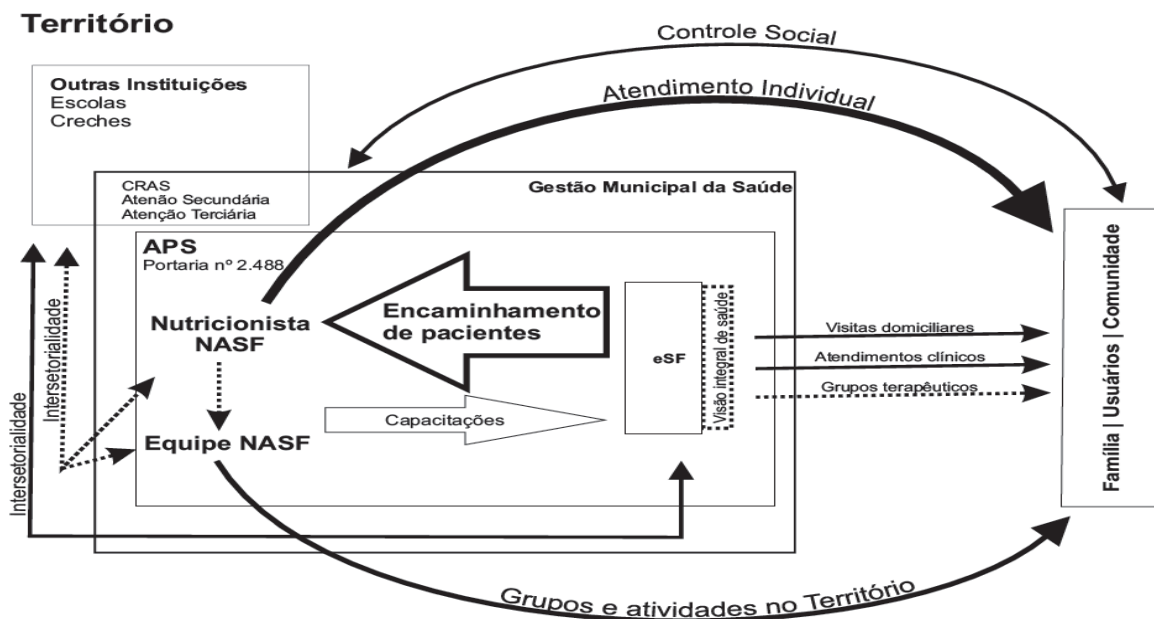
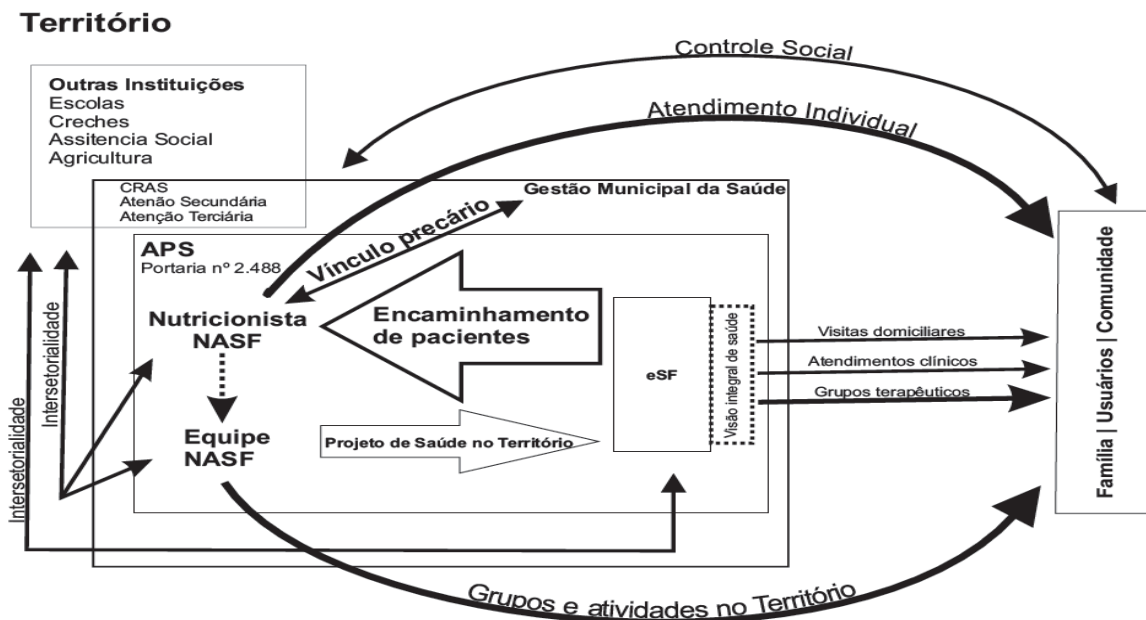


Figura 3 – Modelo Teórico Ajustado, frente às peculiaridades do processo de trabalho do nutricionista da 7ª SDR, Santa Catarina, Brasil, 2014.



5. Considerações finais

Nota-se a partir do material apresentados que há presença concomitante de ações pautadas no modelo tradicional/biomédico – voltado para a recuperação de agravos já instalados por meio de atendimentos individuais – e de ações ampliadas, por meio de trabalhos em grupos e intersetoriais – que podem ser ajustadas com a inserção do trabalho multiprofissional, pautado na troca de saberes buscando um olhar integral para com a população. Todavia há um

deslocamento importante das atividades do Nutricionista voltadas para a população, quando comparadas com as atividades realizadas com e para as equipes.

Em se tratando dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família e a inserção do Nutricionista na AB pode-se considerar, visto o que é preconizado em seu processo de trabalho, um caminho a ser percorrido para a melhoria da atenção, pois ainda temos um profissional formado para atuar numa lógica individualista deparando-se com um campo de atuação que lhe demanda a utilização de ferramentas como o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular, o Projeto de Saúde no Território e a Pactuação de Apoio em seu processo de trabalho.

Esse descompasso entre formação e necessidade de mercado, tratando-se de NASF que é a inserção no Nutricionista na AB, surge como um dos motivos responsáveis pela característica encontrada no universo empírico analisado, em que o atendimento individual, os encaminhamentos de pacientes entre os profissionais da eSF e NASF, e os grupos com justaposição de especialidades caracterizam o processo de trabalho.

Entretanto há de se considerar que toda construção dentro de um sistema de produção, possui em sua estrutura as características basais desse. Partido do ponto que estamos imersos no sistema capitalista, toda estrutura cujas características não se adequam a suas bases tendem a ruir ou ao menos funcionar de forma distorcida. Sendo o NASF construído a partir de uma lógica ampliada de saúde, tendo o seu processo de trabalho voltado para atividade técnico pedagógica e não para procedimentos tais descompassos são esperados, assim como o que se encontra na Estratégia de Saúde da Família.

De forma paliativa, o investimento da gestão municipal em capacitações e educação permanente para os profissionais de saúde é uma alternativa para ajustar os processos e serviços. Além disso, a mobilização interna das equipes para modificarem seus processos de trabalho de forma gradativa, mas no sentido do que se preconiza pode trazer bons resultados para a atenção a saúde. Todavia visto o que foi exposto anteriormente há necessidade de modificação no sistema de produção para que então as estratégias da atenção básica além de fazer sentido para profissionais, gestores e população, sejam compatíveis com o modo de vida delas.

Referências bibliográficas

1. Harvey D. O processo de trabalho e a produção de mais-valor. In: HARVEY, D Para entender o Capital. São Paulo: Boitempo; 2013.
2. Merhy EE. Agir em Saúde. Um Desafio para o Público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
3. Merhy EE. Saúde: Cartografia do Trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
4. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.
5. Brasil. Portaria MS 2488, 21 de outubro. Institui a nova Política Nacional de Atenção Básica, revogando a Portaria MS 645/2006. Brasília, DF, 2011.
6. Brasil. Portaria GM nº 154, 4 de março. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 2008.
7. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF, 2010(a).
8. Brasil. Portaria nº 710, 10 de junho. Aprovar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF, 1999.
9. Brasil. Portaria nº 11.346, de 15 de setembro. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, DF, 2006a.
10. Jaime PC, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. Rev. Nutr. 2011; 24(6).
11. Geus LMM et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2011.

12. Fernandez PMF, et al. Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set. 2005.
13. Souza KCM, et al. Acompanhamento nutricional de criança portadora de anemia falciforme na Rede de Atenção Básica à Saúde. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo, v. 26, n. 4, Dec. 2008.
14. Oliveira AR, Jesuino MRC. Atuação do nutricionista em núcleo de apoio a saúde da família no estado do Piauí. *R. Interd.* 2014, 7(1):123-133.
15. Botêga AC, Campos CMNS. Formação e atuação de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2015.
16. Silva Maria Anielly Pedrosa da, Menezes Risia Cristina Egito de, Oliveira Maria Alice Araújo, Longo-Silva Giovana, Asakura Leiko. Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição. *Saúde debate* [Internet]. 2014.
17. Oliveira CB, et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(2).
18. Champagne F, et al. Avaliação no Campo da Saúde conceitos e métodos. In: Brousselle, A. et al. (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.
19. Guba EG, Lincoln, Y.S. *Effective evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers Sage, 1987.
20. Strauss A, Corbin J. *Basic of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 2ndnd. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.
- 21 - Fraser MTD, Gondim SMG. Da Fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*. 2004;14(28):139 -152.
22. Wells K. The strategy of grounded theory: possibilities and problems. *Social Work Research*. 1998; 19(1), 1998.
23. Bandeira DE Mello R, Cunha JCAC. Grounded theory. In: GODOI, C.K.; BANDEIRA DE MELLO, R.; SILVA, B.S. (Org.). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos*. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 241-258.
24. Hartz ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
25. Arantes CIS, et al. O controle Social no Sistema único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto & Contexto de Enfermagem*. 2007; 16 (3): 470-478.
26. Barbosa RL, Cruz Rachel de Sá Barreto Luna Callou, Sampaio Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde debate* [Internet]. 2013.
27. Brasil. Resolução nº 5 de 07 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2001.
28. Helena ETS, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2010; 19(3):614-626. 2010.
29. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface Comun. Saúde Educ.* 2009; 13(13): 153-66.
30. Cervato-Mancuso, AM et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(12).
31. Fernandes MTO, Silva LB, Soares SM. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (supl 1): 1331-1340.
32. Andrade LMB, et al., Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde & Trasn. Soc.* 2012; 3(1):18-31.

33. Prefeitura De São Paulo. Coordenação da Atenção Básica, Secretaria de Saúde. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Disponível em [:http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_n_asf.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_n_asf.pdf). Acesso em 22 de out. 2013.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c.
35. Oliveira AR, Jesuino MRC. Atuação do nutricionista em núcleo de apoio a saúde da família no estado do Piauí. R. Interd. 2014; 7(1):123-133.
36. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. 2007;17(1).
37. Nascimento S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. Serv. Soc. Soc.2010; 101.
38. Silva, A.T.C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28 (11).
39. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saúde Soc. 2011; 20: 961-70.

Artigo Recebido: 03.09.2016

Aprovado para publicação: 15.12.2016

Dalvan Antonio de Campos

Universidade Federal de Santa Catarina.

Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n - Trindade

CEP: 88040-900 Florianópolis, SC – Brasil

Email: dalvandecampos@gmail.com
