TÁRSIS DE MATTOS MAIA

**A inserção do nutricionista na atenção primária: o caso da
microrregião de saúde de Viçosa - MG.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de: Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza
d'Ávila Viana

São Paulo
2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela presença em minha vida e por me guiar neste caminho.

Aos meus pais **José Antônio e Gislene** pelo amor, por compreenderem minha ausência e serem meus maiores incentivadores.

Aos meus irmãos **Danilo e Flávia** pelo apoio e por serem a melhor torcida que alguém possa desejar.

Aos primos **Roberto, Nilza e filhos** cujas casas e corações me acolheram como filha e irmã.

Ao **Daniel** pelo companheirismo mesmo à distância, pela compreensão da distância e pelo amor.

A professora **Ana Luiza d'Ávila Viana** pela confiança depositada e conhecimento compartilhado que permitiram a construção deste trabalho.

À professora **Rosângela Minardi Mitre Cotta** por me acompanhar desde a graduação com o mesmo carinho e pela ajuda a qualquer hora e tempo.

Ao professor **Gilberto Paixão Rosado** pela orientação e pelas portas sempre abertas a agradáveis conversas movidas a cafezinhos.

Às amigas **Catarina, Emanuele, Kelly e Élide** por serem minhas confidentes, companheiras de ideais e de sonhos e meu apoio para todas as horas.

À amiga **Karolina Gatti** pela acolhida aconchegante e pelo companheirismo nesta etapa final.

Às **nutricionistas da microrregião de saúde de Viçosa-MG** pela abertura, cooperação e por acreditarem no meu trabalho. Vocês são o ponto central disso tudo.

À **Gerência Regional de Saúde de Ponte Nova-MG** pela abertura a proposta deste trabalho e disponibilidade na troca de informações.

Aos funcionários da FMUSP **Camila, Christiane e Lilian** pelo auxílio nos trâmites em São Paulo, contornando a distância.

À **Universidade de São Paulo**, instituição a qual devo parte importante de minha formação profissional.

A **CAPES** pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de tabelas

Lista de figures

Lista de quadros

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO	01
1.1 Justificativa	06
1.2 Objetivos	08
2. REVISÃO DE LITERATURA	09
2.1 Atenção Primária à Saúde: conceitos, princípios e a proposta brasileira.....	09
2.2 Nutricionistas: a conformação de uma profissão da saúde.....	29
2.3 Atuação do nutricionista em Saúde Pública e o trabalho em saúde.....	47
3. METODOLOGIA	62
3.1 Campo de investigação.....	62
3.2 Desenho do estudo	71
3.3 Instrumentos.....	75
3.4 Definição da amostra e coleta de dados	77
3.5 Análise dos dados	78
3.6 Aspectos éticos	79
4. RESULTADOS.....	80
4.1 Características pessoais e do trabalho	81
4.2 Características organizacionais do trabalho e sua percepção segundo nutricionistas	92
5. DISCUSSÃO	131
6. CONCLUSÕES.....	166

7. ANEXOS.....	168
8. REFERÊNCIAS.....	181

LISTA DE SIGLAS

ABN	Associação Brasileira de Nutricionistas
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
APSS	Atenção Primária à Saúde Seletiva
ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
DNS	Departamento de Nutrição e Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Normas Operacionais Básicas

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PBF	Programa Bolsa Família
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAE	Programa Nacional de Alimentação do Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNS	Programa Nutrição em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa Saúde da Família
PUCCAMP	Pontífica Universidade Católica de Campinas
RT	Responsável técnico
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública.
SF	Saúde da Família
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SPT	Saúde para Todos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades básicas de saúde
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da situação de domicílio dos cinco municípios em estudo pertencentes à microrregião de saúde de Viçosa, MG – 2008.....	64
Tabela 2 - Quantitativo de UBS e classificação do tipo tradicional ou com SF; números de equipes de SF e porcentagem de cobertura para os cinco municípios em estudo pertencentes à microrregião de saúde de Viçosa, 2008.	65
Tabela 3 - Nº médio de moradores por domicílio, taxa de alfabetização e proporção de moradores por tipo de abastecimento de água, instalação sanitária e destino do lixo, 2000	67
Tabela 4 - Distribuição dos indicadores de GINI, IDH-M e INS dos cinco municípios incluídos no estudo pertencentes a microrregião de saúde de Viçosa-MG, 2000.....	68
Tabela 5 - Percentuais pactuados para o ano de 2008 e alcançados pelos cinco municípios em estudo pertencentes a microrregião de saúde de Viçosa- MG e a despesa total com saúde por habitante, 2009	70
Tabela 6- Características sócio-demográficas dos nutricionistas da Microrregião de Saúde de Viçosa-MG, 2008- 2009.....	81
Tabela 7 - Características da formação profissional dos nutricionistas da Microrregião de Saúde de Viçosa-MG, 2008-2009.....	82
Tabela 8- Forma de entrada do nutricionista no serviço, vínculo empregatício, tempo de trabalho e jornada de trabalho na atual função de nutricionistas da microrregião de saúde de Viçosa-MG, 2008-2009.....	85
Tabela 9 - Características das microrregiões e municípios que compõem a macrorregião Leste do Sul quanto a presença de nutricionistas, 2008-2009.....	91
Tabela 10 – Distribuição dos nutricionistas por municípios e estabelecimentos de saúde nos municípios da microrregião de saúde de Viçosa- MG, 2008-2009.....	93
Tabela 11 - Principais motivos de procura pelo atendimento nutricional segundo percepção de nutricionistas da Microrregião de Saúde de Viçosa-MG, 2008-2009.....	95

Tabela 12 - Temas em Alimentação e Nutrição citados pelas nutricionistas da Microrregião de saúde de Viçosa-MG no desenvolvimento de atividades com a Saúde da Família, 2008-2009.....	97
Tabela 13 - Percepção das nutricionistas da microrregião de saúde de Viçosa-MG, quanto a responsabilidade sobre a melhoria na inserção das nutricionistas na atenção primária, 2008-2009.....	104
Tabela 14 - Percepção das nutricionistas quanto à adequação dos recursos disponibilizados ao trabalho nos estabelecimentos de saúde da rede básica da microrregião de saúde de Viçosa-MG, 2008-2009.....	106

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estado de Minas Gerais segundo divisão por regiões de assistência em saúde e localização geográfica da Microrregião de Saúde Viçosa e seus municípios integrantes.....	62
Figura 2 - Pirâmide etária dos cinco municípios estudados pertencentes a microrregião de saúde de Viçosa, MG - 2008	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Marcos legais e eventos nacionais que favorecem o fortalecimento das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde, Brasil 1999-2009.....	45
Quadro 2 - Inserção do nutricionista por áreas de atuação, Brasil e diferentes localidades, 1980-2008.....	55
Quadro 3- Visão geral e etapas de condução do estudo	74
Quadro 4 - Elementos favoráveis e desfavoráveis ao trabalho na APS segundo a percepção de nutricionistas da microrregião de saúde de Viçosa-MG, 2008-2009	130

RESUMO

Maia, TM. A inserção do nutricionista na Atenção Primária à Saúde: o caso da microrregião de saúde de Viçosa-MG [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 195p.

A Atenção Primária à Saúde é *locus* privilegiado para a realização de atividades que evoquem a alimentação saudável, assim como o desenvolvimento de outras ações características desse nível de complexidade. Nesse sentido, a abordagem dos problemas relacionados à alimentação e nutrição é objeto do trabalho do nutricionista. O objetivo do estudo foi identificar os modos de inserção do nutricionista na atenção primária da microrregião de saúde de Viçosa-MG. Trata-se de um estudo de caso exploratório em que foram utilizadas técnicas de pesquisa quanti e qualitativa, de modo complementar, com aplicação de questionários semi-estruturados, entrevistas e grupo focal aplicadas ao grupo de nutricionistas (n=16) que trabalhavam em estabelecimentos de saúde da atenção primária. Foram realizadas análises dos dados de natureza descritiva e a análise dos dados qualitativos seguiu a técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados encontrados apontam para um grupo majoritariamente feminino e com elevado nível de escolaridade. As atividades exercidas foram em sua maioria direcionadas ao atendimento clínico em consultório com algumas profissionais, principalmente aquelas vinculadas a estratégia Saúde da Família (SF), executando atividades em equipes e utilizando os equipamentos sociais existentes nas comunidades. Foram relatadas precárias condições de trabalho no que se refere à estrutura física das unidades de saúde e aos equipamentos básicos de trabalho do nutricionista, funcionando como dificuldades na condução do trabalho e gerando insatisfação. Elementos característicos da organização do trabalho na SF como o trabalho em equipe, a visita domiciliar e a proximidade das unidades de saúde com a comunidade foram valorizados pelas nutricionistas atuantes ou não na estratégia. O trabalho foi, na percepção das entrevistadas, relacionado a elementos favoráveis de sua condução, ligados a valorização profissional, reconhecimento e gratificação, mas também a elementos desfavoráveis vinculados à prática profissional quando ligadas a entraves políticos, administrativos locais e sensação de desamparo por parte das organizações e linhas de comando da saúde, refletindo em uma percepção conflituosa sobre o trabalho. A

inserção das nutricionistas na atenção primária, assim como a condução de suas práticas profissionais foi reflexo da presença e influência de diferentes modelos de atenção à saúde coexistentes nos municípios da microrregião.

Descritores: atenção primária à saúde, saúde pública, nutrição, nutricionista, ocupações em saúde, condições de trabalho.

SUMMARY

Maia, TM. The nutritionist insertion at Primary Health Care: the Viçosa - MG health microregional case [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 195p.

Primary health care is privileged locus for the realization of activities that invokes healthy food, including development of others actions characteristic to this level of complexity. In this case, approachment of problems related to food and nutrition is part of nutritionist's work. The aim of this study is to identify manners of inserting nutritionists in primary health care in Viçosa (MG) microregional. It treats about a case explorative study in which were used quantity and quality techniques. In a complementary manner, semi-structured surveys, interviews and focus groups were applied to nutritionists (n=16) who worked in health's primary care establishment. Key-informants were interviewed and some municipal documents were analyzed. Results point to a mostly female group with high level in education. Realized activities were headed to clinical appointments and, at some cases, mainly related to Family Health strategy (SF), executing team activities and using already existent social equipments in the communities. Poor working conditions related to health centers physical structure and poor basic equipments for nutritionist's work were mentioned, working difficulties also caused dissatisfaction. Characteristically elements of work organization in SF like team-work, housing visits and proximity to health centers to were valued by nutritionists. The work was, in nutritionist's perspective, related to positive elements in its conduction like professional value, recognizing and rewarding, but there were also disadvantageous elements. Those elements were related to politics hinders, local administration and health guidelines command, reflecting as a conflict perception about work. The nutritionist's insertion to primary health care, such as its conduction at professional practice was the reflex of presence and influence of different models of health's attention, co-existing in the microregional cities.

Descriptors: Primary health care, public health, nutrition, nutritionist, health occupations, working condition

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o Brasil avançou de forma importante na área da saúde cuja principal conquista foi a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Para possibilitar o atendimento de seus princípios e alterar a postura de serviços, ações e agentes, tradicionalmente dominados pela visão médico-hegemônica, foi necessário reformular a atenção à saúde, tomando a atenção básica como eixo central da mudança.

Esta por sua vez utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Brasil, 2006_a).

Starfield (2002), em sua produção sobre atenção primária à saúde* a define como um nível de um sistema de serviço de saúde que fornece atenção sobre a pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, assim como coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

A multiplicidade de ações desse nível de sistema implica uma rede de serviços que exige a articulação e integração de diversos campos do conhecimento e atuação complementar de equipes multiprofissionais para realização do trabalho

* Optou-se no presente texto por adotar o termo Atenção Primária à Saúde em consonância com o adotado pelo governo do Estado de Minas Gerais, entretanto, em alguns pontos do texto o termo atenção básica será utilizado para manter a fidedignidade aos textos originais.

coletivo que necessita responder a objetivos técnicos de natureza distinta (Capozzolo, 2004). Deste modo, esse trabalho coletivo, imaterial, pois produzido “em ato”, e essencial para a vida humana pode por meio de seus trabalhadores personificar os valores essenciais de cada sistema de saúde (OMS, 2006).

Ocupando território estratégico de intervenção no decorrer das reformas implementadas no país e auxiliando na construção do SUS e de uma nova institucionalidade e produção de serviços que atendam as necessidades de saúde da população, a atenção primária à saúde mostra-se como *locus* privilegiado para a realização de atividades que evoquem a promoção da saúde e qualidade de vida, assim como o desenvolvimento de outras ações características desse nível de complexidade (Mehry, 2002).

Considerando (i) o quadro epidemiológico da população brasileira com destaque para a ocorrência elevada de obesidade, considerada problema de saúde pública no país, e as mudanças nos padrões de comportamento alimentar e dos hábitos de vida característicos da transição nutricional; (ii) a influência dos fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais no acesso a uma alimentação de qualidade situando-se como um dos mais importantes determinantes sociais da saúde (DSS) e (iii) a necessidade de se estabelecer práticas que envolvam a promoção da saúde e a autonomia dos indivíduos em suas escolhas para o conhecimento daquilo que influencia seu estado de saúde, a contribuição para a atenção primária de um profissional capacitado em sua formação para lidar com questões que transitam entre a alimentação, nutrição e saúde - o nutricionista - torna-se uma questão emergente (Assis et al., 2002; CNDSS, 2008; Brasil, 2009).

Historicamente, a influência e interesses do Estado, acabaram direcionando o nutricionista, em maior proporção, para os campos da prática clínica e da alimentação coletiva, que se configuraram enquanto áreas tradicionais da nutrição, em consequência, especialmente, dos programas sociais em vigor nos anos iniciais de sua formação (ABN, 1991; Escoda, 1991).

Com isso, a participação desse profissional nos programas públicos de governo ligados a política social foi etapa importante para o processo de institucionalização das ações em Nutrição no âmbito da rede pública de serviços de saúde, educação e assistência social (Vasconcelos, 2005).

Quanto ao nutricionista, nesses 19 anos desde a publicação de nova lei de regulamentação da profissão no Brasil - Lei nº 8.234 de setembro de 1991 - em vigor, o profissional teve suas atribuições privativas e relacionadas a atividades de alimentação e nutrição ampliadas quando comparadas com legislação anterior*.

As conquistas e avanços na mobilização da categoria materializaram-se na ampliação dos campos de atuação, no processo de especialização, na incorporação de avanços científico-tecnológicos, na crescente preocupação com a “cultura dietética” nacional e com o controle de qualidade e segurança alimentar (Akutsu, 2008).

Nesse sentido, diante dos vários campos de trabalho que se abriram aos profissionais, houve necessidade de revisão de resolução sobre as áreas de atuação do nutricionista assim como o estabelecimento de parâmetros numéricos de referência por área de atuação (CFN, 2005).

* A profissão completou em 2009 seus 42 anos de regulamentação. Desde o final da década de 60, por meio da Lei nº 5.276 de 24 de abril de 1967, a profissão foi regulamentada e posteriormente, por meio de portaria do Ministério do Trabalho, enquadrada como profissional liberal autônomo. A nova lei de regulamentação da profissão foi elaborada em 1991.

Nessa resolução estão definidas sete áreas de atuação, sendo elas: Alimentação Coletiva, Nutrição Clínica, Docência, Indústria de Alimentos, Nutrição em Esportes, Marketing na área de Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva*. Esta última envolve “atividades de alimentação e nutrição realizadas em políticas e programas institucionais, de atenção básica e de vigilância sanitária” (CFN, 2005).

Entretanto, a atuação do profissional no campo da saúde pública vem sendo preocupação discutida por vários pesquisadores desde a década de 1980 preocupados com a baixa absorção dos nutricionistas nessa área (Modesto, 1980; Boog et al., 1988; Prado e Abreu, 1991; Vasconcelos, 1991; Gambardella et al., 2000; Alves et al., 2003)

Uma das investigações de caráter nacional mais recente foi proposta pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). O estudo, sobre a inserção profissional da categoria no país com uma amostra de 2.492 nutricionistas estratificados proporcionalmente de acordo com inserção nos Conselhos Regionais, encontrou resultados que seguem a tendência dos estudos realizados anteriormente. Obteve-se uma maior participação dos profissionais na área de Nutrição Clínica (41,7%) e Alimentação Coletiva (32,2%), ficando a Saúde Coletiva em terceiro lugar (8,8%) (CFN, 2006).

Também Akutsu (2008) em estudo avaliando o perfil demográfico e profissional dos nutricionistas brasileiros encontrou o campo da alimentação coletiva (24,4%) e nutrição clínica (22%) concentrando o maior número de profissionais, e a nutrição social em terceiro lugar com 10,2% dos profissionais atuantes.

* Também conhecida na atualidade como Nutrição em Saúde Pública ou Nutrição Social.

Escoda (1991) aponta para a amplitude da ação profissional cujas determinações são amplas e complexas, específicas a cada estágio do desenvolvimento das forças produtivas e de circulação, e destas à expansão do mercado de trabalho. Somam-se a isso as especificidades históricas das redes de serviços de saúde no Brasil que tradicionalmente privilegiavam a figura do médico restringindo as atividades de outros profissionais, condição essa que só veio a mudar nas últimas décadas.

Como reflexo desse panorama podem ser observados, na atualidade, a baixa incorporação das ações de alimentação e nutrição nos municípios brasileiros comprometendo as possibilidades de atendimento ao princípio da integralidade (Brasil, 2009).

Dito isso, no atual contexto de priorização da atenção primária à saúde no SUS é importante indagar como se dá a inserção do nutricionista nesse âmbito: quem são esses profissionais, como conduzem suas atividades, quais os aspectos facilitadores e impeditivos de sua inserção e o que pensam sobre o trabalho desenvolvido, temas abordados no presente estudo por meio de investigação da realidade de uma microrregião de saúde.

JUSTIFICATIVA

A preocupação em estudar essa temática baseou-se na observação, nos últimos anos, do redirecionamento das ações em alimentação e nutrição para a atenção primária consolidadas inicialmente por meio da atual Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e, no campo acadêmico, pela baixo número de estudos que delimitem o corpo das práticas do nutricionista na saúde coletiva.

Deste modo, conhecer as ações desenvolvidas pelos nutricionistas atuantes no SUS, em especial aqueles que desenvolvem seu trabalho na Atenção primária à Saúde, configura-se como tema de interesse na medida em que transpõe para o terreno das práticas os conhecimentos e vivências do dia-a-dia dos nutricionistas. Além disso, salienta-se a necessidade de pesquisas que discutam as práticas profissionais e seus modos de inserção no trabalho, nos diferentes espaços e modelos assistenciais.

Ressalta-se momento propício no campo da nutrição que agora abrange uma realidade nova, na possibilidade de inserção junto a Saúde da Família por meio dos recém-criados Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)*, podendo esta pesquisa servir como suporte exploratório inicial ao desenvolvimento de outros estudos, ao adaptar a realidade vivenciada na Atenção Primária a Saúde (APS) ao trabalho a ser desenvolvido nos núcleos de apoio.

* Brasil. *Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 25 jan 2008.

Também a elaboração pelo Ministério da Saúde/ Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) de uma “Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica” para auxiliar gestores e profissionais de saúde na organização local das ações de alimentação e nutrição salienta o novo direcionamento a tais ações e a importância das mesmas na atenção primária no Brasil (Brasil, 2009).

Nesse sentido, justifica-se a realização do presente trabalho, com intuito de caracterizar a inserção do nutricionista na APS da microrregião de saúde de Viçosa, a fim de auxiliar no esclarecimento sobre possíveis determinantes existentes no campo do trabalho para aqueles que atuam na APS.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Identificar os modos de inserção do nutricionista na atenção primária da Microrregião de Saúde de Viçosa-MG.

Objetivos Específicos

- Identificar as práticas de trabalho exercidas pelo nutricionista.
- Analisar a prática, sob a ótica dos nutricionistas, identificando diferenças e similaridades entre os modelos de atenção à saúde.
- Delinear os possíveis facilitadores e entraves para a atuação do nutricionista na APS.
- Averiguar a percepção dos nutricionistas sobre o trabalho que desenvolvem na APS.

REVISÃO DA LITERATURA

Atenção Primária à Saúde: conceitos, princípios e a proposta brasileira

A proposição inicial do termo Atenção Primária à Saúde (APS) data do início do séc. XX com a elaboração do Relatório Dawson que tratou da organização dos sistemas de saúde introduzindo, inclusive, algumas das características básicas da APS como a regionalização e a integralidade (Starfield, 2002; Fausto e Matta, 2007).

Até a metade do século XX, entretanto, a medicina, o hospital - com suas tecnologias - e uma determinada visão científica - pautada no biologicismo - afirmaram-se enquanto pensamento hegemônico na saúde (Coelho, 2008).

Só a partir da década de 1940, com a reforma das escolas médicas americanas, um conjunto de idéias formuladas pela medicina preventiva realiza uma crítica a medicina curativa que, utilizando das palavras de Arouca (1975): formava profissionais alheios ao seu próprio meio social e cuja prática mostrava-se ineficiente e centrada na especialização crescente, com enfoque predominantemente biológico e desvinculado dos reais problemas da população.

Partindo de uma abordagem integral, a medicina preventiva propunha que a atenção médica, em sua fase inicial, deveria ser desenvolvida o mais próximo possível do ambiente sociocultural e familiar dos indivíduos e famílias. A clássica obra de Leavell e Clark*, de 1965, ao introduzir o modelo da História Natural das Doenças e, portanto, dividir a atenção em momentos ou fases, deu início a toda uma cultura na qual a atenção primária seria aquela situada na fase inicial do cuidado,

* Leavell H. e Clark EG. *Medicina preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.

antecedendo e definindo os cuidados que seriam de maior complexidade (Fausto e Matta, 2007; Viana e Fausto, 2005)

Também a medicina comunitária – tendo em vista os princípios da medicina preventiva - fundamentou e instrumentalizou a atenção primária por meio de programas docentes assistenciais ao conciliar a formação médica às ações de saúde na comunidade, provocando ampla repercussão quanto a discussão das desigualdades na distribuição e uso de recursos em saúde (Fausto, 2005).

Os programas de extensão de cobertura, amplamente difundidos na década de 1970, interpretavam a atenção primária como um conjunto de ações básicas e elementares que todo serviço de saúde deveria apresentar, cujas ações estariam centradas na atenção médica e o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde ficaria a cargo de pessoas da comunidade, devidamente treinadas por profissionais de saúde (Fausto e Matta, 2007).

Foi também nesse período, mais precisamente em 1977, na Assembléia Mundial da Saúde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs o lema “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT 2000) instigando governos do mundo todo a empenharem-se na garantia de um nível de saúde aos seus cidadãos que lhes permitisse conduzir uma vida social e economicamente produtiva. A idéia embutida no referido lema tornou-se parte integrada da APS, o que seria confirmado no ano seguinte (Cueto, 2004; Vuori, 1986).

Cueto (2004) aponta o cenário mundial que favoreceu a discussão da APS na década de 1970 cujos reflexos favoreceram a realização da Conferência de Alma ata. Segundo o autor, alguns estudos de dentro e fora do campo da Saúde Pública estavam sendo divulgados ilustrando as deficiências do modelo médico hegemônico;

novos atores entravam em cena na estrutura das agências internacionais, em especial a OMS; assim como propostas de APS em todo o mundo inspiravam discussões.

Em setembro de 1978, realizou-se a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-ata, Cazaquistão, na antiga União Soviética, promovida pela OMS e Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância).

O documento oficial resultante da conferência intitulado Declaração de Alma-Ata, define a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. Nela, o conceito de cuidados primários em saúde refere-se à assistência sanitária disponível a indivíduos e famílias, com participação de todos e a um custo que a comunidade e o país possam arcar. Trata-se do primeiro nível de contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, e deve ser conduzido de forma contínua e o mais próximo possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Pelo seu caráter abrangente, a declaração de Alma-ata foi muito criticada por agências internacionais. Havia uma discrepância muito grande na aplicação da agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata: alguns países desenvolvidos já as haviam alcançado, em sua maioria, ao passo que em muitos países em desenvolvimento não ocorria o mesmo. (Vuori, 1986).

Assim, no ano seguinte, em contexto de baixo crescimento econômico e com a preocupação de identificar estratégias menos custosas e mais eficazes cujas metas pudessem ser alcançadas no prazo e com mais chances de aplicabilidade, uma nova perspectiva da Atenção Primária à Saúde foi discutida: a Atenção Primária à Saúde Seletiva/*Selective Primary Health Care* – APSS (Cueto, 2004).

Inicialmente proposta como estratégia interina e afirmada como complementar as proposições de Alma-Ata, a APS seletiva difundiu-se mundialmente, principalmente em países em desenvolvimento, como pacote de intervenções de baixo custo para o combate a doenças. O conjunto de quatro intervenções conhecidas pela sigla em inglês como *GObi* - acompanhamento do crescimento, hidratação oral, imunização e amamentação foram as estratégias mais difundidas e por sua vez criticadas, por não atingirem a causa dos problemas (Cueto, 2004; Giovanella e Mendonça 2008).

A década de 1980 marcada por um cenário de crise econômica, e a emergência de governos neoliberais nos países desenvolvidos onde se situam as principais agências financiadoras para projetos em países em desenvolvimento e, os ideais de atenção primária enquanto expansão de cobertura de ações simples e de baixo custo, principalmente nas áreas rurais, proposto pelas mesmas agências, facilitaram a disseminação da APSS (Cueto, 2004; Viana e Fausto, 2005).

A perpetuação da crise na década seguinte e os processos de reforma da política de saúde foram favoráveis a APSS, tendo o Banco Mundial (BM) como o principal defensor da idéia de que o setor público deveria prover uma “cesta básica de serviços” e as demais ações, de maior custo, deveriam ser ofertadas pelo setor privado. A própria OMS acompanhou o BM em sua proposta seletiva (Viana e Fausto, 2005; Fausto e Matta, 2007).

Na atualidade, após uma série de críticas às propostas seletivas há um movimento de resgate da concepção abrangente da atenção primária, difundido por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tendo por base o legado de Alma-Ata. O mecanismo proposto de renovação da APS é a transformação dos

sistemas de saúde de modo que a APS seja adotada como seu princípio (OPAS/OMS, 2005). No documento um sistema de saúde baseado na APS é:

(...) composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universal a serviços aceitáveis à população e que aumentem a equidade. Oferece cuidados abrangentes, integrados e apropriados com o tempo, enfatiza a prevenção e a promoção e assegura a atenção no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação. (...) requer uma sólida fundação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Adota práticas de gerenciamento otimizado em todos os níveis para alcançar qualidade, eficiência e eficácia, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde. (...) desenvolve ações intersetoriais para abordar outros determinantes de saúde e equidade (OPAS, 2005).

Como ressaltam Fausto e Matta (2007) o cenário epidemiológico geral das populações marcado pelas doenças crônicas, o avanço da tecnologia, a ampliação do conceito de saúde e sua consolidação enquanto direito de cidadania, não se aplicam mais ao conceito restrito de AP. Pelo contrário, espera-se que a atenção primária à saúde possa assumir posição estratégica na sustentação dos sistemas de saúde atuais.

Assim, ao se analisar os caminhos de uma política de saúde que adota a APS como modelo é possível identificar a presença simultânea e alternada de diversas concepções da APS.

Essas concepções ou interpretações da APS, explicam-se, segundo Mendes (2002), pelos caminhos conduzidos pela história que a gestou e pela própria evolução de seu conceito, pela ambigüidade de algumas de suas definições formais

estabelecidas em foros de debate de caráter internacional, pelo uso diferenciado do termo conforme as escolas do pensamento sanitário e até pela tentativa inicial de se instituir uma concepção positiva de saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma visão negativa do mesmo.

Vuori (1986) sugeriu quatro maneiras de se visualizar a APS, podendo essa ser concebida enquanto: um conjunto de atividades, um nível de atenção, uma estratégia e uma filosofia.

Enquanto um conjunto de atividades a APS seria aquela que envolve ao menos oito provisões básicas, explicitadas também na declaração de Alma-ata: educação em saúde, fornecimento de alimentos e nutrição adequada, abastecimento de água e saneamento básico; assistência materno-infantil; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento básico de problemas de saúde; e provisão de medicamentos essenciais. De fato, como salienta o autor, essa seria a concepção de mais fácil entendimento, entretanto, deixa margens a interpretação, principalmente em países desenvolvidos, que a APS é irrelevante.

Também de fácil compreensão, a segunda faceta - nível de atenção- concebe a APS como a parte do sistema de saúde com a qual as pessoas têm o primeiro contato ao apresentarem problemas de saúde. O autor chama atenção para uma importante distinção entre a atenção primária a saúde e a atenção médica a saúde, referindo-se a necessidade de retirar o foco do trabalho de um único profissional.

A atenção primária a saúde enquanto uma estratégia implica que ela deva ser acessível, relevante as necessidades da população, funcionalmente integrada, baseada na participação da comunidade, que seja eficaz em relação ao custo e caracterizada pela coordenação entre os setores da sociedade. Para isso o autor sugere que possa

ser necessária uma redistribuição dos recursos no sistema de saúde, assim como uma reorientação dos profissionais de saúde tanto em números quanto em formação tendo em vista a diferenciada forma de divisão do trabalho e delegação de tarefas.

Por último, a atenção primária enquanto uma filosofia destaca os princípios de justiça social, equidade, solidariedade internacional e auto-responsabilização que devem permear a APS, assim como a aceitação do conceito amplo de saúde.

Starfield (2002), em seu livro *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*, apresenta essas quatro formas de visualizar a atenção primária e considera a primeira delas – AP como um conjunto de atividades - inadequada para sua análise já que existem poucas atividades que sejam exclusivas da atenção primária. As demais formas de visualização estariam inter-relacionadas.

Também Mendes (2002) indica três interpretações principais da atenção primária à saúde: como atenção primária seletiva, como nível primário dos sistemas de saúde e como uma estratégia de organização do sistema de saúde. Este último, é o conceito ao qual o autor adota, justificando-se:

...é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é a mais ampla, podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; e é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público em serviços de saúde que, aqui, se despende.

Contudo, segundo o mesmo autor, o correto entendimento do conceito Atenção Primária à Saúde se dá por meio do conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores, a partir dos quais é possível alcançar uma atenção primária à saúde de qualidade.

Tais princípios estão definidos e descritos na obra de Starfield (2002) e são: *primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação*.

A noção de *primeiro contato* está associada ao conceito de porta de entrada e envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis e a sua utilização a cada nova necessidade de atenção. Nessa lógica, a atenção primária além de prover a utilização dos serviços de saúde necessários pela comunidade funcionaria, pela maior proximidade com aquela realidade social, como um ponto de fácil acesso para os usuários e o ponto de partida para as intervenções em saúde, sejam elas resolvidas na atenção primária ou conduzidas para os outros pontos da rede (Starfield, 2002).

A *longitudinalidade* pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, com estabelecimento de vínculo entre população e sua fonte de atenção e estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde (Starfield, 2002).

A *integralidade* pressupõe que as equipes de saúde devam se organizar de modo a identificar e oferecer um conjunto de serviços que atendam as necessidades mais comuns da população assim como conduzir arranjos para manejo do cuidado em outros pontos de atenção (Starfield, 2002).

O reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e a garantia da continuidade da atenção (atenção ininterrupta) no interior da rede de serviços definem o princípio da *coordenação* (Starfield, 2002). Assim é necessário que a APS seja capaz de centralizar e disponibilizar informações a respeito de problemas e serviços anteriores apresentados pelo usuário, com o objetivo de constituir uma sólida base de informações, essencial para o atendimento de sua condição de saúde.

Corbo et al (2007) ressaltam que tais princípios devem ser considerados em conjunto, não sendo adequada a operacionalização de um serviço de atenção primária à saúde sem a devida transversalidade e interdependência destes.

Além disso, os serviços de atenção primária devem, por sua vez, focar-se na família - unidade social considerada o sujeito da atenção cujas necessidades devem ser atendidas - orientar-se para a comunidade e suas necessidades e possuir competência cultural para o reconhecimento de eventuais necessidades especiais de grupos e subpopulações que possam não estar em evidência (Starfield, 2002).

No Brasil, os antecedentes da APS datam da primeira metade do século XX, mas a atenção primária só ganha destaque nos debates da agenda de reforma setorial a partir da década de 1970, acompanhando o cenário internacional.

Os diferentes modelos tecnoassistenciais que surgiram no Brasil permitem reconhecer as diferentes formas de organização e distribuição da atenção à saúde. Segundo a proposta de Silva Júnior (2006) foram constituídos três modelos:

O Modelo de Saúde Pública surgiu no início do século XX. Englobava a estratégia de combate de epidemias e endemias por meio de campanhas sanitárias e a proposta do Centro de Saúde, difundida pela Fundação Rockefeller, que prestava serviços para combate de doenças endêmicas.

Segundo Mendes (2002) o SESP - Serviço Especial de Saúde Pública- foi pioneiro na criação das unidades de atenção primária à saúde que articulavam ações preventivas e curativas ainda que centralizadas e restritas às doenças infecciosas e carenciais.

Um segundo modelo de assistência, surgiu na década de 1920, e envolvia a prestação de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais. Englobava a rede de

hospitais ligados aos institutos de Assistência e Previdência, incorporando a concepção da medicina científica de assistência. Representa o modelo liberal ou liberalprivatista hegemônico no Brasil (Silva Júnior, 2006).

Nesse período o que se observa é um modelo dual de atenção à saúde do país: campanhas preventivas e ações de caráter mais abrangente do SESP- dirigidas a coletividades e utilizando pessoal auxiliar - vinculadas ao Ministério da Saúde (MS) e, no lado oposto, ações de caráter curativo e individuais, por meio dos institutos previdenciários, dirigidas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (Fausto 2005).

Em terceiro, o modelo da Medicina Comunitária difundida nas universidades a partir da década de 1960, pela construção de núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos. Os frutos dessas experiências vieram a constituir a base do movimento de Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 1980 (Silva Junior, 2006)

Como consequência da visibilidade dos programas de medicina comunitária, destacou-se enquanto programa de extensão de cobertura o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O programa tinha por objetivo criar uma infra-estrutura de saúde pública através da construção de unidades básicas de saúde com vistas a uma rápida expansão, a nível local, em municípios de pequeno porte, na cobertura das ações de alcance coletivo. Implantado inicialmente no Nordeste, como proposta seletiva, cogitou-se sua extensão para todo o território nacional em 1979 (Fausto e Matta, 2007; Giovanella e Mendonça, 2008).

Para Fausto e Matta (2007) apesar do caráter restrito, o programa contribuiu para a redefinição da política de saúde em dois sentidos: primeiro ao propor e investir em ações descentralizadas, auxiliando na expansão da rede pública de

atenção à saúde e, segundo, ao propor uma reorganização da atenção tendo a atenção primária como porta de entrada.

O movimento da Reforma Sanitária (iniciado na década de 1970) foi determinante para o surgimento de iniciativas de práticas de atenção primária à saúde no Brasil e teve seu apogeu quando conseguiu que a saúde fosse declarada como um direito do cidadão e um dever do Estado, na Constituição Brasileira de 1988 (Corbo et al., 2007). Um marco central para tal debate foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986 (Escorel, 2008).

Temas como unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, saúde como direito do cidadão e dever do Estado, novas fontes financeiras do sistema e a criação de instâncias de participação social foram abordados na conferência assim como estariam presentes na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas da saúde* (Escorel, 2008).

Com o estabelecimento do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) seguindo os princípios pactuados e legitimados na 8ª CNS e enquanto proposta transitória para o SUS (Sistema Único de Saúde) e, posteriormente, já no ano de 1990, com a transferência do Inamps para o MS, começa a implantação do SUS (Escorel, 2008).

A construção do SUS foi fundamentada em três princípios básicos: (i) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência a todos cidadãos, (ii) descentralização em direção aos estados e municípios com redefinição

* Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e (iii) participação popular.

Assim, se no auge do movimento sanitário brasileiro a APS foi de certa forma esquecida uma vez que discussões mais amplas a respeito do sistema de saúde recebiam maior atenção é a partir da década de 1990, especialmente a partir da sua segunda metade, que a APS retorna ao debate principalmente com o estabelecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994.

De fato, a estratégia Agentes Comunitários de Saúde e a Saúde da Família constituíram-se nas primeiras iniciativas do Ministério da Saúde com intuito de alterar a organização da atenção à saúde com ênfase na atenção primária (Fausto e Matta, 2007).

Após décadas de um modelo de atenção centralizado, com ênfase na doença e em ações curativas cujo financiamento favorecia a produção de serviços e os municípios com maior capacidade instalada foi por meio do PACS e do PSF que esse cenário começou a se alterar, constituindo-se um marco na incorporação da APS na política de saúde brasileira (Escorel et al., 2007).

Nesse sentido, Mendes (2002) destaca a implantação do PSF como o quinto ciclo de expansão da atenção primária no país. De fato, passados mais de 15 anos desde seu surgimento a Saúde da Família é considerada, na atualidade, a estratégia prioritária da organização da atenção básica no Brasil e a implantação da estratégia Agentes Comunitários de Saúde pode ser utilizada em sua reorganização inicial. (Brasil, 2006_a).

A estratégia Saúde da Família (SF) tem suas raízes no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em especial a experiência existente no Estado do Ceará, criada no final da década de 80. (Brasil, 2001, Silva e Dalmaso, 2002). Com os bons resultados do programa no Ceará e de outras experiências focalizadas em 1991 o PACS foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde (Souza, 2002, Viana e Dal Poz, 2005).

A proposta chave do PACS reside nos ACS (agentes comunitários de saúde) que funcionam como elo entre a equipe de saúde e as famílias as quais são responsáveis - pertencendo o ACS a comunidade onde atua- e na realização de visitas domiciliares. Tal condição facilita o trabalho, pois possibilita conhecer a dinâmica social da população assistida e suas necessidades (Silva e Dalmaso, 2002).

O Programa Saúde da Família foi criado alguns anos depois, em 1994, tendo como eixo lógico o marco da promoção da saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde (Corbo et al., 2007). As áreas prioritárias para implantação das equipes foram definidas conforme as chamadas “áreas de risco brasileiras”, do documento elaborado pelo IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas), o “Mapa da Fome” (Brasil, 1994).

Ainda que se propusesse a atuar na esfera da equidade ao assumir como prioridade os grupos mais vulneráveis e expostos ao risco de adoecer e morrer, permitindo-lhes acesso aos serviços de saúde local, o programa recebeu suas primeiras críticas por manter, nesse sentido, características de uma atenção primária seletiva: focalizada a grupos pobres e fornecendo uma cesta restrita de serviços (Giovanella e Mendonça, 2008).

Na análise de Teixeira (2003) a passagem do PSF de um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica para uma estratégia de mudança do modelo tradicional de atenção à saúde no SUS foi sabidamente reapropriada e redefinida por um conjunto heterogêneo de atores políticos, em nível estadual e posteriormente federal, que viram no programa uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde.

Conill (2008) cita alguns fatores que explicam a emergência do PSF de um programa para uma estratégia de reorientação do modelo assistencial: o sucesso do PACS, o vazio programático para a questão assistencial no SUS, os atrativos políticos que o programa poderia representar assim como a possibilidade de que o recursos financeiros para contratação de profissionais para as equipes multiprofissionais favorecessem a reordenação da atenção básica.

Alguns acontecimentos merecem ser recuperados para melhor compreensão do processo de implantação e implementação do PSF a partir da segunda metade da década de 1990. Inicialmente observa-se mudança importante em termos de vinculação institucional do programa, ocorrida em 1995. O programa que era vinculado a FUNASA/ COSAC (Fundação Nacional de Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade) passa a responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), ligada diretamente ao Departamento de Assistência e Promoção da Saúde (Viana e Dal Poz, 2005).

Para Viana e Dal Poz (2005) essa transferência significou um rompimento com a idéia de programa vertical, operado através de convênio, considerado tradição dos programas verticais da Fundação Nacional de Saúde, e sinalizou a maior importância do então programa dentro do MS.

Também Fausto e Matta (2007) avaliam tal mudança como um momento de passagem de uma fase de formulação e implantação do PSF que até então ocupava uma posição marginal no contexto da política de saúde, apresentando características de focalização, para outro enquanto proposta organizativa da APS, quando passa a ser considerado estratégico para reorientação do modelo de atenção ainda predominante no SUS.

Paralelamente, ocorreu um impulso no processo de descentralização orientado pela adoção de uma série de portarias governamentais - as Normas Operacionais Básicas (NOB) - favorecendo um arcabouço legal e administrativo necessário ao novo papel atribuído ao poder local: ampliação das responsabilidades da gestão local do SUS (Marques e Mendes, 2002; Conill, 2008; Giovanella e Mendonça, 2008).

Por meio do PAB (Piso de Atenção Básica) cujas condições de habilitação estão definidas na NOB 96, alterou-se a lógica de repasse de recursos - da tradicional remuneração por procedimentos para um sistema de financiamento federal *per capita* com transferência fundo a fundo - favorecendo o desenvolvimento das ações de atenção básica nos municípios mais carentes, com maior déficit de atendimentos e com uma rede de serviços de menor complexidade (Bodstein, 2002).

Em que pese o incentivo financeiro vinculado ao PAB para sua implantação, tanto o PSF quanto o PACS formaram um poderoso mecanismo de indução do governo federal para a atenção básica o que fez com que houvesse significativa expansão dos programas (Bodstein, 2002; Marques e Mendes, 2002).

Assim ao adentrar o século XXI o então Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família, encontrava-se em fase de

expansão enquanto um possível e importante indutor de mudanças no modelo assistencial tendo por base a atenção básica.

A Saúde da Família, assumida enquanto estratégia de caráter substitutivo em relação à “atenção básica tradicional”, assume como princípios: (i) adscrição de clientela- vínculo entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde; (ii) territorialização - definição do território e da população a ser atendida, o que implica o mapeamento e a segmentação da população por território; (iii) diagnóstico da situação de saúde da população - mediante cadastramento das famílias e dos indivíduos e a geração de dados sobre sua situação de saúde; (iv) planejamento baseado na realidade local - programação de atividades orientada segundo critérios de risco à saúde com prioridade na solução dos problemas e (v) participação popular e comunitária- articulação permanente com os indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2006_a; Sousa e Hamann, 2009).

Andrade et al. (2008) consideram a experiência brasileira da Saúde da Família como um modelo coletivo de atenção primária cuja peculiaridade reside no fato de ter sido construído em um sistema de saúde público e universal. Tal condição redimensiona sua relevância, pois o impacto da SF na saúde dos usuários irá depender da capacidade de integração da estratégia com as redes do sistema de saúde. Essa última questão é considerada um dos grandes desafios para a SF.

No contexto internacional há considerável consenso quanto à vantagem dos sistemas públicos baseados na atenção primária como é possível observar no recente documento da Organização Pan-Americana da Saúde “Renovando a Atenção Primária à Saúde na América Latina” (OPAS/OMS, 2005).

Também reafirmam tal consideração os resultados da obra de Starfield (2002), pesquisadora referência no assunto, em estudo de 1994 que avaliou características das unidades de saúde e do sistema de saúde em países considerados ricos com intuito de medir a força da atenção primária. Esses resultados têm exercido larga influência entre os envolvidos com o SUS (Campos et al.,2008)

Por sua vez, Mendes (s.d)* selecionou estudos de experiências internacionais e alguns poucos estudos brasileiros para trabalho de revisão sobre o assunto e concluiu que os sistemas baseados em uma forte orientação para a APS são mais adequados, efetivos, eficientes, equitativos e de maior qualidade quando comparados a sistemas com baixa orientação.

Mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população, mais efetivos por serem a única forma de enfrentar a situação epidemiológica em que predominam as condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais equitativos por discriminarem positivamente grupos e regiões mais pobres acarretando menores gastos dos usuários e por fim, de maior qualidade por darem ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para usuários e profissionais de saúde (Mendes, s.d.).

Tanto o PACS quanto a Saúde da Família receberam grande importância na reorganização da atenção básica, o que pode ser confirmado ao se avaliar os números de cobertura e de equipes implantadas. Em 2008 o percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família foi de 48,9%, contando com 28.865 ESF, distribuídas

* Mendes EV.Revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde.Curso de Aperfeiçoamento em Gestão Microrregional de Sistemas de Saúde. Revisões bibliográficas. Belo Horizonte.

em 5.218 municípios, o que representou um percentual de 93,8% dos municípios brasileiros com a estratégia implantada (Brasil, 2009).

Esses números foram favorecidos com a decisão do Ministério da Saúde com apoio do Banco Mundial, de desenvolver, a partir de 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf). O projeto, desenvolvido em duas fases de execução, tem como objetivo o apoio à organização e ao fortalecimento da atenção básica no país, especialmente nos municípios com mais de 100 mil habitantes (Brasil, 2003_a)

Sua proposta está voltada para questões essenciais no fortalecimento da Saúde da Família: seu desenvolvimento em cidades de diferenciado porte, o investimento em estratégias de qualificação de seus trabalhadores e o monitoramento e avaliação da atenção básica (Brasil, 2003_a).

A expansão e estabelecimento da SF em municípios de pequeno porte foram beneficiados pelas mudanças ocorridas na década anterior especialmente quanto a gestão local do SUS e seu financiamento, ainda que críticas tenham sido feitas quanto a excessiva normatividade imposta pela esfera federal e do engessamento operacional a que estados e municípios são submetidos (Franco e Merhy, 1999; Marques e Mendes 2002; Medina e Aquino, 2002).

Sousa e Hamann (2009) assumem os bons resultados obtidos pela Saúde da Família nos municípios de pequeno porte sem, entretanto, esconder que a falha nessas experiências é a dificuldade de integração com os demais serviços assistenciais, perpetuando a lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde baseados no modelo clássico de assistência a doenças.

Nos grandes centros urbanos a SF enfrenta semelhantes desafios, porém em proporções muito maiores diante da grandeza e diversidade de situações de pobreza e desigualdade social a qual estão expostos parte da população, com reflexos no acesso e utilização desigual dos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, afetando inclusive a qualidade da oferta de serviços (Bousquat et al., 2005; Viana et al., 2007; Brasil, 2009).

Outros pontos obstaculizam a implementação da Saúde da Família: os mecanismos precários de inserção dos profissionais desfavorecem a adesão dos profissionais e a conseqüente formação de laços com a comunidade, ao mesmo tempo em que a formação profissional, tradicionalmente baseada no ensino flexneriano e fragmentador diverge da concepção da SF em termos de conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias a sua proposta, fazendo urgentes as mudanças curriculares e o aprimoramento da educação permanente (Scorel, 2007; Souza e Sampaio; 2002).

Todavia há que se ressaltar alguns avanços alcançados como a criação dos cursos de residência e especialização multiprofissional em saúde da família, o movimento de reformas curriculares das profissões da saúde e a criação dos Pólos de Educação Permanente para profissionais da SF ao final da década de 1990 e a posterior mudança em sua condução ao ampliar o processo de educação permanente para o conjunto dos trabalhadores do SUS (Corbo et al., 2007; Barros, 2009)

Sousa e Hamann (2009) ressaltam a necessidade do efetivo co-financiamento da atenção básica e da proposta da SF pelas três esferas, de modo a evitar o aprofundamento de crises das finanças municipais e não criar barreiras ao gasto com

saúde, em especial a Saúde da Família, eixo prioritário de investimento da atenção básica.

Os mesmos autores trazem outra questão desafiadora: a produção de tecnologias que facilitem o processo de avaliação e monitoramento das ESF de modo a contemplar a complexidade da organização da atenção e que apresentem indicadores adequados e oportunos dos efeitos da Saúde da Família nos municípios brasileiros (Souza e Hamann, 2009).

Recentemente, em 2008, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF- constituído por equipe multiprofissional que deve funcionar como apoio a Saúde da Família - não como porta de entrada - na sua inserção na rede de serviços e no processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (Brasil, 2008).

Deste modo, juntamente com a revisão das diretrizes e normas de organização da SF por meio da Portaria nº 648 de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o “Pacto pela Vida” que reitera como prioridade a consolidação e qualificação da estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e como centro ordenador das redes de atenção à saúde, a criação do NASF funciona como mais um elemento ratificador da continuidade e importância dessa estratégia na política de saúde brasileira (Brasil, 2006_a; Brasil, 2006_b; Barros, 2009).

Nutricionistas: a conformação de uma profissão da saúde

Seja enquanto ciência, política e/ou profissão, o campo da nutrição emerge no cenário mundial a partir do século XX, quando no interstício das grandes guerras mundiais foram realizados estudos e pesquisas, assim como criados os primeiros cursos para formação de profissionais (Rosen, 1994; Vasconcelos, 2002;).

Nesse sentido, Vasconcelos (2002) em trabalho de revisão sobre a formação do profissional afirma que apesar das poucas análises sobre esse momento inicial de formação há convergência de duas perspectivas, uma primeira chamada biológica, pautada nas Escolas de Nutrição e Dietética norte- americanas e de centros europeus e que dá origem a área de atuação da Nutrição Clínica, bem como a Nutrição Básica e Experimental voltadas aos aspectos clínicos e fisiológicos do consumo e alimentação. A segunda perspectiva é influenciada pela preocupação com a produção e distribuição dos alimentos, a chamada perspectiva social, e deu origem ao campo da Alimentação Coletiva e mais tarde ao campo da Nutrição na Saúde Pública .

Deste modo ressalta-se que a formação inicial, no Brasil, como corroborado por Viana (1996), deu-se tanto para a Nutrição clínica quanto à alimentação coletiva.

Idealizado a partir da década de 1930, por médicos nutrólogos, a formação profissional iniciou-se com a criação dos quatro primeiros cursos de nutrição em duas grandes capitais brasileiras Rio de Janeiro e São Paulo (Vasconcelos, 2002; ABN, 1991).

Entretanto é inegável afirmar que a formação profissional, o crescimento e desenvolvimento da profissão estiveram, desde o princípio, intimamente relacionados às políticas de Estado.

A alimentação e nutrição foram, desde o início, ligadas as questões sociais e econômicas que guiaram a realização de pesquisas nacionais, a partir da década de 1930, conduzidas por intelectuais envolvidos com a problemática da alimentação, como o pioneiro inquérito de Josué de Castro sobre as “condições de vida das classes operárias do Recife” que denunciou a fome e que motivou o desenvolvimento de novas pesquisas (Arruda e Arruda, 2007).

A crônica situação de deficiência alimentar do brasileiro torna-se então problema “real” quando a força de trabalho passa a ser vista como imprescindível ao desenvolvimento, ou seja, reflete-se na forma como o Estado se organizou para responder às questões sociais de modo a assegurar o novo padrão de desenvolvimento econômico baseado na industrialização (Nunes, 1992, Viana, 1996).

Cabe lembrar que a instituição do salário mínimo, dentro do regime ditatorial implantado por Getúlio Vargas, na década de 1930, foi uma das respostas encontradas pelo Estado Novo para obtenção do apoio da sociedade. É desse período e sob essas condições que surgem as políticas de alimentação e nutrição, cujo marco inicial é a criação do SAPS - Serviço de Alimentação da Previdência Social - vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (Mancuso et al., 2008).

Algumas atribuições vinculadas ao SAPS: a venda de alimentos a preço de custo para trabalhadores por meio de postos de venda, apoio a pesquisa na área de alimentação, formação de pessoal técnico especializado e fornecimento de refeições para trabalhadores e estudantes (Barros e Tartaglia, 2003).

O Decreto-lei n.º 2.478 que institui o referido organismo justifica sua criação nos seguintes termos:

(...) no sentido de se melhorar a alimentação do trabalhador nacional e, conseqüentemente, sua resistência orgânica e capacidade de trabalho, mediante a progressiva racionalização de seus hábitos alimentares, (...) socorrendo-se, para isso, da cooperação que podem dispensar os Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões Sob a jurisdição da aludido Ministério, cujos beneficiários compreendem a quase totalidade das classes trabalhadoras (...)

O trecho acima chama atenção para um ponto importante: a “racionalização dos hábitos alimentares” dos trabalhadores e seus familiares, consequência da visão higienista sobre a educação em saúde, a qual propõe “ensinar” o povo a se alimentar, através da incorporação de bons hábitos alimentares para melhoria dos níveis de saúde (Viana,1996). Para isso houve demanda na formação de recursos humanos que o próprio SAPS tomou para si através de formação de auxiliares e visitadoras de alimentação e futuramente nutricionistas e nutrólogos (Barros e Tartaglia, 2003; Costa, 2002).

Em termos institucionais, há criação de outros órgãos co-responsáveis pela política de alimentação do estado brasileiro: a Comissão Nacional de Alimentação (CNA) foi um deles. Criada em 1945 junto ao Conselho Federal de Comércio Exterior foi posteriormente vinculada ao então Ministério da Saúde e Educação (Arruda e Arruda, 2007).

A CNA tinha por objetivo definir a política nacional de alimentação; estudar os hábitos alimentares da população e seu estado nutricional, acompanhar e estimular

pesquisas em alimentação e nutrição, promover a educação nutricional e a correção de deficiências; e contribuir para o desenvolvimento tecnológico da indústria de alimentos desidratados (Silva, 1995).

Deste modo no que se refere à entrada do nutricionista no mercado de trabalho, devido às influências iniciais de sua formação e ao caráter das políticas de alimentação e nutrição do período, esse foi inicialmente absorvido pelos estabelecimentos hospitalares públicos e nos órgãos públicos de fornecimento de refeições a trabalhadores do SAPS mantendo-se nas funções de educar os trabalhadores e administrar os serviços (Barros e Tartaglia, 2003; Gil, 1986).

Conforme destaca Vasconcelos (2002) ao findar a década de 1950 a nutrição enquanto campo do saber, agenda do estado capitalista e como atividade profissional encontrava-se, portanto, institucionalizada: escolas foram criadas para formação nesse campo e havia dentro da própria estrutura do governo mercado de trabalho para os nutricionistas que se formassem.

No cenário internacional é também no pós-guerra que o campo da nutrição encontra os espaços formais adequados para sua ampliação e consolidação no interior das agências especializadas (L'abatte, 1988).

Destaque a para a FAO – Food and Agriculture Organization- entidade da ONU (Organização das Nações Unidas) responsável pela questão da alimentação e nutrição mundial uma vez que foi o 1º Congresso Latino Americano da FAO o primeiro evento científico que recomendou o desenvolvimento de ações no campo da Nutrição em Saúde Pública (Vasconcelos, 2002).

Nesse intervalo, no Brasil, mais dois cursos de nutrição foram criados, o Curso de Nutrição Universidade Federal da Bahia em 1956 e o da Universidade

Federal de Pernambuco fundado em 1957. Este último é apontado em documento da Associação Brasileira de Nutricionistas (ABN) como o primeiro curso brasileiro a formar nutricionistas para atuação em Saúde Pública (ABN, 1991).

O reconhecimento do curso de nutrição como de nível superior ocorre em 1962. Até a década de 1970 apenas mais um curso seria criado (ABN, 1991).

Em 1967, os nutricionistas têm a sua profissão regulamentada por meio da Lei nº 5.276 de 24 de abril e, posteriormente, enquadrada enquanto profissional liberal autônomo. Ressalta-se que a mobilização dos nutricionistas em torno desse acontecimento remonta a década de 1940, marcada pela criação da ABN em 31 de agosto de 1949 - dia em que no Brasil se comemora o dia do Nutricionista; é também desse período o surgimento dos Arquivos Brasileiros de Nutrição, primeira revista científica brasileira deste campo de conhecimento (ABN, 1991).

Com a emergência da medicina comunitária ganham destaque discussões sobre o âmbito social e o trabalho em equipe integrado a comunidade. Essa perspectiva traduz-se no campo da nutrição na criação de programas que propunham a criação de hortas, pomares e criação de pequenos animais, de forma comunitária, acompanhadas de atividades educativas (Prado, 1993).

Sobre a participação dos nutricionistas em equipes de saúde há destaque para a realização de eventos que discutem a formação profissional, em especial a Conferência de Formação de Nutricionistas, realizado em Caracas – Venezuela. Patrocinada pela OPAS/OMS, o evento define o nutricionista como profissional qualificado em sua formação e experiência para atuar nos serviços de Saúde Pública, e estimula a sua integração nas equipes de saúde nas intervenções e programas ligados a nutrição. (Santos, 1988 apud Viana, 1996).

Em 1972 o CNA é extinto e substituído pelo INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde (MS). A função do INAN era dar assessoria ao governo na formulação da Política Nacional de Alimentação, na criação do PRONAN (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição) e de atuar como órgão central de incentivo, apoio e coordenação interinstitucional das atividades de alimentação e nutrição no país (Vasconcelos, 2005; Schmitz et al., 1997).

O INAN trabalhava em três linhas de atuação: (i) suplementação de alimentos a grupos biológicos vulneráveis à desnutrição, (ii) racionalização do sistema de produção e comercialização de alimentos, (iii) atividades de complementação e apoio (Schmitz et al, 1997).

Em tais condições surge a necessidade de profissionais na área de alimentação e nutrição para atender a demanda advinda dos programas que foram criados, favorecendo o crescimento do número de cursos de nutrição (Vasconcelos, 2005).

Dentre os PRONAN elaborados pelo referido instituto, em número de três, o primeiro praticamente não foi efetivado, e o segundo foi o único que, efetivamente posto em prática, em parte responsável pela inserção do nutricionista no mercado de trabalho, ainda que predominantemente em uma área, a alimentação coletiva. O terceiro nunca foi implantado, mas dentro do contexto por ele gerado alguns programas foram criados (Schmitz et al., 1997; Bosi, 1988).

Assim, inserção efetiva do nutricionista no mercado de trabalho ocorreu com a criação do PAT - Programa de Alimentação do Trabalhador - sob coordenação do Ministério do Trabalho e inserido dentre as linhas de atuação do PRONAN, que

exigia responsabilidade técnica de um nutricionista. A exceção do PAT, os demais programas não absorveram a mão de obra do nutricionista uniformemente (Gil 1986).

Merece destaque aqui o Programa Nutrição em Saúde (PNS) que se propunha a incentivar a integração dos serviços públicos estaduais com o Ministério da Saúde, associando suas ações à prestação de ações básicas propondo-se a reduzir a prevalência de carências nutricionais, aumentar a resistência a diversos agravos, diminuindo a morbimortalidade e a pressão sobre os serviços de saúde e melhorar, indiretamente, a distribuição de renda (Castro, 1995).

O programa oferecia suplementação alimentar de alimentos *in natura* (fubá, arroz, feijão, farinha de mandioca e leite em pó) a grupos específicos como gestantes, nutrízes e menores de sete anos em “condições sócio-econômicas desfavoráveis” ou em condições biológicas de risco (L’abatte, 1989; Schmitz et al., 1997).

Para definir e alcançar o público pretendido o PNS vinculou-se as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) deixando sob sua responsabilidade a execução do programa e definição dos beneficiários por estas possuírem rede própria de serviços e uma clientela que se identificava com a população beneficiária do PNS (L’abatte, 1989).

De fato, Prado (1993) relata que nas SES os nutricionistas ficaram encarregados da programação regional das atividades do PRONAN e, a nível local, nas unidades de saúde, assumiram a coordenação e controle da suplementação alimentar e a elaboração de material instrucional e execução de ações de educação nutricional.

Todavia, o exercício de atividades de planejamento, supervisão e orientação técnica na área da saúde pública, mesmo com a inserção dos nutricionistas nos programas do II PRONAN, ficaram, como se refere Prado (1993) restritas ao nível de execução.

É o que foi observado também nas vagas destinadas ao INAN. Apesar da criação de um instituto específico para a alimentação e nutrição não havia necessariamente nutricionistas trabalhando em seu quadro. Em documento elaborado em março de 79 e apresentado ao então Ministro da Saúde, ilustra-se o quadro de vagas previstas no instituto, em número de 175, das quais apenas 6 eram destinadas a nutricionistas e essas não se encontravam preenchidas (Brasil, 1979).

Desde a década de 1950, portanto, até início da década de 1980, o que se obteve, na prática, como política de alimentação e nutrição foram os diversos e diferentes programas que ou sucederam uns aos outros, ou foram integrados, ou esvaziados. Alguns continuam até hoje a exemplo do PAT (Programa de Alimentação do Trabalhador) e do PNAE (Programa Nacional de Alimentação do Escolar) e poucos deles apresentavam uma efetiva integração ao setor saúde (Barros e Tartaglia, 2003).

É nesse intervalo também, na década de 1970, as primeiras tentativas de implantação do SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – no Brasil. Decisões e tendências internacionais explicitadas por meio de eventos, dentre eles a I Conferência de Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, em Alma Ata, atual Cazaquistão, fortaleceram a evolução dos conceitos adotados pelo SISVAN (Castro, 1995). A proposta “Saúde para Todos no Ano 2000, reafirmada na conferência funcionou como instrumento que serviu não só para legitimar as ações

de nutrição já desenvolvidas no setor saúde, mas também para delinear melhor o papel deste ao ressaltar o impacto de medidas gerais de saúde no perfil nutricional.

Ao ser elaborado o SISVAN preconizava, para a rede de saúde, ações ligadas a duas vertentes de determinação do perfil nutricional: tanto a de utilização biológica (que abrangeria, dentre outros, fatores como condições de moradia, acesso a serviços de saúde e ocorrência de agravos infecciosos ou não) quanto à vertente do consumo alimentar (políticas econômica e agrícola, poder aquisitivo, hábitos e distribuição intrafamiliar de alimentos). Apresentava uma proposta intersetorial, portanto. (Castro, 1995).

Estas ocorreriam através da suplementação alimentar para crianças e gestantes (aumentando a disponibilidade de alimentos e ações específicas de correção da subnutrição), aquelas por meio de ações que contribuíssem para a quebra do círculo vicioso desnutrição-infecção (como o acompanhamento do desenvolvimento integral da criança, imunizações, controle das enfermidades diarreicas, por exemplo) (Castro, 1995).

Em sua análise sobre as limitações e interfaces do SISVAN com a rede de saúde mesmo após quase vinte anos desde seu surgimento, Castro (1995) afirma que prevalecia até então o foco na vertente de consumo alimentar, ficando como ações específicas do setor saúde aquelas vinculadas aos programas de distribuição de alimentos, ou seja, a suplementação alimentar e triagem de beneficiários como única resposta do setor saúde aos agravos nutricionais (Castro, 1995).

Retomando importantes acontecimentos para a categoria, em outubro de 1978, são criados os Conselhos Federal e Regional de Nutricionistas. Sua criação foi importante não só pela possibilidade de normatização e fiscalização das atividades

dos nutricionistas, mas também pela autonomia profissional já que, anteriormente, a fiscalização do exercício da profissão era feita pelos órgãos regionais de Medicina (Costa, 1999).

Quanto aos cursos de Nutrição, esses presenciaram um grande crescimento a partir da década de 1980, consequência da reforma universitária de 1968 que determinou a abertura de novos cursos em todas as áreas de conhecimento, especialmente naquelas que contavam com menor número de cursos de graduação, como era o caso dos cursos de Nutrição. O II PRONAN cujas diretrizes estava o estímulo a formação e capacitação de recursos humanos em nutrição também foi responsável por esse crescimento (INEP, 2006).

No período de 1975 a 1981 passou-se de um total de 7 cursos para 30, representando um aumento de 443% (Bosi, 1988). Foi também nesse período em que os primeiros cursos privados surgiram (Vasconcelos, 2002). Em 1986 somavam 36 cursos, 18 federais, 4 estaduais e 14 privados. Das 36 escolas a maioria se encontrava na região Sudeste, repetindo-se tal predominância nos cursos privados, mas que também apareceram na região Sul.

Tal crescimento será mantido: dentre os anos de 1991 a 1999, os cursos de graduação em nutrição aumentariam em 102,5%, tanto públicos quanto privados (INEP, 2006).

Os anos 80 do século XX são marcados pelo erguimento dos movimentos sociais, com projeção na discussão sobre a formação do nutricionista, demonstrando o início do reconhecimento de que as mudanças ocorridas na sociedade transformavam e exigiam o repensar da profissão (Costa, 1999).

A expectativa de formação centrava-se no profissional generalista, que fosse capaz de aliar “teoria e prática” e o “biológico e o social” indagações consoantes ao

contexto de mudanças históricas a qual o país passava, o movimento de reforma sanitária brasileira que negava o modelo médico-medicamentoso, hospitalocêntrico, curativista, e cujo ideário repercutiu não apenas nos debates sobre a formação em nutrição, mas em todos os cursos da saúde (Costa,1999).

Entretanto ao final da década de 1980, os programas de alimentação e nutrição existentes foram sendo diluídos técnica e financeiramente devido a reajustes financeiros necessários para estabilização econômica, mas alguns programas tiveram continuidade (Vasconcelos 2005, Barros e Tartaglia, 2003).

Não é propósito de o presente trabalho explicitar o conteúdo e execução desses programas, entretanto é importante situar que os mesmos contribuíram para o processo de institucionalização das ações em Nutrição no âmbito da rede pública, inclusive a de serviços de saúde, educação e assistência social no país (Vasconcelos, 2005; Castro 1995).

Cabe pontuar os acontecimentos relevantes em termos de mudanças nos conceitos, procedimentos e deliberações no contexto geral da política de saúde, principalmente a partir do final da década de 1980, que modificaram progressivamente o conceito de saúde-doença e com ele alteraram as abordagens necessárias no cuidado em saúde e por consequência influenciaram o campo da alimentação e nutrição.

Os acontecimentos foram: (i) a realização da VIII CNS que frisou a discussão do direito à saúde, entendida em seu conceito mais amplo; (ii) a criação de um sistema público de saúde universal , o SUS; (iii) a adoção de um modelo de atenção primária, a estratégia Saúde da Família que possibilitou o fortalecimento da idéia de trabalho em equipe; (iv) a ampliação da discussão a respeito da promoção da saúde e

com ele a de hábitos alimentares saudáveis; (v) a discussão a respeito dos Determinantes Sociais da Saúde(DSS) dentre os quais a alimentação adequada se faz componente essencial e interage com os demais.

Assim, retomando a condução das políticas sociais de saúde e alimentação e nutrição com reflexos na atuação profissional do nutricionista, observa-se, na década de 1990, num contexto de redução do papel do estado nas políticas sociais, um esvaziamento do INAN em termos técnicos, políticos e financeiros, até sua extinção em 1997. Grande parte dos programas já tinha sido extinta anteriormente e os que restaram ou tiveram suas atividades quase paralisadas ou foram mantidos com intensidade reduzida ou permaneceram desarticulados (Arruda e Arruda, 2007; Schmitz et al., 1997).

Algumas tentativas foram feitas com intuito de resgatar a relevância institucional da área de alimentação e nutrição, transformando-a em Secretaria, que foi incorporada ao Ministério da Saúde (Arruda e Arruda, 2008).

As atividades de alimentação e nutrição ficaram então a cargo da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), na esfera da Secretaria de Políticas de Saúde. Com a extinção dessa secretaria a ATAN foi transferida ao Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde (DAB/SAS) e passou a se chamar CGPAN - Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, em 1998 (Arruda e Arruda, 2008).

A fim de definir o rumo da alimentação e nutrição dentro do setor saúde a CGPAN passou a desempenhar as competências, direitos e obrigações que caberiam ao extinto INAN (Vasconcelos, 2005).

Nessas circunstâncias, a inclusão da CGPAN no Departamento de Atenção Básica reafirmou o papel da alimentação e nutrição na concepção e sistematização de todas as ações relativas à atenção básica assim como no reforço a consolidação da estratégia Saúde da Família que a essa altura já tinha ganhado destaque como proposta de reorientação do modelo assistencial (Brasil, 2000; Arruda e Arruda, 2007)

Como uma caminho possível de valorização e resistência dessa temática, técnicos dos setores da saúde, educação e agricultura, intelectuais orgânicos e acadêmicos assumiram a construção de uma nova Política de Alimentação e Nutrição (Arruda e Arruda, 2007; Pinheiro e Carvalho, 2008).

Em 1999 é homologada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) Em seu conteúdo fica explícito que a PNAN faz parte da Política Nacional de Saúde e que ao mesmo tempo toma para si o contexto da segurança alimentar e nutricional. (Secretaria de Políticas de Saúde, 2000).

Finalmente consolida-se por meio da PNAN, para a saúde, o que a Lei nº 8.080/90 já havia acolhido e dado respaldo: a temática das ações de alimentação e nutrição no escopo das políticas públicas as quais o Estado, em todas as esferas, deve propor e executar ações.

Para o alcance de seu propósito a PNAN está consolidada em sete diretrizes, são elas: o estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;

promoção do desenvolvimento de linhas de investigação e desenvolvimento de capacitação de recursos humanos (Brasil, 2003_b).

Contudo a PNAN assume também que o alcance do Direito Humano a Alimentação extrapola o setor saúde e busca a articulação com outros setores governamentais e segmentos da sociedade e setor produtivo (Arruda e Arruda, 2007; Brasil, 2003_b).

Nesse sentido, a mais inovadora e recente proposta emanada do Ministério da Saúde com objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento da ação governamental nas ações de alimentação e nutrição na atenção primária, campo de interesse do presente estudo, é a “Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde” (Brasil, 2009).

O documento auxilia no direcionamento das ações de alimentação e nutrição na APS considerando três elementos organizacionais: (i) níveis de intervenção (gestão das ações e cuidado nutricional propriamente dito); (ii) sujeito das ações (indivíduo, família e comunidade);(iii) caráter das ações (universais e específicas).Tais ações configuram-se enquanto esforço convergente e complementar às demais ações que já vem sendo implementadas, em especial as da Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2009).

Os avanços da alimentação e nutrição alcançados na condução da política de saúde seriam inviáveis sem o seu debate nas diversas arenas (política, científica e corporativa). As demandas de nutrição apresentadas nas Conferências Nacionais de Saúde são um exemplo claro disso*.

* CIAN. (Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição). Demandas de Nutrição das Conferências Nacionais de Saúde e reforço do Controle Social. (Apresentado ao VIII Encontro Nacional da Rede de Nutrição do SUS; 2008; Brasília-DF).

Os conteúdos dos relatórios finais das conferências, a começar pela VIII CNS, dado seu caráter histórico e político, já evidenciam referências a alimentação, dentro do conceito amplo de saúde.

Dessa conferência até a última, realizada em outubro de 2007, com o tema “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, questões relacionadas a alimentação e nutrição estiveram praticamente presentes em todas as discussões, desde a exigência de garantia dos direitos sociais como a alimentação, ainda na década de 90, até a discussão sobre a ampliação da equipe Saúde da Família, já no século XXI tendo em vista a atenção básica como reorganizadora da atenção à saúde no Brasil, e a criação do NASF (Núcleo de apoio à Saúde da Família) que assume a integralidade do cuidado à saúde ao agregar outros profissionais da área no trabalho da Estratégia Saúde da Família, dentre eles o nutricionista.

Do mesmo modo, no âmbito das lutas enquanto profissional da saúde é possível observar a busca pela maior visibilidade social em especial por meio da atuação dos conselhos de classe. Vários foram os campos de trabalho que se abriram aos profissionais, necessitando recentemente de elaboração de nova resolução sobre as áreas de atuação do profissional, anteriormente consideradas em número de quatro e agora em número de sete, assim como o estabelecimento de parâmetros numéricos de referência para cada área (CFN, 2005).

O documento elaborado pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) define as áreas de atuação: Alimentação Coletiva, Nutrição Clínica, Docência, Indústria de Alimentos, Nutrição em Esportes, Marketing na área de Alimentação e Nutrição e Saúde Coletiva (Brasil, 2005).

A área de nutrição em saúde coletiva também conhecida no meio profissional como nutrição social ou nutrição em saúde pública envolve “atividades de alimentação e nutrição realizadas em políticas e programas institucionais, de atenção básica e de vigilância sanitária”. No que se refere à Atenção Básica, campo de interesse do presente estudo, são assumidas as atividades de Promoção e Assistência à Saúde (CFN, 2005).

Pesquisas e eventos sobre alimentação e nutrição na atenção primária têm sido realizados nos últimos anos e serão abordados no próximo item. O quadro 1 agrupa os marcos legais e eventos de caráter nacional realizados nos últimos dez anos que apontam o fortalecimento das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Quadro 1- Marcos legais e eventos nacionais que favorecem o fortalecimento das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde, Brasil 1999-2009

Ano	Marcos legais e eventos nacionais
1999	- Portaria nº 710, de 10 de junho: Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).
2000	- Início realização dos Encontros da Rede Nacional de Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição e Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição
2004	<p>- Portaria nº 2.246, de 18 de outubro: Institui e divulga as orientações básicas para a implementação das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional por meio do SISVAN, no âmbito das ações básicas de saúde no SUS, em todo o território nacional.</p> <p>- Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro: Dispõe sobre as condicionalidades da saúde dirigidas aos beneficiários do PBF ofertadas pelas SMS. Recomenda-se, preferencialmente, o nutricionista como responsável técnico para coordenar o programa.</p>
2005	<p>- Resolução CFN nº 380/2005: dispõe, dentre outras, das atribuições do nutricionista vinculadas à área de Saúde Coletiva: na Atenção Básica à Saúde; Políticas e Programas Institucionais e Vigilância em Saúde.</p> <p>- Portaria nº 730 de 13 de maio: Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)</p> <p>- Portaria nº 729 de 13 de maio: Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências.</p> <p>- Portaria nº 2.362 de 1º de dezembro: Reestrutura o Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo - DDI, Pró-Iodo.</p>

(Cont.) Quadro 1. Marcos legais e eventos nacionais que favorecem o fortalecimento das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde, Brasil 1999-2009

2006	<ul style="list-style-type: none"> - Pacto Pela Saúde: Composto por três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – que instituíram novas orientações para o funcionamento SUS. - Portaria nº 648 de 28 de março: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. - Portaria nº 687 de 30 de março: Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. - Publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira destinado a todas as pessoas, com destaque para profissionais de saúde da atenção básica e os formuladores e implementadores de ações de governo em áreas correlacionadas a alimentação e nutrição
2007	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da I Mostra de Experiências Bem Sucedidas em Nutrição com intuito de estimular o debate sobre as possibilidades e atuação das ações de alimentação e nutrição na prática da atenção à saúde do SUS.
2008	<ul style="list-style-type: none"> - Portaria 154 de 29 de janeiro: Criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família -NASF — e inclusão do Nutricionista dentre as profissões elegíveis a compor as equipes. - Portaria nº 1.751, de 21 de agosto: Altera o a redação da Portaria nº 1.424/GM, de 10 de julho de 2008, que estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implementação das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito das SES e SMS com base na PNAN. - Realização do I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária. Promoção do debate e contextualização dos modelos de Organização dos Serviços de Nutrição na Atenção Primária de diversos países.
2009	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do Encontro Nacional da Rede de Nutrição do SUS - Lançamento pelo MS da “Matriz de ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde” como reforço a incorporação progressiva e organizada do cuidado nutricional nas ações de saúde.

Atuação dos Nutricionistas em Saúde Pública e o trabalho em saúde

Tomando como base as características da transição nutricional brasileira e os fundamentos norteadores das diretrizes da PNAN, pode-se afirmar que a intervenção em saúde no campo da alimentação e nutrição deve ultrapassar a abordagem do estado nutricional, para abarcar também a dimensão alimentar, o que demanda assegurar a disponibilidade e as condições de acesso social e físico aos alimentos (Assis et al., 2002; Castro, 1995).

A disponibilidade dos alimentos está estritamente ligada às condições estruturais da sociedade e requer estudos e políticas intersetoriais para minimizar a problemática, já as condições em que ocorrerá o acesso ao alimento urgem do conhecimento em profundidade dos determinantes culturais dos hábitos alimentares, assim como a compreensão dos motivos pelos quais práticas alimentares regionais vêm sendo substituídas por outras (Assis et al., 2002).

Reforçam essa idéia Silva et al. (2002) ao afirmarem que o setor saúde deve assumir a alimentação como resultado das múltiplas relações entre o biológico e o sócio-cultural e que a rede de serviços deve portanto contribuir para o processo de aprendizagem constante e dinâmico auxiliando na formação de opinião da população sobre alimentação saudável.

Esse desafio exige um profissional detentor de amplos conhecimentos que abarquem o campo da ciência da alimentação e da nutrição e que integre à sua prática ferramentas da epidemiologia, do planejamento, da educação e de outras disciplinas das ciências sociais e humanas, aqui representado pelo profissional nutricionista (Assis et al., 2002).

Burlandy (2005) apud Brasil (2006_c) situa de forma adequada a posição do nutricionista no que se refere a sua atuação na rede de saúde tendo em vista seus conhecimentos específicos sobre alimentação, técnica dietética, prescrição dietoterápica, prática educativa e outras atividades. Segundo ela não se trata de passar informações amplas e princípios gerais de uma boa alimentação, mas sim o trabalho em aplicar no cotidiano os princípios que regem uma alimentação saudável na sequência que vai desde a seleção até o consumo do alimento dentro de uma perspectiva ampla de hábitos de alimentação e de vida saudáveis (Burlandy, 2005 apud Brasil, 2006_c).

Soma-se a isso a necessidade de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população configurando-se enquanto uma diretriz estratégica da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. A postura de vigilância à saúde deve ser incorporada por todos os profissionais de saúde e no caso das questões de alimentação e nutrição perceber situações de risco nutricional ou de insegurança alimentar são fundamentais (Machado et al., 2008).

Como bem argumentado por Machado et al (2008) o nutricionista é o profissional capaz de trazer ao planejamento local das ações de saúde sua percepção da dinamicidade alimentar e nutricional presente na comunidade e auxiliar na melhor compreensão dos seus determinantes.

Exatamente por compreender a multideterminação do processo saúde-doença, a associação de diferentes saberes e práticas por meio do trabalho multiprofissional vai contribuir para a melhoria do cuidado nutricional, como de todo o cuidado em saúde, ao basear-se na construção compartilhada de conhecimentos e, assim, alcançar

uma abordagem integral das necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2009).

De maneira geral a revisão de literatura aqui conduzida apontou a presença de estudos que observaram (i) a contribuição do nutricionista no trabalho em equipe e (ii) estudos que situam a ausência do nutricionista nos serviços de saúde, abrindo brechas para o não cumprimento da integralidade do cuidado principalmente quanto a educação e orientação nutricional, seja no trabalho em equipe ou não.

Em estudo realizado por Boog (1999) sobre orientação nutricional feita por médicos e enfermeiros do município de Campinas-SP encontrou-se dificuldade por parte desses profissionais em lidar com as questões de alimentação. Essa dificuldade decorria do desconhecimento da complexidade do problema alimentar em si e da dificuldade em transpor para a prática o que sabiam, sentiam e pensavam sobre o assunto. Os problemas de ordem alimentar não eram enxergados enquanto problemas, sendo considerados como que naturais ou mesmo de facticidade quando associados a questões de natureza econômica, por exemplo.

De acordo com Rodrigues et al. (2005) em ensaio sobre o resgate do conceito de aconselhamento no atendimento nutricional, a demanda por orientação alimentar na rede básica de saúde tem crescido apesar de não haver registros que avaliem a real dimensão dessa demanda.

Em estudo realizado com profissionais chilenos atuantes na atenção primária, que incluía o nutricionista na composição das equipes, os três tópicos em nutrição que demandaram maior questionamento por parte dos usuários do serviço de atenção primária foi “como perder peso” (62%), seguido pelo interesse em uma “dieta saudável” (55%) e “nutrição de idosos” (43%) (Keller e Legetic, 2004).

No mesmo estudo, ao analisar a percepção da necessidade de treinamento em nutrição e DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) pelos profissionais da equipe de atenção primária, na qual os profissionais apontavam, de acordo com uma escala de zero (nenhuma necessidade) a dez (maior necessidade), a média geral de percepção de necessidade de treinamento encontrada foi de 7,9. A média para os médicos foi de 8, enfermeiros 7,3 e para os nutricionistas 7,8 (Keller e Legetic, 2004). Esses resultados mostram que o domínio do conhecimento em alimentação e nutrição nem sempre se mostra tão simples quanto o assunto parece ser e configuram como preocupações de profissionais e usuários.

Destaca-se também a iniciativa do Canadá, na cidade de Hamilton, a inclusão no trabalho dos médicos de família, de dietistas que auxiliam diretamente na adoção das condutas baseado num modelo de cuidado compartilhado (Crustolo et al., 2005).

A introdução de dietistas justificou-se pelo importante papel da nutrição na intervenção e manejo das principais causas de morbi-mortalidade na atenção primária e pelo escasso treinamento em nutrição quando da formação dos médicos de família nas escolas médicas assim como o pouco tempo e grande carga de informação produzida sobre nutrição, o que fazia com que o aconselhamento médico não fosse efetivo (Crustolo et al., 2005). Experiência positiva como essa reforça o leque de contribuições do nutricionista para o trabalho com médicos de família e outros profissionais de saúde.

Brauer et al. (2006), também no Canadá, a partir de método Delphi, conduziram estudo com profissionais atuantes em programa baseado na medicina de família que não possuía nutricionistas em seu quadro.

A partir da elaboração de uma série de afirmativas (que incluíam os papéis e responsabilidades dos profissionais de saúde nas ações de nutrição) e da análise do nível de concordância das assertivas entre os mesmos (dentre eles nutricionistas que há oito meses atuavam em projeto demonstrativo do programa), as autoras encontraram, segundo tais profissionais, a proposta de um modelo de intervenção em atenção primária baseado na medicina de família cujas ações e serviços ligados a nutrição se propunha interdisciplinar (Brauer et al., 2006).

O maior consenso encontrado quanto ao modo como os serviços deveriam ser fornecidos estava vinculado a um modelo misto de serviços em nutrição, onde o nutricionista seria responsável por um aconselhamento aprofundado a respeito da alimentação e nutrição e os demais profissionais como médicos e enfermeiros forneceriam orientações básicas em nutrição, assim como farmacêuticos e assistentes sociais teriam ação complementar nas ações de nutrição, dentro de suas respectivas atribuições profissionais (Brauer et al., 2006).

Assim, a atuação do nutricionista envolveria aspectos ligados a educação em saúde, aconselhamento quanto a mudanças comportamentais para o desenvolvimento de habilidades e motivação para seguimento de mudanças na dieta e atividade física, com posterior acompanhamento e avaliação dos resultados (Brauer et al., 2006).

No Brasil, Santos (2005), em trabalho avaliando o olhar de diferentes profissionais sobre a inserção do nutricionista na estratégia Saúde da Família de unidade vinculada a programa de residência multiprofissional, constatou que para os profissionais a presença de nutricionistas na equipe auxiliava-os em suas condutas e dúvidas sobre alimentação. No estudo também foi observado por alguns profissionais que com a presença do nutricionista houve uma melhor divisão do trabalho,

diminuindo o acúmulo de funções e sobrecarga de atividades para os profissionais não nutricionistas.

É o que também foi observado por Machado et al. (s.d.) com a participação do nutricionista em curso de especialização em Saúde da Família/modalidade residência por meio do rompimento da restrição dos conhecimentos em nutrição para os demais profissionais. A presença de um nutricionista possibilitava ao mesmo tempo o desenvolvimento do saber ou campo de conhecimento específico em nutrição e favorecia a troca de saberes entre os profissionais e a superação da fragmentação do conhecimento, caminhando rumo a integralidade do atendimento em saúde.

O papel do nutricionista diante da temática alimentação e nutrição é, portanto, singular quando comparado a possível contribuição para os usuários e com os demais profissionais de saúde. Não há dúvidas quanto a sua atuação na assistência e educação alimentar e nutricional de indivíduos e coletividades uma vez que essas ações constituem atribuições privativas do profissional dispostas em Lei nº 8.234/91 que regulamenta a profissão, respaldando-o a funcionar como referência para os demais profissionais.

Discussões sobre o trabalho dos nutricionistas recebem dois enfoques distintos que buscam apreender a inserção desse profissional nos diferentes campos de atuação, recebendo destaque, no presente texto, a Saúde Pública.

Uma vertente de cunho quantitativa permite visualizar o grau de inserção dos egressos dos cursos de nutrição no mercado de trabalho através da caracterização das áreas de atuação, índices de pós-graduação, remuneração e jornada de trabalho (Gambardella et al., 2000; Boog, 2008).

Os resultados encontrados apontam que para a maioria dos estudos, permanece a saúde pública com exíguo contingente de profissionais atuantes (quadro 2), assim como apresentando menor remuneração quando relacionada à jornada de trabalho e menor interesse em realização de cursos (Gambardella et al., 2000; Boog, 2008).

De maneira oposta, ao se estudar o trabalho por meio de vertente qualitativa, a Saúde Pública, segundo os nutricionistas, mostra-se como a área que possibilita maior satisfação com o trabalho, apresentando-se como um campo de grande criatividade e autonomia, pela menor rigidez quanto à sua organização quando comparadas às demais áreas como a nutrição clínica e a alimentação coletiva (Bosi, 1996; 2000; Prado, 1991).

Semelhante análise é abordada por Pádua e Boog (2005) em que apesar da sobrecarga de atividades na rede básica de saúde, os profissionais permaneciam no trabalho por ser ele considerado gratificante.

Boog (2008) em artigo de reflexão acerca da atuação do nutricionista em saúde pública, realça que, apesar dos avanços da ciência da nutrição nos últimos anos, com reflexos no desenvolvimento de grupos de pesquisa, publicações científicas e número de pesquisadores na área, a atuação profissional do nutricionista no campo da Saúde Pública seria ainda tímida e incipiente.

De fato, em revisão de literatura encontrou-se uma série de estudos que, visando investigar a atuação do profissional, mostraram preocupação com o baixo número de profissionais atuando na Saúde Pública (também referida como Nutrição em Saúde Coletiva ou Nutrição Social). O quadro 2 contém um retrospecto dos

estudos que investigaram a inserção do nutricionista nas diversas áreas de atuação e os resultados encontrados.

Quadro 2 - Inserção do nutricionista por áreas de atuação, Brasil e diferentes localidades, 1980-2008

Autor(es)/ano¹	Objetivo do estudo²	Grupo de Nutricionistas estudado	Nutricionistas por áreas de atuação
Modesto (1980)	Analisar o mercado de trabalho para nutricionistas	Egressos da FSP/USP-São Paulo (n= 196)	Saúde Pública (5,6 %) Área Hospitalar (42,3%), Indústria (40,8%), Ensino (11,3%)
Boog e cols. (1988)	Verificar as áreas que absorvem maior número de nutricionistas	Egressos da PUCCAMP-Campinas (n=80)	Saúde Pública (6,3%), Dietoterapia e Serviços de Alimentação Institucional (73,8%), Ensino (5%), Outras áreas (13,7%)
Prado e Abreu (1991)	Avaliar a inserção de nutricionistas no mercado de trabalho	Estado do Rio de Janeiro (n= 938)	Apenas 2,6% estavam empregados em centros de saúde públicos Predominância de atuação na área clínica e de alimentação coletiva.
Vasconcelos (1991)	Identificar e caracterizar as áreas de atuação do nutricionista	Florianópolis-SC (n=64)	Saúde Pública (10,9%), Nutrição Clínica (48,4 %), Administração de Serviços de Alimentação de Empresas (18,7%), Docência (17,2%)
Gambardella e cols. (2000)	Conhecer a situação dos graduados em nutrição	Egressos da FSP/USP São Paulo (n=89)	Saúde Pública (7%), Nutrição Clínica (36,6%), Unidades de Alimentação e Nutrição (31%), Atendimento ao consumidor (12,7%), Ensino (1,4%)
Alves e cols. (2003)	Identificar áreas de atuação profissional dos nutricionistas	Egressos da UFSC – Florianópolis (n=131)	Saúde Pública (12,6%), Alimentação Coletiva (28,9%), Nutrição Clínica (27%) e Ensino (20,7%), outras áreas (10,8%)

(Cont.) Quadro 2. . Inserção do nutricionista por áreas de atuação, Brasil e diferentes localidades, 1980-2008

Autor(es)/ano¹	Objetivo do estudo²	Grupo de Nutricionistas estudado	Nutricionistas por áreas de atuação
CFN (2006)	Identificar as áreas de atuação dos nutricionistas	Brasil (n= 2.492)	Saúde Coletiva (8,8%) , Nutrição Clínica (41,7%), Alimentação Coletiva (32,2%) Ensino e educação (9,4%) Nutrição Esportiva (4,1%), Indústria de Alimentos (3,7%)
Rodrigues et al. (2007)	Elaborar perfil profissional dos nutricionistas nas diferentes áreas de atuação	Egressos da UFOP – Ouro Preto (n= 90)	Saúde Coletiva (11%) , Nutrição Clínica (67%), Alimentação Coletiva (44%), Docência (14%) e outras áreas, como nutrição esportiva e marketing em conjunto (18%).
Akutsu (2008)	Identificar perfil profissional dos nutricionistas	Brasil (n= 587)	Nutrição Social (10,2%) , Alimentação Coletiva (24,4%) Nutrição Clínica (22%), Mais de uma área (30%), Outras áreas (6,5%).

FSP/USP – Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo

PUCCAMP – Pontifícia Universidade Católica de Campinas

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto

(1) Ano de publicação da pesquisa

(2) Na composição da tabela estão descritos apenas os objetivos específicos referentes aos resultados de interesse para o presente estudo.

Ressalta-se que os resultados expostos no quadro 2 consideram a área de atuação da nutrição em Saúde Pública como um todo. Contudo, na ausência de estudos específicos sobre a inserção dos nutricionistas na Atenção Primária utilizou-se tais estudos como medida de comparação para a inserção específica na atenção primária, o que torna os valores encontrados ainda mais preocupantes.

Em vista de tais resultados fica a inquietação sobre os determinantes que levam aos baixos percentuais de absorção do nutricionista no campo da saúde pública. Suas conseqüências podem ser observadas hoje, principalmente no campo da Atenção Básica, pela pequena oferta e incorporação das ações de alimentação e nutrição na rede das unidades básicas de saúde (Brasil, 2009).

Há uma perspectiva de mudança dessa realidade, principalmente dentro da atenção básica, devido à criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Segundo informações do CFN (2009), dos NASF implementados na rede pública de saúde até dezembro de 2008 mais de 70% possuíam nutricionistas em suas equipes; dos 457 núcleos, o profissional estava atuando em 324 deles. Dentre as categorias que mais figuravam nessas equipes ao lado do nutricionista estão os psicólogos e fisioterapeutas.

Também se espera que a recente introdução de documento dirigido às ações de alimentação e nutrição na atenção básica funcione efetivamente enquanto molde inicial para a progressiva incorporação e qualificação do cuidado nutricional nos municípios brasileiros (Brasil, 2009).

A inserção das ações de alimentação e nutrição como componente do cuidado em saúde no nível local irá contribuir para o alcance das propostas do SUS que desde sua instituição tem perseguido os princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção apontando suas ações para um conceito de saúde ampliado, que não se reduz à doença mas se estende à vida com qualidade, buscando prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde (Barros et al., 2007).

Os trabalhadores da saúde - um dos principais atores sociais na concretização do SUS - e representados aqui pela categoria dos nutricionistas devem, portanto, apresentar habilidades, posturas, conhecimentos e cultura coerentes aos princípios do SUS o que exige uma adequada formação e incorporação em cada um dos diferentes níveis do sistema de saúde (Dimenstein e Santos, 2005).

Quanto aos trabalhadores, Campos (2002) afirma que eles podem ser considerados produtos de um sistema de relações complexas e, ao mesmo tempo, produtores desse mesmo sistema. São desse modo sujeito e objeto: objetos produzidos pelo mercado, pelas políticas públicas, pelo saber estruturado em disciplinas, pelas leis e pelos valores de cada época; e sujeitos que participam da construção de saberes, influenciam políticas e são, do mesmo modo, os principais tradutores dos princípios gerais de cada política.

Assim, há uma inevitável tensão entre as perspectivas e os objetivos dos indivíduos (trabalhadores da saúde) e das organizações/instituições em que os mesmos estão inseridos, o que pode gerar consequências que vão desde a situação de criação do novo e de superação das dificuldades no trabalho quanto de desmotivação, desgaste e sofrimento por parte dos trabalhadores da saúde (WHO, 2006; Santos-Filho, 2007).

Esse paradoxo é abordado por Campos (2002) ao discutir em que medida devem ser projetados a autonomia profissional e o grau de controle institucional no trabalho em saúde. Para o autor, haveria que se procurarem arranjos singulares que assegurassem a máxima realização possível entre (i) a capacidade do serviço de produzir saúde (garantindo as necessidades sociais dos usuários e comunidade), (ii) a viabilidade técnica, política e financeira dos projetos e arranjos acordados

institucionalmente (garantindo necessidades institucionais) e (iii) a realização profissional dos trabalhadores da saúde (garantindo necessidades dos trabalhadores).

Desse modo, tal arranjo deveria fornecer, ao mesmo tempo, máximo de eficácia, de qualidade e de produção de saúde; o máximo de produtividade, de eficiência e de viabilidade possíveis; e o máximo de satisfação profissional (Campos, 2002).

Essas condições, distantes da realidade observada na maioria dos municípios brasileiros, tem sido objeto de atenção no “mundo do trabalho” em saúde tendo em vista a visibilidade dos problemas enfrentados pelos trabalhadores da saúde no que diz respeito a degeneração de vínculos, precarização dos ambientes e condições de trabalho, assim como o baixo investimento nos processos de educação permanente e os baixos vínculos que os trabalhadores estabelecem nos e com os seus espaços e processos de trabalho (Santos-Filho, 2007; Barros et al., 2007).

Perante esse quadro identificam-se vários fatores que afetam o trabalho em saúde. Tais fatores foram elencados pela OMS, em três conjuntos, cada um afetando de formas diferentes a atuação dos trabalhadores (WHO, 2006).

Um primeiro conjunto de fatores inclui aqueles que estão vinculados ao trabalho (*job related*) como: a clareza de objetivos, responsabilidades e autoridade quanto ao trabalho a ser desenvolvido; a presença de normas e códigos de conduta que dão sentido a identidade profissional; o uso adequado das habilidades dos trabalhadores, ou seja, proveito máximo das habilidades quando essas são coerentes às tarefas delegadas a eles e, como último fator ligado ao trabalho, a presença de uma supervisão que dê apoio, seja educativa e coerente.

Um segundo conjunto está ligado a um sistema de suporte no trabalho (*support system related*) sendo eles: remuneração adequada (em relação ao nível salarial, a regularidade do pagamento, a forma como pessoas são pagas e os incentivos recebidos); outro fator seria a informação correta e no momento necessário e a comunicação adequada, assim como a necessidade, em quantidade e qualidade, de infra-estrutura e material para condução do trabalho.

O terceiro e último grupo de fatores são aqueles que moldam e criam um ambiente favorecedor a condução do trabalho (*enable work environment*) como: educação continuada - enquanto uma necessidade perante o rápido desenvolvimento do conhecimento científico e das próprias mudanças nos sistemas de saúde; uma gestão eficaz do trabalho em equipe e a combinação de responsabilidade com *accountability* tanto para gestores quanto para profissionais de saúde (WHO, 2006).

A apresentação sucinta dos possíveis elementos que determinam o trabalho longe de um aprofundamento objetiva tomá-los como elementos inseridos nas considerações acerca do trabalho assumido aqui em sua dimensão ontológica - de (re)produção da vida humana - e histórica - fruto da organização, pelo homem, das relações sociais de produção da vida e de organização do trabalho (Ramos, 2007).

Considerando (i) que os profissionais de saúde são constantemente desafiados a trabalhar em situações distantes daquelas consideradas ideais (desde a questão salarial, carreira profissional, apoio da esfera local, até a carência de recursos técnicos e materiais); (ii) que não há sistema de saúde bem construído caso seus profissionais não estejam adequadamente inseridos em sua estrutura e (iii) que o desempenho dos profissionais vai determinar o modo como os serviços e ações de saúde serão fornecidos e, em última instância, irão influenciar a saúde da população;

conhecer como trabalhadores atuam, percebem e avaliam seu trabalho faz-se condição *ímpar* e como um dos caminhos possíveis para melhor compreender os modos como conduzem sua prática no dia a dia.

METODOLOGIA

Campo de investigação

Localizada na zona da mata mineira, na região sudeste do estado, encontra-se a Macrorregião Leste do Sul a qual é composta por três microrregiões de saúde: de Manhuaçu (24 municípios), Ponte Nova (19 municípios) e Viçosa (9 municípios). Os municípios de Viçosa e Manhuaçu funcionam como cidades-pólo de suas respectivas microrregiões de saúde, sendo o município de Ponte Nova sede da macrorregião (SES/MG, 2009_a).

O campo de investigação do presente estudo corresponde a Microrregião de Saúde de Viçosa. Esta é composta pelos seguintes municípios: Araponga, Cajuri, Canaã, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta, Teixeiras e Viçosa. A figura 1 abaixo situa a microrregião em estudo dentro da divisão do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR-MG) e os municípios que a compõem (SES/MG – 2009_b).

Figura 1. Estado de Minas Gerais segundo divisão por regiões de assistência em saúde e localização geográfica da Microrregião de Saúde Viçosa e seus municípios integrantes

Com extensão territorial de 1.898,6 Km² a microrregião possui população residente de aproximadamente 129.000 habitantes de acordo com a contagem populacional de 2007 destes 98.438 corresponde à população que reside nos municípios em estudo, representando 76 % de seu total (SES/MG, 2009_c; IBGE, 2009_a).

Isso ocorre devido ao fato de a cidade-pólo da microrregião estar incluída dentre os municípios em estudo (cuja população é superior a metade da população total da microrregião), sendo que a maioria dos municípios que compõe a microrregião são municípios com população inferior a 10.000 habitantes (78%).

Há que se acrescentar que existe uma população flutuante no município pólo, predominantemente de estudantes, devido à concentração de instituições de ensino superior, com destaque para as instituições privadas, em número de quatro, e uma universidade pública. Essa população flutuante não é considerada na contagem populacional, entretanto estima-se que esse número é de cerca de 12 mil (Câmara Municipal de Viçosa, 2009).

Diante disso, o município pólo experimenta um grande surto de expansão de suas atividades econômicas, principalmente construção civil, para prover habitações para esse enorme contingente de população, assim como a demanda por serviços se intensifica (PMV, 2009).

Nesse contexto, ao considerar a microrregião é possível afirmar que esta congrega uma rede de cidades que convergem para o município pólo em busca de serviços de assistência médica, educacional e para o comércio varejista (PMV, 2009).

A tabela 1 traz a população total residente nos cinco municípios estudados e sua distribuição por situação de domicílio.

Tabela 1 - Distribuição da situação de domicílio dos cinco municípios em estudo pertencentes à microrregião de saúde de Viçosa, MG - 2008

Município	População Total*	Urbana (%)*	Rural (%)*
A	8.029	32	63
B	4.668	30	70
C	3.672	53	47
D	11.665	62	37
E	70.404	92	8
TOTAL	98.438	78	22

FONTE: IBGE, 2009_a*

PNUD/IPEA/FJP - 2000**

As informações sobre distribuição da população por faixa etária e sexo, nos municípios em estudo, seguem a tendência encontrada para a microrregião. Assim apesar de assumir diferentes características entre os cinco municípios, ao serem agrupadas, como ilustra a figura 2, manteve-se a configuração da pirâmide etária cujo aspecto é característico de países em fase de transição epidemiológica e demográfica, com uma baixa taxa de natalidade e alto percentual de adultos jovens (IBGE, 2009_b).

Figura 2. Pirâmide etária dos cinco municípios estudados pertencentes a microrregião de saúde de Viçosa, MG - 2008

Assistência à saúde

De acordo com os repasses dos incentivos financeiros para a estratégia Saúde da Família registrados pela Coordenadoria de Atenção Básica (CAB) da Gerencia Regional de Saúde (GRS), referente ao ano de 2008, a microrregião de saúde Viçosa apresenta a cobertura de 92,59% da população, totalizando 110.906 usuários com assistência organizada na Atenção Primária à Saúde (APS), no modelo da SF (GRS Ponte Nova/SES/MG, 2008).

Coexistem unidades básicas de saúde tradicionais e unidades básicas com Saúde da Família. A tabela 2 traz algumas informações relevantes no que se refere à Saúde da Família para os cinco municípios estudados.

Tabela 2 – Quantitativo de UBS e classificação do tipo tradicional ou com SF; números de equipes de SF e porcentagem de cobertura para os cinco municípios em estudo pertencentes a microrregião de saúde de Viçosa-MG, 2008.

Município	Total UBS	UBS Tradicional	UBS com SF	Nº ESF	% pop coberta
A	3	1	2	2	86,33
B	3	1	2	2	100
C	2	1	1	2	100
D	3	1	3	4	100
E	15	3	12	13	56
Total	26	7	20	23	88,5

FONTE: GRS Ponte Nova/SES/MG, 2008

A população dos municípios da microrregião conta com dois (02) hospitais microrregionais situados no município pólo, que totalizam cerca de 200 leitos, sendo 48 cirúrgicos; 21 obstétricos; 29 pediátricos. E ainda um (01) hospital municipal de pequeno porte em outro município.

No município pólo há também três centros de especialidades: odontológica, psicossocial e de fisioterapia, além disso, o município é a sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde, para consultas especializadas e apoio diagnóstico.

A microrregião conta com referência para os municípios de Ponte Nova, Ubá, Muriaé, Belo Horizonte e Juiz de Fora para a alta complexidade (GRS Ponte Nova/SES/MG, 2008).

Indicadores socioeconômicos e de financiamento

O estado de Minas Gerais é caracterizado por profundas desigualdades regionais, coexistindo lado a lado grandes diferenças nas condições e indicadores socioeconômicos municipais (Minas Gerais, 2004).

Nesse sentido, os municípios apresentam variadas condições referentes ao tipo de abastecimento de água, instalação sanitária e destino do lixo (tabela 3), indicando que o acesso a serviços básicos difere, a depender, por exemplo, se há predominância de domicílios urbanos ou rurais. Como os *municípios de D e E* são os que possuem predominância de domicílios na zona urbana, são eles os que possuem maior número de domicílios com água tratada, e rede de esgoto e coleta de lixo.

Tabela 3 - Nº médio de moradores por domicílio, taxa de alfabetização e proporção de moradores por tipo de abastecimento de água, instalação sanitária e destino do lixo, 2000

	Municípios					Média
	A	B	C	D	E	
Nº médio de moradores/domicílio	4,1	3,9	3,6	3,5	3,6	3,7
Taxa de alfabetização	71,54	79,09	78,22	85,39	91,64	81,17
Abastecimento Água						
Rede geral	32,9	33,2	51,5	53,6	85,5	51,34
Poço/ nascente (na propriedade)	57,1	59,5	44	44,9	13,9	43,88
Outra forma	8,2	7,3	4,6	1,4	0,5	4,4
Instalação Sanitária						
Rede geral de esgoto ou pluvial	14,6	25,4	47,9	46,6	79,7	42,84
Fossa séptica	0,1	1,7	0,2	0,4	1,4	0,76
Fossa rudimentar	10,2	6,8	2,9	6,3	3,7	5,98
Vala	3,5	7,6	12,1	1,9	0,6	5,14
Rio, lago ou mar	46,5	49,1	12,2	40,3	13	32,22
Outro escoadouro	0,7	1,1	12,2	0,5	0,4	2,98
Não tem instalação sanitária	24,4	8,3	12,5	4	1,1	10,06
Coleta de lixo						
Coletado	25,6	28,1	46,6	63	89,5	50,26
Queimado (na propriedade)	27,6	43,3	21,3	25,3	7,3	24,96
Enterrado (na propriedade)	3,6	0,9	0,6	1,2	0,4	1,34
Jogado	42,9	26,9	21,8	8,9	2,3	20,56
Outro destino	0,3	0,8	9,7	1,5	0,4	2,54

FONTE: Censo Demográfico 2000 – IBGE, 2009_b
PNUD/IPEA/FJP, 2000

A taxa de alfabetização encontrada para os cinco municípios estudados indica que o percentual de pessoas acima de 15 anos de idade que sabem ler e escrever pelo

menos um bilhete simples é superior a 70%. No *município de E* esse valor (91,64) foi superior ao encontrado para o estado de Minas Gerais (88,04). (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Um dos indicadores utilizados para análise dos diferentes níveis de desenvolvimento é o IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal), já que esse se trata de uma medida comparativa das três dimensões (longevidade, educação e renda) adaptadas para os núcleos sociais menores como os municípios (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Dos municípios estudados, apenas o *município E* apresenta valor de IDH referente a alto desenvolvimento humano, ficando os demais municípios na faixa de médio desenvolvimento (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos indicadores de GINI, IDH-M e INS dos cinco municípios incluídos no estudo pertencentes a microrregião de saúde de Viçosa-MG, 2000

Município	IDH-M		GINI		INS (FA)	INS (GRUPO)
	1991	2000	1991	2000		
A	0,549	0,657	0,55	0,54	1,614191	4
B	0,578	0,678	0,53	0,58	1,578413	3
C	0,554	0,664	0,55	0,58	1,566720	3
D	0,608	0,712	0,54	0,60	1,461409	3
E	0,723	0,809	0,60	0,61	1,316859	1

FONTE: PNUD/IPEA/FJP, 2000
MINAS GERAIS, 2004

Entretanto ao avaliar os índices referentes ao ano de 2000 e comparando-os com os encontrados em 1991, todos os cinco municípios apresentaram um crescimento de mais de 15% nesse período. A educação figurou em todos os municípios dentre as duas primeiras dimensões responsáveis por esse crescimento (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Outro indicador considerado é o Índice de Gini, utilizado para calcular a desigualdade na distribuição de renda, onde o número zero corresponde à completa igualdade de renda e o número um (01) corresponde à completa desigualdade. Comparando os dados da tabela 4 observa-se que os municípios apresentaram, em 2000, coeficiente superior a 0,5, entretanto ao se comparar esses valores aos de 1991, em quatro deles, *municípios B, C, D e E* a desigualdade aumentou (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Essas diferenças se expressam também no setor saúde quanto aos resultados e distribuição de serviços nos municípios. Nesse sentido, com intuito de diminuir as desigualdades na alocação e no acesso a recursos, foi desenvolvido um indicador, o Índice de Necessidade de Saúde (INS), para correção da distribuição *per capita* dos recursos estaduais para a atenção básica.

O INS desenvolvido para os municípios de Minas Gerais é um indicador composto por um conjunto de seis variáveis epidemiológicas, socioeconômicas e demográficas combinadas em análise multivariada. Assim, a partir do cálculo do INS para cada município esses foram incluídos em grupos de um (01) a quatro, onde um (01) seria o município com menor necessidade de investimento em saúde e quatro o município com maior necessidade de investimento em saúde (Minas Gerais, 2004). Como é possível observar na tabela 4 (grupos), dentre os cinco municípios estudados encontrou-se os dois extremos de necessidades de investimento em saúde, ratificando as desigualdades existentes entre os municípios.

Quanto à aplicação de recursos em saúde pelos municípios, analisando alguns indicadores que foram pactuados para o ano de 2008, encontrou-se que três municípios (Tabela 5) não cumpriram o pactuado para o indicador “proporção de

receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da E.C 29/2000” para o referido ano, entretanto os percentuais alcançados são superiores ao mínimo estabelecido na E.C 29.

Tabela 5 - Percentuais pactuados para o ano de 2008 e alcançados pelos cinco municípios em estudo pertencentes a microrregião de saúde de Viçosa-MG e a despesa total com saúde por habitante, 2009

Município	Meta Pactuada 2008	Meta Alcançada 2008	Despesa em saúde/hab. (R\$)
A	21,33	18,69	235,48
B	21,00	24,58	452,24
C	21,8	19,51	463,20
D	20,4	21,85	283,54
E	18,74	17,87	286,24

FONTE: GRS Ponte Nova/SES/MG, 2009
Indicadores Municipais – SIOPS, 2009

Quando comparamos a despesa em saúde per capita por município encontramos que os *municípios B e C*, de menor porte, cuja população é inferior a 5 mil habitantes são os que apresentaram maior despesa/habitante.

Desenho do Estudo

Diante da carência de estudos atuais e de registros sobre a inserção do Nutricionista na atenção primária adotou-se para fins desta pesquisa o estudo de caso. Segundo Yin (2001:32), o estudo de caso é “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

Enquanto estratégia de pesquisa os estudos de caso por sua vez podem ser de três tipos: explanatórios, exploratórios e descritivos. De acordo com Gil (2007) uma pesquisa de caráter explanatório tem por objetivo identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência de determinado fenômeno e exige uma visão profunda da realidade. A pesquisa exploratória é aquela desenvolvida com o objetivo de proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, sobre determinado fato e deve ser realizada quando o tema é pouco explorado ou difícil de formular hipóteses. Já os estudos descritivos são aqueles que fazem uma descrição das características do objeto.

Tendo em vista os objetivos almejados alcançar optou-se pela realização de estudo de caso do tipo exploratório, assumindo o colocado por Yin (2001) de que os estudos de caso contribuem de forma inigualável a compreensão de fenômenos sejam eles individuais, organizacionais, sociais ou políticos. Desta forma é uma estratégia de pesquisa escolhida ao se estudar acontecimentos contemporâneos.

Nesse sentido, a metodologia utilizada no presente estudo compreendeu abordagens qualitativas que, segundo Minayo (2006, p.57), trata-se de “método (que) além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a

grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação”. Deslandes e Gomes (2004) destacam o estudo de caso como um desenho de pesquisa utilizado frequentemente para a análise das experiências dos serviços, podendo dessa forma traduzir de maneira emblemática a lógica científica da abordagem qualitativa.

O estudo realizou-se em três etapas, a primeira consistiu em fase exploratória por meio do delineamento do perfil socioeconômico e profissional dos nutricionistas a fim de conhecer quem são esses profissionais. Foi utilizado um questionário estruturado contendo variáveis do tipo: sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de formado, instituição onde se graduou, áreas de atuação e participação em órgão representativo de classe, etc. Ainda na fase exploratória identificou-se o local de trabalho e descrição sobre as atividades desenvolvidas pelo profissional.

A aplicação inicial de um questionário fechado em todo o universo explicou-se pela necessidade de visualizar, de forma mais ampla, os diversos aspectos que conformam o trabalho do nutricionista nos diversos ambientes (de trabalho) que compunham a rede básica de saúde para, na etapa posterior, aprofundar estas questões utilizando-se de entrevistas individuais.

Sendo assim, para a segunda etapa, tendo já consolidados os dados iniciais dos questionários, foram construídos questionários semi-estruturados para explorar as diferentes condições em que o trabalho das nutricionistas se executava, a depender das diferentes formas de organização dos serviços e os possíveis facilitadores e entraves do trabalho.

Por fim, averiguar a percepção do nutricionista sobre o trabalho na Atenção Primária à Saúde correspondeu a terceira etapa, utilizando-se informações obtidas

por meio das entrevistas semi-estruturadas e da aplicação da técnica de grupo focal. O roteiro para o grupo focal foi construído a partir das respostas iniciais e adaptado durante o processo da pesquisa conforme as respostas obtidas nos questionários e entrevistas iniciais.

Outros procedimentos para levantamento dos dados foram realizados como a revisão bibliográfica, as entrevistas com informantes-chave - identificados durante o desenvolvimento da pesquisa e incluídos na mesma de modo a facilitar o entendimento e aperfeiçoamento da pesquisa.

Fez-se uma revisão de literatura acessando a base de dados da BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde – BVS) a partir dos descritores e palavras-chave “Atenção Primária à Saúde”, “Atenção Básica”, “Nutricionistas” e “Nutrição” buscando informações acerca das possíveis relações entre a profissão e a sua trajetória na atenção primária.

As bases normativas sobre a profissão, como decretos, portarias e resoluções serviram como fonte de informação e referencial teórico dando embasamento para delinear os instrumentos da pesquisa.

Para melhor visualização do desenho do estudo elaborou-se um quadro (Quadro 3) que contém a visão geral da investigação e suas respectivas descrições.

Quadro 3 – Visão geral e etapas de condução do estudo

SEÇÃO	ITEM	DESCRIÇÃO
Visão geral	Objetivo	Compreender os modos de inserção do nutricionista na atenção primária na microrregião de saúde de Viçosa-MG
Procedimentos	Fontes de dados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Âmbito teórico: <ul style="list-style-type: none"> - Revisão Bibliográfica - Documentos oficiais - Dados secundários ➤ Âmbito prático: <ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas Nutricionistas da APS - Grupo focal com Nutricionistas - Entrevistas Informantes-chave
Questões do Estudo de Caso	Objeto da pesquisa	Identificar os elementos facilitadores e constrangedores presentes na inserção do nutricionista na atenção primária à saúde da microrregião de saúde de Viçosa-MG.
	Coleta de dados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrevistas nutricionistas ➤ Entrevistas informantes-chave ➤ Grupo focal ➤ Leitura e fichamento de documentos
	Análise de dados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descrição do caso ➤ Análise qualitativa ➤ Proposições Teóricas

Instrumentos

➤ Questionário

É um instrumento com uma série de perguntas organizadas com o objetivo de levantar dados para uma pesquisa, cujas respostas são fornecidas pelo informante ou pesquisado sem assistência do investigador. Quanto à forma, as perguntas podem ser perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha.

➤ Entrevista Semi-Estruturada

A entrevista é o instrumento mais utilizado nos trabalhos de campo. Através dela o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais (Cruz Neto, 1994).

A entrevista semi-estruturada é uma técnica em que se utiliza um roteiro com perguntas previamente formuladas como guia para a abordagem do tema proposto, mas mantém questões abertas em que o entrevistado pode expor livremente sobre o tema estudado. É um instrumento utilizado para facilitar a conversa com uma finalidade (Minayo, 1994). Destaca-se a noção de entrevista como procedimento metodológico que permite um diálogo intensamente correspondido entre o pesquisador e o entrevistado (Cruz Neto, 1994). As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade do entrevistado e, com o consentimento do mesmo, foram gravadas e transcritas pelo próprio investigador, procedendo então à análise.

➤ Grupo Focal

Grupo focal pode ser definido como "uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo

como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate entre eles, informações acerca de um tema específico" (Teixeira, 2002).

Esta técnica visa revelar as opiniões, relevâncias e valores dos integrantes do grupo. O grupo focal pode ser visto como uma forma complementar das entrevistas individuais e da observação, uma vez, que tem por finalidade obter a "fala em debate", em que vários pontos são discutidos, gerando conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema entre os participantes do grupo (Minayo, 1994).

Os dados, assim obtidos, são de natureza essencialmente qualitativa. Há necessidade de elaboração prévia de um "Roteiro de Debate", construído a partir dos objetivos da pesquisa e por meio de questões-chave que favoreçam o levantamento das informações para a elucidação dos objetivos propostos. Os debates podem ser registrados de duas formas: uso da gravação -gravador ou filmagem- e das anotações das falas, assim como algum registro da linguagem não verbal -posturas, expressão, etc. (Teixeira, 2002)

Os instrumentos (Anexo A) foram elaborados com base nos estudos realizados por Bosi (1996), Pádua e Boog (2006); e nos documentos relacionados à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Brasil, 2003_b) e legislação sobre a profissão (Brasil, 1991; CFN, 2005).

Os instrumentos foram avaliados em um pré-teste, como forma de verificar a pertinência e a abrangência dos mesmos, sendo aplicados a demais nutricionistas que trabalhassem na rede básica de saúde de municípios vizinhos a microrregião de saúde de Viçosa-MG, constituindo-se em estudo piloto. Baseado nas respostas obtidas com esse procedimento foi possível refazer algumas questões presentes e incluir outras.

O pré-teste foi realizado no período de novembro a dezembro de 2008 com

seis nutricionistas que atuavam em oito dentre os dez municípios de microrregião de saúde vizinha que contavam, à época do estudo, com nutricionistas na rede básica de saúde.

Definição da Amostra e Coleta dos Dados

A amostra foi não probabilística do tipo intencional. Segundo Richardson *et al.* (1999), a amostra não probabilística do tipo intencional é aquela em que os sujeitos que são selecionados mediante critérios pré-estabelecidos e hipóteses elaboradas previamente pelo investigador. Avaliado tais pontos, caso o estudo apresente características que determinam a população estudada, a amostra seria composta de indivíduos que possuísem estas características, configurando-se uma amostra representativa do universo.

Assim, compuseram o estudo todos os nutricionistas que trabalhavam na atenção primária (n=16), correspondendo ao total de nutricionistas que atuavam na microrregião de saúde de Viçosa-MG, à época do estudo. O critério de inclusão utilizado foi tempo de trabalho na atual função na rede básica superior a 6 meses. O profissional poderia estar integrado a equipes multiprofissionais nos diferentes EAS (estabelecimentos assistenciais de saúde) pertencentes à rede básica ou na estratégia Saúde da Família (SF). Foi utilizado como único critério de exclusão a recusa do indivíduo em participar do estudo. Não tendo sido necessária a exclusão de nenhum profissional.

Em relação à coleta de dados, foram utilizados questionários fechados, semi-estruturados, roteiro para a técnica de grupo focal e entrevistas com informantes-chave. Ressalta-se que os dados foram coletados por um único entrevistador.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2008 a fevereiro de 2009.

Análise dos Dados

Os resultados foram digitados em banco de dados e realizadas análises simples para os dados de natureza descritiva (frequência, média, porcentagem) utilizando-se o software SPSS 11.5. Os resultados analisados compuseram eixos de análise, complementares, a saber: (i) Características Pessoais e do Trabalho e, (ii) Características Organizacionais do Trabalho.

Um primeiro eixo **Características Pessoais e do Trabalho** abrange as variáveis sócio-demográficas e de formação profissional, caracterizando o perfil das profissionais que atuam na atenção primária da microrregião. São consideradas as variáveis como idade, estado civil, religião, grau de escolaridade, tipo de instituição de formação, áreas e motivo de realização da pós-graduação. Outras variáveis ligadas a condição empregatícia, como vínculo trabalhista, forma de entrada no serviço, jornada de trabalho, número de postos de trabalho e remuneração também foram inseridas nesse tema que abrange também questões relativas a participação dos nutricionistas em órgãos de classe e de representação social.

Já o segundo eixo **Características organizacionais do Trabalho e sua percepção segundo nutricionistas** abrange a organização espacial das nutricionistas na microrregião de saúde e em cada estabelecimento de saúde, nos diferentes modelos de atenção; investiga a prática referida por elas, como trabalham e o que desenvolvem na atenção primária, assim como abarca suas condições de trabalho.

Para complementar a análise, com o intuito de averiguar a percepção das nutricionistas a respeito de seu trabalho foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Esta dividiu-se em três momentos (Bardin, 2008; Minayo, 2006): (i) Pré-análise: objetiva operacionalizar e sistematizar as idéias presentes no depoimento (apreensão do todo); (ii) exploração do material: consiste em identificar nas falas as unidades de significado (codificação, transformação dos dados brutos para compreensão do depoimento) essencial para a fase posterior; (iii) tratamento dos resultados, inferência e interpretação: visa agrupar as unidades de significado de acordo com sua semelhança. A partir daí se propõem inferências e então se interpreta o fenômeno estudado com base nos dados analisados e no aparato teórico do pesquisador.

Aspectos Éticos

Além da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos indivíduos para participarem do estudo (Anexo B), garantindo-se a confidencialidade e o anonimato das informações, foi solicitada autorização por escrito dos Secretários Municipais de Saúde dos municípios integrantes do estudo, informando-lhes sobre os procedimentos da pesquisa e considerações éticas (Anexo C).

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovado pela Comissão de Ética para análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

Para resultados que permitiam análises quantitativas considerou-se o número total de participantes deste estudo (n=16), entretanto como quatro participantes atuavam em mais de um estabelecimento o N será equivalente a vinte (n=20) sempre que os resultados encontrados diferirem de um estabelecimento para o outro, ainda que estejam ligados a uma mesma nutricionista.

Os resultados obtidos por meio de informações sociodemográficas, de formação profissional e exercício profissional, vínculo a órgãos de classe e de representação social formam, por meio de um conjunto de análises descritivas, a primeira parte dos resultados e se relacionam ao eixo **Características Pessoais e do Trabalho**.

Os resultados das entrevistas realizadas com os informantes-chave juntamente com dados secundários pesquisados, embora apresentados dentro desse primeiro eixo, funcionam como espaço intercessor entre o primeiro e o segundo eixo de análise ao situarem a inserção dos nutricionistas nos estabelecimentos de saúde da macrorregião como um todo e as influências do meio acadêmico nesse processo, característica importante da microrregião em estudo.

Uma segunda parte dos resultados, também descritiva, utiliza-se de informações sobre as **Características Organizacionais do Trabalho e sua percepção segundo nutricionistas** nos diferentes modelos de atenção apresentados nos municípios e aborda as práticas adotadas pelas profissionais e suas condições de trabalho. Por último, o terceiro eixo de análise está permeado pelos achados

referentes à abordagem qualitativa. As falas das nutricionistas entrevistadas estão indicadas por meio da letra N seguida de numeração.

Características pessoais e do trabalho

Quanto ao perfil sociodemográfico e a formação acadêmica

O conjunto de nutricionistas (n=16) que compõem o objeto deste estudo é em sua totalidade do sexo feminino. A média de idade encontrada foi de 36 anos, com uma amplitude que variou de 25 a 48 anos. A distribuição dos nutricionistas por faixa etária, estado civil e religião encontra-se a seguir, conforme ilustra a tabela 6.

Tabela 6 - Características sócio-demográficas dos nutricionistas da Microrregião de Saúde de Viçosa-MG, 2008-2009

Variáveis	N=16	%
Estado Civil		
Casado	8	50
Solteiro	7	44
Divorciado	1	6
Idade (anos)		
25-30	4	25
31-40	5	31
41-50	7	44
Religião		
Católica	11	69
Espírita	2	13
Evangélica	1	6
Cristã	1	6
Sem religião	1	6

Quanto ao tempo de formação, este ficou dividido entre profissionais que possuíam *mais de 10 anos* de formação (n=7), *entre 5 e 10 anos* (n=7) e tempo *inferior a 5 anos* (n=2). A tabela 7 ilustra informações sobre os tipos de instituição

em que foram realizados os cursos de graduação, o tipo de pós-graduações concluídas ou em andamento e suas respectivas áreas.

Tabela 7 - Características da formação profissional dos nutricionistas da Microrregião de Saúde de Viçosa-MG, 2008-2009

Variáveis	N	%
Instituição (Graduação)		
Pública	15	94
Privada	1	6
Tipo de pós graduação		
Especialização	7	44
Mestrado	5	32
Especialização e Mestrado	1	6
Mestrado e doutorado	1	6
Não possui	2	12
Áreas de realização de Especialização*		
Nutrição e Saúde	8	73
Gestão em Saúde	2	18
Saúde Pública	1	9
Áreas de realização de Mestrado*		
Ciência e Tecnologia dos Alimentos	3	43
Bioquímica Agrícola/Agroquímica	3	43
Nutrição e Saúde	1	14

*contabilizou-se o número total de cursos citados

Ressalta-se que houve predominância de formação (graduação e pós-graduação) em instituições públicas de ensino superior, com destaque para a universidade pública presente em um dos municípios incluído no estudo. Todos os cursos de mestrado relatados foram realizados nessa instituição assim como a especialização com concentração em *Saúde Pública* e a maioria (n= 6) das especializações em *Nutrição e Saúde*.

Das profissionais que realizaram especialização em *Nutrição e Saúde* apenas duas tinham como área de concentração a Saúde Pública. Dado semelhante é

encontrado para as nutricionistas que realizaram a pós-graduação do tipo mestrado: dentre as áreas em que obtiveram seus títulos de mestre, apenas uma nutricionista possuía um título em área afim.

O motivo mais citado pelas nutricionistas para a realização da pós-graduação foi majoritariamente a atualização (n=13), seguido por investimento no currículo, interesse pela carreira de docência, exigências do mercado de trabalho e aperfeiçoamento profissional (n=2).

Sobre a realização de reciclagens e atualizações as nutricionistas relataram não receber estímulo para participação, já aquelas que ocupavam cargos de coordenação (n=3) participavam com mais frequência de cursos e capacitações fornecidos geralmente pela regional de saúde/Secretaria de Estado da Saúde (SES). As nutricionistas vinculadas a Saúde da Família relataram receber treinamento apenas no momento inicial de inserção nas equipes (n=5).

Quanto ao exercício profissional

Cabe inserir neste momento do texto considerações sobre a inserção primeira das nutricionistas no município pólo, obtidas por meio de entrevista com informantes – chave e pelo acesso a documentos da prefeitura municipal. Essa inserção se deu por meio de contratação para outra secretaria, a de ação social, ao atuarem nos programas de governo de meados da década de 1980.

Depois de inseridas na estrutura da prefeitura e considerando a formação do profissional esse foi direcionando suas atividades (inicialmente restritas ao acompanhamento nutricional de gestantes, lactentes, crianças e nutrízes) e aos poucos garantindo seu espaço no Sistema Único de Saúde.

Nos demais municípios, como a entrada do profissional ocorreu recentemente, quando comparado ao município pólo, já no século XXI, as nutricionistas ingressaram vinculadas a secretaria de saúde, a exceção de uma delas que trabalhava na educação, como responsável técnica (RT) da merenda escolar e também prestava assistência ao município na secretaria de saúde.

Do mesmo modo, a forma de vínculo empregatício assumido pelas prefeituras nesses municípios, assim como a entrada de novas nutricionistas no município pólo, nesse mesmo período, obedeceu às formas de flexão do trabalho que vigoram na atualidade no campo da saúde.

Considerando exclusivamente o exercício do cargo de nutricionista na rede básica de saúde da microrregião de saúde de Viçosa, a média de tempo de trabalho encontrado foi de 58,75 meses, com variação de amplitude entre 6 e 173 meses de trabalho. A tabela 8 ilustra a forma de entrada no serviço, o vínculo empregatício, o tempo de trabalho e jornada de trabalho na atual função.

Tabela 8- Forma de entrada do nutricionista no serviço, vínculo empregatício, tempo de trabalho e jornada de trabalho na atual função de nutricionistas da microrregião de saúde de Viçosa-MG, 2008-2009

Variáveis	N=16	%
Forma de entrada no serviço		
Concurso	7	44
Indicação	4	25
Processo seletivo	3	19
Busca ativa do profissional	2	12
Vínculo empregatício		
Estatutário	9	56
Regime especial (Contrato temporário)	6	38
Cargo comissionado	1	6
Tempo de trabalho na atual função		
> 6 meses a 1 ano	2	12
> 1 a 5 anos	10	63
> 5 a 10 anos	1	6
> 10 anos	3	19
Jornada de Trabalho (semanal)		
15 horas	2	12
20 horas	4	25
30 horas	6	38
40 horas	4	25

Em relação à ocupação de outros cargos dentro da saúde, três profissionais ocupavam cargos de chefia ou coordenação, sendo um cargo em nível regional e dois a nível local, em áreas específicas da nutrição (coordenação) e da chefia de departamento da atenção básica.

Deste modo, encontrou-se desde profissionais recém-formadas cujo primeiro emprego deu-se nos estabelecimentos de saúde de atenção primária; como profissionais que migraram de outras áreas de atuação para esta em que atualmente se encontram ingressando por concurso ou processo seletivo; assim como profissionais com tempo de formação superior a dez anos e que, desde sua formação, trabalham pelas prefeituras como nutricionistas na atenção primária.

Os cargos de coordenação ligados a área de alimentação e nutrição a nível local estão relacionados, no município de maior porte, à própria estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde, onde está inserido o Serviço de Nutrição, juntamente com o Serviço Médico, Odontológico e de Exames Laboratoriais, dentro do Departamento Operacional Básico (PMV, 2009).

A maioria das profissionais (n=14) relatou que sua jornada de trabalho era entre 20 a 40 horas semanais. Aquelas que cumpriam 15 horas semanais o faziam em dois dias da semana. Deve-se ressaltar, todavia, que o cumprimento integral da carga horária no município pólo não era realizado por todas as nutricionistas, com exceção daquelas que atuavam na Saúde da Família. As demais profissionais cumpriam-nas.

De acordo com as nutricionistas isso se deu devido a conflitos de ordem administrativa. É possível compreender melhor as condições de não cumprimento da carga horária a partir do relato de uma nutricionista:

Quando a gente fez o concurso, a carga horária da prefeitura era de 6 horas, do nutricionista (...) mas teve uma confusão com o ex-secretário (...) que queria que todo mundo fizesse oito horas (...). Eu cheguei a começar fazer umas duas semanas 40 horas semanais, aí a gente começou a ver que só a gente (nutricionistas) fazia seis (horas/dia), dentista fazia duas (horas/dia) a carga horária deles era 4 por dia, o médico a carga horária é quatro(horas/dia) faz no máximo quatro, três horas por semana. Então só a gente tava fazendo 6. Então numa reunião lá a gente decidiu a fazer 4 horas. N9

Deste modo, apesar dessa situação ter ocorrido em período anterior a realização do presente estudo, como prática aceita por todos os profissionais de saúde do município, o não cumprimento integral da carga horária prevista quando da contratação profissional continuava.

O município a que a nutricionista se referiu realizou desde a década de 1990 três concursos públicos e um processo seletivo para a Secretaria Municipal de Saúde. Todavia, os documentos ligados aos concursos indicam, em todos os editais, carga horária de 40 horas para nutricionistas e para a maioria das outras categorias ligadas à saúde como enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos. A exceção ocorreu para médico, psicólogos e odontólogos cuja carga horária foi de 20 horas. O município conta com plano de cargos e carreira para seus servidores. (PMV, 1994, 1998, 2003).

No processo seletivo realizado para contratação temporária de profissionais para a Saúde da Família, a carga horária de todos os cargos era de 40 horas semanais como estabelecido pelo MS (PMV, 2005).

Quanto à remuneração obtida exclusivamente no trabalho na secretaria de saúde, nos estabelecimentos de APS, a renda média mensal como nutricionista foi de R\$ 1.295,81 o equivalente a 3,1 salários mínimos (SM)*.

Ao se analisar a distribuição das profissionais segundo classes de rendimento mensal encontrou-se que dez profissionais recebiam de *três a quatro* salários mínimos, três recebiam *de dois a três* salários-mínimos e três de *um a dois* SM.

Dentre os regimes de trabalho adotados pelos municípios o contrato

* Salário mínimo referente ao mês de dezembro 2008: R\$ 415,00.

temporário foi o que obteve referências quanto à situação de desconforto e insegurança para o profissional:

É feito (o contrato) de um ano, né, normal. Só que agora com essa história do concurso, né, (risos) não sabemos...como se diz, eu tô.. fico trabalhando, continuando até.... porque chamou a primeira não aceitou, aí eles vão continuar chamando a lista, né, se ninguém aceitar eu fico, se alguém aceitar eu saio. N15

Ó, primeiro lugar, conforto, estabilidade eu ainda não tenho, né, por ser contratada e tudo (...) N11

Ressalta-se que das seis profissionais que possuíam como vínculo empregatício o contrato temporário cinco atuavam na estratégia Saúde da Família.

Seis nutricionistas exerciam atividades em outras áreas de atuação, sendo: nutrição clínica (n= 4), nutrição esportiva (n=1) e docência (n=1). Aquelas que atuavam na nutrição clínica eram autônomas, realizando atendimento em consultório particular. As demais possuíam vínculo em empresas privadas. Quando questionadas sobre a preferência dentre as áreas que atuavam, apenas uma manifestou interesse por outra área que não a saúde coletiva e uma não demonstrou preferência dentre áreas.

Para aquelas que possuíam apenas um vínculo empregatício e este se dava no setor público, três pontos mostraram-se igualmente importantes como motivos intervenientes para condicionar o trabalho a apenas um emprego: a dupla jornada entre casa-trabalho (n=3), a dedicação a cursos de pós-graduação e/ou concursos (n=3), a satisfação com o trabalho desenvolvido (n=3). Apenas uma nutricionista

citou a falta de oportunidade para trabalhar em outras áreas de atuação como motivo para possuir apenas um emprego.

Quanto à participação em órgãos de classe e representativos

No concernente às formas de participação em órgãos de classe, todas as nutricionistas, para o exercício legal da profissão, encontravam-se filiadas ao Conselho Regional de Nutricionistas (CRN). Quanto à filiação a outros órgãos de representação as nutricionistas relataram serem filiadas a Sindicato de Servidores Municipais; e também membros dos Conselhos Municipal de Saúde, de Direitos das Crianças e Adolescentes, de Segurança Alimentar e Nutricional e de Assistência Social, em um total de oito nutricionistas participando como conselheiras.

Quanto à influência de Curso de Graduação em Nutrição de IES Federal na inserção dos nutricionistas na microrregião de saúde

O curso de graduação em Nutrição, em uma IES federal situado no município de Viçosa-MG, foi criado em 12 de julho de 1976, ingressando a primeira turma, por meio de vestibular, em 1977. Pioneiro, foi o primeiro curso de graduação em Nutrição do estado de Minas Gerais, oferecendo 30 vagas (ABN, 1991).

Sua criação ocorreu ao mesmo tempo do crescimento de cursos de nutrição em todo o Brasil, pela elevada demanda de profissionais capacitados na área para atuação em programas governamentais. Assim, por incentivo do INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição), órgão responsável pela criação da política de alimentação e nutrição daquele período, a formação de recursos humanos na área de alimentação e nutrição figurou como uma das linhas de atuação do PRONAN

(Programa Nacional de Alimentação e Nutrição) da década de 1970, estimulando a criação de cursos de nutrição.

Reconhecido em 1981 pela portaria MEC Nº 604 (ABN, 1991), o curso passou por algumas reestruturações curriculares até chegar à proposta atual. Apesar de não se ter estabelecido oficialmente, quando de sua criação, o perfil do profissional a ser formado, pretendia-se aproveitar a infra-estrutura básica existente na universidade de modo a formar profissionais voltados para área de ciências dos alimentos.

Essa visão foi sendo progressivamente reformulada a partir da década de 1980 e, atualmente, em consonância com a proposta da Resolução CNE/CES Nº 5 de 7 de setembro de 2001, há direcionamento da formação para todas as áreas de conhecimento da Ciência da Nutrição formando um profissional de saúde generalista. São oferecidas 50 vagas anuais, de período integral.

Há uma forte tendência de formação de nutricionistas voltados para o campo da Saúde Pública: (i) pela reestruturação curricular ocorrida principalmente após a década de 1990, por influência do próprio ideário do movimento sanitário na educação; (ii) pelo perfil dos professores que integram o Departamento de Nutrição e Saúde -DNS- que possui, além de nutricionistas, outros profissionais de saúde que agregam conhecimentos de suas áreas e (iii) pela influência e integração do DNS no município e região, seja por estes funcionarem como local de estágio para os estudantes, seja pela presença de ex-alunos na estrutura técnica e administrativa das secretarias de saúde dos municípios da região, seja pela atuação de professores e nutricionistas nos órgãos representativos dos municípios.

Como exemplo, em um dos municípios foram os nutricionistas os responsáveis pela criação da Lei Orgânica do Município, ao final da década de 1980; pelo auxílio na implantação do Banco de Leite Humano em hospital; além da inclusão pioneira do nutricionista nas equipes de Saúde da Família, já em 1997, no mesmo ano em que teve início a implantação da estratégia SF no município.

Em dezembro de 2008 estavam cadastrados 1.083 nutricionistas em estabelecimentos de saúde no estado de Minas Gerais. Desses, 811 prestavam atendimentos para o SUS, em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde. Na macrorregião Leste do Sul esse número foi de 42 profissionais, 5% do total, distribuídos em centros de saúde, clínicas especializadas/ambulatórios especializados, hospitais gerais e policlínicas (DATASUS, 2009).

Comparando o número de municípios que compõem cada microrregião e a estimativa de suas populações para o ano de 2008 com o número de nutricionistas por microrregião, observa-se que a microrregião de Viçosa é aquela em que há maior concentração desses profissionais, como pode ser observado na tabela 9:

Tabela 9 – Características das microrregiões e municípios que compõem a macrorregião Leste do Sul quanto a presença de nutricionistas, 2008-2009

Características	Microrregiões			Macrorregião
	Manhuaçu	Ponte Nova	Viçosa	
Nº municípios	24	19	9	52
Municípios com nutricionista em EAS	6	10	4	20
Nº de nutricionistas/micro	9	16	17	42
Estimativa da população 2008	323.762	206.571	133.718	664.751
População estimada dos municípios com nutricionista em EAS ano de 2008	148.841	154.272	98.557	401.670

FONTE: DATASUS, 2009
SES/MG, 2009_b

Em sendo uma cidade pequena para o total de estudantes que nela ingressam e, portanto, sem condições de absorver toda a mão de obra recém formada, espera-se que os alunos egressos atuem fora do município, até mesmo pela diversidade de estudantes que pela instituição são formados e que muitas vezes acabam retornando a seus estados de origem.

O DNS figurou até a primeira metade da década do século XXI, como a única instituição pública de ensino superior da macrorregião de saúde a formar nutricionistas. Além da formação de nutricionistas o Departamento de Nutrição e Saúde oferece cursos de pós-graduação do tipo *stricto* e *lato sensu*, que atraem profissionais de saúde de toda a microrregião.

Nesse sentido, é possível inferir que a inserção do nutricionista nos diversos estabelecimentos de serviços de saúde da microrregião tem influência direta da presença dessa instituição formadora.

Características organizacionais do trabalho e sua percepção segundo nutricionistas

Quanto ao local de trabalho

A distribuição geográfica das nutricionistas foi majoritária em um município (*município E*). Os estabelecimentos de saúde separados por município e o número de profissionais que atuam em cada um deles estão ilustrados na tabela 10:

Tabela 10 – Distribuição dos nutricionistas por municípios e estabelecimentos de saúde nos municípios da microrregião de saúde de Viçosa-MG, 2008-2009

Estabelecimentos de Saúde	Municípios					Total
	A	B	C	D	E	
Unidade Básica de Saúde (UBS) mista	1	-	1	-	0	2
UBS com Saúde da Família	-	2	-	-	3*	5
Centro de Saúde	-	-	-	-	7	7
Secretaria de Saúde/consultório isolado	-	-	-	1	1*	2
Total	1	2	1	1	11	16

*Cada nutricionista trabalhava em dois EAS

Quanto à organização do trabalho

Nos *municípios A, C e D*, uma nutricionista era responsável pelas ações de alimentação e nutrição para toda a população. No *município B* havia duas profissionais inseridas na SF e havia divisão da população assistida entre as mesmas, cada uma responsável por uma ESF.

O *município E* apresentava particularidades na organização do serviço de nutrição, no qual o atendimento nutricional era organizado: (i) por fase do curso da vida (crianças de 0-12 anos, adultos, idosos) em número de cinco profissionais; (ii) por situação de saúde (gestação) com uma nutricionista; (iii) por condição de saúde (hipertensos e diabéticos) duas nutricionistas e (iv) para as nutricionistas da Saúde da Família, em número de três, por área de abrangência das equipes (cada nutricionista atendia 02 equipes).

Em todos os casos o fluxo dos usuários ao atendimento nutricional dava-se por demanda espontânea e/ou referenciada; nos casos de atuação na SF também por demanda programada. Profissionais citados como responsáveis pelo encaminhamento para atendimento nutricional: médicos (n=16), com destaque para médicos das especialidades básicas; enfermeiros (n=9); dentistas (n=5); psicólogos

(n=3) e fisioterapeuta (n=1). Os ACS também foram citados pelas nutricionistas que atuavam na SF como responsáveis pela identificação dos casos e solicitação a comparecimento na unidade para o atendimento nutricional. (n=4).

De acordo com as nutricionistas entrevistadas, o retorno dos encaminhamentos aos demais profissionais de saúde quanto a conduta nutricional ocorria em sua maioria através da ficha de referência e contra-referência (n=11), além de ser realizado através de conversa direta com o profissional co-responsável e através da ficha de referencia e contra-referência (n=8), ou apenas por meio do prontuário (n=1).

Quanto ao agendamento do atendimento nutricional, este é realizado preferencialmente pelo próprio nutricionista (n=9) e, em alguns casos, por atendentes na recepção e/ou agentes comunitários de saúde.

Como prática aceita e reafirmada pelo grupo, uma primeira consulta costuma ter, no mínimo, uma hora de duração, já os retornos consomem menor tempo. As nutricionistas foram perguntadas quanto ao número de atendimentos em um turno típico de trabalho de quatro horas. Encontrou-se uma média de sete atendimentos por turno, variando conforme o tipo de atendimento, se de primeira consulta ou apenas retorno.

Dentro dessa perspectiva, coube identificar quais são as atividades desenvolvidas pelas nutricionistas. Como atribuição da grande maioria das profissionais (n=10) a supervisão de estágios dos cursos de nutrição por meio de parcerias com universidades públicas e privadas da região também foram citadas. A visita domiciliar foi citada como parte das atividades de todas as profissionais ligadas

a SF (n=5) e também como atividade desenvolvida por outras nutricionistas vinculadas a unidades tradicionais (n=2).

Quanto às atividades de assistência a saúde, essas estavam relacionadas ao atendimento clínico nutricional individual; a elaboração de prescrição dietética; registro da evolução do usuário; orientação nutricional; a solicitação de exames complementares à avaliação nutricional quando necessário; acompanhamento das condicionalidades da saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) e prescrição de suplementos nutricionais e fitoterápicos.

A tabela abaixo (tabela 11) ilustra os principais motivos para o atendimento nutricional (por demanda espontânea ou referenciada), segundo a percepção das nutricionistas.

Tabela 11 - Principais motivos de procura pelo atendimento nutricional segundo percepção de nutricionistas da Microrregião de Saúde de Viçosa-MG, 2008-2009

Motivo	N=71*
Diabetes	14
Hipertensão	10
Obesidade	8
Acompanhamento infantil	8
Dislipidemia	6
Perda de Peso	5
Outros	20

*poderiam ser citados mais de um motivo

Deve-se notar que, dos motivos listados na tabela 11, quatro deles estão intimamente relacionados às doenças e agravos não transmissíveis (DANT), e equivalem segundo percepção das nutricionistas a 53% dos motivos de consulta. Os outros motivos se referiam à anemia infantil, sobrepeso e baixo peso infantil e acompanhamento de gestantes e das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família.

Chamou atenção a grande quantidade de fichas as quais as profissionais preenchem a cada consulta realizada. E nesse sentido as nutricionistas já haviam incorporado o preenchimento das planilhas como parte da própria consulta de nutrição. As planilhas preenchidas eram enviadas para as secretarias municipais de saúde que disponibilizava de funcionários para a alimentação dos bancos ou alimentavam os sistemas diretamente das próprias unidades.

Foi constatado o preenchimento de planilhas de atendimento nutricional para alimentação de sistemas de informação do tipo SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) e seu respectivo módulo de gestão do PBF (Programa Bolsa Família) cuja alimentação é pré-requisito como responsabilidade do setor saúde para garantir aos munícipes a assistência recebida pelo programa; assim como preenchimento dos mapas de acompanhamento do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) e mapas de produção ambulatorial do SIGAB (Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica)

As atividades voltadas a coletividades foram citadas por apenas 6 profissionais. Essas eram dirigidas a grupos definidos conforme ciclo de vida ou condição de saúde e aos beneficiários do programa Bolsa Família.

É importante notar que tais atividades eram desenvolvidas como parte da rotina das nutricionistas apenas nas unidades básicas de saúde com a estratégia Saúde da Família (n=5) e em unidade mista em que a nutricionista embora não fosse membro da equipe desenvolvia trabalhos junto à mesma (n=1).

Tais atividades eram desenvolvidas em parcerias com outros profissionais, além dos profissionais de saúde e envolvendo outros segmentos da comunidade e aproveitando seus equipamentos sociais. Foram citadas parcerias com profissionais

da assistência social, técnicos agrícolas auxiliando no estímulo e criação de hortas comunitárias; profissionais da educação em creches e escolas públicas; igrejas e instituições filantrópicas, seja pelo apoio na disponibilidade de espaço para que as atividades fossem desenvolvidas ou na realização de atividades em conjunto.

Todas as nutricionistas utilizavam como estratégia pedagógica as palestras, com exceção de uma unidade onde as mesmas foram substituídas pelas rodas de conversa.

O público as quais as atividades eram dirigidas determinava o uso de outros recursos pedagógicos como cartazes, álbuns seriados, folhetos, vídeos e material lúdico. Esse material também era utilizado nas consultas de nutrição, a exceção de uma nutricionista que referiu não utilizar recursos pedagógicos em suas consultas. Os temas abordados na realização das atividades coletivas estão dispostos na tabela a seguir (tabela 12).

Tabela 12 – Temas em Alimentação e Nutrição citados pelas nutricionistas da Microrregião de saúde de Viçosa-MG no desenvolvimento de atividades com a Saúde da Família, 2008-2009

Temas	N=40*
Distúrbios Alimentares**	13
Alimentação Saudável	10
Aleitamento Materno	7
Carências Nutricionais	3
Alimentação Complementar	2
Crescimento Saudável	1
Outros	4

* podiam ser citados mais de um motivo

** considerou-se como distúrbios alimentares o sobrepeso/obesidade, hipertensão e diabetes

Os outros temas incluíam higiene dos alimentos, estímulo a atividade física, produção de alimentos de baixo custo e temas gerais ligados a saúde abordados conforme demanda.

Foi possível perceber, durante as entrevistas, que as nutricionistas utilizavam como sinônimos os termos “profissão” e “trabalho”, identificando-os com ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, como pode ser evidenciado nos discursos seguintes:

...faz parte do cuidado da saúde das pessoas, acho que hoje em dia o tanto que a alimentação tá envolvida em processo saúde-doença, principalmente as crônicas, acho que é impossível você ter sucesso em promoção da saúde sem o cuidado nutricional. N10

...a questão da prevenção, da promoção, né, você vê a longo prazo o gasto, o valor que é economizado com a prevenção com a promoção... E, nossa! A nossa profissão, ela é basicamente prevenção e promoção. N14

a nutrição tem uma visão mais ampliada do que é saúde, ela não visa a doença, ela visa o bem estar anterior, o bem estar...prevenção mesmo né?... e não só a cura só o ... como é que eu diria...o termo certo é isso a nutrição é uma profissão preventiva. N2

Ainda que assumam tal identificação, há um distanciamento entre o real (do trabalho) e o concebido como ideal (da profissão) para a grande maioria das nutricionistas em questão haja vista o limitado número de atividades desenvolvidas pelas mesmas. Deste modo, foram perguntados os motivos que restringiam as atividades das nutricionistas ao atendimento individual em ambulatório, sendo citados: a estrutura física inadequada dos estabelecimentos (dificuldade de acesso do

usuário e/ou falta de espaço para seu desenvolvimento, n=5), escassez de tempo (elevada demanda por consultas, n=3) e entraves administrativos (n=2) na condução dos grupos.

Outro conjunto de questões que se correlacionam a prática profissional diz respeito à percepção das nutricionistas sobre seu papel na perspectiva dos usuários. Quanto a isso surgiram duas vertentes, a de um profissional cuja função é reconhecida e cujo cuidado é demandado pela população, como ilustram os enunciados a seguir:

...a procura é muito grande, o pessoal (usuários) respeita mesmo o profissional nutricionista e a gente mostra que a gente pode ajudar e eles começam a levar, a respeitar mais o profissional e a procura tá ficando bem maior, bem maior.

N12

“... porque quando alguém me procura, normalmente ele já vai porque ele quer um plano alimentar, ele quer uma orientação” N9

As mães às vezes até cobram isso (orientação) da gente, né, a questão da alimentação, desenvolvimento, é interessante porque eles participam muito, a gente chegou um ponto que as famílias participam demais e isso é bom pra gente, a gente se sente até mais cobrado. N11

E em outra vertente uma percepção vinculada à concepção de um profissional que “pesa e mede”, procurado para garantir os benefícios governamentais de

programas assistenciais ou de um profissional cuja abordagem limita-se ao ganho de peso ou emagrecimento:

Porque muita gente pensa que nutricionista é só para perder peso e tal, e não é só isso, né, a gente trabalha não só no controle de peso, a gente trabalha em muitas outras coisas que a gente pode tá melhorando né, o habito de vida das pessoas. N14

...ainda vinculam muito a gente mais àqueles processos mais conhecidos, né? desnutrição, obesidade, é acompanhamento de hipertensão, de diabetes ainda muito dentro da... ainda muito limitado. N8

Eu acho que a gente tem que tentar mudar um pouquinho o pensamento dos outros profissionais, inclusive da população também, que eu acho que eles pensam muito o nutricionista como a pessoa que pesa. N2

As justificativas propostas pelo grupo para a identificação do nutricionista a uma de suas competências (aferição de estatura e peso), por parte dos usuários, estão apontadas nos enunciados a seguir:

...e tem a questão do Bolsa Família também, mas mesmo antes eu acho que já existia isso, eles (usuários) estão preocupados em pesar pra ver se tá crescendo(a criança), não tá preocupado às vezes com orientação, e tudo mais...

N2

Então, eu acho que é muito da orientação dos outros órgãos, das outras secretarias... uma das primeiras coisas que eles falam é “se você não pesar o seu filho você não vai receber o leite, ou a cesta básica, ou não vai receber o dinheiro” agora é Bolsa Família, mas já teve, do Bolsa Escola, né, renda mínima...N8

Percebe-se, em um primeiro momento, que as nutricionistas responsabilizaram terceiros pela identificação distorcida do profissional, seja o usuário que não se interessa pelas orientações, ou os programas de governo com suas condicionalidades na saúde e seu caráter histórico nas políticas de alimentação e nutrição, seja a falta de orientação correta sobre o motivo do “pesar e medir” crianças/ famílias, eximindo-se de suas responsabilidades nessas esferas.

Contudo, em um segundo momento, um relato em particular, em concordância com a percepção do grupo, revelou a existência de uma postura menos simplificada sobre essa visão do profissional que “pesa e mede”,:

“...concordo com as meninas que tudo isso é histórico? É, mas é também a parte que nos cabe, nós não podemos achar que a culpa é... julgar não, nós temos que fazer a nossa parte... é também o profissional, nós estamos conquistando espaço ao longo de um pequeno tempo (...)nós já estamos aí na prefeitura ou no estado há quantos anos e só há quatro anos nós recebemos a autonomia de solicitar exame e de fazer encaminhamento. Então isso é conquista, é sofrido,

porque a gente sempre tem que estar fazendo embate sempre estar mostrando quando é direito nosso. N4

O elemento que se destaca no trecho acima – a recente conquista da autonomia profissional em um de seus aspectos, para o grupo em questão – traduz de forma bastante clara os embates que ocorrem em torno das esferas técnica, social e política presentes nos processos de trabalho. Esses embates também foram identificados em outros relatos quando da inserção das nutricionistas nos serviços de saúde:

Porque quando eu entrei (na SF), eu trabalhei 30 dias de graça, por quê? Eu tive que provar pra ele (gestor) que o serviço de nutrição, que uma nutrição no município ia fazer a diferença, e graças a Deus eu consegui provar isso, então assim, a partir daí a referencia do serviço de nutrição foi muito grande. N11

Quando eu entrei na prefeitura do município ela (coordenadora) viu que tinha que ter uma nutricionista em cada unidade. (...) Depois ela (coordenadora) ficou lá uns 4-5 anos e saiu da coordenação, entrou outra pessoa que já não tava comprometida com as mesmas idéias, aí teve outro concurso foram onze nutricionistas, não foi nenhuma para saúde. N3

...quando eu trabalhei lá eu fui a primeira nutricionista, não tinha um papel na prefeitura de nutrição. O que você escuta de todo mundo, até de médico: “ah você vai ter que fazer

isso, ah, aqui você não tem muito o que fazer não” mas aos poucos eu fui montando tudo, quando eu saí pra vir pra cá agora o serviço tava todo montado e até o nome da nutrição já era diferente.N16

Ainda conjugada a perspectiva da identificação profissional figurou no debate a necessidade de divulgação do trabalho desenvolvido como uma proposta que cabe as próprias nutricionistas e que, no entanto, está longe de ser concretizada:

Eu sinto falta de divulgar o resultado daquilo que a gente encontra (...). Não só pro meio acadêmico, mas traduzir isso pra uma linguagem mais popular pra quem a gente atende no dia a dia seja através do rádio, de jornal que eu acho que a gente não mostra isso. N8

...infelizmente a gente não preocupa em estar divulgando a melhora que a gente traz, se mostrasse a melhoria da qualidade de vida das pessoas que têm acesso ao serviço de nutrição, porque aí outros municípios que ainda não têm essas portas abertas poderiam estar abrindo as portas. N12

Eu acho que tem que tá divulgando mais o trabalho da gente, né, a gente fica muito ali no atendimento, faz tanta coisa interessante, mas eu acho que a gente mostra muito pouco do trabalho da gente. N5

Deste modo é possível afirmar que as nutricionistas participantes do estudo sentem-se co-responsáveis pela conquista de seu próprio espaço e autonomia, seja

em unidades tradicionais de saúde ou na Saúde da Família, mas também transferem parte dessa responsabilidade a outras esferas/órgãos. É o que pode ser observado na tabela 13 que ilustra o posicionamento das nutricionistas quanto à responsabilidade por ações de melhoria na inserção da categoria na atenção primária, quando entrevistadas individualmente:

Tabela 13 – Percepção das nutricionistas da microrregião de saúde de Viçosa-MG, quanto a responsabilidade sobre a melhoria na inserção das nutricionistas na atenção primária, 2008-2009

Inserção dos nutricionistas na APS	Número e porcentagem de respostas	
	N*	%
Cabe ao Conselho de Classe	7	37
Cabe aos gestores	6	31,5
Cabe as próprias nutricionistas	6	31,5
Total	19	100

* podiam ser citados mais de um motivo

Ao justificarem sua opção pelo conselho de classe as nutricionistas deram ênfase aos termos “fiscalização”, “leis”, “obrigatoriedade” deste modo a percepção é de que cabe ao conselho estabelecer as leis e colocá-las em prática como se para melhoria da inserção da categoria na atenção primária bastassem a elaboração de leis, resoluções e pareceres.

Vale ressaltar que não se está desconsiderando a importância da definição de parâmetros para atuação profissional e definição das competências do nutricionista e suas áreas de atuação, pelo contrário, exalta-se a necessidade de atividades de caráter normativo que garantam o respaldo técnico, promovam a identidade profissional e a manutenção de condutas éticas. No entanto, há que se esclarecer que há uma grande distância entre o discurso da lei e a prática.

Essa distância apareceu quando as nutricionistas realçaram o papel dos gestores. Ao apontarem a responsabilidade para os gestores, especialmente na esfera local e estadual, a ênfase foi dada para o termo “decisão”. É a figura do gestor que detém o poder no município já que este possui certa autonomia na alocação de recursos humanos. Ao mesmo tempo, em se tratando da aplicação de uma política de saúde, são também os gestores que ocupam posição intermediária entre a cúpula estratégica- na figura do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado- e os próprios executores, sendo os responsáveis pela formalização das decisões tomadas a nível central para o nível local.

Quanto às condições de trabalho

As profissionais dispunham de equipamentos básicos necessários à avaliação do estado nutricional (balança para adultos e crianças, antropômetro adulto e pediátrico) sem, no entanto, estarem em total conformidade com as especificações sugeridas pela Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição (CGPAN)*, sendo que um dos municípios possuía uma balança imprópria para uso profissional.

Em relação às condições de trabalho das profissionais, quando perguntadas sobre o quão adequados apresentavam-se os recursos (estrutura física, material de consumo, equipamentos, recursos humanos e transporte) para o desenvolvimento de seu trabalho, encontrou-se um elevado número de respostas considerando os mesmos *adequados* (n=49) em comparação com as demais respostas *parcialmente adequados*

* A CGPAN elaborou uma descrição básica dos equipamentos antropométricos para avaliação do estado nutricional, no intuito de auxiliar os municípios na aquisição dos mesmos.

(n=26) e *inadequados* (n= 19). A distribuição das respostas por itens está ilustrada na tabela 14.

Tabela 14 – Percepção das nutricionistas quanto à adequação dos recursos disponibilizados ao trabalho nos estabelecimentos de saúde da rede básica da microrregião de saúde de Viçosa-MG, 2008-2009

Recursos	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado	Não se aplica
	N*	N*	N*	N*
Estrutura/ambiente físico	8	2	10	0
Material de consumo	14	5	1	0
Equipamentos	3	13	4	0
Recursos Humanos	14	2	1	3
Transporte	5	2	2	11
Total	49	26	19	11

*Considerou-se percepção dos profissionais para um total de 20 estabelecimentos.

Para a descrição dos motivos é importante salientar que cada profissional poderia citar mais de um motivo, desta forma o “n” equivalente ao número de citações/motivos para adequação ou não pode ser superior ao número de estabelecimentos. De modo a facilitar a descrição dos motivos optou-se por agrupar as categorias *parcialmente adequada* e *inadequada*, tratando-as em conjunto durante o texto.

O item *equipamentos* foi considerado pela maioria das nutricionistas como parcialmente adequado. Levando em consideração os motivos pelos quais os profissionais emitiram julgamentos *parciais* ou *inadequados* para esse item encontrou-se: a demora na manutenção dos mesmos (n=11); quantitativo insuficiente de equipamentos (n=4); ausência de equipamentos portáteis (n= 4) e equipamento impróprio para uso profissional (n=1). Os enunciados a seguir exemplificam tal classificação:

...o problema é só quando elas (balanças) estragam porque aí a gente não sabe, não tem previsão de quanto tempo a gente vai ficar sem. N12

O que existe é super adequado, é perfeito, só que como ele não tem manutenção ele passa a ser o que? Não utilizado. Mas o que eles (administração) falam? “Consertar balança pra quê? N1

...não é que não tenha o equipamento, não tem a manutenção do equipamento, então acaba que você não tem. N16

Partindo-se do pressuposto de que a balança e o estadiômetro (instrumento utilizado para aferição de altura) são os equipamentos básicos de trabalho dos nutricionistas e que é a partir de sua utilização que se conduz toda a avaliação nutricional, o fato desses equipamentos encontrarem-se sem manutenção compromete o resultado da avaliação e a demora no conserto/manutenção dos equipamentos é percebida como descaso da administração.

Para o item *estrutura/ambiente físico* os pontos negativos levados em consideração para encaixar um estabelecimento nas categorias *parcialmente adequado* ou *inadequado* foram: má conservação das unidades (n= 11) que apresentavam mofo, infiltrações, falta de ventilação, luminosidade, como as falas a seguir exemplificam:

...o basculante é emperrado naquele ponto ali (...)a mãe pede pra desligar o ventilador (...) você vê que a mãe tá suando, a criancinha chora, fica irritada, chega a ser desconfortável

né, porque você também tá na mesma situação e você tem que conduzir aquilo como se tivesse sendo normal, uma consulta normal, como se o ambiente não tivesse totalmente fechado, né. N12

...ela (UBS) é toda mofada, desde que eu comecei a trabalhar aqui todo ano eu tenho sinusite então todo ano eu tenho que tomar antibiótico. N3

Como eu vou falar... as condições são precárias, paredes trincando, sem pintura, os móveis, olha como é que estão... A gente atendia na outra sala, eu já atendi debaixo de chuva, com goteira. N2

Outro ponto que chamou atenção foi a inadequação da estrutura física das unidades que eram construções adaptadas ou cuja planta dificultava o desenvolvimento das atividades (n= 6). Isso pode ser observado nas falas que se seguem:

... não foi construída uma unidade, são casas adaptadas (...) a sala é muito próxima tanto do quintal quanto da cozinha, então é uma área comum pra todo mundo, tem muito barulho, em termos de privacidade eu acho que às vezes fica um pouco a desejar. N8

O PSF de lá é dois andares e minha sala é no segundo andar. Então a maioria dos idosos eles não tem condições de tá

freqüentando o serviço de nutrição (...) e a escada né, dificulta bastante o acesso das gestantes e dos idosos. N12

Vale ressaltar que apenas uma nutricionista que atuava em unidades de SF do município E foi quem se referiu à estrutura física como adequada. As demais nutricionistas desse município (n=11) consideraram esse item *inadequado* ou *parcialmente adequado*. Os demais municípios receberam avaliações positivas quanto à adequação da estrutura física, sendo considerados pontos adequados a iluminação e a conservação do ambiente (n=1), ventilação (n=2) e espaço adequado para arquivo de material de consumo e utilização dos equipamentos (n=3) assim como a facilidade de acesso dos usuários (n=3).

Algumas profissionais destacaram posicionamentos sobre a adequação da estrutura física tendo por comparação às condições dos outros estabelecimentos. Esses eram em sua maioria casas alugadas e adaptadas para funcionamento das unidades de saúde, principalmente de SF, ou estabelecimentos cuja estrutura necessitava de reforma. É o que pode ser verificado nas seguintes falas:

... tem assim um espaço reservado, a gente tem assim uns armários pra separar né, todas as nossas documentações, tudo certinho, tem um ambiente agradável, né... Considero adequada se for olhar pros outros serviços que eu conheço se for olhar na região. N11

Essa sala aqui pra mim eu acho que tá boa (...) é, cabe tudo que eu preciso, é arejada, não tem mofo, claridade boa, né, então assim, é...pra mim eu acho que tá adequado. Eu acho

que de nós nutricionistas, a minha condição é melhor do que a delas. N13

O item *material de consumo* referia-se ao material utilizado durante o atendimento nutricional (folha de prescrição dietética, registro de consumo alimentar, orientações de conduta alimentar, etc.). A maioria dos estabelecimentos recebeu avaliações positivas quanto ao material de consumo no que se refere à fácil aquisição do mesmo (n=14). Já as queixas referiam-se a falta de material para elaboração de recursos educativos e mesmo para atendimento ambulatorial (n=4) e a pequena durabilidade do material utilizado (n=3).

Considerou-se no quesito *recursos humanos* o pessoal de apoio presente nos estabelecimentos de saúde auxiliando na recepção e em alguns casos no agendamento. Para aquelas que atuavam na estratégia saúde da família os profissionais que compunham as equipes foram incluídos. O item *recursos humanos* também foi avaliado pela maioria das nutricionistas como adequado:

Não deixa a desejar nada não, eles (ACS) desarquivam o prontuário, se o auxiliar administrativo não tá no momento, sempre tem um agente comunitário responsável, eles estão sempre colaborando, isso daí não fica a desejar não. N12

...o pessoal, os agentes de saúde, as recepcionistas que me ajudam a fazer os agendamentos, os agentes de saúde me ajudam muito também N10

A ausência de outros profissionais no serviço (tanto técnicos como pessoal administrativo) por interferir negativamente no trabalho do nutricionista,

sobrecarregando-o ou dificultando a realização de suas atividades (n= 3) fez com que o item recursos humanos fosse encaixado como *inadequado* ou *parcialmente adequado*:

Eu acho que muitas vezes fica parcialmente adequada não por causa da equipe, mas por causa da ausência de alguns profissionais que a gente gostaria que trabalhassem com a gente. Eu acho que a dinâmica funciona bem, mas falta, falta mesmo os outros profissionais. N8

Então assim tem a parte burocrática que a gente não tem ajuda também, então eu acho que tinha que ter uma auxiliar administrativo que eu acho assim que, é, que nem o médico eu acho que a gente também tinha que ter uma pessoa para ajudar. N3

Três nutricionistas ao justificarem como não necessária a cooperação de outros profissionais para o agendamento de suas atividades e não trabalhando em equipes de Saúde da Família, encaixaram o item *recursos humanos* como classificação *não se aplica*.

O item *transporte* também foi classificado como *não se aplica*, desta vez para a maioria dos casos (n=11) já que a necessidade de veículo para o trabalho estava ligado apenas a visita domiciliar, na Saúde da Família. Esse item foi avaliado como *parcialmente adequado* e/ou *inadequado* devido à: ausência de carro específico para a unidade de Saúde da Família (n= 2); sua utilização para outros fins (n=1) ou sua utilização para mais de uma equipe de saúde da família (n=1) o que dificultava o andamento das atividades.

...às vezes você chega você tá lá, você tem que sair oito horas porque tá marcada atividade na zona rural, por exemplo, pra iniciar às 8:30 h e o carro ele foi deslocado pra fazer uma outra coisa. N14

...não tem o carro específico para a unidade e, assim, você pode requisitar... só que com um, dois meses de antecedência, então não dá pra ficar esperando o carro. N5

Cabe pontuar que queixas em relação ao transporte também foram citadas pelas demais nutricionistas da rede. Ainda que a visita domiciliar não fosse uma atribuição do cargo em que ocupavam, essa fazia parte das atividades adotadas pelas mesmas.

De maneira geral os resultados encontrados apontaram para a precariedade das condições de trabalho para a maioria das nutricionistas, especialmente o item *equipamentos* que afeta sobremaneira a qualidade do cuidado nutricional e o item *estrutura/ambiente físico* que, por consequência, atinge também os demais trabalhadores principalmente quanto a organização do trabalho.

Quanto à operacionalização da APS na práxis das nutricionistas

Perguntou-se como as nutricionistas percebiam suas relações no trabalho, tanto com profissionais de saúde como com os usuários. Para aquelas que atuavam na SF ou em unidades mistas, essa relação mostrou-se diretamente ligada a sua inserção nas equipes, como retratam os seguintes relatos:

Eu falo por mim, dentro das unidades que eu trabalho, eu sou encarada como um membro da equipe mesmo e funciona muito bem, não só com os agentes como com os profissionais de nível superior N8

Porque no PSF eles (outros membros da equipe) conseguem, é, ter uma visão de equipe ter uma visão geral da nutrição, da orientação nutricional. N13

Os outros profissionais acabam enxergando o nutricionista realmente como um profissional que qualifica mesmo, diferente do que eu acho que elas passam aqui (UBS tradicional) que às vezes tem uma distância maior no relacionamento delas (nutricionistas das UBS) com os outros profissionais, agora já nos PSF não... N12

Pelos relatos acima é possível inferir que as nutricionistas ligadas a SF percebiam sua relação com os demais profissionais de saúde como consolidada, tanto no que diz respeito ao estabelecimento e identificação de suas funções dentro da equipe quanto pela integração com os demais membros. Quando se referiam à prática, entretanto, algumas dificuldades para concretização de um verdadeiro trabalho em equipe também foram considerados:

Tem equipe que o médico tá comprometido, o enfermeiro tá comprometido, o dentista tá comprometido e o nutricionista também, mas tem equipe que não então cria, às vezes,

confusão, você não consegue trabalhar com a equipe, às vezes você tem que trabalhar sozinha. N13

A gente às vezes depara com pessoas dentro da equipe que não enxergam o paciente como uma pessoa única ali que tá precisando, que precisa mesmo do seu atendimento, que precisa mesmo daquele trabalho em equipe, infelizmente é isso que acontece na maioria das vezes. N12

Ainda que esse trabalho em equipe se apresentasse, em alguns casos, sem articulação de suas ações e a devida interação dos profissionais, e enquanto realidade vivenciada apenas em alguns municípios, as nutricionistas reconheciam sua capacidade de construção de um plano de cuidados comum entre os diferentes campos de saberes, valorizando-o. Os relatos a seguir são de nutricionistas que atuavam em UBS tradicionais:

“Eu acho que pra gente que trabalha que não é PSF faz falta você ter uma equipe, né, que interaja. Que a gente pode até encaminhar pras especialidades de cada profissional, mas a gente acaba que não acompanha esse paciente com todos os outros profissionais, e isso eu acho que faz falta pra gente, não tem essa integração”. N9

“às vezes a gente podia tá trabalhando muito mais, trabalhando a questão física com esse paciente, com exercício físico sabe? com coisas bem maiores, que a coisa

tá muito solta, não tem a interligação com outros profissionais”. N4

Quanto à presença das nutricionistas nas equipes de Saúde da Família no município E levantou-se discussão que merece destaque no diz respeito às condições de inserção das mesmas. Como já apontado, três profissionais trabalhavam em duas equipes cada, situadas em unidades de saúde diferentes; nessas circunstâncias tal divisão configurou-se como uma das dificuldades no trabalho na SF sendo essa visão compartilhada também pelas colegas:

A gente se divide em duas unidades, na verdade a gente não é de nenhuma, porque você tá metade do dia em uma, metade em outra e isso dificulta pra comunidade te reconhecer como um profissional da equipe, e a própria equipe às vezes fica: “ah, fica aqui só com a gente”. N8

nós que trabalhamos em duas unidades a gente trabalha até mais, estressa mais, porque são duas unidades totalmente diferentes, pessoas o dobro de pessoas, quem trabalha em uma unidade só trabalha com aquele grupo ali, então você se adaptar com as pessoas todas, psicologicamente, fisicamente né, então assim o desgaste é muito grande. N13

...uma dupla jornada de trabalho que eu acho um absurdo! (...). Quem tem um pouquinho de noção de PSF sabe isso: primeiro que tem que criar vínculo, como é que vai criar,

como é que consegue se ela tá num lado, tá no outro e num tamanho que é o atendimento que elas atendem?N4

Enquanto atribuição das equipes de Saúde da Família a visita domiciliar apareceu com frequência nos relatos. Conduzida pelas próprias nutricionistas e/ou pelos demais profissionais da equipe a VD foi ressaltada como oportunidade para o conhecimento da realidade das famílias, permitindo a adequação das condutas nutricionais:

Eu acho muita importância essa parte de um trabalho mais voltado às visitas domiciliares que hoje a gente tem condição de ser feito através dos PSF, né. O PSF ir às casas né, ver como é que está a higiene, ver como é que tá a alimentação, exatamente ali. N3

...naquela visita domiciliar você tem condições de conhecer melhor e orientar melhor aquela família do que num atendimento ambulatorial. N6

Ele (o médico) observa né, a enfermeira observa muito se o paciente tá acompanhando a orientação nutricional em casa, se tá fazendo... se não estiver eles me dão um toque que eu vou naquela casa. N11

...o que você fala só aqui no consultório não é a mesma coisa de fazer uma visita, até mesmo pra eu saber realmente da realidade de cada um. N7

Chama atenção nos trechos acima as referências dadas à eficácia da abordagem nutricional realizada durante a visita domiciliar quando comparada àquele realizada “no consultório”.

Cabe esclarecer a distribuição dos estabelecimentos de saúde nos casos estudados. Em municípios de menor porte, como os *municípios A, B, C e D*, as unidades de saúde em que as nutricionistas trabalhavam localizavam-se estrategicamente na região central das cidades, principalmente no que diz respeito ao acesso aos usuários e às comunidades, nos casos das visitas domiciliares.

Já no *município E*, de maior porte, havia tanto nutricionistas distribuídas na SF em bairros periféricos, quanto em unidades tradicionais localizadas na região central da cidade. Desta forma a percepção sobre o contato com a realidade da comunidade foi destacada pelas nutricionistas desse município somada a percepção sobre as influências da distribuição dos estabelecimentos e da organização diferenciada do serviço de nutrição, como já descrito anteriormente.

Deste modo, a proximidade das unidades de saúde ao local de moradia do usuário e, conseqüentemente, a maior facilidade no contato com a realidade da população - como vivenciado nas unidades da Saúde da Família - foi um elemento valorizado pelas profissionais. Um relato em especial ilustra o posicionamento do grupo com clareza:

...faz diferença também é você trabalhar dentro da própria comunidade. Que aí você conhece as características, o que é possível dentro daquela estrutura até física de serviços, porque todas as coisas interferem, né? Às vezes você tá lidando com uma criança ou um indivíduo com um problema

específico você vai ver que é abastecimento de água, situação de moradia... então você está ali podendo trabalhar diretamente com a família, com os indivíduos, com o entorno, com os serviços que são oferecidos. N8

O “trabalhar dentro da comunidade” mostra-se, portanto, como reconhecimento da realidade ao qual o usuário, sua família e a comunidade vivenciam assim como possibilidade de utilização dos recursos – equipamentos sociais locais – disponíveis para auxiliar na construção de estratégias de intervenção.

Uma vez que o cuidado nutricional implica, na maioria das vezes, em mudanças de comportamento e de hábitos alimentares que dependem da aplicação de um conhecimento específico do nutricionista a relação homem - alimento, concebida em sua variedade de elementos (biológicos, ecológicos e socioculturais), seu entendimento e transposição a prática configuram enquanto uma ação de elevada complexidade:

... uma das coisas mais difíceis que existe é trabalhar com hábito, com coisas das pessoas, com coisas que são arraigadas dentro de você. Uma coisa é chegar pro paciente e falar assim “ó, você vai tomar captopril de tantas em tantas horas”, outra coisa é ele, com quarenta e tantos anos de costume alimentar, com hipercolesterolemia, eu falar assim “agora você vai ter que tirar o seu baconzinho”. N4

Às vezes fica difícil pra gente porque a gente mexe com as pessoas que são da zona rural, a gente sabe que tem uma cultura bem diferente. Então assim, eu tô mais trabalhando a

parte educacional pra poder, né, vê se a gente consegue uma resposta melhor com eles. N11

A gente tem que preocupar, por exemplo, com o prato de comida, né, a alimentação bonita, colorida, e tudo o que faz bem pra saúde. Mas assim, pra quem é essa alimentação? é uma pessoa que tá ali, quem tem valores, tem uma vida ali né, não é só um prato, né? N16

Percebe-se nos relatos que essa “dificuldade” apontada pelas nutricionistas é um ponto considerado no dia a dia, mas não se configurou enquanto elemento imobilizador de sua prática. Os discursos a seguir exemplificam esse posicionamento ao ilustrarem situações da prática profissional em que há apropriação de outros saberes, além da técnica, de modo que os elementos do binômio homem- alimento interagem conforme o contexto apresentado:

...eu já tive que fazer um plano alimentar aqui com farinha e caldo de feijão. Como é que você faz isso em termos de nutrição? Você tem que olhar aí o lado humano, então aí eu acho importante na nutrição a gente englobar todos os lados. N2

Eu falo com meus pacientes que a reeducação (alimentar) ela tem que ser né, em termos de orientação nossa, a reeducação tem que ser alimentar, né, e ela tem que ser social também né. É muito importante ele seguir o cardápio que a gente

planejou, mas ao mesmo tempo ele não deixar de fazer as coisas que ele gosta. N6

A alimentação como a gente trabalha né, essa questão tanto do que é mais específico pra pessoa, que é diferente né? Por exemplo, se a criança é de baixa renda, a gente estar buscando ali, dentro do que a mãe tem condição de tá fornecendo, o melhor possível dentro das condições dela.

As nutricionistas avaliaram que a aderência ao acompanhamento como algo dependente da interação usuário-profissional, desse modo os resultados só serão alcançados quando conduzidos dentro de uma postura de acolhimento como pode ser verificado nos enunciados a seguir:

Essa questão mesmo de atenção, ouvir o paciente, de a pessoa chegar com a glicose alta aqui e você vai conversar ela não tem o que comer, ou o marido bebe todo dia, então assim, se você não estiver atenta a ouvir essas coisas você nunca vai conseguir resolver o problema dele. N8

Um estímulo, um jeito de tratar, tem uma maior adesão no acompanhamento, entendeu? Então uma coisinha que você fala faz muita diferença e o jeito de você tratar a pessoa também conta muito. N7

Quando você abre aquela porta e recebe o paciente com atenção, com respeito, você resgata um pouco da autoestima dele, o olhar que ele tem sobre a vida dele (...) não pode

deixar de jogar a responsabilidade sobre ele, eu mostro os caminhos... Então quando você põe a responsabilidade dele junto com o amparo você consegue a aderência. N4

Visto que os trabalhadores da saúde são o elo humano entre as políticas de saúde e as ações que delas derivam, foi possível identificar nos discursos das nutricionistas referências as características da APS que direcionam seu trabalho. Interessante ressaltar que a maioria dessas características estavam relacionados a estratégia Saúde da Família e foram destacados pelas nutricionistas – atuantes ou não na SF – uma vez que este constitui modelo assistencial presente nos cinco municípios estudados.

Percepção das nutricionistas sobre o seu trabalho no contexto da APS

As profissionais foram questionadas quanto ao trabalho que desenvolvem na APS, como esse era percebido pelas mesmas. Os relatos obtidos estavam direcionados a diferentes percepções: de um lado as consequências advindas do trabalho tanto para as profissionais quanto para os usuários, de outro estava ligado aos meios para sua condução e que de um modo geral foram identificados enquanto elementos favoráveis ou desfavoráveis do trabalho das nutricionistas.

Um dos pontos evidenciados nos discursos refere-se a obtenção de valorização pelo trabalho. Esta aparece como consequência do mesmo, sendo identificada, nos discursos, como formas de gratificação, reconhecimento e retorno pessoal e profissional:

Então tem essa repercussão também que é gratificante, né, você vê, assim, as pessoas gostam, que você fez um trabalho bom, um trabalho que dá bons resultados. N5

...então ele (o médico) foi uma pessoa que me deu muito retorno falou o tanto que melhorou (com a contratação de uma nutricionista) o acompanhamento dos usuários e então eu tenho essa, essa resposta, entendeu? a enfermeira a mesma coisa, falou a mesma coisa... N7

Outro dia eu encontrei umas quatro pacientes lá (na rua) então é aquela coisa, aquele carinho que eles tem então eu acho assim que esse retorno é importante. N3

Por vezes, há identificação do trabalho com a remuneração destacando seu papel como fonte de renda e autonomia, condição para aquisição e manutenção das necessidades básicas, do próprio sustento, principalmente para as nutricionistas com menor tempo de atuação nos serviços:

É um trabalho também que me sustenta financeiramente o que me mantém. N10

Bom, no meu caso é meu sustento mesmo, porque eu não posso me dar o luxo de não trabalhar, né? N12

Ó, a primeira coisa é a independência, né? Você trabalhando você tem sua independência. N2

Todavia observou-se que para as profissionais com maior tempo de trabalho, a remuneração ocupa um lugar secundário quando comparado a outras recompensas advindas do trabalho:

...não é que não precisa de dinheiro, porque dinheiro sempre é bem vindo, mas isso deixa de ter a carga de importância, entendeu? Não é o essencial, o principal é isso aí a satisfação de chegar ao final do dia e você saber que você cumpriu o seu dever. N4

...eu sinto a importância que a gente realiza na vida de cada um que passa no consultório da gente, então isso te dá força, te dá estímulo pra você continuar, independente do seu salário ser baixo, independente das dificuldades... N7

... às vezes o salário a gente precisa dele e tudo, mas assim pra te falar a verdade eu não penso muito “ah eu vou receber tanto no final do mês” não... O principal é você gostar do que faz, né? Eu gosto muito mesmo. N15

Nessas circunstâncias, a aplicação cotidiana do conhecimento em alimentação e nutrição consolida-se também em uma percepção do trabalho como o resultado do cuidado nutricional que traz benefícios ao usuário. Nesse sentido é algo observável e palpável, resultado concreto para o usuário, vivenciado sob a forma dos casos e condutas tomadas no dia a dia.

Eu vejo um jeito de estar conseguindo modificar a vida deles (usuário) mostrando a importância pra ele de estar abrindo

mão de uma coisa que não é saudável e ele vê que a vida dele melhorou 100%, que os exames laboratoriais mostraram melhora, a respiração melhorou, a condição física, que a patologia que ele tem no caso de hipertensos e diabéticos tá controlada. N12

eu adoro o meu serviço e eu fico muito satisfeita de ver, por exemplo, uma criança que tá com baixo peso e ela ficar, você conseguir acompanhar e ela vai para o peso normal, você sabe que aquilo vai ser definitivo, uma gestante que tá com problema, com risco até de perder o bebê e ela conseguir ter o parto adequado, conseguir amamentar. N13

... é muito importante o nosso trabalho, você consegue pegar um paciente de quatrocentos (miligramas) de glicemia e você põe ele compensadinho, sabe?(...) ainda mais diabetes, isso eu falo com pureza d'alma, porque diabetes é basicamente alimentação. N4

Ao mesmo tempo foi possível identificar outra face desse mesmo trabalho, considerada também como resultados, porém não mensuráveis, mas do mesmo modo percebidos:

...eu acho que esse trabalho que a gente faz com eles de prevenção, né, de orientação, de cuidados, eu acho muito importante porque pra ele ter melhor qualidade de vida, pra viver mais, pra viver mais feliz, melhor, né? N8

O meu trabalho, eu vejo dessa forma, uma forma de ajudar as pessoas a ter uma vida mais saudável, uma vida mais dinâmica. N13

...a partir do momento que a gente modifica um hábito alimentar, principalmente com o paciente obeso, muda tudo, é o humor, o comportamento em casa, o seu dia a dia, a gente vê pela resposta das outras pessoas que estão envolvidas e do próprio serviço. N11

...que a gente sabe, tem consciência, o que a gente tem melhorado a condição de vida e quando eu falo vida eu falo vida num todo... Quando eu falo qualidade eu falo qualidade espiritual, ta?então você melhora a qualidade de vida dele.

N4

Ao se referirem ao trabalho enquanto atividades que executam, as nutricionistas consideram aquilo que está fora do controle e responsabilidade das mesmas e que interfere na sua prática como um entrave a concretização do seu trabalho do modo como gostariam de executá-lo. E assim o que se verificou foi uma sensação de inoperância frente alguns contextos:

Impotência. Por ver que muitas vezes a sua ação é limitada por outras questões, sejam elas políticas, administrativas, econômicas... mas isso é o de menos, porque isso a gente consegue até contornar, mas quando ultrapassa, quando começa a chegar próximo do limite do político, aí começa a desanimar... N8

...eu acho que seria isso daí, né, a gente depara sempre com algum obstaculozinho pra frente que impede da gente estar realizando às vezes o trabalho 100%, né, como a gente gostaria de ter, infelizmente é isso que acontece na maioria das vezes. N12

A partir do momento que você precisa resolver um problema do paciente e a resolução do problema não depende da gente, aí que vem essa sensação de impotência. N3

O trabalho foi também correlacionado a perspectiva das organizações considerando os órgãos administrativos ou de comando na área da saúde. Todavia nessa perspectiva os relatos demonstraram uma sensação de desamparo, uma vez que não se obtém apoio como esperado:

Eu adoro o que eu faço, mas quando eu paro e raciocino a vontade que eu tenho é de não voltar para cá. Eu sinto assim, hoje, desestimulada (...) eu não gosto das minhas condições de trabalho hoje. Não gosto da falta de importância que é dado (pela administração local), de tudo que foi construído e tá acabando no dia a dia. N1

São profissionais (nutricionistas da microrregião) sérios, são profissionais que não estagnaram, porque a maioria tá aí fazendo uma especialização, a maioria tá tentando um mestrado, então são profissionais que sempre estão buscando

a atualização e, no entanto, não existe o reconhecimento (da administração). N4

Ah, a falta de estímulo não é só pelo gestor municipal, mas por tudo, todos os órgãos que estão diretamente ligados a nutrição. N13

A gente, os coordenadores, não recebe capacitação não. Se mudou o programa você que vai aprender sozinho (...) então assim, eles deixam, eles soltam o programa “você resolve, faça aí que o problema é seu, não é mais meu”. Se você não tem esse tipo de apoio, você trabalha como? N9

Contudo percebe-se que como perspectiva de uma política de saúde as nutricionistas acreditam na efetividade da APS. Deste modo as nutricionistas encaixam-se como atores importantes nesse cenário, aceitam e valorizam seus princípios, perante a qual seu trabalho é coerente:

...é importante demais ter nutricionista nessa área, quando você começa a trabalhar, aí que você vê que tem importância de ter uma nutricionista na área de atenção básica. Pra evitar ter... do paciente vir no hospital, sendo que você pode ser cuidado na atenção básica. N15

Você consegue criar não só na família, mas uma rede de apoio, que você pode utilizar e realimenta muito fácil o processo e ajuda muito mais. E aí que é legal você trabalhar na atenção primária que você consegue desarmar muitas

vezes os mecanismos de doenças, de patologias ou de problemas que você só viria a conhecer lá na frente. N8

A atenção primária é o começo, é a porta de entrada do sistema de saúde (...). É como na escola, a primeira professora que vai te dar a base, dali é que você vai. Então eu entendo uma nutricionista sendo primordial porque se você começa com a família, inserindo a criança e tudo, você tem tudo pra ter um adulto saudável. N4

Muitos dos pontos ressaltados pelas nutricionistas da microrregião em estudo funcionam como elementos favoráveis e outros foram compreendidos enquanto elementos desfavoráveis ao trabalho destas profissionais na APS. O quadro 4 ilustra os elementos, identificados pelas nutricionistas entrevistadas, que estavam ligados ao trabalho assim como as categorias e os componentes que delinearam sua construção.

Os discursos seguintes resumem as percepções conflituosas que as mesmas percebem sobre seu trabalho:

Eu encaro como uma missão mesmo... (risos). Por que eu acho assim que, que trabalhar com saúde pública é missão, acho que só trabalha quem gosta. E eu adoro, sabe, igual, por exemplo, eu to dando aula me deixa muito estressada, e aqui eu nunca fico estressada, eu posso ficar cansada mas estressada não. N3

... a gente tem o dom pra tá trabalhando com saúde pública, a gente gosta, a gente sabe do nosso dever... N9

Paixão, sofrimento, tem que ter paixão pra fazer saúde pública, tem que ter paixão, tem que ter prazer, tem que ter abnegação porque se não você não consegue não. N4

Quadro 4 - Elementos favoráveis e desfavoráveis ao trabalho na APS segundo a percepção de nutricionistas da microrregião de saúde de Viçosa-MG, 2008-2009

FAVORÁVEIS		DESFAVORÁVEIS	
Categorias	Componentes	Categorias	Componentes
Trabalho que traz gratificação	<i>Traz independência</i> <i>Provém meu sustento</i> <i>Obtenho retorno financeiro ou de outro tipo</i>	Trabalho tolhido	<i>Está fora da minha alçada</i> <i>Sofro influências externas</i> <i>É dependente</i>
Trabalho que traz valorização	<i>Obtenho reconhecimento</i> <i>Recebo créditos por aquilo que faço</i> <i>Sinto-me respeitado</i>	Trabalho desamparado	<i>Não tenho apoio</i> <i>Não há reciprocidade</i>
Trabalho que traz benefícios	<i>Contribui para a saúde</i>		
Trabalho que possui coerência	<i>Enquadro-me em seus princípios e valores</i>		

DISCUSSÃO

A totalidade do sexo feminino no grupo estudado corrobora os resultados e discussões abordadas na literatura pesquisada sugerindo esta se tratar de uma profissão acentuadamente feminina (Bosi; Viana, 1996; Prado, 1993; Prado e Abreu, 1991). Os estudos mais recentes encontraram, em âmbito nacional, percentuais superiores a 95% de nutricionistas mulheres (Akutso, 2008; CFN, 2006).

Trazendo esse percentual para uma realidade semelhante a do presente estudo, Pádua (2004) caracterizando a presença de nutricionistas que atuavam na rede básica de saúde da região metropolitana de Campinas-SP, encontrou, dentre os doze nutricionistas participantes, dez profissionais mulheres e dois homens, ilustrando ainda a menor participação masculina na profissão.

Este é um resultado encontrado também para estudos realizados com outras categorias profissionais da área da saúde. O maior peso do contingente feminino no setor saúde, não só nos profissionais de nível superior, mas de toda força de trabalho é debate recorrente em vários estudos, ocorrendo em tempo e proporções diferenciadas para cada categoria (Gil 2005; Girardi 2002).

Quanto às características de formação profissional, observou-se o predomínio de nutricionistas graduadas em instituições públicas de ensino. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa nacional realizada pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN, 2006) que avaliou a formação acadêmica dos nutricionistas quanto ao tipo de instituição onde foi realizada a graduação. Tomando os resultados por área de atuação dos nutricionistas encontrou-se, para as nutricionistas que atuavam na saúde coletiva, o

maior percentual de profissionais formados em instituições públicas quando comparado as demais áreas de atuação, em que houve predominância das instituições privadas.

O surgimento inicial dos cursos de nutrição em universidades públicas voltadas para essa área de atuação profissional, ainda que nos diferentes moldes de como a mesma é percebida hoje, foi uma questão levantada pelo CFN como possível explicação para o maior número de nutricionistas que atuavam em saúde coletiva terem se graduado em instituições públicas (CFN, 2006). Salienta-se que tal análise deva também estar intimamente relacionada ao processo de surgimento e proliferação dos cursos privados, a partir da década de 1980, e da ampliação do leque de atuação do nutricionista ao longo dos anos.

No caso das nutricionistas participantes deste estudo, a sua maioria (88%) possui alguma modalidade de pós-graduação. Pode-se inferir ao analisar a predominância da mesma IES federal na formação das mesmas, que a presença dessa instituição de ensino, com oferecimento de cursos pós-graduação em nutrição ou com interfaces com a nutrição, é ponto facilitador da realização dos cursos e até do ingresso nos diferentes programas.

Rodrigues et al. (2007) ao investigarem as condições de trabalho e perfil profissional de nutricionistas egressos de universidade pública no estado de Minas Gerais encontraram aproximadamente 70% de profissionais que haviam concluído algum curso de pós-graduação do tipo *lato sensu*; e percentuais de realização de mestrado e doutorado respectivamente de 17,8% e 4%.

Essa perspectiva é partilhada também por Alves et al. (2003) ao analisarem índices de realização de pós-graduação de egressos de curso de nutrição de universidade pública da região Sul do Brasil, tendo encontrado semelhante resultado. No mesmo estudo 61,8% dos nutricionistas cursaram ou estavam cursando algum tipo de pós-

graduação em nutrição ou áreas afins. Grande parte dos cursos realizados pelas nutricionistas foi ofertada pela mesma instituição onde os profissionais realizaram sua graduação.

No tocante aos cursos de pós-graduação, a maioria das nutricionistas da microrregião de saúde de Viçosa (50%), possuía especialização. Essa foi uma realidade presente também no estudo do CFN (2006) em que a especialização figurou dentre a modalidade mais citada (47,3%), e cursos do tipo residência, mestrado e doutorado (concluídos, em andamento ou interrompidos) foram citados por menos de 20% das nutricionistas em cada modalidade.

Estudo recente com diferentes profissionais da área da saúde, como o realizado por Tomasi et al. (2008), em UBS tradicionais ou do tipo SF em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil, foi encontrado um percentual de realização de especialização de 37% para os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos e psicólogos).

Já o estudo de Canesqui e Spinelli (2006) cujo objetivo foi avaliar o perfil de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no estado do Mato Grosso -MT, encontrou um percentual de profissionais com especialização de 40% e de apenas 1,6% com pós graduação *stricto sensu*.

Considerando os motivos levados para realização da pós-graduação, mais uma vez, os resultados encontrados para as nutricionistas entrevistadas no presente estudo assemelham-se aos motivos citados pelas nutricionistas da área de saúde coletiva entrevistadas no trabalho do CFN (2006). Assim como as nutricionistas da microrregião estudada, aquelas que participaram do estudo do CFN (2006) situaram a atualização profissional (21%) e o aperfeiçoamento técnico – científico (20,6%) como

os motivos mais citados para a realização de pós-graduação, seguidos pela inserção na carreira de magistério superior (6,1%).

Outros motivos como a realização pessoal e melhoria de nível salarial foram citados no mesmo estudo do CFN (2006), mas não apareceram dentre os motivos das nutricionistas da microrregião de Viçosa-MG.

Pelo perfil de formação das profissionais que fizeram parte desta pesquisa e pelos motivos que as levaram a realizar a pós-graduação observa-se a importância dada à mesma por tais profissionais. Outra questão que merece ser destacada é o relato das nutricionistas quanto à baixa frequência, para a maioria delas, de realização de cursos de formação, capacitação e educação continuada por incentivo da gestão local.

Esse resultado confirma as preocupações de alguns autores sobre a qualificação dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária de modo a adequarem-se aos novos modelos assistenciais, uma vez que são os próprios profissionais que irão contribuir para o fortalecimento e desenvolvimento do sistema de saúde (OPAS, 2006; Campos e Aguiar; Gil et al., 2002).

Vale ressaltar que mesmo a formação e capacitação em serviço dos profissionais de saúde não tendo sido tema deste trabalho, a Constituição Federal de 1988 determina que é competência do SUS a ordenação e formação de recursos humanos na área de Saúde*, de modo que se faz necessária maior articulação entre estados, municípios e união para aperfeiçoamento de seus colaboradores.

Quanto aos resultados encontrados sobre a entrada das nutricionistas na estrutura das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios da microrregião incluídos no presente estudo, outros trabalhos apresentaram condições semelhantes tanto no que diz

* Brasil. Constituição Federal da República do Brasil. art. 200, inciso III. 1988.

respeito à inserção em diferentes secretarias que não a secretaria municipal de saúde quanto aos motivos pelos quais a inserção ocorreu (Pádua, 2004; Prado, 1993).

Nos Centros Municipais de Saúde (CMS) do Rio de Janeiro – RJ, a entrada dos nutricionistas nos estabelecimentos da rede básica data da década de 1980, justificada pela necessidade de implementação dos programas de governo, ligados a suplementação alimentar. Além disso, figurou como ponto decisivo a mobilização da categoria a partir de seu sindicato e de nutricionistas que se encontravam inseridos na estrutura da SMS (Prado, 1993).

Mais recentemente, Pádua (2004) ao estudar a inserção de nutricionistas na rede básica de saúde da Região Metropolitana de Campinas- SP encontrou cenário diverso de contratação. Os nutricionistas não foram contratados para atuarem exclusivamente nas secretarias de saúde, acumulando funções em diferentes secretarias. A autora creditou a essa inserção inicial, em outras secretarias, o fato dos nutricionistas estarem hoje vinculados a rede básica de saúde da referida região.

Ainda que essa tenha sido uma realidade também encontrada no presente estudo, colocá-la como a única responsável por tal inserção seria desconsiderar as características históricas, sociais e políticas e do estágio de desenvolvimento de cada região que agem sobre a capacidade de penetração, em maior ou menor grau, de uma categoria profissional em determinado contexto, assim como o papel de cada nutricionista, como já referido para o caso do município do Rio de Janeiro, como co-responsável pelo crescimento e desenvolvimento de sua profissão (Escoda, 2008).

Houve uma pequena diferença entre a média mensal de remuneração dos nutricionistas da microrregião em estudo, equivalente a 3,1 SM, e o valor mínimo sugerido pelo piso nacional de referência para o ano de 2008 que foi de 3,2 SM (44 horas semanais) (FNN, 2009).

Todavia há que se destacar a diferença entre os salários de profissionais numa mesma microrregião considerando que lhes são atribuídas, em sua maioria, as mesmas responsabilidades.

O estudo realizado pelo CFN (2006) avaliou a renda média mensal recebida pelas nutricionistas, por área de atuação. Comparando os valores de renda encontrados, a Saúde Coletiva figurou dentre as três menores rendas, superando apenas a remuneração da área de Alimentação Coletiva e de Nutrição Esportiva.

Nesse sentido há que se ressaltar a relação do salário percebido com o vínculo empregatício das nutricionistas. No estudo do CFN (2006) os nutricionistas que atuam na Saúde Coletiva apresentam-se como estatutários concursados, em primeiro lugar e, em seguida, como empregados registrados pela CLT. No presente estudo houve uma distribuição de profissionais entre três tipos de regime de trabalho: estatutário, especial (contratados por tempo determinado) e de cargo comissionado. O contrato temporário foi a forma de vínculo empregatício predominante para as nutricionistas que atuavam na SF sendo condição comum aos profissionais da SF nos municípios vizinhos. É o que exemplifica estudo regional conduzido por Junqueira (2008) em que se encontrou para a Macrorregião Leste do Sul um percentual de 75,6 % de profissionais de nível superior cujo vínculo empregatício no setor saúde se deu por meio de contratos temporários.

Essa realidade se multiplica em vários municípios brasileiros, seja na SF ou em unidades tradicionais, como forte expressão da flexão do trabalho no setor saúde embora não seja exclusividade deste (Canesqui e Oliveira, 2002; Brasil, 2004).

Em relação a essa temática, vale introduzir os esclarecimentos apontados por Nogueira et al. (2004), ao recuperarem as conceituações encontradas na literatura sobre a informalidade e precariedade do trabalho, aqui ressaltada quanto à extensão dos contratos.

Para esse autor, a precariedade do trabalho nas condições de um contrato temporário, diz respeito não só a redução da amplitude da proteção social ao trabalho (menor número de direitos e benefícios), mas também ao fato desse tipo de contrato ter duração curta ou bem delimitada no tempo. Esses dois pontos acabam por refletir em um sentimento de instabilidade para o trabalhador (Nogueira et al., 2004), fato esse observado nas falas de algumas nutricionistas entrevistadas.

A participação das nutricionistas entrevistadas em entidades representativas da categoria como sindicatos de nutricionistas e associações técnico-científicas da área de nutrição, salvo a filiação ao respectivo conselho de classe, foi praticamente inexistente.

Boog et al. (1989) encontraram semelhantes resultados no que tange ao baixo percentual (inferior a 30%) de filiação de nutricionistas a órgãos/entidades técnico científicas. Mais de uma década depois, Alves et al.(2003) ao avaliarem a filiação de nutricionistas a órgãos de classe e associações científicas encontraram os mesmos baixos percentuais para nutricionistas egressos de universidade pública no estado de Santa Catarina, Brasil.

Contraditoriamente, ao avaliar a participação das nutricionistas da microrregião estudada em outros órgãos representativos como conselhos municipais ligados a outras áreas além da saúde, por exemplo, observou-se que a metade delas estava inserida em algum tipo de conselho, em áreas diversas.

Esses resultados evidenciam dois pontos importantes para a discussão: (i) a variedade de órgãos de representação (conselhos) em que essas profissionais estão inseridas permite inferir que as mesmas consideram sua contribuição para além do campo da nutrição, mas ao mesmo tempo, (ii) o reduzido número de profissionais que participam de órgãos representativos de nutricionistas pode ser indicativo do descrédito da categoria perante esses órgãos.

Uma vez que a participação em organizações/instituições normativas ligadas a categoria profissional também figura enquanto um dos caminhos para a constante conquista da autonomia profissional, há que se concordar com as recomendações sugeridas nos estudos de Alves et al. (2003) e Boog et al. (1989) ao considerarem tais espaços como mecanismos institucionais de representação de interesses dos nutricionistas seja na esfera política, técnico-científica ou administrativa, havendo portanto, necessidade de maior mobilização dos nutricionistas da microrregião em estudo.

Em relação aos resultados encontrados para as características organizacionais do trabalho, apenas no *município E* a distribuição das profissionais dá-se entre diferentes tipos de estabelecimentos de saúde: a própria capacidade instalada dos serviços de atenção primária pode explicar a organização do cuidado nutricional no município, que possui maior porte, sendo referência para os demais. Também sua tradição no campo da Alimentação e Nutrição* seria uma das possíveis influências na organização do Serviço de Nutrição. Soma-se a isso a presença e integração dos serviços com os cursos de graduação em nutrição no município, um deles existindo há mais de 30 anos, o que favorece o desenvolvimento do serviço.

É preciso realçar que a inserção das nutricionistas nas equipes de Saúde da Família no *município E* implicou divisão da dedicação entre duas equipes de SF do município para cada profissional (n=3), resultando em uma jornada de trabalho de 20 horas em cada estabelecimento. No *município B* as profissionais que também atuavam na SF (n=2) assumiram responsabilidade pelas atividades de alimentação e nutrição com jornada de 20 e 15 horas semanais cada.

* Data do ano de 1987 a inserção das primeiras nutricionistas no município (Fonte: SMS/Viçosa).

A carga horária das nutricionistas em SF estava em conformidade com resolução proposta pelo CFN* que sugere como parâmetro 01 nutricionista para cada 02 equipes de SF com jornada de 40 horas semanais. Contudo, verificou-se neste estudo que, na prática, a divisão das nutricionistas em duas equipes não pareceu ser para as entrevistadas um ponto fácil de contornar, como explicitam as falas das profissionais.

Para os municípios do presente estudo o cuidado nutricional, no que diz respeito ao conhecimento técnico específico da formação do nutricionista, concentra-se em alguns estabelecimentos de saúde, sendo interessante discutir sobre as formas em que a população tem acessibilidade ao serviço.

Diferentes possibilidades para o fluxo do usuário foram citadas nas entrevistas, desde estabelecimentos com porta aberta até aqueles onde a consulta de nutrição só acontece por intermédio de uma consulta médica, ou encaminhamento de outro profissional.

No que diz respeito ao fluxo do usuário, uma postura ou outra refletirá nos mecanismos de acessibilidade deste ao cuidado nutricional e na capacidade do serviço de atender ao princípio da integralidade do cuidado em saúde, a depender também do modelo de organização dos serviços de saúde nos municípios.

Outro resultado que merece destaque é quanto a distribuição heterogênea do encaminhamento do usuário por diversas categorias de profissionais de saúde. Assumindo-se que tais profissionais identificam as necessidades e encaminham os usuários ao cuidado nutricional, o resultado sugere, no mínimo, um reconhecimento por parte desses profissionais da presença de nutricionistas na rede de saúde e pode ser indicativo da percepção que esses possuem sobre a problemática alimentar.

* Resolução CFN Nº 380/2005: Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do Nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação e dá outras providências.

Para fomentar a discussão, encontrou-se na literatura referências aos fluxos de usuários para o cuidado nutricional por meio de diferentes mecanismos. Pádua e Boog (2006) estudando a presença de nutricionistas na rede básica de saúde de municípios da região metropolitana de Campinas- SP relataram a obrigatoriedade da consulta médica anteriormente a consulta de nutrição figurando como único fluxo do usuário ao cuidado nutricional. Ocorre que essa realidade ocasionava para o médico um aumento de demanda, o que muitas vezes se dava apenas para solicitação do atendimento nutricional, sobrecarregando o profissional e o serviço de saúde.

Já Carvalho (2005) em trabalho sobre a inserção do nutricionista no SUS em município de médio porte da região metropolitana de Porto Alegre-RS, descreveu os mecanismos de referência e contra-referência utilizados pelo município durante o processo de implementação da SF e sua estratégia para o acesso ao atendimento nutricional.

No estudo encontrou-se que o usuário era encaminhado pelas UBS ao nutricionista por meio da ficha de referência e contra-referência cuja solicitação, após ser aprovada pelo órgão responsável pela regulação, era agendada com o usuário. Como houve períodos em que não havia nutricionista na rede quando o atendimento foi reiniciado alterou-se esse fluxo para que a demanda reprimida fosse atendida (Carvalho, 2005).

No momento em que esse estudo foi realizado havia uma demanda reprimida para consultas de nutrição em 230 documentos de referência. Esses documentos foram gerados por 42 médicos de 17 serviços da rede assistencial. Chamou atenção o fato de apenas sete médicos responderem por 60,5% dos casos referenciados. Considerando que os encaminhamentos foram pertinentes, a autora afirma que seriam necessárias investigações para identificar com clareza o motivo dessa “concentração” de consultas,

e que um possível ponto de partida seria avaliar as concepções e práticas desses profissionais sobre saúde e nutrição (Carvalho, 2005).

Dentro dessa perspectiva, Boog (1999) ao investigar as dificuldades na abordagem de problemas alimentares encontradas por médicos e enfermeiros em dois serviços de saúde pertencentes à rede básica do município de Campinas-SP, contribuiu com uma importante discussão que legitima a sugestão trazida por Carvalho (2005) a respeito das concepções e práticas dos profissionais sobre alimentação e nutrição.

Os resultados encontrados por Boog (1999) revelaram que os profissionais de saúde possuíam dificuldade em lidar com problemas de alimentação dos usuários e até de pessoas ligadas a suas próprias famílias: declaravam que os problemas alimentares ocorriam como contingência do sistema de vida e de suas condições de trabalho, como a falta de tempo para uma alimentação equilibrada, a pressa que levava a recorrer a lanches rápidos em substituição as refeições. Isso fazia com que estes também “aceitassem” tais condições para os outros, por considerarem-nas não passíveis de mudança uma vez que não eram criadas pelo sujeito, mas determinados por fatores externos intangíveis, e estavam além das possibilidades pessoais de mudança.

A autora (Boog, 1999) levanta as seguintes considerações sobre os resultados encontrados: sendo tais profissionais aqueles que realizam o acolhimento e triagem dos usuários para atendimento do nutricionista, sua percepção sobre questões relacionadas à alimentação reveste-se de importância. Se os mesmos consideram tais questões ligadas a facticidade - consequência inevitável da vida - tendem a uma postura menos receptiva ao trabalho do nutricionista, de até descrédito, pois eles próprios não acreditam em uma possibilidade de mudança; ao passo que se valorizam as práticas alimentares e tentam conciliá-las ao seu dia a dia poderiam ser mais receptivos à problemática alimentar dos usuários e, por conseguinte, à atuação do nutricionista (Boog, 1999).

Outro ponto que merece destaque diz respeito à análise dos papéis dos profissionais de saúde, neste caso, a análise do papel do nutricionista segundo outros profissionais, principalmente quando se deseja compreender a dinâmica do trabalho interdisciplinar em saúde (Boog, 2008; 1999).

Partindo do prisma da tipificação dos desempenhos* Boog (1999, 2008) discorre sobre o tema considerando que as tipificações estão na base de qualquer ordem institucional: são construídas historicamente, compartilhadas e acessíveis aos sujeitos.

Tomando as profissões como instituições, estas dependem, para sua manutenção, que os indivíduos desempenhem seus papéis segundo tipificações tradicionalmente assimiladas pela cultura que, ao mesmo tempo, regulam o modo como diferentes condutas são institucionalizadas, vindo a configurar uma determinada ordem institucional. Por isso, segundo a autora, as pessoas têm uma tipificação social para cada profissão, que nem sempre condiz com a formação que os profissionais possuem (Boog, 2008; 1999).

Alguns estudos investigaram qual era a percepção de diferentes categorias profissionais sobre o papel e a atuação do nutricionista; em alguns deles muitos profissionais não haviam sequer trabalhado com nutricionistas anteriormente a condução dos estudos, ou tiveram mínimo contato com esse profissional em consequência das relações ensino-serviço.

Uma das percepções que se destacou foi a relacionada ao planejamento de refeições e elaboração de dietas. Segundo médicos e enfermeiros de estabelecimentos da rede básica, o nutricionista era um profissional pouco absorvido pelos serviços de saúde e atuava majoritariamente no setor de alimentação coletiva (Boog, 1999); ou era

* Berger P. e Luckmann T. *A construção social da realidade*.

responsável pela elaboração de dieta para classes “dominantes”, pela perspectiva de profissionais de UBS tradicionais e do tipo SF (Santos, 2005).

Já para membros de equipe de unidade pública de reabilitação física e funcional, o espaço de trabalho do nutricionista se dava no campo da educação nutricional (Oliveira e Radicchi, 2005). E para profissionais de saúde que atuavam em hospital de pequeno porte, a visão sobre o trabalho desenvolvido pelo nutricionista foi abordada em diferentes perspectivas, considerando-o como aquele que auxilia na dieta dos pacientes e dos profissionais, que realiza a avaliação e educação nutricional, mas ao mesmo tempo com atuação dependente do médico, como um coadjuvante (Saar e Trevizan, 2007).

As atribuições do nutricionista são desconhecidas em algumas situações, como foi observado por Santos (2007) ao descrever a experiência de residência multiprofissional em Saúde da Família em unidades básicas da zona leste do município de São Paulo- SP. O autor relata que, inicialmente, quando da inserção do nutricionista na proposta da pós-graduação no ano de 2005, tanto a equipe nuclear da residência (médicos, enfermeiros e agentes), quanto os demais residentes (nove categorias profissionais distintas) desconheciam as atribuições do nutricionista.

Percebe-se nas descrições apontadas que há uma limitada percepção a respeito do papel e atuação do nutricionista, encontrando-se casos de total desconhecimento de sua contribuição em equipes de saúde o que, conforme referido anteriormente ilustra as tipificações histórica e socialmente criadas para essa categoria profissional: aquele que faz dieta e trabalha com a alimentação de coletividades.

Cabe questionar o quanto dessa percepção tipificada e limitada é responsabilidade do próprio nutricionista uma vez que ela obedece, de certa forma, às diferentes experiências e vivências de cada profissional de saúde com o nutricionista.

Ao mesmo tempo cabe indagar o quanto ela também interfere na percepção dos usuários.

Esse último aspecto - a percepção dos usuários sobre o trabalho do nutricionista - foi um ponto bastante debatido pelas nutricionistas da microrregião estudada. Duas percepções surgiram nas discussões: uma que fazia referência ao reconhecimento, por parte dos usuários, da função do nutricionista nos serviços de saúde e outra em que o usuário limitava a função do nutricionista a um profissional que “pesa e mede”.

Considerando a primeira percepção – o reconhecimento da função do nutricionista - a retomada de outros resultados é importante para dar seguimento a discussão. Ao se observar a tabela 11 que ilustra os motivos pelos quais os usuários procuravam ou eram encaminhados ao atendimento nutricional, segundo as entrevistadas, percebe-se que mais da metade dos motivos de procura eram pertinentes, uma vez que estavam relacionados às doenças e agravos não transmissíveis (DANT).

Em suma, pode-se inferir que parte dos usuários conhece a função do nutricionista, motivo pelo qual o procura e isso se reflete na percepção das próprias profissionais quanto a opinião do usuário sobre a finalidade do seu trabalho.

As nutricionistas da microrregião em estudo citaram uma segunda percepção dos usuários a seu respeito - o nutricionista como profissional que “pesa e mede”. Ao retomarmos os resultados encontrados para as atividades desenvolvidas pelas entrevistadas, nos diversos estabelecimentos de saúde, observou-se predominância do atendimento clínico individual em detrimento das demais atividades o que, de certa forma, pode justificar essa percepção pelos usuários.

É recomendado que em todas as consultas e em todos os contatos dos usuários com o serviço de saúde sejam aferidas as medidas antropométricas e que o estado nutricional desses seja identificado (Brasil, 2006_c). Deste modo, como parte integrante

do atendimento clínico nutricional individual, o “pesar e medir” é prática constante da categoria e, por conseguinte do grupo estudado. De maneira simplificada, a percepção que o usuário tem do nutricionista parece retratar aquilo que as profissionais frequentemente realizam nas consultas.

Entretanto, o que possivelmente faz desse “pesar e medir” uma percepção dos usuários se encontra justamente no fato da consulta nutricional ser, em muitos casos, a única abordagem dada pelas nutricionistas, sem introduzir em suas práticas as demais possibilidades de intervenção nutricional.

Outros autores apontam para a mesma direção: a prática do nutricionista restrita ao consultório e alheia ao trabalho em equipe. Ferreira e Magalhães (2007), em debate sobre promoção da saúde, realçam a necessidade de as práticas do nutricionista ultrapassarem o âmbito das unidades de saúde (p.1679):

Isso porque, tradicionalmente, a prática do nutricionista em unidades de atenção primária se configura pela atuação do profissional no consultório, por meio do atendimento individualizado ou em grupos, integrado ou não ao trabalho em equipe.

Interessante notar como a citação acima coincide com a realidade encontrada no presente estudo e em outros, como o trabalho desenvolvido por Pádua (2004) e Prado (1993). Segundo Pádua (2004) as nutricionistas da rede básica de Campinas (SP) pareciam desconhecer outros modos tecnológicos de intervenção para além da assistência a saúde, ficando, por exemplo, ausentes de suas práticas as ações ligadas à promoção da saúde.

Tal distanciamento das demais possibilidades de intervenção seja individual ou em grupo também foi relatado na década de 1990, por Prado (1993). Em seu estudo, as

nutricionistas dos centros de saúde municipais do Rio de Janeiro, apesar de desenvolverem atividades de atendimento individual e em grupos, ao buscarem uma prática autônoma principalmente em comparação as outras áreas de atuação profissional, e que fosse uma prática “sem depender do outro”, acabaram, em alguns casos, isolando a nutrição em relação às demais atividades desenvolvidas nos centros de saúde, empobrecendo sua atuação.

Práticas de saúde voltadas para a atenção dos indivíduos em detrimento das ações coletivas não são, entretanto, exclusividade do grupo e categoria profissional em estudo, pelo contrário. Oliveira e Furlan (2008) relatam a dificuldade que os profissionais de saúde da atenção básica, de maneira geral, possuem para atuar tanto em ações educativas, nas visitas domiciliares, em grupos, enfim, no território extramuros dos consultórios e das próprias unidades de saúde.

Nesse sentido os autores trazem importante contribuição acerca da necessidade de um olhar diferenciado sobre o território, para além de seus aspectos demográficos, geográficos, sanitários, entre outros, de modo que esse seja encarado como espaço de vivências, de identidades, de coletivos organizados, onde aquilo que é “comum” aos grupos de profissionais e usuários possa ser identificado e permita a construção de projetos coletivos que ultrapassem a esfera das unidades de saúde (Oliveira e Furlan,2008).

A esse respeito, ao se referirem à importância da inserção das unidades de saúde no ambiente ecológico e social da comunidade, com referência as unidades de SF, as nutricionistas demonstram reconhecimento da importância desse território e das potencialidades de uma intervenção quando feita a partir da exploração do mesmo: “então você está ali podendo trabalhar diretamente com a família, com os indivíduos, com o entorno, com os serviços que são oferecidos”.

Conjugada a essa perspectiva, a realização das visitas domiciliares - mencionadas como atividades exercidas por nutricionistas inseridas ou não na SF - pode contribuir para o conhecimento das possibilidades de intervenção em saúde.

As entrevistadas apontaram a visita domiciliar como um diferencial da estratégia SF seja por apresentar “condições de conhecer melhor e orientar melhor” quando comparada a intervenção feita “no consultório”, seja como uma possibilidade de acompanhar e, de certa forma vigiar as condutas: “ver como é que está a higiene, ver como é que tá a alimentação, exatamente ali (nas casas).”

Também Sakata et al. (2007) ao investigarem as concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares encontraram que tal atividade, além de ser entendida como uma oportunidade para conhecer o usuário no seu ambiente e na sua família facilitando o acompanhamento das famílias e usuários e favorecendo a longitudinalidade do cuidado, o que os autores chamaram de controle positivo, ao mesmo tempo foi encarada como um controle negativo sobre as vidas das pessoas, quando ligada a aspectos de fiscalização, vistoria e registro.

Abrahão e Lagrange (2007) apontam para essas mesmas possibilidades de aproximação dos profissionais de saúde durante a visita domiciliar e sugerem que a entrada no domicílio deva considerar algumas regras básicas - sempre tendo em mente os objetivos da VD - no sentido de delimitar o limite tênue entre o controle excessivo e a liberdade exacerbada.

Experiências de trabalho em equipe foram relatadas no presente estudo para as nutricionistas que atuavam na estratégia Saúde da Família e para aquelas que atuavam em unidades tradicionais e cujo município possuía a SF implantada.

A pesquisa do CFN (2006) encontrou o trabalho em equipe multiprofissional para a grande maioria de nutricionistas que exerciam suas atividades ligadas à área de

saúde coletiva (76,9%), sendo esse o maior percentual de trabalho em equipe multiprofissional encontrado quando comparado as demais áreas de atuação.

Por outro lado, Boog (2008) em artigo de reflexão sobre a atuação do nutricionista na saúde pública revelou não ter encontrado experiências positivas sobre o trabalho em equipe ao realizar uma análise sobre os estudos conduzidos desde a década de 1980 até a primeira década do século XXI.

Em função dessas divergências seria de considerável importância uma investigação sobre como esse trabalho em equipe se processava para os estudos acima referidos, uma vez que, como bem esclarecem Silva e Trad (2005), a multiprofissionalidade do trabalho em saúde não se configura como garantia de uma atenção integral à saúde, sendo necessário conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo na construção de um projeto compartilhado.

Assim, seguindo a tipologia proposta por Peduzzi (2001) é possível identificar diferentes modalidades de trabalho em equipe, desde aquela em que os diferentes agentes atuam de maneira integrada e, portanto, suas ações são articuladas, como aquela onde existe o simples agrupamento e justaposição de ações.

Diante disso, recuperar-se-ão alguns dos pontos colocados pelas nutricionistas da microrregião em estudo sobre essa forma de trabalho com intuito de aproximá-los dos critérios estabelecidos por Peduzzi (2001).

Observou-se nas falas das nutricionistas da Saúde da Família uma maior tendência a vivência da equipe agrupamento no que diz respeito a autonomia técnica, uma vez que a nutricionista *“tem que trabalhar sozinha”*; pela dificuldade na construção de um projeto assistencial comum já que os profissionais *“não enxergam o paciente como uma pessoa (...) que precisa do trabalho em equipe”*. Com isso percebe-

se que apesar de integrarem uma equipe de saúde, essas estão, ao ver das nutricionistas, aquém de se configurarem enquanto equipes interdisciplinares.

A condução do trabalho em equipe “agrupamento” também está presente na percepção das nutricionistas: se por um lado foi considerado facilitador do reconhecimento do papel das nutricionistas para aquelas que atuavam na SF, em sua prática coletiva este não atendeu as expectativas das mesmas, como observado no parágrafo anterior.

Aquelas nutricionistas que atuavam em unidades tradicionais de saúde, talvez por considerarem o trabalho em equipe um princípio organizacional da proposta de atenção primária, encararam-no como possibilidade complementar ao próprio trabalho. Não se mostraram satisfeitas com o isolamento advindo da prática circunscrita ao consultório, onde há falta de “*integração*” e “*interligação*” com outros campos do saber, mas sua insatisfação foi insuficiente para introduzir mudanças nas práticas relatadas pelo grupo.

Estudo de Saar e Trevizan (2007) encontrou, segundo diferentes categorias profissionais de saúde, percepções sobre o nutricionista como profissional “pouco participativo” dentro da equipe, apesar de ter sua atuação considerada como importante.

Banduk et al. (2009), ao investigarem a construção da identidade do nutricionista por meio da percepção de coordenadores e estudantes de curso de nutrição, coletaram descrições sobre o nutricionista como um profissional “de fora” e distanciado do trabalho em equipe, sugerindo que esse parâmetro precisa ser ainda aprimorado em sua formação acadêmica inicial.

Especificamente sobre a formação do nutricionista, muitos foram os autores que se debruçaram sobre o assunto (Costa, 2002; Amorim et al. 2001; Ypiranga 1991; Bosi,

1988), e embora não seja esse o objeto do presente estudo, uma importante abordagem quanto a formação profissional na área da saúde deve ser retomada.

Tal abordagem diz respeito às influências do paradigma flexneriano na formação dos profissionais de saúde cujo referencial baseado no curativismo, mecanicismo, biologicismo e individualismo, para além dos cursos médicos atingiu os demais cursos da saúde, levando a prática profissional, seja pelo modelo de formação, seja pelos entraves na (re)organização dos serviços, a contrastarem com os ideais sustentados pelo movimento da reforma sanitária e inscrito nos princípios do SUS (Paim e Almeida Filho, 2000 ; Andrade, Barreto e Bezerra, 2008).

Posto isso, nas palavras de Peduzzi (2001), diante da complexidade do processo saúde-doença, a limitada intervenção dos profissionais em torno de um único tipo de atenção, tanto individual quanto coletiva, decorre do consenso que os mesmos possuem quanto a hegemonia do modelo biomédico. Como resultado observam-se práticas alheias a multidimensionalidade das necessidades de saúde da população.

Essa seria uma dentre as possíveis explicações para o direcionamento dado pelas nutricionistas a abordagem nutricional restritas ao atendimento individual e contribui para compreendermos, em parte, a prática profissional relatada no dia a dia dessas nutricionistas.

Há que se destacar que apesar da escassa condução de atividades coletivas essas, quando ocorreram, de maneira predominante para nutricionistas da SF, foram desenvolvidas tanto no espaço das unidades de saúde quanto em outros espaços da comunidade, agregando diferentes atores e equipamentos sociais e instituindo relações entre profissional-usuário-comunidade.

Esse foi um achado importante nos resultados encontrados. No plano das práticas em saúde realizadas na atenção primária, Massuda (2008) destaca a construção desses

espaços coletivos, permanentes ou não, compostos por diferentes sujeitos e organizações com ligação direta e indireta com o serviço de saúde (técnicos, grupos de usuários e organizações) de modo a ampliar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos e possibilitar a participação dos diferentes atores que se relacionam com os próprios contextos de produção do processo saúde-doença.

Com base nessa perspectiva, mesmo considerando que as nutricionistas da microrregião em estudo estejam inseridas em diferentes estabelecimentos de saúde, com diferentes modos de organização e de produção dos serviços e, que os resultados encontrados se apliquem apenas ao grupo estudado, este evidencia que a estratégia Saúde da Família funcionou como modelo de atenção favorecedor de práticas diferenciadas em alimentação e nutrição, realizadas fora do terreno restrito das salas de atendimento ambulatorial.

Ainda no campo das práticas em saúde é importante retomar os resultados expostos na tabela 12 quanto aos temas desenvolvidos, em atividades em grupos, pelas nutricionistas na SF. Os dois temas mais citados ilustram o contraste do perfil epidemiológico e nutricional brasileiro: tão necessária quanto a abordagem sobre a alimentação saudável é aquela que envolve os distúrbios nutricionais como sobrepeso/obesidade, hipertensão e diabetes.

Semelhantes contrastes foram observados na pesquisa desenvolvida pelo MS/CGPAN (2009) - sobre as ações educativas relacionadas à alimentação saudável e nutrição em 1.020 municípios brasileiros - que encontrou como os dois temas mais desenvolvidos: o aleitamento materno e os distúrbios alimentares.

Em João Pessoa-PB, Lima et al. (2000) investigaram a frequência das temáticas em educação em saúde e encontraram o aleitamento materno juntamente com o planejamento familiar e pré-natal em segundo lugar em termos de frequência de

atividades de educação desenvolvidas, só perdendo para a temática da vacinação. A educação alimentar apareceu em sexto lugar dentre os dezoito temas abordados.

Dentre as nutricionistas que realizavam apenas o atendimento clínico ambulatorial, metade atribuiu à precária estrutura física das unidades de saúde o motivo pelo qual restringiam suas atividades. Embora a estrutura física “adequada” não garanta a qualidade do atendimento e a realização de atividades ligadas à atenção básica, é inegável sua interferência no trabalho das profissionais.

Assim, quando questionadas sobre as condições de trabalho nos estabelecimentos de saúde, de fato, dentre os cinco itens pesquisados, a *estrutura /ambiente físico* assim como o item *equipamentos* foram considerados os pontos mais críticos para o presente grupo.

O relato das nutricionistas sobre as situações a que eram submetidas, especificamente aquelas que atuavam no município pólo, devido a precária estrutura física das unidades de saúde - não raro eram unidades adaptadas e em mau estado de conservação - e o descaso e dificuldade quanto a manutenção dos instrumentos básicos de trabalho do nutricionista, embora não justifiquem a limitada prática profissional, acabam por funcionar como obstáculo na prestação de cuidados.

Pádua (2004) encontrou como principal queixa de nutricionistas na rede básica de Campinas-SP a falta de recursos materiais para as ações educativas, e queixas semelhantes quanto às condições de manutenção dos equipamentos também foram citadas.

Sobre esse último ponto - os equipamentos utilizados pelo nutricionista, em especial balanças e estadiômetros - dado que a partir de sua utilização são obtidas as medidas antropométricas (medição das dimensões corporais) úteis na avaliação da condição nutricional dos indivíduos e população, faz-se necessário e imprescindível,

para o alcance da confiabilidade e qualidade do cuidado nutricional, que os serviços de saúde estejam sensibilizados quanto à importância destas medidas fornecendo equipamentos que atendam aos padrões recomendados e que recebam constante manutenção (Brasil, 2006_c).

Uma conscientização de gestores, técnicos e dos próprios usuários a respeito da importância das medidas antropométricas, suas correlações com a saúde - estado nutricional, riscos cardiovasculares - e inclusive das técnicas corretas de aferição destas, ou seja, o porquê do nutricionista ou outro profissional habilitado “pesar e medir” poderia contribuir para melhor adequação desse item.

As dificuldades em relação à *estrutura /ambiente físico* dos estabelecimentos de saúde afetaram a organização do trabalho (não há espaço adequado para reuniões de equipe, barulho que atrapalha condução das consultas) e até a saúde das trabalhadoras como pôde ser observado nas falas das nutricionistas quando se referem a utilização de medicamentos no caso das crises respiratórias ou alérgicas desencadeadas pela má conservação das unidades (mofos, infiltrações e goteiras). Em alguns casos, segundo as entrevistadas, no que diz respeito aos espaços de livre circulação como as salas de espera, a situação se repete afetando inclusive usuários uma vez que traz desconforto e insegurança (chão escorregadio, escadas, ausência de ventilação adequada).

As condições inadequadas de trabalho para profissionais da atenção primária podem ser observadas em outros estudos, como o conduzido por Cotta et al. (2006). O estudo foi realizado em município pertencente a mesma microrregião de saúde investigada, sendo encontradas como principais dificuldades para condução do trabalho das equipes de SF: a falta de transporte e de material, a precariedade da infra-estrutura das unidades saúde da família e a escassez de recursos financeiros.

No estudo de Tomasi et al (2007), ao investigarem trabalhadores da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas-RS por meio de coleta de informações sociodemográficas, comportamentais, do ambiente de trabalho e de morbidade, encontrou-se, em 38% dos casos, uma avaliação da estrutura física das unidades como inadequada, sendo a manutenção do ambiente físico, o mobiliário e a insuficiência de espaço os pontos mais referidos para o item ambiente de trabalho.

Ao avaliarem as condições de trabalho das equipes de saúde bucal em distrito de Natal-RN, Rocha e Araújo (2009) identificaram, segundo os trabalhadores, o “espaço físico inadequado” como um dos aspectos que dificultam e/ou impedem a operacionalização do trabalho das equipes, sendo esse o segundo maior motivo citado, só perdendo para a falta de capacitação/educação continuada.

Em 2008 o Ministério da Saúde lançou a segunda edição do “Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família” que contém orientações a profissionais e gestores municipais de saúde para construção, reforma ou aluguel de UBS para o trabalho das ESF. Nele a estrutura física das unidades é identificada como facilitadora das mudanças das práticas em saúde e deve ser compatível com a produtividade das equipes (Brasil, 2008).

Tais considerações são possíveis transpô-las a todos os tipos de estabelecimentos que compõem o sistema de saúde, em especial para os estabelecimentos da atenção primária uma vez que essa tem sido o eixo norteador das mudanças rumo à concretização dos princípios do SUS. Todavia, a realidade que se tem apresentado nos municípios da microrregião de saúde em questão está distante do ideal de serviço a que o SUS se propõe.

Dadas as condições apresentadas, há que se concordar com o recente posicionamento da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/ESPMG, 2008) ao justificar seu projeto estruturador para a APS no estado quando afirma que:

... o exercício da atenção básica à saúde em casas alugadas, adaptadas amadoramente para se transformarem em Unidades Básicas de Saúde improvisadas, (...) com uma ambiência agressiva à população usuária e desmotivadora para a equipe de saúde, com parca densidade tecnológica e baixa resolubilidade, é bem a manifestação clara de uma atenção pobre para pobres.

Portanto, são essas condições precárias de trabalho que muito possivelmente se repetem em outros municípios brasileiros que reiteram, até hoje, antigas e errôneas concepções sobre a atenção primária.

Campos et al. (2008) observam ainda que é possível na atualidade identificar pessoas cujo imaginário remetem à atenção básica uma noção de menor complexidade, ao imaginarem a lida com problemas simples, os quais requereriam tecnologias menos avançadas, qualificação técnica simplificada e portanto, uma prática desvalorizada. Pelos próprios exemplos encontrados no presente estudo, já referidos, compreende-se a dificuldade de reversão desse entendimento, além da existência de outros fatores e interesses por trás da manutenção dessa percepção.

Na verdade, ao exigir dos profissionais de saúde um conjunto de atitudes, conhecimentos e habilidades pertencentes aos diversos campos do conhecimento e fazer com que eles os utilizem na perspectiva da intersetorialidade, a APS faz-se,

inquestionavelmente, uma atenção à saúde de elevada complexidade (Pestana e Mendes, 2004; Starfield, 2002).

Foi o que se encontrou nos relatos das nutricionistas da microrregião de saúde em estudo ao se referirem ao cuidado nutricional por utilizarem, em suas condutas, abordagens para além do conhecimento científico em nutrição – além da técnica – e para além do alimento propriamente dito quando elas se referem ao “hábito arraigado”, aos “valores” e a “cultura” dos indivíduos.

A necessidade das diferentes áreas do conhecimento no estudo da alimentação é abordada por Garcia (2005) ao afirmar que “é quase impossível não esbarrar em outros conhecimentos no estudo da alimentação e da nutrição”.

A autora lista ainda uma série de questionamentos referentes à alimentação que remetem ao seu caráter interdisciplinar, tais como: (i) a diversidade dos sistemas alimentares nas distintas sociedades; (ii) pressões que operam sobre as escolhas alimentares; (iii) diferentes composições alimentares e seu impacto sobre a saúde; (iv) a transformação da cadeia alimentar pelas tecnologias; entre outras (Garcia, 2005).

Desta forma, é através da possibilidade de interação entre o conhecimento generalista do nutricionista e a vivência de cada grupo ou indivíduo, que é construído, de forma conjunta, uma estratégia adequada a cada caso. Diante desse extenso e diferenciado número de considerações é que ocorrem as práticas em saúde e nutrição, trazendo enormes desafios à conduta profissional (Brasil, 2006c).

O que se encontra na literatura a esse respeito são estudos que observaram a contribuição do nutricionista no cuidado em saúde atuando com outros profissionais ou estudos que situam o papel chave do nutricionista na educação nutricional – como uma das estratégias a ser utilizada na abordagem das questões ligadas a alimentação e

nutrição pelos profissionais de saúde - e cuja ausência nos serviços de saúde abre brechas para o não cumprimento da integralidade do cuidado.

Em estudo de Boog (1999) a autora encontrou na percepção de médicos e enfermeiros: falta de embasamento teórico para analisar problemas alimentares, tendo em vista a escassa abordagem desses assuntos nas grades curriculares dos seus cursos, ausência de critérios para identificar problemas alimentares diagnosticados apenas quando já se apresentam enquanto manifestações clínicas (obesidade, hipertensão, diabetes) e o desconhecimento de técnicas para abordagem dos problemas alimentares que levaram a utilização de “dietas padronizadas”.

Em estudo sobre concepções quanto a promoção da alimentação saudável de profissionais da atenção básica no Distrito Federal, Silva et al. (2002) encontraram profissionais de saúde interessados no assunto, revelando ser esse um tema sobre o qual os mesmos não se sentiam suficientemente preparados.

Santos (2005) também relatou o reconhecimento por parte de profissionais de saúde de ESF quanto a dificuldade que possuíam para orientação dos usuários sobre alimentação, pela superficial ou ausente abordagem do tema em sua formação. A presença do nutricionista nas UBS favoreceu o esclarecimento de dúvidas quanto às condutas, reafirmando a importância do trabalho coletivo em saúde.

Experiências internacionais bem sucedidas como a observada no Canadá, através do trabalho integrado dos *registered dietitian** na prática dos médicos de família foi para esses considerada uma contribuição no aumento de suas habilidades e na sensação de conforto para lidar com assuntos de natureza alimentar (Crustolo et al., 2005).

* Segundo a *Dietitians of Canada* o termo *registered dietitian* é usado para designar o profissional de saúde com bacharelado, especializado em alimentos e nutrição.

Seja pela formação ou ausência de capacitação e mesmo pela complexidade do assunto, os estudos mostram que há uma abordagem ineficaz das questões alimentares na prática de vários profissionais de saúde.

Esses por sua vez conseguem contornar suas deficiências em maior ou menor grau e, embora essa questão não tenha sido avaliada no presente estudo, possivelmente também está presente no cotidiano das demais categorias ligadas a saúde nos municípios da microrregião.

O que foi observado aqui está no fato de que em alguns desses municípios há presença de nutricionistas inseridas na atenção primária, como o caso dos cinco municípios estudados. Entretanto, como reportam as entrevistadas, apenas em um limitado número deles (seis dentre os vinte estabelecimentos onde há nutricionistas atuando na APS e que estão vinculados a estratégia Saúde da Família), há possibilidade de trocas de experiências e aprendizagem sobre alimentação e nutrição com profissional capacitado por formação, o nutricionista.

Esta realidade – ausência de nutricionistas e a dificuldade das demais categorias para lidar com temas de alimentação e nutrição somados a baixa incorporação dessas ações na APS - é preocupação que pode ser aplicada a todo território brasileiro. Portanto, a colaboração do nutricionista com sua visão e vivência sobre os distintos e amplos aspectos relacionados a essa área deve ser fortalecida de modo que a potencialidade do conhecimento em nutrição e das intervenções nesse campo possam efetivamente contribuir para melhoria da qualidade de vida e de saúde da população (Brasil, 2009_a).

Tais intervenções em nutrição foram referidas na prática das entrevistadas dentro de uma postura de acolhimento do usuário, de escuta de suas necessidades e identificação daquilo que está além do motivo imediato da procura do atendimento

nutricional. As intervenções relatadas baseavam-se em “um estímulo, um jeito de tratar”, de “ouvir o paciente” e recebê-lo “com atenção, com respeito” ou seja, ao assumirem tal conduta esta contribuía para a adesão às intervenções.

Assim, sua prática pode ser equiparada a concepção do acolhimento desenvolvida por Silva Jr e Mascarenhas (2004) enquanto uma atitude de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, o acolhimento percebido enquanto um *modus operandi* da relação nutricionistas - usuários para o alcance dos resultados das intervenções nutricionais.

Os relatos sobre condução das intervenções corroboram as considerações apresentadas por Solymos (2006) acerca da centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde. A autora afirma que para o sucesso das intervenções, para além do componente da assistência e da orientação, comumente presentes nas intervenções em saúde, deve-se considerar um elemento decisivo: o “fator humano”, que traz sua experiência vivida e seus desejos. A efetividade de uma orientação em nutrição e saúde dependeria da atenção e abertura do profissional para compreender e trabalhar a partir da experiência vivida do outro, ajudando-o a perceber como a intervenção proposta pode auxiliá-lo a responder suas necessidades.

O reconhecimento da atuação profissional tanto por parte dos usuários quanto dos demais profissionais de saúde pode ser percebido, no relato das nutricionistas, como um “retorno importante” pelo trabalho e faz com que se sintam “valorizadas”: é uma “*repercussão gratificante*”, é uma “*resposta*” positiva, um mecanismo de feedback que as entrevistadas recebem tendo em vista aquilo que desenvolvem nos serviços de saúde.

Do mesmo modo, as atividades que desenvolvem e a conduta que assumem no cuidado nutricional configuram-se enquanto mecanismos de intervenção em saúde que introduzem “benefícios” e “contribuem para a saúde de outros”, os usuários, seja por

meio de mudanças no estado nutricional e de saúde - “(...)a *respiração melhorou, a condição física (...) a patologia que ele tem (...) tá controlada*” - seja por meio de mudanças que se estendem além da conduta alimentar, alterando a própria vida dos usuários: “*pra ele (usuário) ter melhor qualidade de vida, pra viver mais, pra viver mais feliz, melhor, né?*”

Os relatos das nutricionistas corroboram a abordagem dada por Morin (2001) acerca das características de um trabalho que faz sentido, ou seja, é coerente para quem o realiza. Segundo a autora uma importante característica do trabalho que faz sentido é que os objetivos visados, assim como os resultados esperados, sejam claros e significativos para as pessoas que o realizam.

Outra característica ressaltada pela autora (Morin, 2001) e encontrada nas falas das nutricionistas do presente estudo está ligada a um trabalho que permita ajudar os outros a resolver seus problemas, prestar-lhes um serviço, que tenha impacto sobre as decisões tomadas pelos dirigentes, permita-lhes ser reconhecido por suas habilidades e contribuições.

Outros estudos também evidenciaram a importância dada pelos profissionais de saúde ao reconhecimento do trabalho em diferentes esferas. Um deles, desenvolvido por Pádua (2005) com nutricionistas da rede básica de saúde da região metropolitana de Campinas-SP encontrou que os entrevistados sentiam-se gratificados quando percebiam a valorização do seu trabalho e quando essa valorização chegava ao seu conhecimento através de pessoas consideradas relevantes para o profissional.

Dimenstein e Santos (2005) encontraram para médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas da rede básica de Natal-RN, percepções que corroboram a importância dada, pelos trabalhadores da saúde, a valorização do trabalho.

Para esses profissionais a falta de reconhecimento social do valor do trabalho seja por parte da população ou dos diferentes níveis de governo funcionava como um dos maiores problemas que afetava o comprometimento do seu trabalho com o SUS (Dimenstein e Santos, 2005).

Em outro estudo, ao investigarem o significado do trabalho para trabalhadoras da estratégia Saúde da Família, em município do Rio Grande do Sul, Azambuja et al. (2007) encontraram semelhante resultado. Para as dezoito entrevistadas o trabalho que desenvolvem na Saúde da Família é fonte de prazer e de satisfação pessoal que advém da valorização e do reconhecimento obtido junto à comunidade, assim como do reconhecimento das melhorias das condições de saúde das famílias e dos vínculos criados entre profissional-usuário.

Estas duas perspectivas encontradas nos relatos das nutricionistas do presente estudo: (i) o resultado do trabalho para o usuário que (ii) reflete-se na forma como o próprio profissional será reconhecido e valorizado é assunto abordado por Campos (2002) ao se referir ao tema da “obra” entendida enquanto o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do seu trabalho. O reconhecimento da “obra” seria, na opinião do autor, uma primeira condição, embora não a única, para se pensar em realização profissional e existencial dos profissionais de saúde.

A realização das pessoas, contudo, depende também das recompensas financeiras que recebem em troca do trabalho realizado (Campos, 2002). As nutricionistas dos municípios pertencentes à microrregião estudada referiram-se ao salário percebido e foi possível identificar que o mesmo é vinculado enquanto “gratificação” pelo trabalho, podendo esta ser de “origem monetária” - o que permite a satisfação de necessidades básicas como alimentação e vestuário, por exemplo - ou de

outra natureza - quando o maior retorno, para além do salário é “gostar do que faz”, é sentir a importância do próprio trabalho “na vida de cada um”.

Interessante notar que foram as profissionais com maior tempo de serviço aquelas que deram à remuneração um “lugar secundário”, valorizando outros tipos de retorno, mais ligados ao aspecto emocional do trabalho.

Quanto à percepção da inserção do trabalho dentro da esfera de uma política de saúde voltada para a atenção primária percebe-se que as nutricionistas identificaram-se com tal proposta, valorizaram a atenção primária e assumiram o trabalho que desenvolviam e mesmo a própria inserção da categoria na atenção primária enquanto algo “coerente” com a atual política de saúde brasileira.

Contudo, quando correlacionaram o trabalho à perspectiva das organizações/instituições e consideraram os órgãos administrativos ou de comando na área da saúde as nutricionistas esbarraram, na prática, com as dificuldades enfrentadas pelo dia a dia e que fizeram com que as mesmas se sentissem “desamparadas” no seu processo de trabalho. Por isso o trabalho apresentou-se com características conflituosas: relataram desestímulo e falta de apoio.

Se acrescentarmos a essa percepção os discursos das entrevistadas quanto as precárias condições de trabalho - desde a estrutura física dos estabelecimentos, com uma ambiência que desvaloriza o profissional de saúde e o próprio usuário, até o descaso relatado quanto aos equipamentos essenciais a um cuidado nutricional de qualidade - também podem ser explicativos, em parte, da sensação de desamparo referida pelas nutricionistas.

Os relatos permitem inferir também que as nutricionistas assumem o seu trabalho dentro de um setor que sofre interferências externas, sejam elas políticas, ideológicas ou econômicas e que é, portanto, “tolhido” por tais questões, muito embora

a simples aceitação dessas limitações não implique na convivência pacífica, haja vista o desconforto causado por elas: *impotência, desânimo*.

Assim, para as nutricionistas da microrregião estudada duas considerações podem ser destacadas: a primeira assume que ao reconhecerem o limite de suas práticas, as nutricionistas admitiram que a produção do cuidado em saúde e nele incluído o cuidado nutricional vai muito além do campo da saúde e depende de um outro conjunto de fatores de ordem macro. A segunda consideração, por sua vez, implica que tais obstáculos só serão vencidos com mudanças iniciados no nível local, que devem também partir dos profissionais de saúde, incluindo aí o grupo entrevistado.

Se recuperarmos os resultados encontrados anteriormente a respeito dos mecanismos de participação em órgãos colegiados e de controle social em que as nutricionistas estavam inseridas é possível assumir que esse seria um caminho inicial para tais mudanças, reafirmando a necessidade de maior mobilização política pelo grupo.

Outro estudo também revelou a percepção de nutricionistas sobre a influência de diferentes elementos sobre o trabalho. Bosi (2000) ao estudar a prática profissional dos nutricionistas sociais encontrou muito presentes os sentimentos de ansiedade e de insatisfação/frustração.

Segundo a autora (Bosi, 2000) que adotou a psicopatologia do trabalho como pano de fundo para a análise, tais sentimentos funcionaram enquanto cargas psíquicas - componentes afetivos negativos relacionados ao trabalho - e decorriam basicamente de uma vivência de descontinuidade do trabalho e da própria natureza dos problemas na área de nutrição social que, para os nutricionistas, não estavam ligados apenas ao âmbito dos “problemas técnicos”, mas também aos problemas sócio-históricos.

Tais elementos, contudo, não são tema de preocupação exclusiva do grupo estudado, estão presentes no trabalho de todos os trabalhadores da saúde, só são percebidos com maior ou menor intensidade, como foi ressaltado também pelas trabalhadoras da SF do Rio Grande do Sul, com destaque para os(as) agentes comunitários de saúde. As trabalhadoras se percebiam sem condições de abarcar a grande cota de responsabilidades que lhes eram imputadas no trabalho o que era agravado pelos problemas do cotidiano como a miséria, a fome, violência, falta de saneamento e infraestrutura que se traduziam em sensações de incompetência, cansaço, sofrimento e desgaste (Azambuja et al., 2007).

Observando o quadro 4 o trabalho foi apresentado também com um grande antagonismo na vida das nutricionistas. Palavras como “missão, dever e compromisso” receberam ênfase nos relatos e são termos que remetem ao trabalho como obrigatoriedade, mas que ao mesmo tempo convivem com o “prazer, a paixão, o gostar”, termos que remetem a outro lado do mesmo trabalho, aquele ligado ao fazer o que se gosta, aquilo que dá prazer.

Essa percepção antagônica do trabalho especificamente remetido ao campo da saúde pública aponta para uma visão quase naturalizada do trabalho em nutrição onde as habilidades e capacidades parecem ser inerentes ao grupo, mas que ao mesmo tempo traz em si exigências para além do que elas mesmas conseguiam atender. Percebiam as cargas e exigências que adveem do trabalho, mas as aceitavam, pois “o prazer, a paixão, o gostar” tão presentes nos relatos sobre o trabalho parecem superar tais dificuldades.

Essa perspectiva assemelha-se ao “fazer o que se gosta” e o “ter amor pela profissão que se exerce” um dos aspectos do significado dado ao comprometimento com o trabalho no SUS pelos profissionais da rede básica de Natal-RN (Dimenstein e Santos, 2005).

Por fim, a presença desses dois grandes elementos - favoráveis e desfavoráveis - relacionados ao trabalho que desenvolvem na atenção primária auxiliam no esboço de uma imagem real, porém inacabada- uma vez que sempre em constante mudança - da inserção das nutricionistas na atenção primária da microrregião em estudo.

CONCLUSÕES

- O perfil das nutricionistas que atuam na rede de atenção primária à saúde dos municípios estudados na microrregião de saúde de Viçosa (MG) é marcadamente de profissionais do sexo feminino, a maioria com um único vínculo empregatício e com um elevado grau de escolaridade.
- Apesar de vinculadas a órgãos locais de representatividade em diferentes esferas das políticas sociais, no que se refere aos espaços destinados a defesa dos interesses da categoria, especialmente os direitos trabalhistas, como sindicatos de nutricionistas, sua incorporação foi nula, o que aponta para a importância de maior mobilização dos nutricionistas da microrregião na defesa dos seus interesses, uma vez que compartilham da responsabilidade sobre a melhoria da inserção da própria categoria na atenção primária.
- Dentre os itens avaliados nas condições de trabalho, perceberam-se níveis de insatisfação principalmente no que se refere aos equipamentos básicos de trabalho, como balanças e estadiômetros, e quanto à estrutura física e ambiência das unidades de saúde.
- A microrregião em estudo apresentou uma diversidade de mecanismos de inserção do nutricionista na atenção primária. Essa diversidade, seguindo a autonomia que cada município possui na gestão de seus recursos humanos foi pioneira na inserção do nutricionista na SF, como membro da equipe, também alocando as profissionais em diversos tipos estabelecimentos de saúde.

- Coexistem, nos cinco municípios da microrregião estudada, os modelos de atenção à saúde tradicional e da estratégia Saúde da Família, o que refletiu na organização e no processo de trabalho das nutricionistas.
- A estratégia Saúde da Família funcionou como modelo favorecedor de práticas rotineiras em alimentação e nutrição para além do atendimento clínico individual no consultório, conduzidas por meio do trabalho em equipe e utilizando-se dos equipamentos sociais disponíveis nas comunidades contrapondo-se ao predomínio do atendimento clínico em consultório das nutricionistas inseridas no modelo tradicional de atenção.
- Os elementos presentes na organização do trabalho da estratégia SF foram ressaltados como facilitadores do trabalho para as entrevistadas como o trabalho em equipe, a visita domiciliar e a proximidade das unidades de saúde da comunidade, relações de acolhimento e de elevada complexidade.
- As nutricionistas legitimam em seus discursos as práticas e elementos do trabalho na atenção primária, mas o mesmo é revelado em uma esfera conflituosa e antagônica.

ANEXOS

ANEXO A

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS NUTRICIONISTAS

Perfil demográfico e profissional

1. Nome: _____

2. Data de nascimento: __/__/____ (dd/mm/aaaa)

3. sexo: ☐ feminino ☐ masculino

4. Estado civil: ☐ casado(a) ☐ desquitado ou separado(a)
☐ solteiro(a) ☐ viúvo(a)

5. Naturalidade: _____

6. Religião: _____

7. Ano de formação: __/__/____ (dd/mm/aaaa)

8. Instituição de formação (graduação): _____

9. Maior nível de formação, instituição e área: ☐ somente graduação

☐ especialização, instituição e área: _____

☐ mestrado, instituição e área: _____

☐ doutorado, instituição e área: _____

☐ Outros, instituição e área: _____

10. Motivo de realização da pós-graduação:

11. Exerce a profissão de nutricionista em mais de uma área de atuação?

☐ sim (vá para as questões 12 e 13)

☐ não (vá para questão 14)

12. Se sim, quais?

☐ Alimentação Coletiva	☐ Nutrição em Esportes
☐ Nutrição Clínica	☐ Indústria de Alimentos
☐ Saúde Coletiva	☐ Marketing na área de alimentação e nutrição
☐ Docência	

13. Qual área de atuação tem preferência? Por quê?

14. Se não, por quê?

15. Trabalha em outra área fora da nutrição? ☐ sim ☐ não

Motivo: _____

16. Qual é sua renda pessoal mensal? (especificar por local de trabalho):

17. Qual é a renda familiar mensal? (incluir a sua renda) _____

18. É filiado a órgão de classe? (ex: conselho de classe, associações, sindicatos) ☐ sim ☐ não

18.1 Se sim, qual(is)? Como se dá a sua participação?

19. Participa de órgão ligado ao controle social? (ex: conselhos municipais de saúde, conselho de segurança alimentar e nutricional) ☐ sim. ☐ não

19.1 Se sim, Qual(is)? Como se dá sua participação?

Trabalho na Rede Básica de Saúde (parte I)**20. Enumere abaixo os estabelecimentos de saúde (pertencentes à atenção primária) para os quais você trabalha:**

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Nas questões de 21 a 25, para cada estabelecimento de saúde, marque com um X a opção que corresponde a sua realidade:

21. Como se deu sua entrada no serviço?

Estabelecimento 1: ☐ indicação ☐ concurso ☐ processo seletivo ☐ outros _____

Estabelecimento 2: ☐ indicação ☐ concurso ☐ processo seletivo ☐ outros _____

Estabelecimento 3: ☐ indicação ☐ concurso ☐ processo seletivo ☐ outros _____

22. Trabalho regido por:

Estabelecimento 1: ☐ CLT ☐ Contrato temporário ☐ estatutário ☐ outros _____

Estabelecimento 2: ☐ CLT ☐ Contrato temporário ☐ estatutário ☐ outros _____

Estabelecimento 3: ☐ CLT ☐ Contrato temporário ☐ estatutário ☐ outros _____

23. Mês e ano de início da atual função na atenção primária à saúde:

Estabelecimento 1: _____ (mm/aaaa)

Estabelecimento 2: _____ (mm/aaaa)

Estabelecimento 3: _____ (mm/aaaa)

24. Jornada de trabalho (horas/semana)

Estabelecimento 1: _____

Estabelecimento 2: _____

Estabelecimento 3: _____

25. Estabelecimento onde trabalham outros profissionais de saúde: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐**25.1 Se sim, quais?**

ACS	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	Médico	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
Assistente social	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	Nutricionista	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
Dentista	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	Téc. de enfermagem	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
Enfermeiro	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	Psicólogo	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
Fisioterapeuta	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	Farmacêutico	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
Fonoaudiólogo	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	Terapeuta ocupacional	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
Outros: 1 ☐ _____ 2 ☐ _____ 3 ☐ _____			

26 Quais são suas responsabilidades/atribuições como nutricionista em cada serviço de saúde? Descreva com detalhes as atividades realizadas por você , inclua tanto as atividades de caráter individual quanto dirigidas a coletividades.

Estabelecimento 1:

Estabelecimento 2:

Estabelecimento 3:

Comentários sobre o questionário:

Trabalho na Rede Básica de Saúde (parte II)

Nas questões 1 e 2 marque com um X a opção correspondente ao estabelecimento de saúde:

1. Quais são os recursos disponibilizados para a realização de suas atividades?

Estrutura física	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ sala para consulta nutricional 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ sala para atividades em grupo Outros: 1 _____ 2 _____ 3 _____
Equipamentos	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ balança adulto 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ balança pediátrica 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ antropômetro adulto 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ antropômetro infantil Outros: 1 _____ 2 _____ 3 _____

2. Como você classificaria os recursos (citar cada item) disponibilizados para a realização do seu trabalho? Justifique.

Estabelecimento 1

	Adequado	Parcialmente adequado	inadequado
Estrutura física	()	()	()
Motivo:			
Material de consumo	()	()	()
Motivo:			
Recursos humanos	()	()	()
Motivo:			
	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado
Equipamentos	()	()	()
Motivo:			
Transporte	()	()	()
Motivo:			

Estabelecimento 2

	Adequado	Parcialmente adequado	inadequado
Estrutura física	()	()	()
Motivo:			
Material de consumo	()	()	()
Motivo:			

Recursos humanos	()	()	()
Motivo:			
Equipamentos	()	()	()
Motivo:			
Transporte	()	()	()
Motivo:			

Estabelecimento 3

	Adequado	Parcialmente adequado	inadequado
Estrutura física	()	()	()
Motivo:			
Material de consumo	()	()	()
Motivo:			
Recursos Humanos	()	()	()
Motivo:			
Equipamentos	()	()	()
Motivo:			
Transporte	()	()	()
Motivo:			

As perguntas de 3 a 7 são dirigidas para o **atendimento nutricional individual**:

3.Quais são os principais motivos de procura pelo atendimento nutricional?

1	2	3
---	---	---

4.Como é organizado o fluxo dos usuários ao atendimento nutricional?

1	2	3
---	---	---

5.Quantas pessoas, em média, são atendidas por você em um turno de trabalho típico? (4h)

1	2	3
---	---	---

6. Quais profissionais referenciam usuários para atendimento nutricional?

1	2	3
---	---	---

7. Como você dá o retorno aos profissionais de saúde?

1	2	3
---	---	---

As perguntas de 9 a 15 se referem a **atividades de alimentação e nutrição** dirigidas a grupos por ciclo de vida, condição de saúde- obesidade, hipertensão/diabetes- incluir gestantes e lactentes)

9. Quais atividades dirigidas a grupos são desenvolvidas?

1	2	3
---	---	---

10. Qual a frequência com que cada atividade é realizada?

1	2	3
---	---	---

11. Você participa ativamente (planejamento até execução) de todas as atividades em grupo? Se não, qual o motivo?

1.	2	3
----	---	---

12. Quais são os temas relacionados a alimentação e nutrição comumente abordados nas atividades em grupo? (temas: alimentação saudável, aleitamento materno, alimentação complementar, crescimento saudável, distúrbios alimentares, carências nutricionais, outros)

1	2	3
---	---	---

13. Quais profissionais costumam participar?

1	2	3
---	---	---

14. Quais as dificuldades enfrentadas para realizar esta(s) atividade(s)?

1	2	3
---	---	---

15. Você desenvolve alguma atividade em parceria com outras instituições? Qual (is)?

1	2	3
---	---	---

16. Você recebe estímulo do serviço para realização de reciclagens/atualizações?

1	2	3
---	---	---

Apreensão sobre o trabalho na rede básica de saúde

1. O trabalho na atenção primária à saúde é...

2. Tendo em vista a presença de nutricionistas nas diferentes áreas de atuação, como você percebe a inserção do nutricionista na atenção primária à saúde hoje?

3. Que ações seriam necessárias para melhoria da inserção do nutricionista na atenção primária à saúde?

4. Comente uma situação vivenciada no trabalho na atenção primária à saúde em que você se sentiu realizada.

GRUPO FOCAL

Objetivo: analisar a percepção do nutricionista sobre o seu trabalho.

1. Qual é a primeira associação que você faz quando pensa no seu trabalho?
2. Atuar como nutricionista na atenção primária é?
3. Como você percebe sua relação com os outros profissionais de saúde?
4. Como o usuário percebe o seu trabalho?

ANEXO B

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
LEGAL**

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:
.....

BAIRRO: CIDADE
.....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
.....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **A inserção do nutricionista na atenção primária: o caso da microrregião de saúde de Viçosa - MG.**

PESQUISADOR : Társis de Mattos Maia

CARGO/FUNÇÃO: Nutricionista INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº -

UNIDADE DO HCFMUSP: FMUSP/Medicina Preventiva

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X ☒ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 4meses

1 – Desenho do estudo e objetivo(s): o objetivo deste estudo é caracterizar a inserção do nutricionista no trabalho junto a Rede Básica de Saúde da Microrregião de Viçosa-MG, através de estudo de caso.

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos: serão aplicados questionários fechados com intuito de identificar o perfil demográfico e profissional do nutricionista e seu trabalho. Em seguida serão realizadas entrevistas semi-estruturadas para identificar os possíveis determinantes do trabalho e a percepção do nutricionista sobre o seu trabalho na rede básica. A técnica de grupo focal também será utilizada para auxiliar na apreensão do nutricionista sobre o seu trabalho. A O grupo focal é realizado através da reunião num mesmo local e durante certo período, de uma determinada quantidade de pessoas a fim de coletar, através do diálogo e do debate informações acerca de um tema específico, neste caso, o trabalho na rede básica de saúde desenvolvido pelos nutricionistas.

3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados: o questionário e entrevista semi-estruturada serão realizados individualmente, aplicados no local de trabalho, em horário e data agendados de acordo com disponibilidade de cada profissional. O local para realização do grupo focal será concordado entre os profissionais e a pesquisadora, sendo, preferivelmente, em local onde os profissionais possuam maior facilidade para locomoção.

4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos: no caso de desconforto em participar da pesquisa ou em responder a algum questionamento introduzido pelos procedimentos acima apontados o participante tem o direito de se negar a responder.

5 – Benefícios para o participante: Não há benefício direto para o participante, a participação na pesquisa estará contribuindo para aumentar os conhecimentos acerca da atuação do nutricionista e, portanto, da categoria, na rede básica de saúde.

6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar: não há procedimentos alternativos que possam ser vantajosos pelos quais o participante possa optar.

7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a pesquisadora **Társis de Mattos Maia** que pode ser encontrado no telefone(s) XXXXX - FAX:XXXX. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br;

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

09 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase de estudo, incluindo locomoção. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12 – Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

13 - O pesquisador compromete-se em utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa, sem identificação dos seus participantes. A divulgação dos resultados será realizada apenas em meio científico.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “A inserção do nutricionista na atenção primária à saúde : o casoda microrregião de saúde Viçosa, MG”.Eu discuti com a pesquisadora **Társis de Mattos Maia** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

x-----

Assinatura do entrevistado

Data ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

ANEXO C

Viçosa, 12 de novembro de 2008.

Senhor Secretário Municipal de Saúde,

Como nutricionista e aluna do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa abordando o tema “A inserção do nutricionista na atenção primária: o caso da microrregião de saúde de Viçosa - MG.”, sob orientação da Profa. Dra. Ana Luiza D’Ávila Viana. `

O objetivo deste estudo é caracterizar a inserção do nutricionista no trabalho junto a Rede Básica de Saúde da Microrregião de Viçosa-MG. Ao iniciar o projeto, buscamos uma aproximação à realidade do trabalho do nutricionista em seu município, sendo necessária a realização de entrevistas abertas e aplicação de questionários aos nutricionistas, com os propósitos: 1) identificar o perfil demográfico e profissional do nutricionista e seu trabalho; 2) identificar os possíveis determinantes do trabalho e a percepção do nutricionista sobre o seu trabalho na rede básica.

A aplicação dos questionários e entrevistas serão realizados individualmente, no local de trabalho, em horário e data agendados de acordo com disponibilidade de cada profissional, sem custos ao município e ao nutricionista entrevistado (a).

A técnica de grupo focal também será utilizada, para auxiliar na apreensão sobre o trabalho dos nutricionistas. O grupo focal será realizado através de reunião dos nutricionistas num mesmo local e durante certo período, a fim de coletar, através do diálogo e do debate informações acerca do trabalho desenvolvido pelos mesmos na rede básica de saúde. Para o desenvolvimento da pesquisa necessitamos ainda de informações acerca dos municípios, e dos estabelecimentos de saúde. No caso de desconforto em participar da pesquisa ou em responder a algum questionamento o participante tem o direito de se negar a responder.

Assim, solicito vossa autorização para realizar os procedimentos acima apontados, como pré-requisito para aprovação do projeto no Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) – CapPesq.

Agradecemos antecipadamente Vossa colaboração e permanecemos a Vossa disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Atenciosamente,

Társis de Mattos Maia

Pesquisadora

Ana Luiza D'Ávila Viana

Orientador

Eu, abaixo assinado, autorizo a pesquisadora ***Társis de Mattos Maia*** a realizar as atividades previstas para o projeto intitulado “A inserção do nutricionista na atenção primária: o caso da microrregião de saúde de Viçosa - MG.” de acordo com o informado verbal e por escrito acima apontado para os nutricionistas que trabalham na rede básica de saúde do município ao qual sou Secretário Municipal de Saúde.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

REFERÊNCIAS

- ABN. Associação Brasileira de Nutrição. *Histórico do Nutricionista no Brasil*. 1939 a 1989. Coletânea de depoimentos e documentos. São Paulo: Ed Atheneu; 1991.
- Abrahão AL, Lagrange V. A Visita Domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo. ADA (org). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro:EPSJV/Fiocruz, 2007. p.151-172.
- Akutsu RC. Valores e bem-estar dos Nutricionistas brasileiros [tese]. Brasília: Unb.Universidade de Brasília;2008.
- Alves E, Rossi CE, Vasconcelos FAG. Nutricionistas egressos da Universidade Federal de Santa Catarina: áreas de atuação, distribuição geográfica, índices de pós-graduação e filiação aos órgãos de classe. *Rev. Nutr. (Campinas)*. 2003; 16(3): 295-304.
- Amorim STSP, Moreira H, Carraro TE. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. *Rev. Nutr. (Campinas)*. 2001; 14,2: 111-118.
- Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS. et al (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p783-836.
- Arouca ASS. O Dilema Preventivista. Contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. [tese]. Campinas, SP. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 1975.
- Arruda BKG, Arruda IKG. Marcos Referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2007; 7(3): 319-326.
- Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev Nutr. (Campinas)*. 2002;15(3): 255-66.
- Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS,Silva AL, Gonçalves LHT, Cartana MHF. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família.*Texto Contexto Enferm.*2007; 16(1):71-79.
- Banduk MLS, Ruiz-Moreno L, Batista NA. A construção da identidade profissional na graduação do nutricionista. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2009; 13 (28): 111-120.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008. p. 229.

Barros MEB, Mori ME, Bastos SS. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST”. In: Santos-Filho SB, Barros MEB (org.). *Trabalhadores da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí; 2007. p.99-122.

Barros MSC, Tartaglia JC. A Política de Alimentação e Nutrição no Brasil: breve histórico, avaliação e perspectivas. *Alim. Nutr.* 2003; 14 (1): 109-121.

Barros, AL. *A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008* [dissertação]. Rio de Janeiro - RJ: ENSP/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. FIOCRUZ /Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2002; 7: 401-12.

Boog MCF, Rodrigues KRM, Silva SMF. Situação profissional dos nutricionistas egressos da PUCCAMP. II Relações hierárquicas, atuação profissional, avaliação da formação recebida, percepção de si como profissional de saúde e filiação a entidades profissionais. *Rev. Nutr. (Campinas).* 1989; 2,1: 55-87.

Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Rev. Ciência Saúde.* 2008; 1(1): 33-42.

Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev. Nutr. (Campinas).* 1999; 12(3): 261-272.

Bosi MLM. *A face oculta da nutrição : ciência e ideologia*. Rio de Janeiro: Editora Espaço e Tempo/Editora UFRJ; 1988.

Bosi MLM. *Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão*. São Paulo : Hucitec; 1996.

Bosi MLM. Trabalho e Subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. *Rev. Nutr. (Campinas).* 2000; 13(2): 107-115.

Bousquat A, Cohn A, Elias PEM. PSF e a dinâmica das grandes cidades. In: Viana, ALd´Á, Elias PEM, Ibañez N. (Org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005. p.244-265.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Art 200, inciso III. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 20 set 1990; Seção I, Pt. 1, p. 18055-59.

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [citado 2008 Nov 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm

Brasil. *Lei nº 8234 de 17 de setembro de 1991*. Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. Brasília, 1991.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Expansão do Saúde da Família*. [internet]. 2009_b, [citado 02 dez. 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/expansao_sf.php

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *O instituto nacional de Alimentação e Nutrição*. Sinopse. Brasília: MS/INAN; 1979. Documento Técnico. 25 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de alimentação e nutrição. Área técnica de alimentação e nutrição. Brasil. Brasília. 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. PROESF. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília: 2003_a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família-PSF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Dentro de Casa*. Programa de Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006_c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003_b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006_a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009_a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006_b.

Brasil. *Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 25 jan 2008.

Brauer P, Dietrich L, Davidson B. Nutrition in Primary Health Care: Using a Delphi Process To Design New Interdisciplinary Services. Canadian Journal of Dietetic Practice and Research – Supplement, 2006. p. 14-29.

Burlandy L. Atuação do nutricionista em saúde coletiva. [S.l.: s.n.], 2005. Mimeografado. P. 83. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Obesidade. Brasília : Ministério da Saúde, 2006_c.

Câmara Municipal de Viçosa. *Conheça Viçosa* [internet]. 2009. [acesso 21 jun 2009]. Disponível em: <http://www.camaravicosa.mg.gov.br/?area=cidade>.

Campos FE, Aguiar RAT. Atenção Básica e reforma curricular. In: Negri B, Faria r, Viana ALd'Á.(org.). *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp; IE, 2002. p.91-99.

Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.132-153.

Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.132-153.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 229-266.

Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22 (9): 1881-1892.

Canesqui AM, Oliveira AMF. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: Negri B, Viana A ALd'Á. (org). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime-Cealag, 2002.p.241-261.

Capozzolo AA. No olho do furacão: trabalho médico e o Programa Saúde da Família [tese]. Campinas: Unicamp.Universidade Estadual de Campinas;2004.

Carvalho AMM. A inserção do profissional nutricionista no Sistema Único de Saúde: reflexões a partir da experiência de um município da região metropolitana de Porto Alegre – RS.[especialização]. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul; 2005.

Castro IRR. Vigilância Alimentar e Nutricional. Limitações e interfaces com a Rede de Saúde. Rio de Janeiro FIOCRUZ, 1995.p 108.

CFN. *Inserção do nutricionista no Nasf chega a 70%*. 2009. Acesso em 24 de abril 2008. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/>

Coelho IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistências em saúde. In: Campos GWS, Guerrero AVP (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.96-131.

Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)*. As causas sociais das iniquidades em Saúde no Brasil.2008.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (1 supl):7-27.

Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). *Perfil da atuação profissional do nutricionista no Brasil*. Brasília: CFN; 2006.

Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). *Resolução n. 380 de 28 de dezembro de 2005*. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas

atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Brasília, 2005.

Corbo ADA, Morosini MVGC, Pontes ALM. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC; Corbo ADA. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-68.

Costa NMSC. *A formação do nutricionista*. Educação e contradição. Goiânia: Editora UFG; 2002.

Costa NMSC. *A formação do nutricionista*. Educação e contradição. Goiânia: Editora UFG; 2002.

Costa NMSC. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. *Rev. Nutr. (Campinas)*. 1999; 12,1: 5-19.

Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore S, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2006; 15 (3) : 7 – 18.

Crustolo AM, Kates N, Ackerman S, Schamehorn S. Integrating nutrition services into primary care. Experience in Hamilton, Ont. *Can Fam Physician*. 2005; 51: 1647-1653.

Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, Deslandes SF. Cruz Neto, O. Gomes R. *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1994. p.51-66.

Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* [on line]. 2004; 94(11): 1864-1874. Disponível em: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/11/1864> Acesso em: 28 nov. 2009.

DATASUS. *Informações de Saúde*. CNES, Recursos Humanos, Profissionais Indivíduos segundo CBO 2002, Minas Gerais. [internet] 2009. [acessado em 20 jul 2009]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/prid02mg.def>.

Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

Deslandes SF, Gomes R. A Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde notas teóricas. In: Mercado FJ, Bosi MLM. *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p.99-120.

Dimenstein M, Santos YF. Compromisso com o SUS entre as profissões de saúde na rede básica de Natal. In: Borges LO (org.). *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo®, 2005. p. 91-108.

Escoda MSQ. *A práxis em Nutrição no Brasil* [internet]. 2008 [acessado 02 jun 2008]. Disponível em: <http://www.ufrnet.br/~scorpius/35A%20praxis%20em%20nutricao%20no%20Brasil.htm>.

Escorel LS, Giovanella MHMM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2/3):164-176.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2007, 21(2): 164-176.

Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC. et. al. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

Fausto MCR. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

Fausto MCR; Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC; Corbo ADA. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-68.

Federação Nacional de Nutricionistas (FNN). Tabela de honorários FNN 2008 via internet. fnnutri@yahoo.com.br [mensagem pessoal] [citado 28 set 2009]. E-mail para Táris Maia (tarsismaia@usp.br).

Ferreira AV, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad de Saúde Pública*. ; 23(7): 1674-1681.

Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. In: Conferência Nacional de Saúde On-line. [internet.] 2009 [citado 28 nov de 2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>

Gambardella AMD, Ferreira CF, Frutuoso MFP. Situação profissional de egressos de um curso de Nutrição. *Rev. Nutr. (Campinas)*. 2000; 13(1): 37-40.

Garcia RWD. A antropologia aplicada às diferentes áreas da nutrição. In: Canesqui AM, Garcia RWD (orgs.). *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.p. 279-290.

Gerência Regional de Saúde de Ponte Nova (GRS - Ponte Nova). Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG). Plano de Saúde da Microrregião de Viçosa, 2008. Ponte Nova: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2008.

Gerência Regional de Saúde de Ponte Nova (GRS - Ponte Nova). Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG). *Relatório de Gestão 2008*. Araponga. Canaã. Pedra do Anta. Teixeiras. Viçosa. Ponte Nova: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2009.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social.São Paulo: Atlas, 2007. 207 p.

Gil CRR, Cerveira MAC, Torres ZF. Pólos de capacitação em Saúde da Família: Alternativas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para atenção Básica. In: Negri B, Viana ALd'Á.(org.). *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp; IE, 2002. p.103-125.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):490- 498.

Gil MF. Recursos Humanos em Nutrição no Brasil- Nutricionistas. *Cad. Saúde Pública*.1986; 2, 4: 561-69.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária em Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC. et. al (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-626.

Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de trabalho e regulação das profissões de Saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALd'Á, organizadores. *Recursos humanos em saúde, política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Editora Unicamp; 2002. p. 221-56.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2000*. [acessado 07 out 2009]. 2009_b. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades@*. Araponga. Canaã. Pedra do Anta. Teixeiras. Viçosa. [internet] 2009_a. [acessado 07 out 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Nutrição. Brasília : INEP, 2006.

Junqueira, TS. *Organização do trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no programa de Saúde da Família e a reorientação da atenção básica* [dissertação]. Viçosa: UFV/ Universidade Federal de Viçosa, 2008.

Keller I, Legetic B. Training Chilean primary health care professionals in nutrition for noncommunicable disease prevention. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16(4): 242-9.

L'abatte S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil. I. Período de 1940 a 1964. *Rev. Nutr.*, (Campinas). 1988; 1, 2: 87-138.

Lima RT, Barros JC, Sousa MG. Educação em Saúde e Nutrição em João Pessoa-Paraíba. *Rev. Nutr. (Campinas)*, 2000; 13(1): 29-36.

Machado NMV, Viteritte PL, Goulart DAS, Pinheiro ARO. Reflexões sobre Saúde, Nutrição e a Estratégia Saúde da Família.[on line]. Brasília. Brasil [citado 02 jun. 2008]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao//documentos/noticia_01_09_06.pdf

Mancuso AMC, Gambardella AMD, Bastos DHM, Torres EAFS, Marucci MFN, Pinto e Silva MEM, Benício MHD, Jaime PC, Fisberg RM. Nutrição e Alimentação em Saúde Pública. In: Rocha AA, Cesar CLG(ed.). *Saúde Pública*. São Paulo (São Paulo): Atheneu; 2008. p 179-96.

Marques RM. Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça a autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(supl):163-171.

Massuda A. Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde. In: Campos GWS, Guerrero AVP (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.179-205.

Medina G, Aquino R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: Sousa M (org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002.

Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

Merhy EE. *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*; São Paulo, Hucitec, 2002.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG). *Metodologia de alocação equitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais*. Belo Horizonte: Brasil; 2004. 63p.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. ed. 21. Petrópolis - Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1994.

Minayo, Maria Cecília de. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco. 2006.

Ministério da Saúde. Coordenadoria Geral de Alimentação e Nutrição. (MS/CGPAN). Resultados Preliminares da Pesquisa de Diagnóstico das Ações de Alimentação Saudável.[internet]. 2009 [Acessado 28 abr 2009. Disponível em: dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/nota_tecnica_diagnostico_acoes_alim_nutricao.pdf

Modesto NA. O nutricionista recém-formado na grande são Paulo e o mercado de trabalho. [dissertação]. São Paulo: USP. Faculdade de Saúde Pública; 1980.

Morin EM. Os sentidos do trabalho. *RAE - Revista de Administração de Empresas*.2001;41 (3):8-19.

Nogueira. RP, Baraldi S, Rodrigues VA. Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. In: Barros AFR, Santana JP, Neto PMS (org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.81-104.

Oliveira GN, Furlan PG. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: Campos GWS, Guerrero AVP (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.247-272.

Oliveira TRPR, Radicchi ALA. Inserção do nutricionista na equipe de atendimento ao paciente em reabilitação física e funcional. *Rev. Nutr., (Campinas)*.2005; 18 (5): 601-11.

OPAS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Chamado a Ação de Toronto: 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas. Brasília: 2006.

Organização Pan-Americana da saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). *Renovando a Atenção Primária à Saúde nas Américas*. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS.Original em

Inglês. Washington DC: Pan American Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO); 2005.

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

Pádua JG. Avaliação da inserção do nutricionista na rede básica de saúde dos municípios da região metropolitana de Campinas[dissertação]. Campinas: Unicamp, 2004.

Paim JS, Almeida-Filho N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 125p.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia - atualização. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35, 1: 103-109.

Berger P. e Luckmann T. *A construção social da realidade*. 8ªed. Petrópolis: Vozes; 1990.

Pestana da Silva MVC, Mendes EV. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: 2004. 80 p.

Pinheiro ARO, Carvalho DBB. Estado e Mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. *Saúde Soc.* 2008; 17(2): p.170-183.

Prado SD, Abreu MSD. Nutricionista: onde trabalha?quais suas condições de trabalho? *Rev. Nutr. (Campinas)*. 1991; 4,1/2: 65-92.

Prado SD. Autonomia tentadora e reificada. Estudo sobre nutricionistas dos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. [dissertação].Rio de Janeiro (Rj): ENSP/FIOCRUZ ;1993.

Prefeitura Municipal de Viçosa (PMV). *A Cidade*. [internet].2009. [acesso 21 jun 2009]. Disponível em: <http://www.vicosa.mg.gov.br/?area=home>.

Prefeitura Municipal de Viçosa (PMV). Edital de Concurso Público nº001/98. Viçosa: 1998.

Prefeitura Municipal de Viçosa (PMV). Edital de Concurso Público nº004/94. Concurso público para provimento de cargos da SMS da PMV (MG). Viçosa: 1994.

Prefeitura Municipal de Viçosa (PMV). Edital de Concurso Público nº001/03 e 002/03. Viçosa: 2003.

Prefeitura Municipal de Viçosa (PMV). Edital de Processo Seletivo Simplificado nº004/2005. Viçosa: 2005.

Prefeitura Municipal de Viçosa (PMV). Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Nutrição. Viçosa: 2009.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal*. [internet]. 2000. [acessado 07 out 2009]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>.

Ramos, MN. Conceitos Básicos sobre o Trabalho. In: Fonseca AF, Stauffer AB (org.). *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.p.27-56.

Richardson RJ. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. ed. 3. São Paulo: Editora Atlas,1999, 334p.

Rocha ECA, Araújo MAD. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. *Rev. Adm. Pública*. 2009; 43(2): 481-517.

Rodrigues EM, Soares FPT, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev. Nutr., (Campinas)*.2005; 18 (1): 119-28.

Rodrigues KM, Peres F, Waissmann W. Condições de trabalho e perfil profissional dos nutricionistas egressos da Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais,entre 1994-2001. 2007. *Ciênc. saúde coletiva*, 12(4):1021-1031.

Rosen G. A era bacteriológica e suas conseqüências. In:.. Rosen G. *Uma História da Saúde Pública*. 1ª ed. São Paulo: Editora Hucitec/Editora da UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO;1994.p.292-302.

Saar SRC, Trevizan MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007 [online]; 15 (1): 106-11.

Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares.*Rev Bras Enferm*. 2007;60(6): 659-664.

Santos AC. A inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Fam. Saúde Desenv.* 2005; 7(3): 257-265.

Santos IG. Residência multiprofissional em Saúde da Família e a inserção da nutrição. In: Santos IG (org). *Nutrição: da promoção a assistência a saúde*. São Paulo: RCN Editora; 2007.

Santos-Filho SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humanizaus. In: Santos-Filho SB, Barros MEB (org.). *Trabalhadores da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí; 2007. p.73-96.

Schmitz BAS, Von der Heyde MED, Cintra IP, Franceschini SCC, Taddei JAAC, Sigulem DM. Políticas e programas governamentais de alimentação e nutrição no Brasil e sua involução. *Cadernos de Nutrição*. 1997;13:39-54.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). *Adscrição e população dos municípios por micro e macrorregião de saúde*. 2009_c. [acessado 13 set 2009] Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). *Bases cartográficas das divisões assistenciais do PDR*. 2009_b. [internet] 2009 [acessado 13 set 2009]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). *Plano diretor de Regionalização PDR MG*. [internet] 2009_a [acessado 13 ago 2009]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG). O paradigma da atenção primária a saúde e o simbolismo da infra-estrutura da atenção primária à saúde. In: SES/MG. ESPMG. *Curso de aperfeiçoamento em gestão microrregional de sistemas de saúde*. Módulo III – Análise da APS na Microrregião. Guia do Facilitador. Belo Horizonte: 2008. p. 46-47.

Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde. Informes Técnicos Institucionais. *Rev Saúde Publica*. 2000;34 (1):104-108.

Silva AC. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. *Estudos av.* 1995; 9(23):87-107.

Silva DO, Recine EGIG, Queiroz EFO. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(5): 1367-77.

Silva DO, Recine EGIG, Queiroz EFO. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18,5: 1367-77.

Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface — Comunic., Saúde, Educ.* 2005; 9 (16):p.25-38.

Silva JA, Dalmaso ASW. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Silva Jr. AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 241-257.

SIOPS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. *Indicadores municipais 2008*. Araponga. Canaã. Pedra do Anta. Teixeira. Viçosa. [internet]. 2009. [acessado 20 jul 2009]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/reindicadoresmun2.php?escmun=3>.

Solymos GMB. A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde. *Estudos av.* 2006;20(58):109-122.

Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? 2009. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(Supl. 1):1325-1335.

Souza HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: Negri B, Viana ALd'Á.(org). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime-Cealag, 2002.p.221-240.

Souza HMS, Sampaio LFR. Atenção Básica: política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: Negri, B. et al (org). *Recursos Humanos em Saúde. Política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: Unicamp.IE, 2002.p.8-32.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em debate*. 2003, 27(65):257-277.

Teixeira MB. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002. p.105.

Tomasi E, Fachinni LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (Sup1): 193-201.

Tomasi E, Sant'Ana GC, Oppelt AM, Pereira IV, Sassi BT. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas,RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10 (1): 66-74.

Vasconcelos FAG. Combate a fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Rev. Nutr. (Campinas)*. 2005; 14 (4): 439-457.

Vasconcelos FAG. O Nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Rev. Nutr. (Campinas)*. 2002; 15 (2): 127-138.

Vasconcelos FAG. Um perfil do nutricionista em Florianópolis, Santa Catarina. *Rev Ciências da Saúde*. 1991; 10 (1/2):73-86.

Viana SV. *Nutrição, trabalho e sociedade*. Uma identidade profissional em conflito. São Paulo:Hucitec/Salvador: EDUFBA;1996.167 p.

Viana, ALd'Á., Dal Poz MR. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *Physis*. 2005; 15 (supl): 225-264.

Viana ALd'Á. Fausto MCR. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: *Proteção Social: Dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005. p.150- 167.

Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. [on line] 1986; 36: 398-402. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1960528&blobtype=pdf> . Acesso em: 28 nov. de 2009.

World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2006: Working together for health*. Geneva: World Health Organization; 2006.

Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman;2001.p.201.

Ypiranga L. El nutricionista em Brasil. In: *IV Reunion de CEPANDAL. La Formacion actual Del Nutricionista Dietista em America Latina y su proyeccion para el año 2000*; 1991; San Juan. Porto Rico; 1991.