Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Atuação do nutricionista em equipe
multiprofissional na atenção básica de saúde

Paula Buttaró Farias

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientadora: Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins

São Paulo

2012

Atuação do nutricionista em equipe multiprofissional na atenção básica de saúde

Paula Buttaró Farias

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientadora: Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins

São Paulo

2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais,
Edinaldo (*in memorian*) e Mariuccia,
pelo imenso amor, dedicação e
exemplos a serem seguidos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às minhas duas orientadoras, Prof^a Cleide Lavieri Martins e Prof^a Ana Maria Cervato-Mancuso, pelo acolhimento no momento em que mais precisei, pela dedicação, paciência e compreensão. Agradeço acima de tudo pelos ensinamentos e por me mostrarem que as dificuldades se tornam menores quando encontramos pessoas que acreditam em nosso potencial.

Aos meus familiares, em especial à minha mãe Mariuccia, minha maior incentivadora, que esteve em todos os momentos ao meu lado.

Às professoras Cláudia Bógus e Lislaine Fracoli, pelas importantes contribuições, tanto na qualificação do projeto quanto na banca final.

Aos meus amigos Ana Lúcia, Regina e André, por me ajudarem em vários momentos, até mesmo quando só precisavam me escutar.

Às pessoas que fazem parte da minha vida há muito tempo: Daniel, Samara, Roberto, Thaisa, Marcia, Roberta. Desculpem pela minha ausência e obrigada pelo carinho.

Às colegas de mestrado, em especial à Gislene e Mahmi, pelos momentos de risos e momentos difíceis. Vocês serão inesquecíveis.

À Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos e à Sueli, pela disponibilidade em realizar essa pesquisa, e às nutricionistas da Prefeitura de Guarulhos, pela colaboração com suas experiências e pontos de vista sobre o trabalho que realizam.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo e que, mesmo sem serem citados, sabem o quanto eu agradeço por vocês fazerem parte da minha vida.

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

Chico Xavier

RESUMO

Farias PB. Atuação do nutricionista em equipe multiprofissional na atenção básica de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Introdução – Os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) têm por objetivo fortalecer as ações das equipes de saúde da família na atenção básica. Seguindo as diretrizes do NASF, o município de Guarulhos, localizado no Estado de São Paulo, criou os núcleos de apoio à atenção básica (NAAB), com o intuito de apoiar as atividades desenvolvidas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. Dentre os profissionais que podem compor essas equipes, encontra-se o nutricionista, que tem um importante papel na qualificação das ações de alimentação e nutrição na atenção básica. **Objetivo** - Compreender a inserção profissional do nutricionista no trabalho em equipe multiprofissional na atenção básica de saúde. **Métodos** - Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, mediante entrevistas semi-estruturadas. Os sujeitos são nutricionistas inseridos nas equipes do NASF e do NAAB do Município de Guarulhos. A interpretação dos dados coletados segue a técnica de análise de conteúdo. **Resultados** – As atividades profissionais exercidas pelos nutricionistas do NASF e do NAAB dividem-se em reuniões, atendimentos individuais, atendimentos em grupo, visitas domiciliares, ações externas às UBS e capacitação com os profissionais das equipes de saúde das UBS. Alguns princípios da promoção da saúde vêm sendo introduzido nas atividades profissionais dos nutricionistas. Foram apontadas várias dificuldades na articulação do trabalho dos nutricionistas do NASF e do NAAB, como a falta de apoio institucional, falta de infraestrutura e grande demanda de serviço. Os nutricionistas do NAAB apresentaram ainda dificuldades em articular suas atividades junto aos outros profissionais de saúde, fato este menos evidente entre os profissionais do NASF. **Considerações Finais** – Percebe-se uma

dificuldade em conseguir trabalhar dentro do modelo de apoio matricial pelas equipes do NASF e do NAAB, com uma barreira ainda maior encontrada pelos nutricionistas do NAAB. Isto porque as equipes do NAAB estão inseridas nas UBS tradicionais, que não seguem a mesma lógica de trabalho das UBS com estratégia de saúde da família, apresentando uma maior dificuldade em articular um trabalho de apoio matricial. O trabalho dos nutricionistas do NASF e do NAAB é um campo muito novo, que vem sendo construído ao longo do tempo, e que eles estão aprendendo na prática essa forma de atuação em saúde pública.

Descritores: Nutricionista, atenção primária à saúde, prática profissional, promoção da saúde.

ABSTRACT

Farias PB. Nutritionist practices in a multiprofessional teamwork in primary health care [dissertation]. São Paulo (BR): School of Public Health of the University of São Paulo; 2012.

Introduction - The Family Health Support Centers (FHSC) aim to strengthen the actions of family health teams in primary health care (PHC). Following the guidelines of FHSC, the city of Guarulhos, in the State of São Paulo, created the Primary Care Support Centers (PCSC), in order to support the activities developed by professionals from the traditional Basic Health Units (BHU). Among the professionals who can constitute these teams the nutritionist is the one who has an important role in defining the quality of the food and nutrition in PHC. **Objective** - Analyzing the employability of nutritionists in multiprofessional teamwork in PHC. **Methods** - It is a qualitative research; the data gathered from the research was analysed by the methodology of the content analysis. **Results** - The activities carried out by FHSC and PCSC nutritionists are divided into gathering meetings, individual consultations, group sessions, home care visits, intersectoral action and training with the professionals of the BHU. Regarding the role of the nutritionist in multidisciplinary teams, the respondents identified themselves as key members within the team, contributing with their technical knowledge of nutrition in solving the problems presented. It was noticed that the nutritionists promoted health guidance in their group sessions aiming not only in education but also in the importance of having a promotion health work. **Conclusion** - It is clear that the work of nutritionists in a multiprofessional teamwork is a very new field, which has been built over time, and that they are learning on the job this form of action in public health care.

Keywords: Nutritionist, primary health care, professional practice, health promotion.

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo desenvolvimento deste estudo se deu a partir do momento que iniciei meu trabalho na Prefeitura Municipal de Guarulhos, em dezembro de 2009. Assim que eu fui contratada, os gestores da Secretaria de Saúde de Guarulhos me informaram que eu iria trabalhar na atenção básica de saúde, em um novo modelo de trabalho que estava sendo implantado no município. Neste período, foram contratados, além dos nutricionistas, outros profissionais da área da saúde, para compor as recém-criadas equipes do NASF em Guarulhos.

Eu fui comunicada que ficaria trabalhando por um período de 3 meses junto com as equipes do NASF, para conhecer o processo de implantação e de trabalho dessas equipes, e depois seria transferida para uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional. Assim, passei por um treinamento, junto com os outros profissionais recém-contratados, onde nos foram apresentadas as características territoriais e epidemiológicas do Município de Guarulhos.

A partir disso, iniciamos o trabalho nas UBS com Estratégia Saúde da Família, de forma a iniciar o trabalho das equipes de apoio: realizamos reuniões junto com as equipes de saúde da família; conhecemos alguns serviços de saúde do município; realizamos reuniões com supervisores regionais, com o objetivo de mostrarmos o trabalho que estávamos realizando e possíveis reestruturações.

Após esse período, fui transferida para uma UBS tradicional, onde me deparei com profissionais de saúde que estavam trabalhando com uma outra forma de trabalho, diferente da que eu vivenciei nas equipes do NASF. Junto a esses profissionais, participei de uma reunião com gestores de Guarulhos, que nos informaram a respeito de uma nova política municipal que iria ser implantada no município: os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB).

O NAAB foi criado com o objetivo de reestruturar o processo de trabalho na atenção básica; é formado por uma equipe multidisciplinar que

deve trabalhar de modo semelhante às equipes do NASF, seguindo as suas diretrizes, porém vinculado às UBS tradicionais.

Ao iniciar o trabalho no NAAB, percebi que uma das minhas maiores dificuldades (e dos meus colegas de trabalho), era compreender a forma de atuação dentro desse novo modelo de trabalho, onde o processo de trabalho segue as diretrizes do NASF, porém está inserido num local totalmente diferente. Desta forma, despertou-me a vontade de buscar um aprofundamento dessa temática, e a escolha do mestrado foi um dos caminhos percorridos.

Por fim, espero que este trabalho possa proporcionar uma reflexão sobre a atuação do nutricionista dentro dessas formas de trabalho, e ofereça elementos que facilitem essa atividade tão complexa, porém desafiadora.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO BRASIL	13
1.2 O NUTRICIONISTA NA EQUIPE DE APOIO À ATENÇÃO BÁSICA	22
1.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DOS NASF	25
1.4 A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS	28
2. OBJETIVOS	32
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
3.1 LOCAL DE ESTUDO	33
3.2 DELINEAMENTO DE ESTUDO	37
3.3 SUJEITOS DE PESQUISA	37
3.4 COLETA DE DADOS	38
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	39
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	41
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	42
4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES DO NASF E DO NAAB	44
4.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS NUTRICIONISTAS DO NASF E DO NAAB	48
4.3.1 Agenda de Trabalho e Noção de “Matriciamento”	48
4.3.2 Atendimento Clínico Individual e Visita Domiciliar	56

4.3.3 Trabalho Educativo: Possibilidades e Limites	62
4.3.4 Práticas Externas às Unidades de Saúde: Caminho para a Intersetorialidade	70
4.3.5 Capacitação das Equipes de Saúde das UBS e das USF	75
4.4 RELAÇÕES DE TRABALHO NAS EQUIPES DO NASF E DO NAAB	77
4.4.1 O Trabalho em Equipe e o Apoio Matricial	77
4.4.2 Relação do Nutricionista com os Profissionais de Saúde	81
4.4.3 O Papel do Nutricionista nas Equipes do NASF e do NAAB	87
4.5 DIFICULDADES PARA ATUAÇÃO NO NASF E NO NAAB	91
4.5.1 Número de Unidades de Saúde	91
4.5.2 Estrutura Física das Unidades de Saúde	93
4.5.3 Apoio Institucional	95
4.6 NUTRICIONISTA DO NASF E DO NAAB E A PROMOÇÃO DA SAÚDE	96
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
6. REFERÊNCIAS	110
ANEXOS	
Anexo 1 – Instrumento de pesquisa	123
Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública / USP	126
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	127
CURRICULUM LATTES	128

1. INTRODUÇÃO

1.1 A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações presentes nas organizações públicas de saúde, nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e nos serviços privados de saúde que o integram para a prestação de serviços aos usuários do sistema (VASCONCELOS e PASCHE, 2009).

No Brasil, o SUS foi institucionalizado a partir da Constituição de 1988, como reação ao modelo biomédico, então vigente, que não estava conseguindo atender aos problemas decorrentes da transição epidemiológica e demográfica. Sua criação foi produto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira a propor novas políticas e novos modelos de organização do sistema, serviços e práticas de saúde (WESTPHAL, 2006).

Financiado com recursos fiscais, o SUS fundamenta-se em três princípios básicos: i) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência, para todos os cidadãos brasileiros; ii) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e iii) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução (ESCOREL et al., 2007).

Os serviços do SUS são responsáveis pela atenção integral de mais de 140 milhões de brasileiros, e ainda oferecem serviços especializados a cerca de 40 milhões cobertos por planos de saúde, em situações que estes não asseguram a prestação oportuna dos serviços. Entretanto, apesar da magnitude da rede de serviços e da regularização sobre o seu

funcionamento, constata-se uma certa dificuldade de integração entre os serviços, além de problemas na qualidade da atenção ofertada à população (VASCONCELOS e PASCHE, 2009).

O SUS está estruturado em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. O nível de atenção primária à saúde ou atenção básica de saúde abrange as ações básicas de promoção, prevenção e assistência necessárias à resolução de problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade; a atenção secundária compreende o conjunto de ações com maior grau de especialidade e uso de equipamentos mais avançados; a atenção terciária direciona-se a produção de ações e serviços de alta complexidade, requerendo, em geral, algum tipo de internação (NARVAI e SÃO PEDRO, 2008).

O enfoque na atenção primária ou atenção básica de saúde, segundo FEUERWERKER (2005), pode representar uma alternativa de mudança do modelo assistencial, na medida em que uma organização adequada dos serviços de saúde, em nível primário, pode resolver até 80% dos problemas de saúde, contribuindo para uma maior eficiência do sistema. Isto porque a atenção básica se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios, possibilitando identificar as variadas necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente (BRASIL, 2011).

Desta forma, a atenção básica de saúde vem sendo assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal, e a estratégia saúde da família representa o seu modelo de assistência à saúde (BRASIL, 2011a).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994, inicialmente como um programa, que teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e adotou como referência as experiências nacionais e internacionais de extensão da cobertura à saúde, por meio de assistência às famílias no próprio domicílio, em articulação com as Unidades de Saúde (BRASIL, 2005). É operacionalizada por meio de estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, de reabilitação e de cuidados

paliativos das equipes de saúde da família, responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade (SANTOS, 2007a; CAMPOS et al., 2010).

A ESF desenvolve-se a partir da equipe de saúde da família, que é composta, por no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, na qual estão presentes o dentista, o auxiliar em saúde bucal e o técnico em saúde bucal. Dentre as ações desta equipe, emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o auto-cuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos (BRASIL, 2005; MACHADO et al., 2007).

É importante destacar que a equipe de saúde da família de uma comunidade específica é distinta das demais equipes, possuindo suas próprias prioridades de ação, potencialidades e limitações. Em outras palavras: a equipe de saúde da família, encontrada nas mais diversas comunidades brasileiras, é o resultado do processo de adaptação local do modelo de atenção básica familiar, proposto e primariamente financiado pelo governo federal. Essa diversidade de experiências da ESF nas cidades brasileiras pode ser resultante da variedade de tempo de implementação das mesmas nos municípios; capacitação dos profissionais; compromisso dos gestores; estabilidade de financiamento e do nível de apoderamento comunitário (ANDRADE et al., 2006).

Outro ponto a ser destacado é que a ESF é considerada um modelo de assistência inovador, quando comparado à organização de trabalho das Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS). Primeiro, porque o trabalho das equipes de saúde da família não deve estar centrado na UBS, mas sim no território, mais precisamente nas famílias (FEUERWERKER, 2005). Entende-se que o território no qual a equipe está inserida não se relaciona apenas ao espaço físico; é um conjunto de sistemas que engloba indivíduos e instituições, apresentando um perfil epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social, que o caracteriza e se expressa em

permanente construção (ALVARENGA e MARTINS, 2010). É nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência; assim, as equipes de saúde da família precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, identificando as suas fragilidades e possibilidades, figurando-a como algo vivo e dinâmico (BRASIL, 2010a). Segundo, porque a ESF traz de maneira mais forte a idéia da equipe de saúde, tendo o agente comunitário de saúde como principal novidade, por sua capacidade de ampliar o diálogo com a população, bem como a compreensão sobre o contexto local, além de fortalecer as possibilidades de vínculo e responsabilização (FEUERWERKER, 2005).

ANDRADE et al. (2009) também identificaram essa diferença, e descrevem a dicotomia entre o modelo de saúde tradicional e o modelo proposto pela ESF brasileira. O primeiro apresenta os seus serviços centrados em ações curativas; predomínio da intervenção do profissional médico; não consideração da realidade, da autonomia local e da participação comunitária; atenção centrada no indivíduo; serviço baseado na demanda espontânea. Já o modelo de saúde da família apresenta seus serviços centrados na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação; predomínio da intervenção de uma equipe multiprofissional; estimulação da participação comunitária, garantindo autonomia das ações de planejamento no nível dos territórios das equipes de saúde da família; atenção centrada no coletivo; serviço baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população.

Segundo CAMPOS et al. (2010), a ESF passou a ser a política oficial do SUS para a atenção básica, ocorrendo variações apenas em torno de suas diretrizes. Em agosto de 2011, o Ministério da Saúde contabilizou a implantação de 32 mil equipes de saúde da família em 5.284 municípios, o que representa uma cobertura populacional de 53,1% (BRASIL, 2012).

Mesmo que a implantação da ESF tenha produzido resultados positivos, verifica-se que, para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a presença de outros profissionais de saúde integrados às equipes de saúde da família

(NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010). Com esse intuito, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 e republicada em 4 de março de 2008, na tentativa de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar as ações na atenção básica de saúde, bem como aumentando a sua resolutividade (BRASIL, 2010).

O NASF é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das equipes de saúde da família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes, no qual o NASF está cadastrado.

Existem 2 modalidades de NASF: o NASF 1, que deverá ser composto por no mínimo 5 das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 equipes de saúde da família e o NASF 2, que deverá ser composto por no mínimo 3 profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 3 Equipes Saúde da Família, sendo vedada a implantação de ambas modalidades, de forma concomitante, nos Municípios e no Distrito Federal (BRASIL, 2008a).

As equipes do NASF visam fortalecer 8 diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

A atuação dos NASF está dividida em 9 áreas estratégicas, sendo elas: atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço

social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (MÂNGIA e LANCMAN, 2008; BRASIL, 2008a).

O trabalho dessas equipes multiprofissionais, frente ao trabalho individual, mostra-se muito efetivo para a resolutividade dos problemas, pois possibilita a realização de assistência integral do indivíduo, sob o olhar de diferentes disciplinas; portanto, é uma forma de trabalho que pressupõe a responsabilização compartilhada entre a equipe de saúde da família e a equipe do NASF na comunidade (JAIME et al., 2011).

A organização do processo de trabalho do NASF apresenta como foco o território sob sua responsabilidade, e devem contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS. Para isto, a equipe do NASF pode utilizar algumas ferramentas tecnológicas, como a clínica ampliada, o apoio matricial, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território (BRASIL, 2010a)

A clínica ampliada destina-se à atenção à saúde, de forma que a soma de saberes entre os diferentes profissionais, auxiliem no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2011b). De acordo com a Política Nacional de Humanização, a clínica ampliada ajuda trabalhadores e usuários dos serviços de saúde a lidar com a complexidade dos sujeitos e dos problemas de saúde da atualidade. Ela propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida (BRASIL, 2008b).

O apoio matricial é a proposta central no trabalho do NASF, que é definido por CAMPOS e DOMITTI (2007) como uma metodologia de trabalho que pretende oferecer tanto retaguarda assistencial, relacionada ao cuidado direto aos indivíduos, quanto suporte técnicopedagógico às equipes de saúde da família, com vistas à ampliação das possibilidades de intervenção. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias

entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial.

CAMPOS (1999) denomina como equipe de referência o conjunto de profissionais que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, em uma determinada área, de forma a acompanhá-lo ao longo do tempo. As equipes de apoio matricial são formadas por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência, de forma a lhe assegurar retaguarda assistencial.

Assim, a equipe de apoio, representada pelos profissionais do NASF, vai produzir ação clínica direta com os usuários e oferecer suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, representada pela equipe de saúde da família. Espera-se que, com o apoio matricial, a equipe de saúde da família reorganize os projetos de trabalho e consiga criar redes de compartilhamento resolutivas para o acompanhamento do sujeito/família, limitando a forma de organização em que predomina a lógica do encaminhamento. Portanto, o trabalho articulado entre a equipe do NASF e a equipe de saúde da família deve ter como suporte a referência e contrarreferência para média e alta complexidade, de forma que o NASF seja um potencializador da rede de assistência a saúde. Mas é fundamental que se tenha em mente que as ações de apoio à Saúde da Família devem reduzir os encaminhamentos e não servir como mais uma instância de referência ou para novo encaminhamento a outros serviços (BRASIL, 2011b).

O apoio matricial implica na construção de um projeto terapêutico, sendo que a articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais: a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência; b) em situações que exijam atenção específica do apoiador, podendo este programar para si uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência,

que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, à família ou à comunidade; c) troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O projeto terapêutico singular é destinado tanto aos indivíduos, como às famílias, tendo a singularidade como elemento central do processo; ele deve delinear o planejamento realizado pela equipe, para alcançar o melhor resultado possível na melhora da qualidade de vida de um usuário ou de sua comunidade. As reuniões de equipe e os atendimentos compartilhados são espaços propícios para a discussão e planejamento dos projetos terapêuticos, onde são determinadas as propostas de intervenções e posteriormente a avaliação dos resultados (BRASIL, 2010a).

O atendimento compartilhado pressupõe uma intervenção interdisciplinar, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos, e deve ser feito por meio de discussão de casos e situações; realização de projeto terapêutico singular; orientações; espaços de reuniões; consultas e intervenções conjuntas, entre outros (BRASIL, 2010a).

As intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias devem ocorrer após a discussão e negociação com os profissionais da equipe de saúde da família responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de saúde da família, que não se descomprometeria com o caso, pelo contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, à família ou à comunidade.

Já o projeto de saúde no território pretende ser uma estratégia das equipes de saúde da família e do NASF, para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos

serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.

Vale destacar que o NASF organizará o seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de saúde da família que a ele se vinculam, de forma a organizar uma agenda de trabalho que deve priorizar os atendimentos compartilhados, as intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias e as ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, utilizando para isto as ferramentas tecnológicas citadas anteriormente. As ações comuns nos territórios podem ocorrer desde o planejamento e desenvolvimento do projeto de saúde no território, até o apoio aos grupos, as ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais, entre outros (BRASIL, 2010a).

Em relação ao número de equipes do NASF existentes no país, contabilizou-se em agosto de 2011 a implantação de 1.498 equipes do NASF em 975 municípios (BRASIL, 2012). Acredita-se que, a implantação das equipes do NASF nos municípios brasileiros, pode ser um avanço na saúde pública, representando um marco importante na ampliação das ações e com possibilidades de alcançar melhores resultados na produção de saúde, com o enfoque na promoção da saúde e no cuidado à população.

Entretanto, o trabalho das equipes do NASF é muito recente, e algumas barreiras ainda precisam ser vencidas. Como afirmam NASCIMENTO e OLIVEIRA (2010), o principal desafio do NASF é a mudança de uma cultura organizacional do SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolubilidade na atenção básica e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações quantitativas, em detrimento das qualitativas.

1.2 O NUTRICIONISTA NA EQUIPE DE APOIO À ATENÇÃO BÁSICA

A ciência da nutrição teve, nos últimos anos, um expressivo desenvolvimento, que pode ser atestado na expansão dos grupos de pesquisa, publicação de trabalhos e números de pesquisadores. Embora se disponha de conhecimentos técnicos para solucionar a maior parte dos problemas de nutrição existentes, a atuação profissional do nutricionista no campo da Saúde Pública ainda é tímida e incipiente (BOOG, 2008).

Segundo uma pesquisa realizada pelo CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS - CFN (2006b), com 2.492 nutricionistas atuantes no Brasil, apenas 8,8% estavam na área de Saúde Coletiva (ou Saúde Pública). Provavelmente este número vem aumentando, principalmente por conta da implantação das equipes do NASF no país, que tem o nutricionista como um dos profissionais que podem compor essas equipes.

A escolha do nutricionista para integrar as equipes do NASF é feita pelos gestores municipais, de acordo com as necessidades e disponibilidades locais (BRASIL, 2008a). BOOG (2008) considera que a opinião dos gestores acerca do valor da intervenção, do potencial de resolutividade dela e a representação que eles têm sobre o papel que o nutricionista pode ou deve desempenhar, são tão ou mais significativos na tomada de decisão sobre a incorporação do profissional na equipe, do que a necessidade e disponibilidade de profissionais na região, e a avaliação dessa necessidade dificilmente será realizada sem sofrer a influência dos centros de interesse e de poder.

Segundo dados apresentados pelo Ministério da Saúde, em novembro de 2009 existiam 814 equipes do NASF distribuídas em todos os estados brasileiros. Deste total, 585 equipes contavam com a presença do nutricionista, o que equivale a cerca de 72% de participação (CFN, 2009). Trazendo essa análise para o local do presente estudo, observa-se que em

maio de 2012, o nutricionista está presente em todas as equipes do NASF e na metade das equipes do NAAB do município de Guarulhos.

O nutricionista, enquanto membro da equipe do NASF, tem um papel fundamental nas questões de alimentação e nutrição que envolvem a comunidade. De acordo com JAIME et al. (2011), o nutricionista qualifica a atividade da equipe desde a avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional do território, com identificação das fontes alimentares saudáveis ou não, até o atendimento individualizado dos casos que assim necessitem. Suas ações devem ser estruturadas com base em cinco eixos estratégicos: i) promoção de práticas alimentares saudáveis, em âmbito individual e coletivo, em todas as fases do ciclo de vida; ii) contribuição na construção de estratégias para responder às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais, desnutrição e obesidade; iii) desenvolvimento de projetos terapêuticos, especialmente nas doenças não transmissíveis; iv) realização do diagnóstico alimentar e nutricional da população; v) promoção da segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2010a).

GEUS et al. (2011) afirmam que a inclusão do nutricionista nas equipes multiprofissionais da rede básica de saúde é uma necessidade político-social relevante. O nutricionista está plenamente capacitado para atuar na atenção básica, e sua ausência confronta-se com o princípio da integralidade das ações de saúde, já que nenhum outro profissional da saúde possui formação para atuar na área de alimentação e nutrição dentro das comunidades e que sua presença só viria a contribuir para a promoção da saúde da população.

É fundamental a integração do nutricionista nas ações de cuidado à saúde desenvolvidas pela atenção básica, pois ele é um profissional que se diferencia dos demais, pela possibilidade de conjugar informações mais gerais em saúde com aquelas mais específicas sobre os alimentos; ele tem o conhecimento sobre a técnica dietética, prescrição dietoterápica, práticas educativas em nutrição, entre outros. Desta forma, para além de informações amplas e princípios gerais sobre alimentação saudável, o que

os demais profissionais da equipe também estariam aptos a fazer, o nutricionista trabalha na aplicação cotidiana destes princípios, contribuindo para a construção de práticas desde o momento da compra do alimento até o preparo, distribuição e consumo, em diferentes espaços sociais. Portanto, é na possibilidade de interação entre o conhecimento do profissional e a vivência de cada grupo ou indivíduo, que se constrói, de forma conjunta, uma estratégia adequada para atender às necessidades apresentadas (BRASIL, 2006c).

ASSIS et al. (2002) ainda complementam, afirmando que o nutricionista é o único profissional capacitado a propor orientações dietéticas cabíveis e necessárias às famílias e à comunidade, estando apto a participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil.

Além do conhecimento técnico da área de nutrição, o modelo de trabalho do NASF requer dos profissionais um conhecimento amplo sobre as políticas públicas de saúde, do território, do perfil epidemiológico da população e da rede de cuidados (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010). As mesmas autoras ainda apontam a necessidade do profissional ter habilidades para abordar o indivíduo, acolher, ouvir, comunicar-se e trabalhar em equipe. Esta última tem uma importância especial para o desenvolvimento do trabalho no NASF, uma vez que é uma diretriz para a reorganização do processo de trabalho na estratégia saúde da família.

Segundo PEDUZZI (1998), o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. SCHRAIBER et al. (1999) complementam, afirmando que a articulação do trabalho em equipe requer, de cada profissional, um dado conhecimento acerca do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde.

Para além do trabalho em equipe multiprofissional, um dos grandes desafios dos nutricionistas inseridos nos NASF é a operacionalização do trabalho baseado no apoio matricial, visto que este depende de um conjunto de fatores, como a qualificação dos profissionais envolvidos; a cultura

organizacional dos gestores e trabalhadores; uma rede de serviços articulada; uma nova organização do processo de trabalho nos serviços; e a efetivação do trabalho em equipe (OLIVEIRA, 2010).

Assim, é dentro dessa estrutura de trabalho, que os nutricionistas do NASF têm que organizar as suas atividades profissionais. Se por um lado, existe uma maior possibilidade de construir um processo terapêutico que considere a realidade da população, com melhor possibilidade de integralidade das ações, por outro, pode gerar dilemas quanto à forma de trabalho do nutricionista, na medida em que o profissional tem que enfrentar os seus limites ao atuar nas dimensões mais estruturais do processo, que caberiam ao plano mais amplo da política (BRASIL, 2006c).

1.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DOS NASF

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

A discussão sobre a promoção de saúde no Brasil vem se desenvolvendo desde a década de 1980, período em que ocorreu a publicação da Carta de Ottawa, o documento mais importante como marco conceitual da promoção da saúde. Esta carta apresenta um conceito amplo de saúde e reforça a importância da ação ambiental e da ação política, bem como a mudança do estilo de vida, e define a promoção da saúde como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A saúde é entendida, assim, não como um objetivo em si,

mas como um recurso fundamental para a vida cotidiana” (WESTPHAL, 2009).

Na década de 1990, o SUS, por meio da Lei nº 8080/90, incorpora a noção ampla de saúde dentro do contexto da promoção da saúde, incluindo como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, etc. (BRASIL, 1990).

Ao longo dos anos foram sendo realizadas outras ações relacionadas ao campo da promoção da saúde no Brasil e em nível internacional. Até que em março de 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.687 de 30/03/2006, instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que pressupõe a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o modelo da atenção básica em saúde. Esta política fornece diretrizes e aponta estratégias de organização das ações nas três esferas de gestão do SUS, incluindo temas complexos como violência, prevenção do tabagismo, incentivo à prática corporal/ atividade física e promoção de alimentação saudável (BRASIL, 2006b).

A PNPS delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde, onde o foco não é mais na doença, e sim no empoderamento dos indivíduos para o cuidado da sua própria vida, aumentando a sua autonomia (CAMPOS et al., 2004).

NETO e KIND (2011), ao discutirem a PNPS, indicam que existe um esforço em direcionar as ações na produção de participação social, autonomia e intersetorialidade. No entanto, acentua-se um regime de disciplinarização de comportamentos e condutas individuais, onde são priorizadas as ações nos eixos da alimentação saudável, exercícios físicos, prevenção ao tabagismo, entre outros. Os autores ainda apontam que a política focaliza a autonomia e corresponsabilização individual e coletiva, incluindo o poder público, e fortalecendo a importância da participação

social; contudo, nas propostas de operacionalização colocadas nas ações prioritárias, recai na direção da instrução de comportamentos individuais.

Do ponto de vista de vários pesquisadores, avalia-se que tanto a saúde pública quanto a promoção da saúde permanecem fortemente ancoradas num paradigma centrado na patologia, com programas desenvolvidos com base no modelo epidemiológico de fatores de risco (NETO e KIND, 2011).

Em relação ao campo de atuação da promoção da saúde, verifica-se que a atenção básica de saúde é o principal local para realizar as ações de caráter individual e coletivo, voltadas à promoção da saúde (JAIME et al., 2011). Isso é verificado nas próprias políticas públicas do país, destacando-se aqui o documento do NASF (BRASIL, 2010a), que tem a promoção da saúde como uma de suas diretrizes de trabalho na atenção básica.

De acordo com as diretrizes do NASF, a promoção da saúde deve ocorrer tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos, com a utilização de espaços públicos. É importante o estabelecimento de parcerias entre profissionais, usuários e comunidade em geral, sendo necessária a interlocução dentro de variados espaços, como creches, escolas, ambientes de trabalho, igrejas, além dos meios de comunicação em massa (BRASIL, 2010a).

Neste cenário, os profissionais de saúde que irão atuar nessas equipes têm um papel fundamental na compreensão do conceito de promoção da saúde, e de que forma que isso se articula nas suas atividades profissionais. Para que isto aconteça, HEIDMANN et al. (2006) acreditam que os profissionais devam promover o diálogo com a comunidade, resgatando e valorizando sua cultura e seus valores; precisam estar preparados para intervir e ajudar a compreender a realidade de saúde da população, estimulando a sua participação e elaborando estratégias que visem melhorar as suas condições de vida e saúde; e ainda devem realizar ações intersetoriais, para atuar nos diversos fatores que interferem na saúde, como educação, saneamento, habitação, emprego, renda, entre outros. Além disso, é importante reconhecer que a maioria dos profissionais

de saúde desconhece o verdadeiro significado do tema da promoção à saúde, sendo que muitos ainda confundem os conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças. Nota-se também que há um predomínio no enfoque comportamental de mudanças de estilo de vida, onde a saúde ainda é compreendida como ausência de doença.

1.4 A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

Guarulhos é um dos 39 municípios da Grande São Paulo, região economicamente mais importante do Brasil. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil e em Guarulhos tem mostrado significativos avanços desde sua criação pela Constituição de 1988, que podem ser particularmente percebidos em relação à ampliação da cobertura, à melhoria da assistência e aos seus mecanismos de gestão. Entretanto, ainda há muito a ser conquistado, na perspectiva de garantir a integralidade na atenção à saúde, superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, além de qualificar o cuidado em saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011a).

A partir do ano de 2001, iniciou-se em Guarulhos um processo de reestruturação do modelo de gestão em saúde, que até aquele momento ainda se apresentava centralizado, com planejamento descendente, pautado pelo modelo médico assistencial, com baixa governabilidade sobre os processos de gestão local por parte das gerências de serviços e fragilidade técnica dos gestores do sistema (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011a).

Em 2005, a Secretaria da Saúde deu início ao processo de “territorialização” como estratégia e instrumento para reconstrução de um modelo de atenção à saúde, voltado para a realidade local, respeitando a diversidade dos diferentes territórios da cidade. A partir do reconhecimento e

conformação geográfica de territórios, foram definidas três regiões intramunicipais, com espaço de planejamento local e identificação de prioridades (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011a).

No ano de 2007, com adesão do Município ao Pacto pela Saúde, foram constituídos os respectivos Colegiados de Gestão Intramunicipais, com representação dos distritos de saúde em cada Região de Saúde e um colegiado de gestão regional, com a representação de gestor municipal e estadual. Em 2009, uma nova análise da dinâmica populacional dos territórios foi efetivada, observando-se a necessidade de reformulação das áreas de abrangências das unidades básicas de saúde e conseqüentemente dos distritos de saúde existentes e das regiões municipais. Foram utilizados na análise, dados demográficos, epidemiológicos, sócio-econômicos, acessibilidade, porte das unidades de saúde, referenciamento para média e alta complexidade e outros dados pertinentes. Dessa maneira, foram definidas 4 regiões de saúde, com o objetivo de facilitar a gestão, o processo de planejamento local e definição de prioridades, processo efetivado em 2010.

Paralelo a essas mudanças, a Secretaria de Saúde de Guarulhos vem trabalhando com uma política voltada à atenção básica, tendo como diretriz a estratégia saúde da família, como modelo organizador da atenção básica. Para tanto, a estruturação de redes de atenção à saúde, que considerem a integralidade na atenção à saúde, e ao mesmo tempo respeitem a lógica de economia de escala na produção de serviços especializados, deve ser alcançada, para a consolidação do sistema de saúde de Guarulhos (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011a).

Considerando a experiência acumulada com equipes multiprofissionais atuando na rede de atenção básica de Guarulhos desde 1991, e analisando este cenário de consolidação das redes de atenção do município, a proposta de implantação das equipes do NASF pareceu ser um ponto estratégico para o fortalecimento das ações das equipes de saúde da família, associada a uma qualificação da assistência, contemplando e solidificando as diretrizes do SUS. Assim, em 2008, inicia-se uma discussão

para a implantação das equipes do NASF nas Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família no município de Guarulhos.

Neste mesmo período, a Coordenação da Atenção Básica de Guarulhos, junto com o Secretário de Saúde, entenderam o quanto seria importante que esta equipe multiprofissional não fosse inserida somente nas Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família (USF), mas que pudesse ser inserida também nas UBS tradicionais, uma vez que toda a população pudesse ser contemplada com o atendimento desta equipe. Após ampla análise e discussão, foi pactuada uma ousada proposta de reorganização do modelo de trabalho no município, com a implantação dos Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), que estariam vinculados às Unidades Básicas de Saúde com modelo tradicional (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011b).

O NAAB é uma equipe composta por profissionais de nível superior, que devem seguir as mesmas diretrizes de trabalho das equipes do NASF, porém sendo uma equipe de apoio matricial aos profissionais de saúde das UBS tradicionais. Dentre as atividades profissionais que o NAAB deve realizar junto aos profissionais de saúde das UBS tradicionais, incluem-se realização de atividades compartilhadas, reuniões para discussão de casos, elaboração de projeto terapêutico particular. Pode-se dizer, então, que o NAAB é uma política municipal exclusiva de Guarulhos, que segue um parâmetro de trabalho da política federal do NASF¹.

Assim, a partir do final do ano de 2009 iniciaram-se dois novos modelos de atenção básica no município, com a implantação das equipes do NASF e das equipes do NAAB nas diferentes regiões de Guarulhos. Foram contratados 70 profissionais para compor as equipes do NASF e do NAAB. Quanto aos profissionais que iriam compor essas equipes, de acordo com o Ministério da Saúde, deveriam ser de no mínimo cinco profissionais de nível superior, entre as categorias mencionadas na Portaria 154 (BRASIL, 2008a),

¹ Informação obtida com Gestora do Departamento da Atenção Básica de Saúde do Município de Guarulhos.

já que as equipes do NASF implantadas no município eram da modalidade de NASF 1. As equipes do NAAB foram formadas seguindo os mesmos critérios, já que iriam seguir as mesmas diretrizes de trabalho adotadas pelo NASF.

Realizada a contratação dos novos profissionais, implantou-se um cronograma para acolhimento e capacitação, com uma programação que incluía perfil epidemiológico, econômico, social e demográfico do município e das regiões de saúde, além dos equipamentos existentes na área, bem como a fundamentação conceitual do NASF, visto que a equipe do NAAB deve seguir as diretrizes de trabalho, propostas pelo Ministério da Saúde, às equipes do NASF. Os profissionais contratados para compor as equipes do NAAB ficaram por um período de 3 meses junto com as equipes do NASF, com o objetivo de entenderem o processo de trabalho das equipes de apoio e, posteriormente, aplicarem esse modelo de trabalho nas UBS tradicionais.

Atualmente, o município conta com 6 equipes do NASF e 13 equipes do NAAB, com perspectivas que essas equipes sejam ampliadas, a fim de que toda as Unidades Básicas de Saúde do município de Guarulhos sejam apoiadas com o serviço dessas equipes especializadas.

Considerando que o município de Guarulhos vem apresentando um modelo de assistência à saúde diferenciado, especificamente com a inserção de equipes multiprofissionais de apoio à atenção básica (NASF e NAAB), é relevante compreender de que forma os profissionais de saúde trabalham em equipe e dentro de um modelo de apoio matricial; e como fazer esse trabalho na perspectiva da promoção da saúde.

Considerando também que o nutricionista é um profissional importante na saúde pública e que ele está presente nas equipes de apoio à atenção básica do município de Guarulhos, configura-se como tema de interesse conhecer as ações desenvolvidas pelos nutricionistas do NASF e do NAAB, na medida em que transpõe o conhecimento técnico dos nutricionistas para o campo das práticas.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Compreender a inserção profissional do nutricionista no trabalho em equipe multiprofissional na atenção básica de saúde.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a atuação do nutricionista nas equipes do NASF e equipes do NAAB no município de Guarulhos, identificando diferenças e semelhanças entre os dois modelos de trabalho;
- Identificar a percepção do nutricionista sobre o seu papel nas equipes do NASF e do NAAB;
- Identificar como o nutricionista relaciona suas atividades profissionais à promoção da saúde.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. LOCAL DO ESTUDO

O Município de Guarulhos localiza-se a nordeste da Região Metropolitana de São Paulo, sendo um dos 39 municípios que a integra, encontrando-se posicionado no principal eixo de desenvolvimento do país, São Paulo-Rio de Janeiro, a 17 km da capital. Os limites dos municípios vizinhos são: Arujá (leste), Itaquaquecetuba (sudeste), Mairiporã (noroeste), Nazaré Paulista (norte), São Paulo (sul, sudeste e oeste) e Santa Isabel (nordeste) (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2010).

Guarulhos é a maior cidade não capital do país, possuindo uma área de 341 km², e é o município brasileiro mais populoso, excluindo as capitais, com aproximadamente 1.351.790 habitantes, com concentração na área urbana (98%). A taxa de crescimento populacional anual no período de 2000 a 2010 foi de 2,37% (IBGE, 2009; FUNDAÇÃO SEADE, 2010).

O Produto Interno Bruto (PIB) de Guarulhos em 2007 alcançou a marca de R\$ 27,4 bilhões, sendo a 9ª economia do país e a 2ª do Estado de São Paulo, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), participando com 1,03% do PIB nacional.

A cidade de Guarulhos, no período de 2002 a 2008, segundo a Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo, apresentou um crescimento na participação do valor adicional fiscal do Estado de São Paulo superior à média da região metropolitana e da capital. O município possui o segundo maior Parque Industrial do Estado de São Paulo e, certamente, o mais diversificado. São 2.500 indústrias, nos mais variados segmentos, sendo que os principais são: farmacêutica, química, autopeças, metalúrgica, mecânica, têxtil, gráfica e construção civil (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011a).

Tanto a atividade industrial, como o comércio e o setor de serviços caracterizam-se como importantes fontes de recursos e de desenvolvimento da cidade, ocupando papel essencial na geração de empregos e renda. Isto se deve, entre outros fatores, em função da localização estratégica do município e da presença do maior aeroporto internacional da América do Sul, o Aeroporto Internacional de Guarulhos (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2010).

O crescimento industrial da cidade, até o ano 2000, não foi acompanhado pela melhoria das condições de vida das pessoas que a habitam. O grande fluxo populacional migratório que se dirigiu a Guarulhos em busca de oportunidades de trabalho e emprego foi desordenado e criou um movimento sócio territorial, onde faixas da população de menor renda foram privadas de condições básicas de saneamento e de inserção efetiva à cidade, gerando graves desigualdades sociais contribuindo para o aumento das iniquidades e fatores de risco às doenças e aos agravos de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2010).

O município está distribuído em 47 bairros oficiais, e é marcado por grande diversidade sócio-econômica entre os seus bairros, uma vez que quase 50% população ganha até 3 salários mínimos e 3% recebe acima de 30 salários mínimos. Esta diferença delimita fronteiras e cria dentro de uma mesma cidade uma parte rica, legal e infraestruturada; e outra, pobre, ilegal e/ou precária, com pouco acesso às oportunidades econômicas, sociais e culturais (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011a).

As políticas públicas municipais, que visam combater as iniquidades, abarcando a cidade como um todo, ocorrem fundamentalmente através de programas de distribuição de renda voltados para a população em situação de vulnerabilidade, como o Programa Bolsa Auxílio ao Desempregado, Programa Renda Cidadã e Programa Bolsa Família, entre outros. Há, também, aqueles voltados para os idosos e portadores de deficiência, beneficiários do Instituto Nacional do Seguro Social (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011a).

A prefeitura do município de Guarulhos conta com 20 secretarias, sendo uma delas a Secretaria Municipal de Saúde, que desenvolve, coordena e executa políticas de saúde e higiene do município, além de gerenciar o Fundo Municipal de Saúde.

O município está atualmente dividido em 4 regiões de saúde, conforme Figura 1:

Figura 1 – Município de Guarulhos, segundo divisão por regiões e distrito de saúde. Guarulhos – SP, 2011.

Fonte: Prefeitura Municipal de Guarulhos, 2011a.

Ao observar os equipamentos de saúde existentes no município, verifica-se que a Região de Saúde I - Centro concentra a maior parte dos serviços de maior complexidade, como os hospitais e os centros de especialidades: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); CEP (Centro de Estimulação Precoce); CMEG (Centro Médico de Guarulhos); CAPD

(Centro de Atendimento à Pessoa Deficiente); Ambulatório da Criança; bem como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. Já nas Regiões de Saúde II - Cantareira, Região de Saúde III - São João/Bonsucesso e Região de Saúde IV - Pimentas/Cumbica, predominam as policlínicas e as Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família (USF), como apresentado no Quadro 1:

Quadro 1- Distribuição dos equipamentos de saúde, segundo Regiões de Saúde do Município de Guarulhos – SP, 2011.

Equipamentos de Saúde	Regiões de Saúde				Total
	I Centro	II Cantareira	III São João/ Bonsucesso	IV Pimentas/ Cumbica	
UBS	10	6	6	5	27
USF	3	12	10	16	41
Equipes do NAAB	6	4	2	1	13
Equipes do NASF	0	2	2	2	6
Hospital Público	6	0	0	1	7
Hospital Particular/ Filantrópico	4	1	0	1	6
Policlínica	1	1	3	2	7
Centro de Especialidades	9	0	1	1	11
Centro de Especialidades Odontológicas	2	0	1	1	4
Bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	3	1	2	1	7
Farmácia Popular	1	0	0	0	1

Fonte: Prefeitura Municipal de Guarulhos, 2011.

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Segundo MINAYO (2008), um estudo com abordagem qualitativa permite observar com mais acurácia as relações, representações, percepções e opiniões que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam, trazendo contribuições singulares para a pesquisa.

As pesquisas qualitativas podem ser classificadas em três grupos: exploratórias, descritivas ou explicativas. De acordo com GIL (2007), uma pesquisa exploratória tem por objetivo proporcionar maior familiaridade com o tema a ser estudado, e deve ser realizada quando o assunto é pouco explorado ou difícil de formular hipóteses. A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relação entre variáveis. Já a pesquisa explicativa tem como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência de determinado fenômeno e exige uma visão mais profunda da realidade.

Assim, optou-se em utilizar a abordagem qualitativa, de caráter exploratório, para a coleta e análise dos dados, por ser considerada a mais apropriada para compreender a atuação do nutricionista na equipe multiprofissional.

3.3 SUJEITOS DE PESQUISA

Para o presente estudo, utilizou-se a amostra não probabilística do tipo intencional, pois segundo GIL (2007), essa amostra é conveniente quando o universo de investigação é geograficamente concentrado e pouco numeroso, possibilitando que sejam pesquisados todos os elementos. A amostra intencional permite selecionar os indivíduos com base nas características relevantes pelo pesquisador, mostrando-se mais adequada para a obtenção de dados de natureza qualitativa.

Definiu-se como critério de inclusão, todos os nutricionistas que atuam na atenção básica de saúde de Guarulhos, junto à equipe multiprofissional do NASF ou do NAAB, por um período mínimo de 1 (um) ano e que aceitam participar da pesquisa.

O quadro atual de nutricionistas inseridos nessas equipes multiprofissionais é composto por 12 profissionais, sendo 6 nas equipes do NASF e 6 nas equipes do NAAB. Deste grupo, 4 pessoas foram excluídas da pesquisa: duas por não atenderem ao critério de inclusão, uma por estar de licença médica e a outra é a própria pesquisadora, resultando num conjunto de 8 profissionais entrevistados, sendo 5 nutricionistas do NASF e 3 nutricionistas do NAAB.

3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi realizado um levantamento do número de nutricionistas que trabalham na atenção básica do município de Guarulhos e os locais onde as mesmas trabalham. Algumas nutricionistas foram contatadas por e-mail e outras por contato telefônico, onde foi apresentado o projeto às profissionais, detalhando o objetivo da pesquisa, assim como a verificação se a profissional se enquadrava nos critérios de inclusão. A partir disso, foi agendado com a nutricionista uma data e um horário para a realização da entrevista individual, sendo que a mesma poderia ocorrer no seu local de trabalho ou em outro lugar que permitisse a sua realização. Assim, as entrevistas ocorreram no período de setembro a dezembro de 2010.

A entrevista é uma técnica através da qual o pesquisador se coloca diante do participante para quem faz perguntas, com o objetivo de obter informações que contribuam para a investigação. As entrevistas podem ser elaboradas de diferentes formas, e neste estudo foi utilizada a entrevista semi-estruturada, pois segundo MINAYO (2008), permite que o entrevistado discorra sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada.

Para a realização da entrevista, foi elaborado um instrumento de coleta (Anexo 1), com base no estudo realizado por PÁDUA e BOOG, 2006; e nos documentos relacionados à Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b), à Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica (BRASIL, 2009), e às diretrizes do NASF (BRASIL, 2010a).

O instrumento de coleta foi estruturado de forma a caracterizar a população a ser estudada, contendo variáveis do tipo: sexo, idade, escolaridade, tempo de formado, instituição de graduação, área de atuação, tempo de atuação na equipe multiprofissional, número de Unidades Básicas de Saúde atendidas e composição da equipe de trabalho. Nesse mesmo instrumento de coleta, foi inserido um questionário semi-estruturado, para explorar a forma como o nutricionista vem atuando nas equipes do NASF e do NAAB.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos conteúdos de entrevistas, enfatiza-se a necessidade de utilização de um método capaz de apreender opiniões solidamente mantidas e frequentemente expressas. Entre as técnicas mais empregadas nesta fase, destacam-se a análise de conteúdo e a análise do discurso (TRAD, 2009).

Neste estudo, utilizou-se a análise de conteúdo, onde o pesquisador recolhe comportamentos verbais que servem de indicadores e, agrupados, constituem unidades da vida social. Esta análise pode aplicar-se a um conjunto de respostas obtidas em uma pesquisa ou questionário, com o objetivo de traduzir os fatos sociais em dados suscetíveis de tratamento quantitativo ou qualitativo (TOBBAR e YALOUR, 2003). Numa abordagem qualitativa, a construção dos objetivos de uma pesquisa, ao menos em parte, pode ocorrer ao longo do processo; assim como as categorias poderão ir emergindo ao longo do estudo, também os objetivos no seu sentido mais preciso, poderão ir se delineando à medida que a investigação avança.

Entretanto, de um modo geral, é possível afirmar que ao concluir-se uma pesquisa, esta deve ser capaz de explicitar com clareza os objetivos do trabalho realizado (MORAES, 1999).

De acordo com BARDIN (2008), a análise dos dados da entrevista ocorreu em três fases:

1. Pré-análise: objetiva operacionalizar e sistematizar as idéias presentes no depoimento. Para isto, recomenda-se uma leitura de todos os materiais e tomar uma primeira decisão sobre quais deles efetivamente estão de acordo com os objetivos da pesquisa.

2. Exploração do material: consiste em identificar nas falas as unidades de significado. MORAES (1999) recomenda, neste momento, reler cuidadosamente os materiais com a finalidade de definir a unidade de análise, que é o elemento unitário de conteúdo a ser submetido posteriormente à classificação; podem ser tanto as palavras, frases, temas ou mesmo os documentos em sua forma integral. Cada unidade de análise, para ser submetida à classificação necessita estar isolada, assim recomenda-se que isto seja feito reescrevendo-se cada uma delas em um cartão, de modo a ficarem individualizadas e isoladas. Este processo de isolar as unidades de análise exige que estas sejam reescritas ou reelaboradas, de modo que possam ser compreendidas fora do contexto original em que se encontravam. É importante salientar que neste processo de fragmentação de um texto, necessariamente se perde parte da informação do material analisado. A leitura feita representará sempre uma perspectiva do pesquisador. Entretanto, na medida em que se tem consciência de que não existe uma leitura objetiva e completa de um texto, esta perda de informação pode ser justificada pelo aprofundamento em compreensão que a análise possibilita;

3. Tratamento dos resultados e interpretação: visa agrupar as unidades de significado de acordo com sua semelhança.

MORAES (1999) sugere que sejam construídas as unidades de contexto, a partir do agrupamento de diversas unidades de registro. Em seguida, inicia-se o processo de categorização, que é um procedimento de

agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo; no presente estudo, definiu-se a categorização por critérios semânticos, originando categorias temáticas. Na construção dessas categorias, ainda segundo MORAES (1999), elas precisam atender a alguns critérios: validade - todas as categorias criadas sejam significativas e úteis em termos do trabalho proposto; exaustividade – possibilita a inclusão de todas as unidades de análise; exclusividade - um mesmo dado não pode ser incluído em mais de uma categoria; objetividade - não deve ficar nenhuma dúvida quanto às categorias em que cada unidade de conteúdo deveria ser integrada. O autor ainda aponta que, em uma pesquisa de abordagem qualitativa, deve-se produzir um texto síntese, em que se expresse o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise, para cada uma das categorias. Geralmente é recomendável que se faça uso intensivo de “citações diretas” dos dados originais.

Após essas fases, é possível interpretar o fenômeno estudado com base nos dados analisados, junto com o conhecimento teórico do pesquisador. Neste momento, procura-se compreender a fala manifesta pelo entrevistado, bem como o contexto em que ele se insere.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa atende às disposições da Resolução n. 196/96, referente aos regulamentos de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1997a). Para dar início a sua execução, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, pelo parecer nº 331/11 (Anexo 2), com o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). Após a finalização da pesquisa, os resultados da pesquisa serão repassados à Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos, que receberá 1 cópia do trabalho, onde estão incluídas algumas recomendações para o aprimoramento do serviço.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa são 8 nutricionistas, todos do sexo feminino. Em estudo realizado por VIEIRA (2011), verificou que todas as nutricionistas atuantes na atenção básica no município de São Paulo também eram mulheres. Trazendo esse percentual para um grupo maior de participantes, o CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS - CRN (2006b) investigou o perfil dos nutricionistas brasileiros, e dos 2.492 entrevistados, 96,5% eram mulheres, reforçando a presença feminina nesse grupo profissional.

Em relação à faixa etária, as entrevistadas possuem idade entre 24 a 33 anos, e a maioria se formou há menos de 5 anos. Percebe-se, portanto, um conjunto de nutricionistas jovens e recém-formadas, que compõem as equipes de apoio no município de Guarulhos.

Quanto à instituição de formação acadêmica, todas as nutricionistas graduaram-se em faculdades particulares, que pode ser explicado pelo fato de haver uma predominância no número de instituições de ensino particular no país. Segundo dados do MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2012), atualmente existem 75 cursos de nutrição em instituições de ensino superior no Estado de São Paulo, com expressiva concentração nas instituições de ensino privado (94%).

A maioria das nutricionistas já havia feito um ou mais cursos de pós-graduação e uma cursou o mestrado. Dentre os cursos citados, a área de nutrição clínica foi a que apareceu com maior frequência. O motivo mais citado pelas entrevistadas para a realização da pós-graduação foi o aperfeiçoamento profissional, seguido da atualização e melhora salarial.

Em relação ao tempo de serviço das nutricionistas nas equipes do NASF e do NAAB, todas as entrevistadas apresentam menos de 2 anos no

serviço, visto que o processo seletivo em Guarulhos ocorreu em julho de 2009 e o início da contratação se deu em dezembro do mesmo ano.

Quanto à carga horária de trabalho dessas profissionais, todas as entrevistadas cumprem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. De acordo com a política municipal de Guarulhos, os profissionais do NAAB devem realizar uma carga horária de 30 horas semanais ou uma carga horária com extensão, passando para 40 horas semanais (Prefeitura Municipal de Guarulhos, 2008). Já o Ministério da Saúde determina que os profissionais do NASF cumpram no mínimo 40 horas semanais, para que ocorra o repasse de recursos federais. O Ministério da Saúde estabelece essa carga horária a fim de que o horário de trabalho dos profissionais do NASF seja coincidente com o das equipes de saúde da família, visando um comprometimento exclusivo dos profissionais com o serviço e favorecendo um maior envolvimento e vínculo destes com as equipes e a comunidade (BRASIL, 2008a).

O que se percebe é que realmente existe uma dedicação exclusiva dessas profissionais entrevistadas com o trabalho do NASF e NAAB, visto que nenhuma profissional entrevistada possui outro vínculo empregatício além da prefeitura de Guarulhos. Esse resultado encontrado em Guarulhos é diferente do que outros estudos vêm demonstrando, como uma pesquisa realizada em Ouro Preto, onde 59% dos profissionais afirmaram possuir mais de um vínculo empregatício. Dentre eles, 27% o faziam por melhoria salarial e 31% atribuíam por melhoria salarial e realização profissional. É relevante destacar ainda que, a área de nutrição social (ou nutrição em saúde pública), foi a que apresentou a menor remuneração salarial (3,6 salários mínimos, com carga horária de 25,5 horas semanais), quando comparada às áreas clínica, docência e alimentação coletiva (RODRIGUES et al., 2007).

Alguns estudos apontam, como o de RODRIGUES et al. (2007), que a prática do atendimento clínico representa, para alguns nutricionistas, o alcance do trabalho desejado no início da carreira, bem como a busca pela autonomia no trabalho. Nesse sentido, foi possível identificar também que 3

das nutricionistas entrevistadas realizavam atendimento clínico particular, como um trabalho complementar ao trabalho na prefeitura de Guarulhos. Os dados não evidenciam diferenças entre quem realiza ou não essa atividade e também não há informações suficientes para entender o motivo desta complementação de atividade profissional.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES DO NASF E DO NAAB

As nutricionistas entrevistadas estão inseridas nas equipes multiprofissionais do NASF e do NAAB, sendo que estas equipes devem ser formadas por no mínimo 5 diferentes profissionais de nível superior. Verifica-se que a composição das equipes de apoio, tanto do NASF como do NAAB, foi muito semelhante, conforme descrição no Quadro 2:

Quadro 2- Composição das equipes do NASF¹ e do NAAB², segundo categorias profissionais. Guarulhos – SP, 2011.

Categoria Profissional	NASF 1	NASF 2	NASF 3	NASF 4	NASF 5	NAAB 1	NAAB 2	NAAB 3
Assistente Social	X	X	X	X	X	X	X	X
Educador Físico	X	X	X	X	X	X	X	X
Fisioterapeuta	X	X	X				X	X
Fonoaudiólogo	X	X	X	X		X	X	X
Nutricionista	X	X	X	X	X	X	X	X
Psicólogo	X	X	X	X	X	X	X	X
Terapeuta Ocupacional					X			

Notas: ⁽¹⁾Núcleo de Apoio à Saúde da Família

⁽²⁾Núcleo de Apoio à Atenção Básica

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a) determina que a escolha das categorias profissionais que irão compor as equipes do NASF seja de responsabilidade do gestor municipal, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

No caso do município de Guarulhos, as 4 Coordenadorias Regionais de Saúde elencaram as categorias profissionais para compor os NASF e os NAAB de suas regiões, de acordo com o perfil epidemiológico, quantificação de serviços instalados e estudo das principais demandas de cada área (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011b).

Assim, no ano de 2009 e 2010, foram formadas as equipes do NASF e do NAAB em Guarulhos, sendo que das 6 equipes do NASF criadas, 5 contavam com o nutricionista, e das 8 equipes do NAAB, 5 tinham nutricionista, sendo que 2 dessas nutricionistas faziam parte de 2 equipes do NAAB ao mesmo tempo. Desta forma, apenas uma equipe do NASF e uma equipe do NAAB não contavam com o trabalho do nutricionista.

No ano de 2011, foram contratadas mais 2 nutricionistas, sendo uma inserida na equipe do NASF e outra inserida na equipe do NAAB, e formaram-se mais 5 equipes do NAAB. O município de Guarulhos conta atualmente com 6 equipes do NASF e 13 equipes do NAAB, possuindo nutricionista em todas as equipes do NASF e em 8 equipes do NAAB. Em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de nutricionistas, em 2009, verificou-se que 70% das equipes do NASF do país contavam com o nutricionista em sua equipe, sendo um dos profissionais mais presentes na composição das equipes do NASF (CFN, 2009).

Realizada a contratação desses profissionais que iriam compor as equipes do NASF e do NAAB no município de Guarulhos, iniciou-se um processo de acolhimento e capacitação destes. As nutricionistas do NAAB foram inseridas junto às equipes do NASF, permanecendo por um período de 3 meses nessas equipes, a fim de participar da implantação do NASF e entender como seria sua atuação na equipe do NAAB. Posteriormente, essas nutricionistas foram transferidas para a Unidade de Saúde que

estavam cadastradas, para compor as equipes do NAAB (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011b).

Apesar da formação das equipes do NASF e do NAAB ter ocorrido num mesmo período, com composição das equipes, em termos de categorias profissionais, serem muito semelhantes; ainda que os profissionais tenham realizado uma capacitação/treinamento para desenvolverem um trabalho similar, seguindo as mesmas diretrizes de trabalho (diretrizes do NASF), verifica-se que o NASF e o NAAB se diferenciam, entre outros aspectos, pela região onde estão inseridos.

Verifica-se que todas as nutricionistas do NAAB entrevistadas atuam na região central do município (Região de Saúde I-Centro), sendo esta a região onde há uma maior concentração de UBS tradicionais e de equipamentos de saúde, principalmente do nível de atenção secundário e terciário, quando comparada às outras regiões de saúde de Guarulhos.

Já as nutricionistas do NASF atuam nas regiões mais periféricas do município (Região de Saúde II-Cantareira; Região de Saúde III-São João/Bonsucesso; Região de Saúde IV-Pimentas/Cumbica), regiões nas quais há a maior concentração de USF e menor número de equipamentos de saúde, sendo que em algumas dessas regiões não há equipamentos de alta complexidade, como hospitais públicos, conforme apresentado anteriormente no Quadro 1.

Segundo dados fornecidos pela PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS (2011a), referentes a dezembro de 2009, é possível constatar no Município, em média, uma UBS para cada 19.329 habitantes. Uma interpretação superficial indica que a rede de Atenção Básica dispõe de um número adequado de UBS, de acordo com os parâmetros da Política Nacional da Atenção Básica: uma UBS tradicional para no máximo 30.000 habitantes e uma UBS com a Estratégia Saúde da Família para 12.000 habitantes.

Entretanto, em uma análise mais detalhada dos dados do diagnóstico situacional, revelam-se importantes desigualdades territoriais e colocam o

desafio na busca do melhor atendimento às necessidades da população (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011a).

Observa-se ainda que as regiões periféricas do município de Guarulhos apresentam uma taxa de crescimento demográfico mais elevada, quando comparadas à região central, e possuem moradias mais acessíveis, porém com infraestrutura precária, constatando cerca de 380 núcleos de favelas (PAULA e PIMENTA, 2007).

Outro aspecto que diferencia a equipe do NASF e com a do NAAB é o tipo de profissionais com quem eles se relacionam. Nota-se que as equipes do NASF estão vinculadas às equipes das Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família, denominadas Unidades Saúde da Família (USF), devendo atender de 8 a 20 equipes de saúde da família, enquanto que as equipes do NAAB não apresentam uma definição do número de equipes a serem atendidas, e estão vinculadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e às USF. Observa-se que, em termos de números de Unidades atendidas, as equipes do NASF do município de Guarulhos atendem de 3 a 5 USF, enquanto que as equipes do NAAB atendem de 2 a 4 UBS/ USF.

Na literatura são apontados vários elementos que distinguem a atenção primária prestada pela Saúde da Família da atenção prestada por tradicionais unidades de saúde, entre os quais se destacam: delimitação da área de abrangência com adscrição de clientela, ênfase na ação da equipe da saúde da família em contraposição à ênfase na intervenção médica, organização da demanda, ênfase na atenção integral e no enfoque familiar. Entretanto, na prática essas diferenças nem sempre são grandes. Unidades de saúde possuem uma clientela adscrita, mesmo quando não formalizada; muitas vezes já ampliaram as ações preventivas e o enfoque familiar nunca está totalmente ausente (STRALEN et al., 2008).

4.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS NUTRICIONISTAS DO NASF E DO NAAB

4.3.1 Agenda de Trabalho e Noção de “Matriciamento”

Ao questionar as nutricionistas do NASF do município de Guarulhos sobre suas atividades profissionais, elas descrevem uma agenda de trabalho dividida em reuniões, atendimentos individuais, atendimentos em grupo, visitas domiciliares, ações realizadas fora da Unidade de Saúde e capacitações para os profissionais da equipe de referência. Agenda de trabalho semelhante foi descrita pelas nutricionistas do NAAB, destacando que a política do NAAB segue as mesmas diretrizes propostas para as equipes do NASF.

No ano de 2010, o Ministério da Saúde publicou um documento intitulado Cadernos de Atenção Básica n.27 - Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Este documento propõe a criação de uma agenda de trabalho aos profissionais do NASF, a ser organizada da seguinte forma: uma parte deve ser reservada para atividades pedagógicas, com espaços coletivos de discussão e planejamento do trabalho; outra parte deve ser composta por atividades assistenciais diretas pelos profissionais do NASF com os usuários e/ou famílias, como o atendimento individualizado; e a terceira parte seja disponibilizada para ações no território de sua responsabilidade, junto às equipes de saúde da família (BRASIL, 2010a).

O documento destaca a importância em estabelecer espaços rotineiros de discussões e de planejamento em equipe (NASF) e entre equipes (NASF e equipe de saúde da família), com reuniões para definir objetivos, critérios de prioridades, critério de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos, discussões de casos/situações, entre outros (BRASIL, 2010a).

Em relação às reuniões, as nutricionistas entrevistadas referiram haver 2 tipos: as reuniões de “matriciamento” e as reuniões “gerais”. Nota-se

que o termo “matriciamento” é um neologismo normalmente utilizado por profissionais inseridos no contexto da saúde pública, em substituição ao termo “apoio matricial”, que é adotado na literatura científica e nos documentos do Ministério da Saúde.

As entrevistadas denominam de reuniões de “matriciamento” as reuniões que acontecem entre a equipe de apoio matricial e a equipe de referência, para a discussão dos casos trazidos pela equipe de referência. No presente estudo, as equipes de saúde da família das USF são as equipes de referência e o NASF é a sua equipe de apoio matricial; enquanto que nas UBS tradicionais, todos os profissionais de saúde, como enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico, atendente SUS, entre outros, formam a equipe de referência da UBS, e o NAAB é a sua equipe de apoio matricial.

A reunião de “matriciamento” foi referida, por algumas nutricionistas do NASF, como um momento para a discussão dos casos mais complexos encontrados na região. Elas caracterizam como casos complexos aqueles que exigem uma intervenção multidisciplinar, que geralmente não é um problema de resolução rápida. Já as nutricionistas do NAAB e algumas nutricionistas do NASF não especificaram o tipo de caso que era discutido em reunião, pelo contrário, afirmaram que todos os casos que aparecem são discutidos nessa reunião.

A partir dos dados trazidos pela equipe de referência, os profissionais presentes na reunião discutem aquele caso e determinam o tipo de conduta que será feito, que pode ser desde um acompanhamento com um determinado profissional, realizado na própria Unidade de Saúde, até um encaminhamento para serviços especializados na rede de saúde do município.

Segundo BARRÊTO et al. (2012), o envolvimento dos profissionais do apoio matricial nas reuniões constitui um processo importante no que concerne à discussão e pactuação de ações e serviços que beneficiam na resolução de problemas identificados no território. Esses profissionais também atuam como facilitadores/educadores na reflexão tanto do processo

de trabalho da equipe de saúde da família, quanto da articulação desta com a rede assistencial municipal.

CAMPOS e GUERRERO (2010) afirmam que essas reuniões permitem abordar os casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência, de forma que a equipe de apoio auxilie na formulação e execução de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para um sujeito ou família, a qual a equipe de referência teve dificuldades em resolver, devido ao caso ser mais complexo. Os autores consideram como casos complexos aqueles em que a equipe de referência já depositou alguma energia, porém considera frustrados os seus esforços.

Uma profissional do NASF citou que utiliza o PTS para os casos que apresenta uma complexidade maior. Na percepção desta profissional, o PTS é uma espécie de roteiro, no qual os profissionais devem descrever as condutas necessárias a serem realizadas para um determinado caso, que posteriormente será rediscutido para uma avaliação do resultado:

Antes de passar pro apoio matricial, o agente de saúde tem que estar com essa ficha preenchida, que é falando um pouco da história da família (...) Aí a gente tem o projeto terapêutico, o PTS, que é um roteiro que a gente utiliza pra aqueles casos que a gente vê necessidade de fazer. Aí quando a gente vê que o caso é muito complexo, necessita de uma intervenção multidisciplinar, muito complexa, não é uma coisa de resolução rápida, aí a gente faz o PTS (nutricionista do NASF).

A ausência de falas de outras nutricionistas relacionadas ao PTS, e na própria fala desta nutricionista, ao relatar que a utilização do PTS é algo recente, talvez possa demonstrar uma dificuldade na utilização desta ferramenta proposta pelo Ministério da Saúde, ou também porque não é algo característico no trabalho dessas profissionais, e que eles vêm criando outras formas de conduzir os casos apresentados:

Isso [uso do PTS] também é recente, está acontecendo há três ou quatro meses só, e não é pra todo caso que a gente faz, só pra aqueles casos que a gente vê uma necessidade de um planejamento maior (nutricionista do NASF).

As reuniões de “matriciamento” são apontadas como uma das principais atividades realizadas pelas nutricionistas do NASF em Guarulhos. Já entre as nutricionistas do NAAB, essas reuniões ocorrem com menor frequência e, em algumas UBS atendidas pelas equipes do NAAB, não há a existência dessas reuniões. Os casos que necessitam do atendimento da nutricionista são encaminhados diretamente às profissionais, que se tornam as únicas responsáveis pelo tratamento do paciente. Ainda foram apontadas, pelas nutricionistas do NAAB, que existem UBS em que as reuniões de “matriciamento” ocorrem somente com os profissionais do NAAB, onde eles se reúnem para a discussão dos casos, sem haver a participação de nenhum profissional de saúde da Unidade de Saúde. É importante observar que as reuniões para a discussão de casos é uma atividade rotineira para as equipes de saúde da família, fato que não ocorre nas UBS tradicionais.

Pelas características apresentadas, provavelmente a equipe de saúde das UBS tradicionais faz uma triagem dos casos que serão encaminhados à equipe do NAAB, e a reunião chamada de “matriciamento” pelas nutricionistas acaba se reduzindo, na maioria das vezes, a uma reunião de especialistas que se preocupam com determinados casos que são encaminhados a esses profissionais, como descritos na fala de duas nutricionistas:

Então lá acaba discutindo algum caso, ou faz visita domiciliar, é mais esse enfoque (...) aí a gente fala de algum caso, acaba falando de alguma coisa da Unidade (...) a reunião de matriciamento só participa a equipe do NAAB, não tem outro profissional (nutricionista do NAAB).

A gente marca de fazer uma reunião mesmo entre a equipe NAAB, só a equipe NAAB, sem a equipe de saúde (nutricionista do NAAB).

CAMPOS (1999) afirma que o apoio matricial é uma metodologia de trabalho que altera a tradicional noção de referência e contrarreferência vigente nos sistemas de saúde. Neste sentido, o autor sugere a substituição dos encaminhamentos de casos, para um desenho de projetos terapêuticos, que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a

responsabilidade principal pela condução do caso continua com a equipe de referência.

Existe um cronograma elaborado no início do ano pela equipe do NASF e do NAAB junto aos profissionais da equipe de referência, onde são definidas as datas em que ocorrerão as reuniões de “matriciamento” durante o ano todo. Nas equipes do NASF, o horário da reunião de “matriciamento” é dividido de acordo com o número de equipes de saúde da família da UBS, ou seja, os casos são discutidos somente entre os profissionais da equipe de referência responsáveis pelo caso e pela equipe de apoio. Por exemplo, a USF conta com 3 equipes de saúde da família (área 1, área 2 e área 3); primeiro será discutido os casos da equipe de referência da área 1 junto ao NASF; depois será feito com a equipe de referência da área 2, e assim por diante. Já entre os profissionais do NAAB, essa divisão só ocorre nas UBS com estratégia saúde da família; nas UBS tradicionais, todos os casos são trazidos de uma única vez pelos profissionais da UBS, onde são discutidos os casos entre os profissionais presentes.

Tanto no NASF quanto no NAAB a periodicidade das reuniões de “matriciamento” nas Unidades é, em sua maioria, mensal. Em uma Unidade atendida pela equipe do NAAB, existem 2 reuniões de “matriciamento” na mesma semana, uma de manhã e outra à tarde, a fim de discutir os casos com todos os profissionais, pois alguns profissionais têm carga horária de trabalho reduzida, apresentando horários de trabalho diferentes. Este duplo horário de reunião, numa mesma semana, é visto pela nutricionista como um fator não proveitoso ao seu trabalho, como segue na fala:

Eu acho que não precisava ter 2 reuniões do NAAB, de manhã e de tarde (...) fica muito tempo ali e acaba não sendo proveitoso (nutricionista do NAAB).

O fluxo no qual os usuários chegam até a nutricionista varia entre as Unidades de Saúde atendidas pelas equipes do NASF e do NAAB. Foram encontradas 2 formas distintas, como demonstradas a seguir:

- O usuário é acolhido pela equipe de referência, e esta, após avaliar a necessidade de uma intervenção da equipe de apoio, compartilha o caso

com os demais profissionais presentes na reunião de “matriciamento”, para então ser realizada a conduta necessária. Apenas nos casos considerados mais urgentes, os profissionais de apoio matricial são acionados pela equipe de referência, a fim de realizar alguma intervenção, e posteriormente o caso será discutido em reunião;

- Os casos são encaminhados à nutricionista por uma guia de referência e contrarreferência, utilizada nos serviços de saúde no município, ou os usuários podem agendar consulta direto com a nutricionista, sem encaminhamento médico (referido por algumas nutricionistas do NAAB).

Ao observar esse dois fluxos, pode-se constatar que o primeiro está de acordo com a proposta de apoio matricial, em que se estabelece a discussão dos casos em reunião, junto à equipe de referência. Este fato não observado no segundo fluxo demonstra claramente uma organização de encaminhamentos condizente aos serviços de saúde tradicionais.

Quando a política do NASF estabelece a implantação das equipes de apoio, ela prevê que essas equipes operacionalizem suas ações com foco na unidade familiar e no contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade (CAMPOS et al., 2009). Assim, os profissionais de saúde devem ter esse olhar ampliado nas reuniões de discussões dos casos, considerando o indivíduo inserido neste contexto.

Neste aspecto, houve uma diferença na fala das nutricionistas do NASF e do NAAB. Todas as nutricionistas do NASF enfatizaram a questão familiar na abordagem dos casos trazidos nas reuniões de “matriciamento”, fato este não observado pelas falas de algumas nutricionistas do NAAB. Outro aspecto é que os casos são encaminhados aos profissionais do NAAB, muitas vezes, em fichas de referência/contrarreferência, que só relatam a situação do indivíduo isolado do seu contexto familiar, observado nas falas:

Na reunião a gente tenta discutir os casos. Vamos supor, vem um caso pra nutricionista, então a gente tenta ver a história dessa família (nutricionista do NASF).

Essa reunião seria mesmo pra que a gente discutisse os casos, os pacientes que foram encaminhados (nutricionista do NAAB).

O NAAB foi criado dentro de uma lógica de trabalho do NASF, com toda fundamentação teórica relacionada ao modelo de atenção de saúde da família. Contudo, ele foi inserido num outro arranjo organizacional, que é o modelo de atenção básica tradicional, que tem em sua estrutura de trabalho um processo totalmente diferente ao da saúde da família. Com isso, percebe-se que as UBS tradicionais possivelmente não estão aderindo ao processo de trabalho de apoio matricial proposto pelo NAAB, o que resulta com que as nutricionistas, junto com os outros integrantes da equipe do NAAB, não consigam efetivar as propostas de trabalho, de acordo com as diretrizes do NASF. Assim, a equipe NAAB está funcionando como um ambulatório de especialidades, que realiza um rodízio entre as UBS tradicionais, para atender aos casos que aparecem nas Unidades, trabalho este condizente ao sistema de saúde tradicional.

Contudo, observa-se que as equipes do NAAB estão tentando construir essas reuniões de “matriciamento” num formato mais parecido com as do NASF, e uma das formas de se estabelecer isso, relatado por uma nutricionista do NAAB, foi a criação de uma “ficha de acolhimento”. Segundo a entrevistada, a ficha de acolhimento é um roteiro de questões relacionadas ao indivíduo e seu contexto familiar, que tem por objetivo qualificar a escuta dos profissionais das UBS tradicionais, para que os mesmos consigam captar as informações relevantes do usuário e sua família, para que depois, em reunião com a equipe de apoio, consigam formular uma melhor resposta ao problema apresentado. As fichas deveriam ser utilizadas como um instrumento norteador aos profissionais das UBS na coleta de informações dos casos, como exemplificado na fala:

Nós é que elaboramos a ficha, simples até para que um atendente SUS pudesse acolher (...) A idéia era todo mundo acolher, não só o atendente SUS, uma auxiliar, que é essa a proposta (nutricionista do NAAB).

A “ficha de acolhimento” também é utilizada em algumas Unidades de Saúde atendidas pelas equipes do NASF, sendo elaborada, em algumas

Unidades, pela equipe do NASF, e em outras, pela equipe de saúde da Unidade.

O preenchimento da “ficha de acolhimento” também é feito de diferentes formas nas Unidades de Saúde, sendo que em uma Unidade atendida pelo NASF ela deve ser preenchida somente pelo enfermeiro, e o agente comunitário de saúde (ACS) pode contribuir com algumas informações. Determinou-se, nesta Unidade, a responsabilidade do preenchimento da ficha pelo enfermeiro, porque alguns dados só podem ser obtidos por meio da ação do mesmo, como a aferição de pressão arterial. Em outras Unidades atendidas pelo NASF, todos os profissionais podem preencher a ficha de acolhimento. Nas Unidades atendidas pelo NAAB, a orientação é que esta possa ser preenchida por todos os profissionais de saúde.

Observa-se pela fala de uma nutricionista do NAAB que o preenchimento da ficha de acolhimento muitas vezes é feito de forma inadequada, ou até mesmo a sua utilização não ocorre:

...ela [ficha de acolhimento] não é usada como deveria ser (...) Então por diversas vezes a gente vai atrás do atendente que fez isso [preencheu a ficha de acolhimento] pra saber mais detalhes (...) Outras vezes eu arrisco. Eu ligo pro paciente e pergunto, aí já faço um acolhimento pelo telefone, porque não tem jeito. Na verdade existe uma ficha, mas ficou um papel a mais, porque ela não está sendo utilizada como deveria (nutricionista do NAAB).

A falta de utilização da “ficha de acolhimento” pelos profissionais de saúde pode indicar que os mesmos não estão conseguindo se organizar para acolher a demanda que aparece, ou que eles não percebem a necessidade de utilizar este instrumento em sua rotina de trabalho. Segundo CAMPOS et al. (2010), o acolhimento à demanda representa uma função da atenção básica, para que ela consiga cumprir o seu papel de porta de entrada do sistema. A dimensão do acolhimento pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, os casos que procuram a ajuda de um profissional de saúde.

É importante considerar que o acolhimento não se constitui uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde, e requer o envolvimento de todos os profissionais. É um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2010b).

Além das reuniões de “matriciamento”, as nutricionistas ainda referiram realizar reuniões “gerais”, que destinam-se à discussão e planejamento do trabalho. Nas equipes do NAAB, essas reuniões ocorrem entre os profissionais da equipe de apoio; já nas equipes do NASF, nessas reuniões também têm a presença da equipe de saúde da família:

Existem as reuniões gerais, onde é discutido o andamento do trabalho, a troca de trabalho entre o NASF e a equipe da Unidade (...) Ultimamente a gente tem se reunido pra falar do matriciamento, ver o que não tá bom, o que pode melhorar (nutricionista do NASF).

Ao considerar as reuniões de planejamento do trabalho como reuniões “gerais”, possivelmente as nutricionistas entrevistadas consideram que esse tipo de reunião como algo cotidiano no trabalho em saúde pública, e não especificamente ligado à política do NASF, portanto não sendo associado ao papel do apoio matricial. Parece ainda que, para algumas nutricionistas entrevistadas, as reuniões de discussão de casos (reuniões de “matriciamento”) traduzem o papel do apoio matricial na atenção básica; percebe-se que esse tipo de reunião é o que diferencia o trabalho dessas nutricionistas ao do trabalho de outras nutricionistas da atenção básica, que não estão inseridas na política do NASF.

4.3.2 Atendimento Clínico Individual e Visita Domiciliar

A partir das reuniões de “matriciamento”, os profissionais definem o tipo de conduta que será feito com os casos trazidos. As nutricionistas do

NASF e do NAAB geralmente realizam três tipos de condutas: atendimentos individuais, atendimentos em grupo e visitas domiciliares.

Ao pensar na ampliação da proposta do NASF no município de Guarulhos, com inserção das equipes do NAAB nas UBS tradicionais, pretendia-se mudar o padrão de atendimento na atenção básica, priorizando as ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças, em detrimento das ações assistencialistas centradas no indivíduo. No presente estudo, foi observado que algumas nutricionistas do NASF e do NAAB priorizam o atendimento clínico individual para casos muito específicos, que não podem ser trabalhados em grupo e necessitam de um acompanhamento individual, como por exemplo, anorexia, insuficiência renal e Diabetes Mellitus descompensada; outras nutricionistas utilizam o atendimento individual para todos os casos, sendo uma das principais atividades realizadas em sua rotina de trabalho.

O Ministério da Saúde deixa bem claro nas diretrizes do NASF que o atendimento individualizado pelo nutricionista ocorra apenas em situações específicas, e quando ocorrer, deve-se continuar mantendo contato com a equipe de referência (BRASIL, 2010a).

MAIA (2010) realizou uma pesquisa com nutricionistas inseridos na atenção básica de saúde em Viçosa – MG, e observou que somente os profissionais que atuavam nas UBS com estratégia saúde da família desenvolviam atividades em grupo, enquanto que os outros direcionavam suas ações para atendimentos individuais e visitas domiciliares. Em outro estudo, realizado no Município de São Paulo, entre os nutricionistas que trabalhavam na equipe das UBS tradicionais, houve predomínio dos atendimentos individuais (63,3%). Já nas atividades desenvolvidas pelos nutricionistas do NASF, destacaram-se os grupos, seguidos pelas reuniões de equipe, visitas domiciliares, matriciamento e atendimento compartilhado (VIEIRA, 2011).

CERVATO-MANCUSO et al. (2012) afirmam que, ao comparar as atividades dos nutricionistas inseridos nas UBS tradicionais com as do NASF, é possível verificar a mudança de um modelo de assistência

individualista e biologicista, centrado no binômio queixa-conduta e que prioriza o atendimento individual, para um modelo que trata do indivíduo em sua integridade, visando à atuação de uma equipe multidisciplinar que reúne conhecimentos de todas as áreas que o compõe, focando o atendimento em grupo.

Essa diferença não foi observada entre as profissionais da presente pesquisa, visto que tanto as nutricionistas do NASF quanto as do NAAB vêm seguindo as mesmas diretrizes de trabalho; destaca-se o fato de algumas priorizarem o atendimento clínico individual frente às outras atividades de trabalho, reforçando o modelo de assistência biomédico.

Do ponto de vista da formação profissional, percebe-se que o nutricionista ainda tem uma formação acadêmica pautada no modelo clínico, curativo e biomédico, desenvolvida por meio de currículos centrados na doença e na atenção individual. NASCIMENTO e OLIVEIRA (2010) afirmam que, dentre as dificuldades identificadas no processo de trabalho do NASF, está a formação dos profissionais, que não atende às necessidades do SUS e, muito menos, da atenção básica. Segundo os autores, o distanciamento dos serviços na formulação das propostas pedagógicas para a formação inicial, assim como a iniciativa crescente de educação à distância na pós-graduação, que não contempla questões tão singulares como o vínculo, acolhimento e o próprio trabalho em equipe, acabam prejudicando a formação deste profissional.

PÁDUA e BOOG (2006) realizaram um estudo com nutricionistas da rede básica de saúde em Campinas e observaram que alguns profissionais haviam feito um curso de especialização em saúde pública. Contudo, as pesquisadoras não encontraram diferenças de atuação entre os profissionais que cursaram especialização em saúde pública e aqueles especializados em outras áreas, podendo constatar que a atuação dos nutricionistas era mais influenciada pelo meio em que eles estavam inseridos, do que propriamente à sua formação.

Vários aspectos podem estar influenciando a atuação dessas nutricionistas na atenção básica. Muitas vezes as Unidades de Saúde não

estão preparadas para receber um profissional que irá prestar um apoio matricial, e sim um profissional que irá contribuir no atendimento à demanda da Unidade. FLORINDO (2009) acredita que o principal problema encontrado para se efetivar as ações das equipes do NASF é a quebra do paradigma do atendimento individual para as propostas de ações coletivas. Neste caso, o autor aponta que os problemas podem estar nos próprios profissionais que estão compondo as equipes dos NASF, os quais têm dificuldades para realizar trabalhos interdisciplinares e de ações coletivas, mas também nas próprias Unidades Básicas de Saúde, pois os profissionais que já atuam nas mesmas muitas vezes esperam mais um profissional para atendimento individual. E, neste ponto específico, parece que as nutricionistas do NAAB acabam sofrendo uma maior pressão para realizar atendimentos diretos com a população, quando comparadas às do NASF, como destaca-se em uma fala:

A gente fala mil vezes que não é pra passar caso no corredor, aí eles falam que a gente não quer atender (nutricionista do NAAB).

Percebe-se também que é um fator intrínseco na população a preferência pelo atendimento clínico individual ao invés de outra forma de atendimento, oriundo da cultura do modelo de atendimento médico-paciente, bastante difundido em nossa população. Alguns estudos demonstram que, mesmo em Unidades de Saúde onde os profissionais têm construído uma proposta ampliada de práticas de cuidado em saúde, permanece a pressão por parte de muitos usuários da oferta clássica dos serviços ambulatoriais (NETO e KIND, 2011).

Nota-se no presente estudo que já existe uma preocupação, por parte de algumas nutricionistas de Guarulhos, em mudar a forma como elas vêm atuando na atenção básica, com a necessidade de reduzir o número de atendimentos individuais, priorizando os atendimentos em grupo e as ações intersetoriais, destacando a fala de uma nutricionista do NASF e de uma nutricionista do NAAB:

A gente está trabalhando pra diminuir o atendimento individual e aumentar o número de grupos e essas ações intersetoriais (nutricionista do NASF).

Antigamente era tudo individual, não tinha grupo (...) no começo foi super difícil, eu falei na reunião que ia fazer grupo, aí [os profissionais da UBS] falaram: ah, mas ninguém vai vir no grupo, ninguém gosta de grupo (...) aí eu falei: não, pode deixar que vai ter, eu estou acostumada a fazer grupo (nutricionista do NAAB).

Conforme RAMOS et al. (2011), o fato de os nutricionistas terem noção e desejo de mudar o caráter de sua atuação, sinaliza que estão cientes acerca do significado epidemiológico e político que tem o processo de mudança do modelo assistencial e do potencial impacto que possivelmente haverá em termos de demanda e resultado. Entretanto, acabam sendo constrangidos a reforçar o modelo hegemônico vigente, com a manutenção de práticas predominantemente curativas e individuais. Assim, há que se considerar que colocar em prática essas mudanças requer mais do que vontade; requer também alterações estruturais na gestão dos processos e pessoas, para que seja um compromisso institucional, e não apenas uma ação compromissada de profissionais isolados.

Além do atendimento individual, outra atividade realizada pelas entrevistadas é a visita domiciliar. Tanto as nutricionistas do NASF quanto as do NAAB, relataram que as visitas domiciliares são agendadas em reunião de “matriciamento” ou em conversa informal com o profissional de saúde. A maior demanda de casos são indivíduos acamados ou com dificuldade de locomoção, com necessidade de dieta enteral; assim, o foco das visitas domiciliares passa a ser a avaliação do estado nutricional do indivíduo, e possível prescrição de dieta.

Em relação aos profissionais que realizam a visita junto com a nutricionista, foram identificados o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, o ACS e, às vezes, algum profissional da equipe de apoio matricial. O ACS é um profissional que está sempre presente, e isto é um fato que deveria mesmo acontecer, pois ele é o profissional com contato mais próximo da família e da comunidade, e sua participação junto com a nutricionista na

visita domiciliar permite que ele se envolva no cuidado prestado no domicílio. Entretanto, pelas falas apresentadas, pode-se perceber que o ACS está sempre presente nas visitas domiciliares devido ao seu conhecimento da área onde se localiza a casa, e não por outros fatores.

Com relação à forma como as profissionais chegam até os domicílios, verifica-se que as UBS tradicionais contam com uma viatura da prefeitura em alguns dias da semana, sendo que as nutricionistas do NAAB referiram utilizá-la na realização das visitas domiciliares. Já as nutricionistas do NASF realizam a visita a pé ou com o veículo próprio, por não haver disponibilidade dessa viatura:

Eu nunca pego e vou sozinha. O ACS vai junto, mas não tem carro, a gente vai com o nosso, dependendo do lugar. A maioria das vezes a gente vai a pé mesmo (nutricionista do NASF).

Tem o carro, que é da prefeitura, ele sempre leva a gente pra fazer visita (nutricionista do NAAB).

Em relação ao número de visitas domiciliares, este varia de acordo com as equipes, sendo que as nutricionistas do NASF apontaram uma média de 1 a 2 visitas por semana e as nutricionistas do NAAB uma média de 2 visitas por mês. O número pequeno de visitas domiciliares foi visto, por uma nutricionista do NAAB, como característica própria da sua região, e pela subnotificação dos casos pela equipe de saúde da UBS:

Pra nutrição não tem tanta demanda pra visita domiciliar, talvez seja o perfil. Talvez lá nos bairros mais periféricos tenha necessidade, porque o paciente é mais longe, não tem hospital, talvez é um outro público (...) Eu acho que visita domiciliar tem pouca, mas tem que partir da equipe matricular o caso, pra que você visite, né? (nutricionista do NAAB).

As nutricionistas do NAAB envolvidas na pesquisa atendem às Unidades de Saúde localizadas na Região de Saúde I–Centro. Essa é a região do município que estão concentrados os recursos de saúde (hospitais e serviços de especialidades), possibilitando a distribuição dos usuários nos diferentes recursos. Um exemplo disso é o CERESI (Centro de Referência à Saúde do Idoso), que é um serviço de saúde do município de Guarulhos,

específico para a população com idade igual ou superior a 60 anos que presta, além de outras atividades, atendimentos domiciliares por uma equipe multiprofissional (incluindo o nutricionista) aos idosos que estejam acamados e/ ou restritos nos seus domicílios. Este serviço é referência apenas para a população residente na Região de Saúde I-Centro. O segundo fator apontado pela nutricionista seria o próprio modelo de trabalho das equipes de saúde da família, que têm um contato mais freqüente com a população, conseguindo detectar uma maior demanda de pacientes acamados, fato este não tão evidente na equipe de saúde das UBS tradicionais.

4.3.3 Trabalho Educativo: Possibilidades e Limites

Além do atendimento individual e das visitas domiciliares, uma outra forma de trabalhar as questões nutricionais com a população é por meio dos atendimentos em grupo. Segundo as nutricionistas entrevistadas, os grupos são formados, em sua maioria, por mulheres adultas e idosas, e apresentam como problemas mais freqüentes a obesidade, hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia. De acordo com dados da PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS (2011a), constatou-se que no período de 2005 a 2009, as doenças do aparelho circulatório, invariavelmente, aparecem como a principal causa de internação hospitalar e de óbito nos residentes em Guarulhos. Estes dados apontam para a necessidade de ampliar e qualificar as ações de prevenção e promoção à saúde, associadas ao controle da hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia, sendo fundamental a atuação eficiente do nutricionista na atenção básica, visto a grande influência que a alimentação tem sobre a saúde das pessoas.

O trabalho em grupo é uma das estratégias utilizadas para o desenvolvimento de atividades educativas, visto que os grupos permitem a formação de um campo que potencializa a troca de experiências e reflexões entre os seus participantes (SANTOS, 2007a). É fundamental que os grupos não se reduzam a uma estratégia simplista de transmissão de informações,

objetivando a mudança de condutas individuais; eles devem permitir uma relação dialógica do conhecimento intelectual com a vivência, propiciando novas atitudes diante do cuidado em saúde (HORTA et al., 2009).

De acordo com as entrevistadas, os grupos recebem diferentes denominações, como grupo “de nutrição”, grupo “de educação nutricional/alimentar” e grupo “de reeducação alimentar”, sendo este último o mais apontado pelas nutricionistas:

Eu procuro deixar claro que o importante é a mudança do pensamento, de hábito, que pequenas mudanças no dia-a-dia vão fazer toda a diferença, já é um início da reeducação alimentar (nutricionista do NASF).

Recentemente, o termo “reeducação” tem sido muito utilizado no campo profissional e acadêmico. Contudo, não se têm muito claro as bases teóricas da utilização deste termo, pouco localizado na literatura científica. SANTOS (2007b), ao analisar as estratégias educativas utilizadas por programas de emagrecimento ofertados pela internet, observou a recorrência do uso do termo “reeducação alimentar” contrapondo o “fazer dieta”. A primeira propõe um processo de aprendizagem permanente, valorizando o prazer em comer e contrapondo às privações, aos sacrifícios e à monotonia que marcam a noção do “fazer dieta”.

Independente das variações de nomes adotados para os grupos realizados pelas nutricionistas do NASF e do NAAB, as profissionais relacionam os grupos à idéia de correção dos hábitos alimentares inadequados e, algumas, ainda destacam a redução do peso dos indivíduos. SANTOS (2012) identifica que, no âmbito das políticas públicas de alimentação e nutrição vigentes no contexto atual, as práticas de educação alimentar e nutricional têm uma estrutura baseada na divulgação de informações científicas, no intuito de convencer os sujeitos a aderirem ao projeto dietoterápico preconizado, marcando a relação da dieta inadequada ao adoecimento e morte, produzindo assim, estruturas discursivas normativas de mudança de hábito.

Segundo BOOG (2008), o nutricionista, enquanto profissional educador em nutrição, não se resume a transmitir informações corretas de forma didática; implica em apreender a maneira como o interlocutor vivencia a questão alimentar, não apenas em relação ao consumo alimentar propriamente dito, mas a todas as questões de natureza subjetiva e interpessoal que estão relacionadas ao comportamento alimentar. Para tanto, SANTOS (2007a) enfatiza que os profissionais precisam ser sensibilizados a assumir esse tipo de postura, de forma que a teoria seja associada a um exemplo concreto/prático, propiciando discussões pertinentes ao meio onde o indivíduo está inserido e promovendo uma reflexão crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva.

Observa-se que o modelo tradicional da educação nutricional normalmente não propõe métodos de ensino problematizadores e construtivistas. Em geral, o método tradicional de educação nutricional se concentra nos efeitos biológicos dos nutrientes no organismo, na orientação alimentar, e ainda, na preservação das propriedades nutritivas dos alimentos envolvendo as técnicas de preparo e armazenamento. Tais ações podem ser consideradas benéficas já que, em algumas circunstâncias, verifica-se que os indivíduos apresentam desconhecimento sobre a questão alimentar. Entretanto, é preciso reconhecer que o Brasil é um país extenso, que apresenta contrastes e desigualdades sociais que acabam por comprometer o acesso da população à alimentação, devendo este aspecto ser considerado na elaboração de medidas educativas (FERREIRA e MAGALHÃES, 2007).

Segundo LANG e RIBAS (2011), a prática de educação em saúde deve facultar à sociedade uma melhor compreensão sobre as relações entre as condições de vida e de trabalho com a saúde e a doença, apontando os meios de pressionar os governos a aplicar os recursos públicos às necessidades da população. Assim, cabe ao nutricionista construir uma ação educativa não apenas na condição técnica, mas principalmente no compromisso político com os indivíduos com os quais trabalha.

O que se percebe no presente estudo, é que as atividades em grupo estão mais direcionadas ao enfoque preventivo e individual, concordando com o estudo de SANTOS (2012), indicando que as ações de educação alimentar e nutricional, empreendidas a nível local, permanecem mais próximas ao modelo biomédico tradicional, com estratégias voltadas para a lógica da prevenção e da recuperação da saúde.

Verificou-se também na fala de duas profissionais, que as mesmas utilizam o trabalho em grupo para atender a um maior número de pessoas que apresentam um mesmo problema, como destacado a seguir:

O grupo tem a demanda, existe um número de encaminhamento, o próprio médico da Unidade faz o encaminhamento, e também de outros serviços do Município, então o grupo acaba dando conta dessa demanda (nutricionista do NASF).

... através do matriciamento eu agendo os atendimentos individuais, com isso eu passo esses pacientes que eu vejo que tem a mesma demanda, as mesmas necessidades, aí eu junto num grupo (...) eu falo com todo mundo ao mesmo tempo (nutricionista do NASF).

Identifica-se nas falas anteriores que as entrevistadas reconhecem a atividade em grupo como uma forma de trabalho que está sendo utilizada para reduzir a demanda. Resultado semelhante foi encontrado por HORTA et al. (2009), que analisaram a prática de grupos na estratégia saúde da família. Neste estudo, os profissionais de saúde entendem que os grupos são utilizados como ferramentas de racionalização do trabalho dos profissionais, pois diminui a demanda por consultas na Unidade de Saúde. Isso, segundo os autores, pode ser visto por uma ótica positiva, se efetivamente a realização das ações for orientada pela abordagem da integralidade do sujeito e resolutiva frente às necessidades de saúde dos usuários, e não somente atrelados à mudança no processo de trabalho que racionalizem o mesmo, trazendo benefícios apenas para os profissionais.

PORTES et al. (2011) analisaram alguns estudos sobre a atuação do fisioterapeuta na atenção básica e também verificaram a marcante presença do modelo assistencial tradicional nas atividades em grupo. Isso pôde ser percebida devido à citação de doenças como caracterização e, até mesmo,

na denominação dos grupos. Os autores ainda fazem uma reflexão a respeito da inexpressiva referência de atividades em grupo com o objetivo principal de promoção da saúde, envolvendo indivíduos com enfermidades ou não, que não apontem a patologia como critério de inclusão no grupo.

O Ministério da Saúde ainda direciona as ações em grupo com foco no contexto familiar (BRASIL, 2010a). Algumas nutricionistas do NASF relataram fazer grupos envolvendo o contorno familiar, como o grupo de orientação a pais e filhos:

... o grupo de orientação para pais e crianças (...) a gente separa todas as crianças que então com sobrepeso e obesidade, e convoca uma vez por mês os pais para dar uma orientação e fazer uma intervenção tanto com os pais quanto com as crianças (nutricionista do NASF).

E uma das nutricionistas do NASF denomina esse grupo como um “grupo multidisciplinar”, pois ele é conduzido por vários profissionais da equipe do NASF, com o objetivo de fortalecer o vínculo dos membros da família:

... o grupo multidisciplinar participam todos os profissionais (...) É um grupo do NASF (...) a fono [fonoaudióloga] trabalhou terapeuticamente com essas crianças, mas viu que só o trabalho dela não adiantava, porque os pais não faziam em casa, não havia uma interação boa com essas crianças, um vínculo entre pai e filho (...) aí a gente pensou em fazer esse grupo pra poder ter um momento para os pais ter um vínculo, um momento de brincar com as crianças, pra que a parte terapêutica que ela trabalhou consiga ter efetividade (nutricionista do NASF).

Outro aspecto observado no presente estudo é a visão das nutricionistas em relação às atividades em grupos, pois a profissionais percebem que essa atividade vai além das mudanças de hábitos. Elas relacionam os grupos ao aumento da socialização das pessoas e à criação de vínculos, como seguem nas falas:

O grupo eu utilizo mais como um apoio, até um incentivo, porque acaba vindo pessoas que estão fazendo e está dando certo, que perderam peso, que mudaram a alimentação, que tem boas histórias pra contar (...) é um momento daquela pessoa saber que ela não está sozinha (...) Então ela consegue falar da dificuldade dela, ouvir a

difficuldade do outro e geralmente isso é muito bom (nutricionista do NASF).

Tem um senhor que vem comigo, ele fala: eu quero continuar vindo, quero ver tudo de novo, pra mim é bom porque eu venho conversar e me distraio (nutricionista do NAAB).

Isso vai de encontro ao discurso de NETO e KIND (2011), quando afirmam que as práticas grupais permitem uma interação e troca de experiências entre os seus participantes e entre estes e os profissionais, estabelecendo espaços de convivência, acolhimento e apoio mútuo.

Em relação ao modelo de intervenção educativa utilizado nos grupos, as nutricionistas relataram conduzi-los por meio de palestras, associadas com materiais lúdicos adquiridos pela Prefeitura de Guarulhos ou elaborados pelas próprias profissionais.

Segundo a forma de trabalho nos grupos, as nutricionistas referiram realizar grupos fechados, onde define-se o número de pessoas que irão participar e o número de encontros, não sendo permitida a entrada de outras pessoas no decorrer dos grupos, e os grupos abertos, onde as pessoas começam a participar do grupo em qualquer momento. Algumas profissionais relataram que os grupos fechados são melhores para serem trabalhados, pois permitem um maior acompanhamento dos participantes; porém, essa forma de trabalho é a que menos predomina, devido à falta de adesão do paciente:

Eu queria fechar o grupo, porque você consegue acompanhar melhor. Mas antes eu fiz o grupo fechado, começou com 30 pessoas e terminou com 5 (nutricionista do NASF).

Não tem como fechar os grupos, eu já tentei, mas na prática não deu certo. Acaba que [os pacientes] não podem vir. Eu tentei. Começa com 15 pessoas e termina com 3 (nutricionista do NAAB).

Em uma pesquisa realizada por RONZANI e SILVA (2008), verificou-se que a falta de participação dos usuários em atividades desenvolvidas não referentes à assistência médica individual se deve ao fato de que os temas abordados não correspondiam às suas necessidades ou não havia interesse em participar.

A mudança de hábitos alimentares exige uma postura do próprio indivíduo em querer buscar novos comportamentos, e isso reflete em seus valores, crenças, devendo ser considerado neste contexto. Assim, o primeiro passo para que ocorra o processo de mudança é a própria vontade do paciente, e não a imposição de prescrições dos profissionais de saúde:

A equipe de saúde achava que aquela pessoa tinha uma necessidade de fazer um acompanhamento, e muitas vezes a pessoa não vinha nem no primeiro encontro, porque ela não tinha vontade de estar cuidando desse lado (nutricionista do NASF).

Além desses grupos, há a participação das nutricionistas em grupos educativos coordenados pelas equipes de referência, como o grupo HIPERDIA (orientação de pacientes hipertensos e diabéticos), grupo do Bolsa Família e grupo de idosos. No Brasil, é comum a utilização de grupos organizados em torno de doentes crônicos, como hipertensos e diabéticos, na atenção básica de saúde. As próprias diretrizes da estratégia saúde da família favorecem o investimento em práticas grupais, discutindo temas de saúde e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários no território de sua responsabilidade (BRASIL, 1997b; NETO e KIND, 2011). Tal fato pode ter ou não uma repercussão interessante, considerando a metodologia utilizada na condução dos grupos, uma vez que esse pode ser um critério para a organização e não o enfoque de toda a construção do grupo, que rotularia os usuários a partir das doenças (HORTA et al., 2009).

Nesse contexto, as nutricionistas do NASF e NAAB seriam profissionais essenciais na abordagem de questões relacionadas à alimentação e nutrição dentro dos grupos educativos realizados nas Unidades Básicas de Saúde. Esse tipo de atividade contempla, de certa forma, o papel de apoio matricial nas equipes, pois estariam realizando uma ação compartilhada com a equipe de referência da Unidade. Contudo, no presente estudo, essa atividade só foi referida pelas nutricionistas do NASF. Se as nutricionistas do NAAB também devem prestar apoio às ações

realizadas pela equipe de saúde das UBS, a ausência das falas das profissionais a respeito dessas ações precisa ser melhor investigado.

VIANA et al. (2010) afirmam que nos grandes centros urbanos, onde há maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, existem barreiras ao acesso e oferta de ações básicas, reflexo direto do modelo assistencial curativo, que minimiza a importância das ações básicas de saúde. Observa-se que as nutricionistas do NAAB estão na região central do município, onde há maior concentração de recursos secundários e terciários de saúde, quando comparadas às profissionais do NASF, que se encontram nas regiões mais periféricas. Assim, a população da região central tem uma proximidade maior com esses recursos, relacionados ao tratamento de doenças, e menor contato com as UBS, onde são desenvolvidas as ações de prevenção e promoção.

Em relação ao local onde são realizados os grupos, as nutricionistas referiram utilizar espaços dentro e fora das Unidades de Saúde, sendo que uma nutricionista do NAAB utiliza o espaço da sala de espera da UBS. A entrevistada que realiza seus grupos na sala de espera também apontou ser este um ambiente desfavorável para a realização da atividade em grupo, devido ao barulho. Entretanto, ela também visualiza um aspecto positivo em fazer o grupo nesse local, pois acaba instigando os usuários presentes a participarem da atividade:

Aqui nessa Unidade a gente faz o grupo na sala de espera (...) Essa sala do lado é do dentista e a outra é do administrativo, então fica muita gente e faz muito barulho. É complicado fazer, mas não tem mais sala vaga, então a gente acaba fazendo aqui mesmo (...) O lado bom é que como é sala de espera, o pessoal acaba vendo, e a gente passa alguma coisa pro pessoal que está aí esperando, acaba virando um grupo de sala de espera também (nutricionista do NAAB).

De acordo com MELO et al. (2005), a sala de espera é vista pelos profissionais em serviço como um local onde os usuários ficam aguardando a consulta, transformando-se num espaço estratégico de veiculação de informações. É neste espaço físico que poderia ser realizada a palestra educativa, a partir de uma programação preelaborada, de acordo com a

realidade do território. No entanto, percebe-se que estas ações educativas são dificultadas, devido ao amplo movimento e barulho que ocorrem no espaço da sala de espera, não sendo visto como um ambiente adequado para a realização de palestras educativas.

4.3.4 Práticas Externas às Unidades de Saúde: Caminho para a Intersetorialidade

É comum a utilização de espaços da comunidade pelos profissionais de saúde da atenção básica, seja pela precária infraestrutura das Unidades de Saúde, seja por causa do projeto de gestão, que acredita na oportunidade de aproximação entre a equipe e a comunidade (NETO e KIND, 2011). No presente estudo, as nutricionistas referiram a utilização de parcerias com segmentos da comunidade, como escolas, igrejas, ONG, salão de festa, casa de usuários, entre outros, para a realização de atividades em grupo:

A equipe acabou indo atrás e conseguiu o local. No caso, tem uma UBS que [o grupo] é feito numa igreja evangélica (nutricionista do NASF).

Aqui não tem espaço na Unidade pra fazer grupo, está em reforma, então eu estou utilizando o teatro (...) lá tem uma sala disponível (nutricionista do NAAB).

Mesmo sendo a falta de infraestrutura o fator principal para a utilização dos espaços fora da Unidade, percebe-se que algumas nutricionistas visualizam isso como um fato positivo, que possibilita uma integração de atividades a serem oferecidas à população:

E lá eu também faço fora da Unidade, é uma ONG (...) que tem várias atividades. É até legal porque eles têm atividades esportivas, dança, luta. Eu acabo encaminhando pacientes pra eles, e eles gostam porque o negócio está movimentando. Depois que eu comecei a frequentar lá, ficou mais movimentado porque divulgou o espaço, e é tudo voluntário, é tudo de graça lá (nutricionista do NAAB).

A utilização desses locais fora da Unidade pode ser também um fator crítico ao trabalho das nutricionistas, como seguem nas falas:

Tem uma Unidade que tem espaço na casa de uma cadastrada. É bacana, porque é um espaço na comunidade, mas é complicado, [pois] você não sabe a população que está entrando na casa dela (nutricionista do NASF).

Os materiais adquiridos pela prefeitura de Guarulhos, como data-show e notebook, por exemplo, somente podem ser utilizados dentro das Unidades, ou, caso sejam deslocados para outro local, devem ser feitos com transporte próprio da prefeitura. Entretanto, como as profissionais não contam com esse transporte, os materiais são levados em carro próprio das nutricionistas, que acabam por se responsabilizar por qualquer dano que ocorrer com o material fora da Unidade, fazendo com que, muitas vezes, as profissionais prefiram não utilizar esses materiais:

A prefeitura deu a balança e o data-show, mas eu acabo nem usando, porque eu vou fora da Unidade e eu tenho medo de ficar carregando (nutricionista do NAAB).

NETO e KIND (2011) afirmam que a circulação dos profissionais por espaços fora da Unidade de Saúde comporta ambigüidade do ponto de vista avaliativo, pois por um lado facilita o conhecimento da realidade de saúde da população, mas ao mesmo tempo apresenta problemas relativos à segurança dos mesmos.

As atividades realizadas fora da Unidade de Saúde, denominada por algumas nutricionistas como “ações extra-muros”, tem ocorrido com pouca frequência na rotina de trabalho das profissionais do NASF e do NAAB. Essas ações que ocorrem fora na Unidade de Saúde também são denominadas, por algumas profissionais, como ações “intersectoriais”.

CAMPOS et al. (2004) definem a intersectorialidade como um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores devem se envolver com os saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ao núcleo da atividade de seus parceiros. A intersectorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada

setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população.

A escola foi o local mais citado pelas nutricionistas do NASF e do NAAB onde ocorreram as “ações extra-muros” ou “ações intersetoriais”, sendo realizadas palestras sobre alimentação saudável para os pais e alunos, e reuniões com os professores e coordenadores, para elaboração do fluxo de encaminhamento para as Unidades. As nutricionistas relataram que as atividades desenvolvidas na escola ocorreram devido à existência do Projeto Escola Promotora de Saúde, sendo referido pelas profissionais como “Projeto/Programa Saúde na Escola”:

Existe o Programa Saúde na Escola que uma Unidade participa. Então os profissionais da Unidade fazem a coleta antropométrica (...) Eu já fiz palestras sobre alimentação saudável pra criança e adolescentes e em reunião de pais (nutricionista do NASF).

Nos relatos, observa-se que as nutricionistas do NASF e do NAAB identificaram a necessidade de haver mais ações nas escolas, pois a realização desta atividade representa o seu papel enquanto profissional da equipe de apoio matricial. Entretanto, a falta de parceria entre o setor Saúde e Educação foi a principal dificuldade para desenvolver esta atividade:

A questão da escola pra mim ainda é um desafio bem grande, que eu acho importante da gente estar fazendo um trabalho de educação [nutricional] na escola, mas eu sinto uma barreira grande entre a saúde e a educação (nutricionista do NASF).

Porque na verdade o que eu vejo é que são várias secretarias, muitas vezes trabalhando o mesmo tema, e a gente não tem conhecimento do que o outro está fazendo (nutricionista do NASF).

Com isso, os trabalhos realizados junto à escola ocorreram de forma esporádica, sem haver uma continuidade nesse tipo de ação. Fica evidente a importância em construir um trabalho envolvendo diferentes setores, porém é preciso que isso seja coordenado pelos gestores municipais.

É importante considerar que as entrevistas foram realizadas num momento anterior à formalização do Programa Saúde na Escola (PSE) no

município de Guarulhos. No final do ano de 2011, o governo municipal de Guarulhos, por intermédio das suas Secretarias Municipais de Saúde e Educação, assinou um Termo de Compromisso Municipal, formalizando as metas das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares do PSE.

Em março de 2012, ocorreu a I Semana de Mobilização do Programa Saúde na Escola de Guarulhos e a assinatura dos Termos de Compromisso Regionais e Locais, para pactuação das metas de 2012. O tema de mobilização nacional para o ano de 2012 é “Prevenção da obesidade na infância e na adolescência”, com o intuito de alertar escolares e familiares para a importância das boas condições de saúde para a melhoria no desenvolvimento pleno da criança e do adolescente (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2012).

O PSE resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino (BRASIL, 2007). São descritas 17 ações de saúde previstas no âmbito do PSE, destacando-se a avaliação nutricional e a promoção da alimentação saudável, relacionadas diretamente com a atuação do nutricionista do NASF e do NAAB.

A necessidade de fortalecer o contato dos profissionais de saúde com os profissionais de outros setores é relatada pelas entrevistadas, porém elas referem que a falta de tempo em sua rotina de trabalho acaba prejudicando esse contato:

Eu acho que a intersetorialidade é o que eu julgo ser muito importante e a gente acaba tendo menos tempo pra fazer, porque primeiro a gente dá conta da demanda da Unidade, aquela demanda que tá na porta (...) mas que eu acho que a gente tem que investir mais é nessa troca de setor. Então a saúde com a educação, a saúde com a assistência social (nutricionista do NASF).

Nós fomos à escola, fizemos em um dia específico (...) foram 3 palestras que a gente deu (...) A parceria foi essa. Foi rápido, não deu pra criar muito vínculo justamente por isso, porque a gente não tem como fazer, se tivesse, faria (nutricionista do NAAB).

Contudo, percebe-se que elas já vêm tentando articular, de alguma forma, essas atividades intersetoriais. Algumas nutricionistas relataram ter feito algum tipo de atividade junto a empresas particulares, Centro de Referência à Assistência Social (CRAS), casa de repouso, ONG, como destacado nas falas:

Eu trabalhei no CRAS com combate ao desperdício, com o Programa Renda Cidadã e o Cartão Alimentação. Então junta grupos que já acontecem no próprio CRAS, com usuários que recebem essa renda, e aí os profissionais do CRAS disponibilizam um horário nesse encontro e a gente acaba falando sobre essas questões com relação a como usar melhor esse dinheiro (nutricionista do NASF).

Então nesse caso da ONG (...) eu chamei as crianças que estavam em risco, eu fiz orientação com as mães (...) no dia dessa palestra, que estava também a cozinheira, que coloca a comida para a criança, eu expliquei pra ela como tem que fazer (nutricionista do NAAB).

No caso das empresas, nós atendemos uma Unidade que fica próxima a diversas empresas particulares. Essas empresas procuraram o posto para que nós fizéssemos palestras lá. Então eu fiz uma atividade, calculei o IMC e alguns casos eu encaminhei para o meu grupo (nutricionista do NASF).

Ainda foi apontada, por algumas nutricionistas, a participação de estagiários de nutrição junto ao seu serviço. A Prefeitura de Guarulhos firmou, no início do ano de 2011, parceria com uma instituição de ensino superior da região, introduzindo estagiários do curso de nutrição nas equipes do NASF e do NAAB que tinham o nutricionista:

Tem o convênio que a UNG [Universidade de Guarulhos] tem com o município, que manda a estagiária a cada 2 meses. Eu tento mostrar [para a estagiária] a realidade de saúde pública, e também fazer com que ela traga novas idéias para os atendimentos e para os grupos (nutricionista do NASF).

Para ARAÚJO et al. (2007), essa integração de estagiários com os profissionais da saúde possibilita valorizar o conhecimento que é cotidianamente produzido nas equipes da atenção básica, articulado com o que é criado na universidade, resultando numa vivência profissional enriquecedora para ambos os lados.

4.3.5 Capacitação das Equipes de Saúde das UBS e das USF

Além dos serviços prestados diretamente à população (atendimentos individuais, atendimentos em grupo, visitas domiciliares, ações “extra-muros”), uma outra atividade apontada pelas nutricionistas é a realização de grupos educativos direcionados aos profissionais de saúde das Unidades, que são referidos como “capacitações”. O objetivo dessas “capacitações” é fornecer orientações para o benefício próprio dos profissionais, bem como para que eles transmitam essas informações à população atendida na Unidade.

Na fala de algumas nutricionistas do NASF e do NAAB, percebe-se que as “capacitações” são realizadas com o intuito de mostrar aos profissionais de saúde das UBS a forma como a equipe de apoio trabalha:

Já fiz palestra para os funcionários (...) até pra eles conhecerem o trabalho que a gente faz (...) aí um mês fui eu que dei a palestra, outro mês foi a fonoaudióloga e o outro mês foi a fisioterapeuta que fez o pilates, que é o mesmo que ela faz com os pacientes. Ela fez com eles, para eles entenderem o que ela fazia no grupo, até pra facilitar eles conversarem com os pacientes, com a comunidade (nutricionista do NAAB).

... teve um gerente que falou: É interessante fazer uma capacitação sobre o que é o NASF, porque o pessoal fica ainda bastante perdido, né? Então explicar desde o que é SUS, por que o NASF veio e o que o NASF faz? Como que ele atua? (nutricionista do NASF).

Outra nutricionista do NASF ainda realizou uma “capacitação” com os profissionais das Unidades de Saúde a respeito da padronização na avaliação antropométrica dos pacientes e utilização dos dados pelo SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). De acordo com o Ministério da Saúde, o SISVAN é um instrumento utilizado para obtenção de dados de monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar das pessoas que freqüentam as Unidades Básicas de Saúde, favorecendo o planejamento de ações do nível local e contribuindo para a efetividade da segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 1990). Assim, verifica-se que a

profissional, após iniciar o seu trabalho na equipe de apoio, percebeu a necessidade de adequar o método de avaliação antropométrica para a coleta de dados do SISVAN, visto a importância deste sistema na formulação de ações de alimentação e nutrição no SUS:

O último projeto que eu comecei a fazer e que ainda não consegui fazer em todas as Unidades e nem com todas as equipes, mas que já foi iniciado, foi a capacitação em antropometria, orientação aos profissionais da Unidade de como realizar uma avaliação antropométrica e o que fazer com esses dados que são coletados. A gente sabe que tem o SISVAN nas Unidades, onde eles alimentam com dados do Bolsa Família e aí foi discutido sobre isso também. (nutricionista do NASF).

Essas “capacitações” podem ser relacionadas às atividades técnico-pedagógicas que a equipe de apoio matricial tem que fazer com a equipe de referência, sendo abordada nas diretrizes do NASF como “educação permanente em saúde”. Segundo o Ministério da Saúde, a educação permanente visa qualificar e instrumentalizar a equipe local para aprimorar o trabalho, a partir de uma metodologia participativa e de troca de conhecimentos entre os profissionais. A educação permanente deve estar centrada no processo de trabalho e possibilitar que a aprendizagem ocorra em articulação com a organização do sistema de saúde (Brasil, 2010a).

Neste aspecto, BARRÊTO (2012) afirma que o momento de maior disponibilidade de aprendizagem é exatamente quando uma equipe tem um caso sob sua responsabilidade e recebe o apoio de um profissional qualificado, para ajudá-la na resolução dos problemas/dificuldades apresentadas, configurando a ação técnico-pedagógica que a equipe de apoio matricial deve oferecer às equipes de saúde das Unidades.

Percebe-se que tanto o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a) quanto alguns estudos relacionados a este tema ressaltam a importância da atuação técnico-pedagógica dos profissionais do NASF, para que os profissionais das equipes de referência consigam resolver mais facilmente os problemas encontrados em sua região; entretanto, observa-se que na prática, isso ainda não está conseguindo ser efetivado.

A maioria das profissionais entrevistadas relatou haver dificuldades na realização desse tipo de atividade, sendo justificado pela alta demanda de atendimentos à população, tanto por parte das nutricionistas, quanto pelos profissionais das equipes de referência. Tanto as nutricionistas do NASF, quanto as nutricionistas do NAAB, percebem que essas atividades de “capacitação” são ações inerentes ao papel do apoio matricial, sendo que elas vêm tentando introduzir essa atividade nas Unidades de Saúde.

4.4 RELAÇÕES DE TRABALHO NAS EQUIPES DO NASF E DO NAAB

4.4.1 O Trabalho em Equipe e o Apoio Matricial

Por meio dos relatos, foi possível observar uma maior união entre os profissionais do NASF, quando comparados aos profissionais do NAAB, e isso fica evidenciado na fala de todas as nutricionistas, sendo exemplificado em duas falas:

O NAAB fica tudo muito solto, você trabalha muito sozinha (nutricionista do NAAB).

... sempre estão todos os profissionais do NASF (...) a gente mantém a equipe sempre junta (nutricionista do NASF).

As nutricionistas do NAAB sentem dificuldades em realizar atividades articuladas com outros profissionais integrantes da equipe do NAAB. Um dos motivos apontados é que os profissionais do NAAB ficam em dias diferentes nas UBS, o que dificulta a efetivação de um trabalho em equipe:

A gente tenta fazer atendimento compartilhado, mas a dificuldade é que cada dia um [profissional] está em uma Unidade. Que nem, no dia que eu estou aqui, a única profissional que está comigo de manhã é a fonoaudióloga (nutricionista do NAAB).

Na fala de uma nutricionista que vivenciou o cotidiano do trabalho do NASF e do NAAB, foram apontadas algumas diferenças entre as duas equipes, como por exemplo, que o NASF tem uma equipe mais estruturada e unida; e que existe uma participação freqüente de outros profissionais do NASF nas atividades realizadas pela nutricionista e vice-versa:

O NASF eu acho melhor porque é diferenciado do NAAB, já tem uma estrutura para aquilo, então os profissionais são contratados pra isso e a equipe é muito mais unida. O NAAB fica tudo muito solto, você trabalha muito sozinha, o NASF não, você trabalha mais junto com a equipe (nutricionista do NAAB).

É importante destacar como ocorreu a formação das equipes do NASF e do NAAB no município de Guarulhos. As equipes do NASF foram formadas, em sua maioria, por profissionais recém-contratados, que no momento da sua contratação souberam que iriam compor as equipes do NASF. Já as equipes do NAAB foram formadas por profissionais recém-contratados e profissionais que já estavam atuando nas UBS tradicionais, sendo que os primeiros passaram um período junto às equipes recém-criadas do NASF, para conhecer o processo de trabalho do NASF. Os profissionais que já estavam atuando na rede básica de saúde de Guarulhos, no modelo de trabalho tradicional, precisaram mudar o seu modo de trabalho, para se adequar à proposta do NAAB. Isso, por sua vez, pode ter gerado alguns conflitos e dificuldades na integração da equipe, como apresentado em algumas falas:

Essa reunião seria mesmo pra que a gente discutisse os casos. Aí vem a fono [fonoaudióloga], que fica em uma Unidade só, aí ela vem, discute os casos dela, e vai embora (nutricionista do NAAB).

Lá na UBS, atuar mesmo junto, não tem com ninguém, porque eu fico muito sozinha (...) Eu pensei em fazer um grupo de cuidador, aí a assistente social fala, a psicóloga fala, cada um fala no mesmo grupo, só que é difícil, aí fica esperando, eu pego e faço sozinha (nutricionista do NAAB).

... mas a psicóloga da Unidade não concordou (...) E a gente tem um pouco de dificuldade, dependendo do caso, a psicóloga não quer passar o caso pra gente, ela acha que não é ético divulgar o que é falado entre quatro paredes. Mas não existe isso, você precisa ter

confiança entre os outros profissionais (...) assim que trabalha uma equipe (nutricionista do NAAB).

Percebe-se nas falas acima que os profissionais do NAAB são relatados como profissionais das Unidades de Saúde, desvinculando o seu papel como integrante de uma equipe. O trabalho em equipe é importante, porém, difícil de ser articulado. De acordo com NASCIMENTO e OLIVEIRA (2010), o trabalho em equipe é essencial para o desenvolvimento do trabalho do NASF, uma vez que é uma importante diretriz para a reorganização do processo de trabalho na estratégia saúde da família. A articulação de saberes, por meio de uma interação comunicativa e horizontal, é um requisito indispensável no cotidiano do trabalho em equipe. SAAR e TREVIZAN (2007) complementam, sugerindo que o contato diário entre os membros da equipe tende a melhorar as inter-relações e a diminuir a sobrecarga e o estresse do trabalho.

Segundo PEDUZZI (2001), existem duas noções que recobrem a idéia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, onde ocorre a justaposição das ações e o agrupamento de agentes, com maior ênfase na especificidade dos trabalhos; já a segunda é caracterizada pela articulação das ações condizente à proposta de integralidade das ações de saúde, ocorrendo a interação dos agentes.

A proposta do trabalho em equipe, segundo as diretrizes do NASF (BRASIL, 2010a), aponta para a noção de equipe integração, propiciando que as ações, saberes e práticas dos diferentes profissionais da equipe de apoio se complementem. No presente estudo, foi possível constatar que tanto o NASF quanto o NAAB estão trabalhando num modelo de trabalho em equipe mais relacionado à idéia de equipe como agrupamento de agentes.

Com relação à atuação das nutricionistas como um profissional de apoio matricial, percebe-se que todas as nutricionistas do NAAB e algumas do NASF sentem uma dificuldade em conseguir articular esse tipo de atividade, sendo justificada por diversos motivos, como falta de interesse dos

profissionais das Unidades de Saúde, dificuldade de adaptação a este modelo de trabalho e a grande demanda de serviços, como exemplificados a seguir:

Não está acontecendo [a reunião de apoio matricial], porque [a equipe de referência] tem uma visão muito antiga. O pessoal que tem, está aqui há 15 ou 20 anos, fez sempre do mesmo jeito (...) Não consegui fazer isso e nem vai conseguir, só se sair todo mundo e entrar uma equipe nova (nutricionista do NAAB).

Tem até uma briga nossa, que às vezes os agentes não querem participar [da reunião de matriciamento], porque não tem caso novo. E a gente fala que tem que vir todo mundo (...) porque às vezes tem que fazer retomada de algum caso que já está em andamento, pra ter essa continuidade (nutricionista do NASF).

Mesmo havendo dificuldade em conseguir efetivar o trabalho de apoio matricial junto aos profissionais das Unidades, isso foi menos evidenciado nas falas das nutricionistas do NASF. As equipes do NASF estão implantadas dentro do modelo de atenção da saúde da família, em que se prioriza o trabalho em equipe, contribuindo para uma visão de trabalho mais cooperativo entre os diferentes profissionais. Além disso, os profissionais das equipes de saúde da família, quando foram contratados em Guarulhos, receberam um treinamento introdutório para capacitação, em que foi abordado, entre outros assuntos, a relação do processo de organização e prática dos serviços de saúde da família, com foco no trabalho em equipe multiprofissional.

Acrescenta-se que os profissionais das equipes de saúde da família possivelmente já tinham algum conhecimento a respeito da proposta de apoio matricial das equipes do NASF, visto que a implantação da política do NASF vem ocorrendo em nível nacional. Os profissionais de saúde das UBS tradicionais, por sua vez, não receberam nenhuma preparação/orientação antes da chegada das equipes do NAAB.

Em contrapartida, as equipes do NAAB foram inseridas no modelo de atenção básica tradicional, que apresenta um outro arranjo organizacional e de concepção, em que cada profissional de saúde das UBS tem as suas atribuições dentro do serviço, sendo que eles não se constituem como uma

equipe formada, como é o caso da equipe de saúde da família. É importante considerar também, como já falado anteriormente, que os profissionais das UBS tradicionais não realizam reuniões para discussão de casos rotineiramente, fato este mais comum entre a equipe de saúde da família. Portanto, é preciso considerar que as especificidades do trabalho das UBS tradicionais diferem das UBS com estratégia saúde da família, e que talvez isso seja uma das explicações para as dificuldades encontradas para a articulação do trabalho de apoio matricial das equipes do NAAB junto aos profissionais das UBS tradicionais.

4.4.2 Relação do Nutricionista com os Profissionais de Saúde

No presente estudo, quando as entrevistadas foram questionadas sobre os profissionais das Unidades de Saúde que trabalhavam mais próximos a elas, todas as nutricionistas do NASF citaram os profissionais que compõem a equipe de saúde da família: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS. Das 5 nutricionistas do NASF entrevistadas, 4 ainda citaram o atendente SUS e 3 apontaram o gerente da Unidade, como profissionais que estavam relacionados diretamente ao seu trabalho.

Entre as nutricionistas do NAAB, uma relatou haver contato direto com médico, enfermeiro, ACS, atendente SUS e dentista, tanto das equipes de saúde da USF, quanto dos profissionais das UBS tradicionais; outra relatou haver contato apenas com os profissionais da equipe de saúde da família, não demonstrando haver contato com os profissionais de saúde da UBS tradicional; e a terceira nutricionista afirmou não trabalhar diretamente com nenhum profissional da UBS.

Nota-se que o atendente SUS foi um profissional relatado mais frequentemente pelas nutricionistas do NASF. Esperava-se que essa condição acontecesse nas equipes do NAAB, visto que essas equipes

atendem às Unidades sem a equipe de saúde da família e, supostamente, teriam o atendente SUS como um dos profissionais mais próximos à equipe, contribuindo no acolhimento dos usuários e participando nas reuniões de discussão dos casos.

O médico foi um dos profissionais destacados na fala das entrevistadas, pela dificuldade de integração deste profissional junto às equipes do NASF e do NAAB, principalmente na participação das reuniões de apoio matricial, sendo um fato relatado por todas as entrevistadas. Isso porque os médicos muitas vezes, não partilham do mesmo objetivo do restante da equipe. SAAR e TREVIZAN (2007) apontam que o médico é visto, pelos outros profissionais de saúde, como um profissional resistente ao trabalho em equipe, centralizador das ações de saúde. Tem o papel principal de estabelecer o diagnóstico clínico do paciente, elaborar o plano terapêutico e fazer os encaminhamentos, quando necessário. Acrescenta-se a isso, o fato de que o médico tem uma grande autonomia profissional, bem como uma remuneração muito diferenciada dos outros profissionais da equipe, fatores que vêm contribuindo de forma determinante para a fragilização de um trabalho em equipe multiprofissional (ALVARENGA, 2005; SILVA e TAVARES, 2004).

Mesmo que o NASF vem com uma proposta de buscar um trabalho com predomínio das ações multiprofissionais, sem haver uma hierarquia nas relações profissionais, percebe-se na fala de uma nutricionista que a centralização das ações médicas é muito evidente:

Porque eu sinto que a efetividade de um médico falando [para o paciente], faz com que o [meu] trabalho seja mais sério do que um ACS falando ... Vamos supor, ele [o médico] vem e fala: Olha, está tendo um grupo [de nutrição], você foi convocado (...) parece que chama mais atenção, faz parte do tratamento (nutricionista do NASF).

A diferenciação do trabalho do médico em relação aos outros profissionais fica evidenciada na fala anterior. Isso ainda é uma condição muito presente nos serviços de saúde, visto a forte influência do modelo biomédico, onde há centralização dos serviços na doença e no atendimento

clínico individual, sendo que o médico é o profissional que representa este modelo de saúde (COELHO, 2010). Apesar da mudança de uma estrutura organizacional, onde há implantação de um novo modelo de trabalho, como no caso da estratégia saúde da família, a atenção básica tende, na prática, a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e saber (CAMPOS e GUERRERO, 2010).

Observou-se ainda, pela fala de uma nutricionista do NAAB, a dificuldade em avaliar um indivíduo que vem encaminhado pelo médico, visto que este não informa nem o motivo pelo qual está realizando o encaminhamento:

E uma dificuldade que tem é médicos que não pedem exames, manda pra você sem exame, você tem que adivinhar. Eu olho pra criança, e nem gordinha ela é (nutricionista do NAAB).

Na fala de outra nutricionista do NAAB, percebe-se que a dificuldade ainda é maior, pois os profissionais atuam dentro de um mesmo espaço, porém não se conhecem:

Aqui o pediatra encaminha pra ir pro nutrólogo [risos]. Uma vez o pediatra saiu da sala procurando o nutricionista... eu estava na frente da sala. Nutricionista sou eu, estou aqui há 2 anos e ele não me conhece (nutricionista do NAAB).

As nutricionistas do NASF apontam uma ausência dos médicos nas reuniões de apoio matricial e as nutricionistas do NAAB relatam que, muitas vezes, não existe nem um contato direto com os médicos. Portanto, se já é difícil envolver o médico da família nos trabalhos em equipe multiprofissional, que teoricamente é um profissional com um perfil de trabalho diferenciado, maior dificuldade será fazer com que os médicos especialistas se envolvam nesse processo de trabalho do NAAB.

Quando foi criado o programa saúde da família, que posteriormente passou a ser considerada uma estratégia estruturante dos serviços, o papel do médico também foi modificado. O médico de saúde da família deveria incorporar novas técnicas de atuação, diferenciando-se dos demais médicos,

por meio de um conjunto de práticas que operem a mudança do modelo de trabalho. Essas práticas envolvem a forma de identificação e resolução dos problemas, bem como o reconhecimento do território e um maior vínculo do profissional com a população (ALVARENGA, 2005).

Assim, a lógica de trabalho do médico de saúde da família é completamente diferente da lógica de trabalho do médico especialista das UBS tradicionais. Enquanto o primeiro deve ter um perfil mais generalista de assistência, com o olhar voltado para um determinado território e para as famílias que ali vivem, o segundo tem o compromisso de atender a uma demanda de pacientes pré-agendada, e irá direcionar a sua visão para o problema individual apresentado naquela consulta. Portanto, é de se esperar que as nutricionistas do NAAB apresentem dificuldades maiores de integração do seu trabalho junto com o médico.

Essa diferenciação do médico especialista e do generalista foi evidenciada na fala de uma nutricionista, demonstrando que a formação do médico como especialista em saúde da família acaba sendo um fator determinante na boa condução dos casos:

Tem uma Unidade que eu atendo que tem o médico generalista e o médico especialista. É o pediatra, o ginecologista, e como eles atendem todas as áreas, acaba não contribuindo muito na reunião de apoio matricial, porque eles não se lembram dos casos, não lembram das famílias. Não que se eles participassem não fosse contribuir, porque nada impede de você pegar o prontuário e olhar. Mas eles não têm conhecimento do caso da família como um médico de PSF (nutricionista do NASF).

O outro profissional destacado pelas nutricionistas foi o gerente da Unidade de Saúde. Algumas nutricionistas do NASF consideraram a participação do gerente como algo positivo para o desenvolvimento do trabalho das equipes, enquanto que, algumas nutricionistas do NAAB relataram que o mau desempenho do gerente contribui de forma negativa no trabalho das equipes de apoio. Observe a seguir comentários positivos e negativos que demonstram claramente este contraste, respectivamente:

Essa troca acaba sendo maior nessa Unidade, que acontece isso por parte da gerência, porque ela que organiza uma reunião e acaba chamando a diretora da escola, a coordenadora pedagógica, o

*representante do CRAS, algum representante de alguma ONG que tem na região. Então tem essa troca sim, e acaba sendo mais nessa Unidade, por conta dessa **iniciativa da gerência** (nutricionista do NASF).*

*Não consegui fazer o matriciamento e nem vai conseguir, só se sair todo mundo e entrar uma equipe nova. É tudo, é **falta de gerência** comprar a idéia, aí fica difícil (nutricionista do NAAB).*

*Atendimento compartilhado não tem com ninguém, porque eu tentei colocar isso no começo, mas não deixaram de jeito nenhum. Eu propus atendimento com qualquer profissional, mas **a gerente não deixou**. Ela entendeu que era insegurança da minha parte (nutricionista do NAAB).*

Segundo VANDERLEI e ALMEIDA (2007), o gerente da Unidade de Saúde deve ter uma visão sistêmica dos processos organizacionais, com caráter articulador e integrativo, fundamental na efetivação das políticas de saúde. Ficou evidenciada essa característica na primeira fala, demonstrando que a iniciativa da gerência possibilitou a construção de parcerias locais interinstitucionais e comunitárias, caminhando para uma gestão participativa direcionada à intersetorialidade das ações.

Já na segunda e na terceira fala, observa-se que a gerente criou uma barreira na implantação das ferramentas de trabalho propostas pela diretriz do NASF, que são a reunião de apoio matricial e o atendimento compartilhado, podendo associar esse modo de gestão àquele citado por VANDERLEI e ALMEIDA (2007), que está direcionado a uma racionalidade gerencial burocratizada, normativa e tradicional, no qual as relações de poder estabelecidas entre os gerentes e os profissionais das equipes de saúde estão mais voltadas para o poder autoritário, em detrimento de uma relação de cooperação entre os diferentes atores envolvidos.

Existe uma expectativa, por parte dos profissionais de saúde na atenção básica, sobre o papel de comando do gerente. Especialmente observado pelas falas das nutricionistas do NAAB, verifica-se que elas vêm encontrando dificuldades em conseguir articular as ações que lhe são atribuídas, enquanto profissionais de apoio matricial, dificuldades estas que dizem respeito à articulação de suas atividades junto com outros

profissionais das UBS, que não aderem à nova forma de trabalho do NAAB. Portanto, as nutricionistas esperam que o gerente tenha um papel de gestor dentro da UBS, a fim de que ele consiga coordenar essas dificuldades, pois a equipe do NAAB não tem governabilidade de mudar o processo de trabalho dos profissionais de saúde das Unidades.

São diversos os fatores que interferem na condução do trabalho dos gerentes, que podem acabar afetando, por sua vez, o trabalho das equipes de apoio. Com relação a um melhor desempenho do trabalho de gerentes de Unidades de Saúde, NETO e SAMPAIO (2007) sugerem a inserção destes profissionais num processo de educação permanente, como a Residência em Saúde da Família, que poderá oferecer aos profissionais uma maior clareza do seu objeto de trabalho no campo da Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Planejamento, Educação Popular e Promoção da Saúde. Esses mesmos autores sugerem que os gestores das Secretarias Municipais de Saúde devam avaliar o perfil de gerentes durante a nomeação, e confrontá-lo com o perfil que o cargo exige, além de avaliar o desempenho dos mesmos, pois nos territórios existem gerentes extremamente competentes e outros descontextualizados para o exercício da função.

Ainda segundo NETO e SAMPAIO (2007), os gerentes das Unidades de Saúde precisam ter autonomia de decisão, visto que esta é necessária para a priorização das ações a serem desenvolvidas pela equipe durante o cuidado aos sujeitos, famílias e comunidades. Os autores destacam a importância de que a gerência de uma UBS seja exercida por um profissional de saúde de sua própria equipe, que ascenda por competência, perfil de liderança ou indicação, pois os autores entendem que esse gerente, por possuir uma vivência neste local, terá um olhar mais consistente para as necessidades de saúde do território e da comunidade, possibilitando uma resolução dos problemas com mais facilidade e propriedade.

Adicionado a isso, VANDERLEI e ALMEIDA (2007) enfatizam a necessidade de instituir encontros entre gerentes, gestores, trabalhadores de saúde e usuários, de modo que esses encontros constituam espaços de

análise, tomada de decisão e implantação de tarefas, na perspectiva de constituir uma gestão mais compartilhada.

4.4.3 O Papel do Nutricionista nas Equipes do NASF e do NAAB

De acordo com o Ministério da Saúde, o nutricionista do NASF deve organizar o seu trabalho a partir do planejamento, organização e elaboração de protocolos de atendimento e de encaminhamentos; contribuir no processo de formação e educação continuada dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família de sua área de abrangência; atuar em consonância com os demais profissionais do NASF, com as equipes de saúde da família e com o setor responsável pela gestão das ações de alimentação e nutrição no município, visando qualificar a atenção à saúde e melhorar a sua resolubilidade; deve ainda atuar de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e dos distúrbios alimentares e nutricionais que acometem a população local, contribuindo, assim, para a segurança alimentar e nutricional da população atendida (BRASIL, 2010a; CFN, 2008).

O trabalho do nutricionista no NASF é algo muito novo, e vem sendo construído ao longo dos anos. Especialmente no caso das nutricionistas do NASF e do NAAB do município de Guarulhos, pode-se dizer que o seu trabalho é pioneiro, pois as nutricionistas iniciaram, junto com outros profissionais, o trabalho das equipes de apoio no município, e a partir de então elas vêm criando o seu espaço de atuação. É comum, dentro desse contexto, surgirem incertezas e, muitas vezes, contradições quanto à definição do seu papel dentro da equipe.

Quando as nutricionistas foram questionadas quanto ao seu papel dentro das equipes multiprofissionais, esta pergunta foi a que apresentou uma maior dificuldade para a formulação das respostas, e surgiram diferentes percepções.

Algumas entrevistadas se vêem como uma profissional “especialista em saúde”, que deve ter um olhar não apenas do seu campo técnico de

formação, mas envolvendo outros aspectos relacionados às condições de vida da população. É importante ressaltar que nesse aspecto, a nutricionista perde um pouco a sua identidade enquanto profissional de nutrição, e passa a se identificar como um integrante de uma equipe. Pode-se relacionar esse aspecto justamente ao que o Ministério da Saúde propõe aos profissionais do NASF, de forma que eles consigam se articular para a formação de uma equipe interdisciplinar, saindo do seu campo restrito de conhecimento, e abrangendo todos os aspectos que envolvem a comunidade (BRASIL, 2010a).

Destaca-se, ainda, que essa visão foi apontada por algumas nutricionistas do NASF, como segue nas falas:

A gente faz tudo. Eu acho que o meu papel é ser especialista em saúde, abordando o paciente de diversas formas, não só a nutrição (nutricionista do NASF).

Às vezes aparece um caso na reunião (...) e mesmo que não seja da minha área eu estou ali pra contribuir. Por isso que nós não somos nutricionistas, nós somos antes de tudo especialista em saúde (nutricionista do NASF).

Outras nutricionistas entrevistadas consideram-se como uma profissional que detém o conhecimento técnico de nutrição, contribuindo neste aspecto dentro da equipe. Identifica-se na primeira fala que a nutricionista associa a sua atuação num enfoque mais individual, ao direcionar o seu trabalho aos “pacientes”. Na segunda fala, percebe-se que a nutricionista relaciona o seu papel numa abordagem mais ampla do serviço, possivelmente indicando um olhar mais voltado para o território, num nível mais coletivo e menos individual:

Eu acho que a equipe sem o profissional nutricionista é mais difícil, né? Porque alguns casos são especificamente da parte de nutrição. Então, se não tivesse a nutricionista, os pacientes iriam ficar num desfalque (nutricionista do NAAB).

Eu me vejo como uma profissional que tem o papel fundamental nas questões da alimentação e nutrição que envolve todo o serviço (nutricionista do NASF).

Uma entrevistada considerou o seu papel como de apoio à equipe multiprofissional, ressaltando que a nutrição é uma área da saúde que pode se interligar com todas as outras:

*Eu me vejo como uma auxiliar, um apoio das outras profissões (...)
Eu posso caminhar em todas as áreas (nutricionista do NASF).*

A mesma profissional se contradiz em alguns momentos depois, demonstrando que sente dificuldades na interligação com áreas específicas da saúde:

Uma coisa que eu sinto dificuldade é a questão de paciente de saúde mental. Como lidar com paciente de saúde mental? O que a nutrição faz com o paciente de saúde mental? Eu não tive esta formação (nutricionista do NASF).

Esta profissional considera que a nutrição é um campo de fácil interligação com outras áreas, porém, durante o seu dia-a-dia, ela não consegue concretizar isso, relacionando a sua dificuldade à formação ineficiente na graduação. Essa fala nos mostra muito relevante, visto que a profissional está inserida numa proposta de trabalho que prioriza o trabalho em equipe. Os aspectos que não condizem diretamente com sua área de formação poderiam ser melhor trabalhados, e possivelmente poderiam trazer melhor resolubilidade, a partir do compartilhamento do caso com os demais profissionais da equipe. A exemplo da fala anterior, a nutricionista poderia trabalhar o paciente de “saúde mental” junto com a psicóloga, fazendo atendimentos em conjunto ou discutindo esse caso na reunião de apoio matricial. Portanto, o que se mostra não é a falta de informação de outras áreas da saúde, mas a efetivação do trabalho em equipe.

Uma nutricionista do NAAB, ao ser questionada sobre o seu papel na equipe, demonstrou-se insatisfeita em relação ao serviço, sentindo que o seu trabalho era desvalorizado perante a equipe, além de haver um desconhecimento dos outros profissionais em relação à sua atuação:

Eu não sei, eu acho que tem que ter um pouco mais de valor. Eu vou tentar discutir algum caso de diabetes descompensada, ninguém vai discutir esse caso (...) Eu acho que falta um pouco de compreensão pra entender a conduta do profissional (...) mas eles [outros

profissionais da equipe] *acham que é só entregar a dieta* (nutricionista do NAAB).

Em pesquisa realizada por SAAR e TREVIZAN (2007) com profissionais de uma equipe de saúde de um hospital em Minas Gerais, estes foram questionados a respeito do papel desempenhado pelos seus companheiros de equipe. Os profissionais de saúde relataram que o nutricionista era visto como um profissional coadjuvante ao trabalho do médico, e sua função principal era de auxiliar na dieta dos pacientes. A avaliação nutricional e a educação alimentar foram as outras descrições do papel do nutricionista.

SANTOS (2005) realizou um estudo com diferentes trabalhadores da atenção básica de saúde, e observou que a maioria deles desconhece a real função do nutricionista e suas atribuições, associando o conceito deste profissional a prescrição de dietas, cuja atuação está voltada para o atendimento das classes dominantes. Entretanto, eles reconhecem a importância deste profissional estar atuando nas equipes de atenção básica, para que seu conhecimento técnico venha a se somar aos demais, proporcionando um atendimento mais qualificado à população. Trabalhar com a nutrição não significa somente a prescrição e cálculo de dietas, mas a luta e a conquista da cidadania. É essencial que o nutricionista consiga se impor frente aos outros profissionais de saúde, de forma a mostrar a relevância do seu papel dentro da equipe.

Por fim, destaca-se a fala de uma nutricionista do NASF, que considera que o seu trabalho ainda está num processo de construção, e identifica, como requisitos necessários para a boa atuação do nutricionista nas equipes, a busca do conhecimento do território, dos sujeitos e da política, além de ter uma boa relação interpessoal com os outros profissionais da equipe:

Eu acho que é um trabalho que está em construção, é um trabalho novo (...) Eu acredito que o profissional nutricionista tem que buscar muito o conhecimento, além de conhecer o território, o usuário, tem que conhecer (...) o que acontece com a política, estar sempre buscando informação pra melhorar, e lógico, saber se relacionar,

porque é uma equipe multiprofissional, uma equipe de apoio, você tem que saber se relacionar também com outros profissionais (nutricionista do NASF).

NASCIMENTO e OLIVEIRA (2010) complementam, identificando que os profissionais do NASF devem ter habilidade para abordar o paciente, acolher, ouvir, comunicar-se e trabalhar em equipe. Ainda devem ter atitudes como flexibilidade, pró-atividade, respeito, vínculo e comprometimento, face às dificuldades vivenciadas na implantação de um novo modelo de cuidado em saúde.

4.5 DIFICULDADES PARA ATUAÇÃO NO NASF E NO NAAB

Além das dificuldades apontadas no decorrer da pesquisa a respeito do trabalho das nutricionistas do NASF e do NAAB, foi possível identificar três aspectos que acabam sendo limitantes para o bom desenvolvimento do trabalho das profissionais: número de Unidades de Saúde, estrutura física das Unidades de Saúde e apoio institucional.

4.5.1 Número de Unidades de Saúde

A primeira dificuldade apontada pelas entrevistadas diz respeito ao grande número de Unidades de Saúde em que as profissionais estão vinculadas. As nutricionistas, tanto do NASF quanto do NAAB, referem que a responsabilização por um número muito grande de UBS, que conseqüentemente acaba trazendo uma demanda muito grande de assistência a essa população, leva as profissionais a deixarem de fazer algumas atividades, que seriam pertinentes à sua atuação, como seguem nas falas:

Tem algumas coisas que não dá pra fazer porque a gente não tem perna. Então o tempo que a gente está nessas Unidades, às vezes

não dá pra desenvolver as ações que a gente gostaria de desenvolver (nutricionista do NASF).

Como você tem um dia da semana pra cada Unidade, desenvolvendo um tipo de trabalho, o tempo acaba (nutricionista do NASF).

... só que a gente não consegue, não tem pernas pra isso (...) Idéias a gente tem várias, mas faltam pernas (nutricionista do NAAB).

As equipes do NASF não vinculam-se às Unidades de Saúde, mas sim às equipes de saúde da família, conforme estipulado pelo Ministério da Saúde; já as equipes do NAAB não tem uma determinação do número de profissionais das Unidades em que eles devem estar vinculados. Neste trabalho, para conseguir comparar o trabalho das nutricionistas do NASF com as do NAAB, iremos direcionar o vínculo das entrevistadas ao número de Unidades Básicas de Saúde.

Assim, o número de Unidades Básicas de Saúde atendidas por cada entrevistada variou de 2 a 6, sendo que todas as equipes do NASF atendem às Unidades com Estratégia Saúde da Família (USF), enquanto duas equipes do NAAB atendem às UBS tradicional e à USF, e uma equipe do NAAB atende somente UBS tradicionais.

Pelo número de Unidades atendidas, identificou-se no estudo uma relação de nutricionistas por habitante, que variou de 1:45.000 até 1:110.000, com os maiores valores para as nutricionistas do NAAB (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011a). O Conselho Federal de Nutricionistas publicou, em 2005, a Resolução nº 380, que dispõe sobre a definição das áreas de atuação de nutricionistas e suas atribuições, estabelecendo parâmetros numéricos de referência por área (CFN, 2006a). Define-se para municípios com mais de 500 mil habitantes, que é o caso do município de Guarulhos, a relação de 1 nutricionista para cada 50 mil habitantes, atuando na atenção básica de saúde. Observa-se, portanto, uma discrepância nessa relação, sendo que algumas profissionais possuem uma demanda 2 vezes maior quando comparada às outras.

Fato semelhante a este ocorre nos municípios da região metropolitana de Campinas, onde PÁDUA e BOOG (2006) observaram que a relação de nutricionista/habitante varia de 1:20.000 a 1:1.000.000. Nesse estudo, as pesquisadoras observaram que alguns nutricionistas reclamaram sobre a alta demanda de atividades, porém não verbalizaram a necessidade de aumentar o número de profissionais. Considerando essa falta de iniciativa dos profissionais em ampliar o quadro de profissionais, surge a hipótese da existência de um certo temor dentro da própria categoria, que evita situações que possam gerar competição e comparação.

No presente estudo, verificou-se o contrário. As mesmas profissionais que reclamaram pela alta demanda, também apontaram a necessidade de contratação de mais profissionais de nutrição:

Talvez se tivesse mais profissionais dessa área [nutrição], pudesse dividir as atribuições (nutricionista do NASF).

4.5.2 Estrutura Física das Unidades de Saúde

O segundo problema apresentado pelas nutricionistas entrevistadas foi em relação à estrutura das Unidades de Saúde, que apresentam tanto falta de espaço, como falta de recursos materiais:

Você vai com a intenção de falar no grupo sobre algo, você coloca o cartaz sobre aquilo, e no dia você não tem o material (...) aí perde um pouco a credibilidade, mas você tem que tentar não ficar tão abalada com certas coisas e ir levando (nutricionista do NAAB).

As limitações quanto à infraestrutura que envolve o próprio espaço físico das Unidades e a falta de verba específica, são problemas muito freqüentes na esfera pública. A pesquisa realizada por FACCHINI et al. (2006) revelou que, tanto as UBS tradicionais, quanto as UBS com Estratégia Saúde da Família, apresentavam problemas de estrutura física, destacando-se por sua precariedade e improvisação.

Mesmo apresentando algumas dificuldades, percebe-se um esforço por parte das nutricionistas do NASF e do NAAB em tentar criar estratégias alternativas para o desenvolvimento do seu trabalho:

Eu trabalho nos grupos com vídeos, porque aqui tem televisão e vídeo (...) eu uso fichas, papel com alimentos impressos, porque é mais barato e acessível (nutricionista do NASF).

A sala de atendimento individual a gente reveza entre nós, tem uma disponível por dia (nutricionista do NAAB).

O Município de Guarulhos vem recebendo investimentos em estrutura física há 12 anos. Existem Unidades de Saúde, em especial na região central do município, que foram construídas na década de 1970, época em que a população era muito menor. Atualmente, essas mesmas Unidades de Saúde estão atendendo a uma área extremamente populosa, o que gera esses problemas apresentados pelas entrevistadas².

Outro aspecto a ser considerado é a falta de veículo da prefeitura para o transporte dos profissionais de saúde, como citado anteriormente. O modelo de trabalho do NASF prevê a inserção do profissional na comunidade, tanto em atividades assistenciais, como nas visitas domiciliares, quanto nas atividades de promoção da saúde, como por exemplo, nos grupos educativos; entretanto, essas atividades ficam limitadas na medida em que o profissional não possui um transporte disponível para a sua locomoção e de seu material de trabalho.

Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada por MARQUI et al. (2010). Ao investigar as dificuldades no processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família, foi observada com maior expressividade a falta de infraestrutura das Unidades de Saúde. Destacou-se também a ausência de transporte para as visitas domiciliares, o que inviabiliza a adequada realização das atividades diárias dos profissionais de saúde.

² Informação obtida com gestora da Atenção Básica de Saúde da Prefeitura Municipal de Guarulhos.

Os mesmos autores afirmam que a falta de infraestrutura compromete o planejamento e a execução das propostas da ESF, interferindo diretamente no trabalho da equipe e na assistência prestada aos usuários, e ainda gerando desmotivação e desresponsabilização na execução das atividades.

4.5.3 Apoio Institucional

O terceiro problema destacado pelas nutricionistas foi a falta de apoio institucional:

Acho que falta ter mais apoio de outras esferas (nutricionista do NASF).

NETO E KIND (2011) argumentam que, na área da atenção básica à saúde, os gestores cobram dos profissionais de saúde a realização de um trabalho produtivo, que vise a resolutividade da maioria dos problemas na atenção básica, enquanto que os trabalhadores queixam-se da falta de apoio institucional.

MARQUI et al. (2010) afirmam que o entendimento equivocado dos gestores em relação à ESF é um fator dificultador no trabalho dos profissionais na atenção básica. Segundo os autores, é possível perceber, em algumas situações, uma divergência quanto ao processo de trabalho da equipe de saúde da família e o modelo de gestão.

A necessidade do apoio institucional para um desenvolvimento melhor do trabalho das profissionais envolve diretamente os gerentes das Unidades, que são os responsáveis pela operacionalização do modelo de atenção nas Unidades de Saúde, conforme citado anteriormente pelas entrevistadas, e os gestores das políticas do município, que precisam avaliar e compreender as dificuldades na implantação deste trabalho, para possíveis reestruturações.

4.6 NUTRICIONISTAS DO NASF E DO NAAB E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para entender a forma como as ações de promoção da saúde estão sendo desenvolvidas pelos profissionais, é importante identificar a compreensão que eles têm a respeito do próprio conceito de “promoção”.

Segundo CZERESNIA e FREITAS (2003), a promoção da saúde pode ser entendida como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. Ela não está direcionada a uma doença, mas sim a aumentar a saúde e o bem estar geral; assim, envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com os múltiplos condicionantes da saúde.

Ao se abordar o tema da promoção de saúde, comumente os profissionais de saúde se referem às ações dirigidas à prevenção de doenças, considerando os dois conceitos indistintamente. No entanto, ambos possuem pontos convergentes e, ao mesmo tempo, características distintas em suas gêneses e em suas práticas, que devem ser consideradas no momento de elaborar estratégias/ações de promoção da saúde (SACARDO, 2004). O conceito de prevenção de doenças pode ser traduzido como uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural de uma doença, a fim de tornar improvável o seu progresso; as ações preventivas são baseadas em intervenções que tem o objetivo de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência na população (CZERESNIA e FREITAS, 2003).

No presente estudo, observou-se que o conceito de promoção da saúde é definido de diferentes formas entre as profissionais entrevistadas. Algumas profissionais abordaram o conceito de promoção da saúde como sinônimo de prevenção de doenças, como mostrado nas falas:

Promoção e prevenção né? Você conseguir orientar as pessoas antes delas desenvolverem a doença (nutricionista do NAAB).

É você orientar no sentido de prevenir, antes que as coisas aconteçam, pra proporcionar qualidade de vida (nutricionista do NASF).

Promoção da Saúde é você tentar informar a população em geral, com o intuito de prevenir alguns agravos, ou até mesmo melhorar ou estabilizar aqueles que já existem (nutricionista do NASF).

Outras nutricionistas têm uma visão mais voltada ao estado positivo da saúde, relacionando a promoção da saúde com o bem-estar e a melhora da qualidade de vida, de um modo em geral:

Eu entendo como melhora da qualidade de vida (...) passar pra ela que é importante ela ter uma boa qualidade de sono (nutricionista do NASF).

É tudo que está ligado à qualidade de vida, não só de alimentação, mas a gente fala do condicionamento do corpo, do relacionamento (nutricionista do NAAB).

Outra nutricionista ainda identificou a promoção da saúde como uma ação de educação em saúde:

Promoção da saúde eu entendo como a educação na saúde (...) tentando abranger a todos, em todos os sentidos, de uma maneira bem ampla (nutricionista do NASF).

Percebe-se ainda, em algumas falas, que a promoção da saúde consiste no direcionamento de ações para pessoas que ainda não apresentam nenhuma patologia:

Talvez seja promoção [da saúde] porque elas [as pacientes] não estão ainda doentes, elas podem estar melhorando a vida delas (nutricionista do NAAB).

O grupo de educação alimentar é de promoção de saúde, porque ali tem pessoas que não estão doentes (nutricionista do NASF).

WESTPHAL (2009) afirma que, nos dias atuais, muitos profissionais de saúde entendem a prevenção de doenças e a promoção da saúde da forma proposta pelo modelo de Leavell e Clark (história natural do processo saúde e doença). Neste modelo, a promoção de saúde é uma ação de prevenção primária, que correspondem a medidas educativas cujo objetivo é melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos, por meio de

comportamentos alimentares, exercícios físicos, contenção de estresse, não ingestão de drogas e tabaco, entre outro.

A mesma autora ainda descreve um moderno conceito de promoção da saúde, devendo estar mais vinculado a uma visão holística e socioambiental, sendo a saúde conceituada como um bem-estar biopsicossocial e espiritual. Como principais estratégias para se promover a saúde, estão: coalização para advocacia e ação política, promoção de espaços saudáveis, reorientação dos serviços de saúde, empoderamento da população e desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes (WESTPHAL, 2009). Observa-se que o conceito de promoção da saúde referido pelas nutricionistas entrevistadas está mais relacionado ao modelo de Leavell e Clark, direcionado a um enfoque mais individual, do que ao moderno conceito de promoção da saúde.

Quando as nutricionistas foram questionadas quanto aos tipos de atividades de promoção da saúde que elas desenvolviam, surgiram diferentes respostas. Algumas consideram realizar atividades de promoção da saúde nas visitas domiciliares, nos atendimentos em grupo e nos atendimentos individuais; entretanto, a grande maioria relaciona a promoção de saúde unicamente às atividades em grupo:

Eu considero que no grupo dá mais pra trabalhar a promoção de saúde, porque no individual é um processo muito mais do cuidado daquilo que já foi instalado (...) Por mais que seja feita a promoção, porque você vai estar orientando pra modificação de hábitos, eu acredito que a promoção de saúde mesmo acontece muito mais no grupo, porque (...) a pessoa não precisa da dietoterapia, ela só precisa modificar hábitos pra melhorar a qualidade de vida (nutricionista do NASF).

O conceito de promoção da saúde e sua relação com a prática profissional, referido pelas entrevistadas, parece estar mais direcionado à dimensão biológica do indivíduo, do que com uma abordagem mais ampliada do processo de saúde/doença, sendo a formação acadêmica do profissional um dos pontos a ser discutido.

Ao analisar os currículos dos cursos de nutrição, nota-se que eles se apresentam moldados sob a vertente biológica da atenção clínico-assistencial estruturada no modelo biomédico dominante. E, em contrapartida, na deficiente abordagem prestada às questões políticas, sócio-econômicas e culturais necessárias, repercutindo na dificuldade de articular os conhecimentos biológicos da nutrição com sua dimensão social, gerando entraves na implementação de medidas de intervenção mais consistentes voltadas à promoção da saúde (FERREIRA e MAGALHÃES, 2007).

NASCIMENTO e OLIVEIRA (2010) apontam a necessidade de uma reformulação nas bases curriculares dos cursos de graduação dos profissionais de saúde, além de uma aproximação das práticas e das concepções vigentes de atenção à saúde, que poderiam minimizar o descompasso entre a formação e a realidade concreta dos serviços.

Na fala de uma nutricionista do NAAB, percebe-se a visão que a profissional tem sobre o atendimento individual e o atendimento em grupo. Para ela, o atendimento individual envolve uma abordagem de trabalho prescritiva, onde o profissional, detentor de todo o conhecimento, conduz a maneira como o indivíduo deve se comportar para alcançar um objetivo; já no atendimento em grupo, mostra-se uma relação de construção de formas de agir, que é não é feita para o indivíduo e sim com o indivíduo, numa forma de responsabilidade compartilhada sobre a saúde do sujeito:

Até eu acho melhor essa parte de educação, de ensinar em grupo do que no individual, porque a pessoa absorve mais. No individual você meio que dá a informação... você fala: "você come assim e assado" e só. Já no grupo você fala "E aí, o que você acha certo, o que você não acha?" estimula um pouco a pessoa (nutricionista do NAAB).

Observa-se na fala anterior que existe uma preocupação em envolver os saberes técnicos e populares dos indivíduos na resolução dos problemas apresentados. Segundo FERREIRA e MAGALHÃES (2007), a criação de espaços democráticos e participativos visa estabelecer uma aproximação com a realidade dos indivíduos e das populações, com o objetivo de tentar

responder melhor às demandas de saúde. Dessa forma, abordagens persuasivas e ações verticais devem ser substituídas por estratégias mais amplas provenientes da relação profissional-paciente, a partir do somatório de saberes técnicos e populares. Nesse aspecto, torna-se imprescindível superar a relação hierárquica entre o profissional e o usuário.

Mesmo que algumas profissionais entrevistadas se referiram à promoção da saúde num conceito mais tradicional, apresentando como principal estratégia de trabalho a mudança de comportamentos, percebe-se que na prática profissional, a maioria delas vêm demonstrando formas de promover a saúde num conceito mais moderno, mesmo que essas atividades não tenham sido reconhecidas pelas profissionais como sendo promotoras de saúde.

A primeira delas está relacionada ao fortalecimento da intersetorialidade, pois foi notada uma preocupação das profissionais em tentarem desenvolver ações junto a outros setores, como escolas, ONG, empresas particulares, entre outros.

Eu já fiz palestras sobre alimentação saudável pra criança e adolescentes na escola e em reunião de pais, troca com o educador físico da própria escola... (nutricionista do NASF).

No caso das empresas, nós atendemos uma Unidade que fica próxima a diversas empresas particulares. Essas empresas procuraram o posto para que nós fizéssemos palestras lá (...) Fizemos palestras de doenças sexualmente transmissíveis, drogas e outras coisas (nutricionista do NASF).

A intersetorialidade é uma diretriz do NASF, mas também um princípio da promoção da saúde, que tenta superar as propostas setorizadas, assistenciais, para um processo de planejamento e realização de ações articuladas (WESTPHAL, 2009). A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) descreve que o setor Saúde, nas várias esferas de decisão, é o responsável pela articulação intersetorial, devendo convocar os outros setores na construção de políticas específicas direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2006b).

O cotidiano das práticas desempenhadas pelos nutricionistas nas Unidades de Saúde apresenta-se circunscrito ao consultório, ou no máximo, em atividades dentro da própria unidade. A partir da intersectorialidade é possível inserir a nutrição em outros ambientes sociais, tais como nas escolas públicas e privadas; na comunidade por intermédio dos agentes comunitários de saúde, das associações de moradores; no ambiente de trabalho formal; nas ações de vigilância sanitária; nos órgãos de comunicação em geral; nas organizações não-governamentais (ONGs); enfim, inúmeros são os espaços nos quais a nutrição pode estar articulada. Fundamentalmente, essa inserção coloca a temática da nutrição no cerne das discussões nos diversos espaços sociais, fortalecendo dessa maneira, esse campo de práticas (FERREIRA e MAGALHÃES, 2007).

Outro aspecto observado foi que algumas nutricionistas relacionaram suas atividades profissionais não somente à transmissão de informações, mas como uma forma de criação de vínculos entre os indivíduos. Isso talvez possa remeter a um fortalecimento da comunidade, na medida em que se consegue aproximar os indivíduos de um mesmo local, para criar novas formas de viver:

Então o grupo eu nem uso tanto pra questão da orientação nesses casos mais graves, eu uso mais como um apoio pra que ela [paciente] participe, interaja com outras pessoas na mesma situação, na mesma dificuldade (nutricionista do NASF).

Um terceiro aspecto a ser considerado, é o fato de algumas nutricionistas considerarem a multiplicação de conhecimento entre os indivíduos como uma das formas de se promover a saúde, o que pode estar relacionado ao aumento da autonomia da população, como citado a seguir:

Essa pessoa que está no grupo, a gente acredita que ela vai absorver pelo menos alguma dessas informações e vai multiplicar isso (...) Se ela tem um filho pequeno, ela já vai melhorar o hábito pra essa criança (nutricionista do NASF).

Quando ela muda os hábitos dela, e se for ela que prepara a comida na casa, ela vai acabar mudando os hábitos do restante da família,

vai levar a promoção de estilos de vida mais saudáveis (nutricionista do NASF).

É importante o desenvolvimento de ações direcionadas à capacitação dos indivíduos, com o objetivo de garantir condições para que a população possa exercer sua autonomia decisória, optando por escolhas alimentares mais saudáveis. Nesse aspecto, o nutricionista assume o desafio de promover uma educação nutricional eficaz, com ações que promovam mudanças nos hábitos alimentares dos indivíduos e de suas famílias, sendo fundamental para o exercício e o fortalecimento da cidadania (FERREIRA e MAGALHÃES, 2007).

Entende-se que a promoção da saúde é uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde que devem ser desenvolvidas pelos profissionais do NASF, junto com as equipes de saúde da família, atendendo às demandas específicas do seu território. (BRASIL, 2010a).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa permitiram visualizar como vêm ocorrendo o trabalho das nutricionistas nas equipes de apoio à atenção básica do município de Guarulhos. O trabalho dessas nutricionistas pode ser considerado pioneiro, uma vez que o município de Guarulhos não contava com o trabalho do profissional de nutrição na atenção básica, antes da inserção das equipes do NASF e do NAAB.

O perfil das nutricionistas que compõem as equipes do NASF e do NAAB é marcado por profissionais do sexo feminino, em sua maioria com menos de 5 anos de graduação, com pós-graduação em diferentes áreas e vínculo empregatício exclusivo na prefeitura de Guarulhos.

Com relação às equipes em que elas estão inseridas, observa-se uma diferença no cenário onde as equipes do NASF e do NAAB estão inseridas. As primeiras estão localizadas na região central do município, com maiores possibilidades de recursos de saúde e com uma população de melhor nível sócio-econômico; já as equipes do NASF atendem às regiões periféricas do município, com menos recursos de saúde e com uma população de maior vulnerabilidade social.

As nutricionistas do NASF e do NAAB desenvolvem atividades semelhantes, sendo que a agenda de trabalho das profissionais se divide em reuniões de “matriciamento” e reuniões “gerais”, atendimento individual, atendimento em grupo, visitas domiciliares, ações “extra-muros” e capacitações com os profissionais das equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde.

Mesmo havendo uma descrição de agenda de trabalho semelhante entre as nutricionistas do NASF e do NAAB, verifica-se que a forma como é conduzida suas atividades profissionais difere em alguns aspectos. Quanto à reunião de “matriciamento”, observa-se que em algumas Unidades atendidas pelo NAAB, essas reuniões não ocorrem efetivamente; os casos são encaminhados diretamente ao profissional responsável pelo tratamento do

paciente, num modelo de trabalho semelhante aos serviços de saúde tradicionais. Outro aspecto diz respeito à abordagem dos casos nas reuniões de “matriciamento”, onde foi possível constatar que as nutricionistas do NASF direcionam a discussão para um contexto familiar, fato este não observado entre as nutricionistas do NAAB.

Com relação aos atendimentos clínicos individuais, algumas nutricionistas do NASF e do NAAB referem ser essa atividade com maior frequência em sua rotina de trabalho; algumas nutricionistas priorizam o atendimento individual para casos com maior complexidade, como por exemplo anorexia, insuficiência renal, entre outros. Os usuários que apresentam estas patologias poderiam ser melhor acompanhados nos serviços de média complexidade do município de Guarulhos, visto que estes apresentam outros recursos e profissionais, além do nutricionista, que poderiam contribuir no atendimento desses indivíduos.

Com esse objetivo, foi elaborada, em 2010, uma proposta de Protocolo para Fluxo referente à Demanda de Nutrição do Município de Guarulhos, com o intuito de estabelecer os fluxos de atendimento do nutricionista na atenção básica e nos serviços de média complexidade do município de Guarulhos³. Dentre esses serviços de média complexidade que contam atualmente com o nutricionista, pode-se citar o CEMEG (Centro de Especialidades Médicas de Guarulhos), que é uma unidade de referência para diversas especialidades, realizando consultas, exames, ambulatório de diagnose, pequenas cirurgias e outros procedimentos; o Ambulatório da Criança, que atende crianças na faixa de 0 a 17 anos de idade, oferecendo consultas e exames em várias áreas; o CERESI (Centro de Referência à Saúde do Idoso), que é um serviço de saúde específico para a população com idade igual ou superior a 60 anos; e o SAE Carlos Cruz (Serviço de Assistência Especializada), que atende pacientes portadores de HIV/ AIDS (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011a).

³ Protocolo para Fluxo referente à Demanda de Nutrição do município de Guarulhos. Documento elaborado em 2010, pelos nutricionistas da Prefeitura Municipal de Guarulhos.

De acordo com este protocolo, os casos que apresentem patologia de base que exige cuidados dietoterápicos específicos, com risco nutricional leve/ moderado associado, ou fator de risco nutricional instalado, como por exemplo, Diabetes Mellitus descompensada, insuficiência renal crônica, AIDS, doenças inflamatórias intestinais, entre outras, deveriam ser encaminhados para os serviços de média complexidade.

Observa-se, neste estudo, que os casos que necessitam da avaliação/acompanhamento do nutricionista dos serviços de média complexidade ficam concentrados nas Unidades Básicas de Saúde, o que pode gerar ineficácia no tratamento e impossibilidade das profissionais executarem as atividades que lhe são atribuídas nas equipes do NASF e do NAAB. Por sua vez, o documento intitulado Plano Municipal de Saúde de Guarulhos – 2010/2013 mostra uma ineficiência da rede especializada de média complexidade, seja por encaminhamentos inadequados da rede básica, como também pela insuficiência de recursos assistenciais e pela gestão pouco otimizada dos recursos disponíveis (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2011a).

O próprio CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (2008) recomenda que os procedimentos de referência e contrarreferência estabelecidos nos respectivos protocolos de nutrição dos municípios sejam atendidos, de forma que os nutricionistas do NASF consigam encaminhar os casos que necessitem de um atendimento individualizado aos nutricionistas das Unidades Básicas de Saúde tradicionais, ou para outros níveis de atenção à saúde. Caso isso não seja feito, o potencial de intervenção desses profissionais de apoio será restrito e pouco resolutivo, frente à magnitude do problema alimentar e nutricional que hoje atinge a população brasileira.

Portanto, mostra-se fundamental que o protocolo para fluxo referente à demanda de nutrição do município de Guarulhos seja colocado em discussão, para que sua implementação no município ocorra o quanto antes.

Os atendimentos realizados em grupo são realizados como uma forma de atender à grande demanda de nutrição encontrada no território. Eles têm um caráter educativo voltado para o indivíduo, que geralmente

necessita de uma orientação/tratamento nutricional. Entretanto, observa-se que existe uma dificuldade de adesão da população às atividades em grupo. Em termos de necessidade da população existe uma contradição, pois o Ministério da Saúde está direcionando o trabalho dos profissionais do NASF para ações de caráter coletivo, com foco na promoção da saúde (Brasil, 2010a); entretanto, a própria população demanda e pressiona por outro modelo de atenção, porque ela culturalmente reconhece o processo saúde-doença relacionado às ações curativas e individuais, dentro do modelo biomédico.

É importante refletir quais os caminhos a serem percorridos para se concretizar uma atividade em grupo resolutive, sendo capaz de atingir os objetivos propostos pelos profissionais e pelos pacientes, num processo de corresponsabilização. NETO e KIND (2011) recomendam que os profissionais façam uma constante avaliação do atendimento em grupo, verificando: se os números de encontros estão muito excessivos; se a carga horária do grupo é muito extensa, tornando-se cansativo; se os profissionais estão utilizando diferentes metodologias e recursos, combinando a teoria com a prática; e se a linguagem utilizada pelo profissional está de acordo com a realidade da população. Portanto, uma avaliação dos grupos realizados pelas nutricionistas do NASF e do NAAB, seguindo os critérios recomendados pelos autores, poderia contribuir para uma readequação da forma como os grupos vêm sendo conduzidos, possibilitando uma melhor adesão dos usuários.

Com relação às ações ocorridas fora da Unidade de Saúde, foi apontada a visita domiciliar. As profissionais referem que essa atividade é direcionada à avaliação nutricional de indivíduos acamados ou com dificuldade de locomoção. As nutricionistas do NASF apresentam um número de visitas domiciliares superior ao das nutricionistas do NAAB, que pode ser decorrente do perfil da área em que elas estão, como também do modelo de atenção à saúde da família, que possivelmente consegue encontrar um maior número de acamados, devido ao maior contato com as famílias nos domicílios.

Outra ação realizada fora das Unidades, ou também citadas por algumas nutricionistas como ações “extra-muros”, são realizadas com menor frequência, devido a dificuldade em articular um trabalho integrado com outros setores.

As capacitações realizadas com profissionais de saúde são desenvolvidas por meio de atividades realizadas pela equipe do NASF e do NAAB, com o objetivo de apresentar o trabalho das equipes de apoio com a equipe de referência e com a população. Entretanto, é uma atividade que não ocorre com muita frequência, devido à falta de disponibilidade de tempo dos profissionais de saúde.

Entre os profissionais que trabalham junto com as nutricionistas, foi destacado o gerente da Unidade de Saúde, apontado como um profissional essencial na articulação das ações das equipes de apoio, podendo contribuir de forma positiva, quando o mesmo se envolve com o funcionamento do trabalho das equipes de saúde, ou de forma negativa, que acaba por impedir com que algumas ações, especificadas nas diretrizes do NASF, possam ser desenvolvidas pelos profissionais da equipe de apoio. Assim, é fundamental que o gerente das Unidades seja capacitado para o cargo, entenda o modelo de atenção que está inserido em sua região e tenha apoio dos gestores da Secretaria de Saúde para o desenvolvimento desta tarefa.

Ao abordar a relação do nutricionista com os outros profissionais de saúde, foi possível identificar que as nutricionistas do NAAB sentem uma dificuldade em articular o seu trabalho junto aos outros profissionais do NAAB, não sendo percebida uma relação de trabalho em equipe entre os profissionais. Já entre as nutricionistas do NASF, estas se mostraram inseridas em uma equipe unida, sem maiores dificuldades na integração dos profissionais do NASF.

Com relação ao papel da nutricionista dentro da equipe, as profissionais reconhecem a sua importância enquanto profissional detentora do conhecimento técnico de nutrição e identificam algumas habilidades essenciais para atuar nesse trabalho, com destaque para o bom relacionamento com os outros profissionais da equipe.

Ao relacionar a promoção da saúde com as atividades das nutricionistas nas equipes do NASF e do NAAB, observa-se que o conceito de promoção da saúde referido pelas profissionais tem um enfoque mais individual, sendo associado à prevenção de doenças. A formação acadêmica do nutricionista ainda se baseia no modelo biomédico, sendo focada na atenção clínico-assistencial, com ênfase no cuidado/tratamento nutricional dos indivíduos, e menor relação com os aspectos políticos e sociais. É possível observar também que a perspectiva de promoção da saúde que está inserida nas diretrizes do NASF, embora tenha potência para envolver outros setores, ainda é bastante direcionada no setor saúde.

JAIME et al. (2011) apontam que a possibilidade de expansão das equipes multidisciplinares, nos moldes do NASF, para todas as equipes de atenção básica do SUS, seria um avanço para as ações de nutrição da atenção básica. E foi justamente isso que o município de Guarulhos fez, quando idealizou a implantação das equipes do NAAB nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais. Neste período de um ano após a implantação do NAAB, foi possível perceber que as nutricionistas do NAAB não conseguiram estabelecer uma relação de equipe entre os profissionais do NAAB e os profissionais de saúde das UBS tradicionais, fundamental para esse processo de trabalho.

Portanto, é necessário entender qual é o apoio que os profissionais das UBS tradicionais precisam e de que forma isso será construído, visto estarem num modelo de atenção diferente ao da saúde da família. Uma proposta a ser realizada no município de Guarulhos seria a capacitação dos profissionais das UBS tradicionais, junto às equipes do NAAB e às gerências, no intuito de minimizar as barreiras encontradas, pois aparentemente o município caminha para um modelo de trabalho focado na atenção básica, mas com vários empecilhos que foram diagnosticados nas falas das entrevistadas.

Entre as dificuldades apresentadas pelas nutricionistas do NASF e do NAAB para concretizar as diretrizes propostas do NASF, podemos citar o grande número de UBS atendidas pelas equipes de apoio, fazendo com que

a demanda de casos para as nutricionistas seja muito elevada, dificultando a realização de atividades pertinentes ao papel do apoio matricial; a falta de infraestrutura das UBS e de recursos materiais; a desorganização dentro das UBS e falta de apoio institucional.

Percebe-se uma dificuldade em constituir um trabalho integrado entre as equipes de apoio e as equipes de referência no município de Guarulhos. Mais do que isso, quando se analisa as equipes separadamente, observa-se que os profissionais das UBS tradicionais não se configuram como equipe, havendo uma dificuldade ainda maior para as nutricionistas do NAAB conseguirem articular seu papel enquanto profissional de apoio matricial.

Ainda sob esse aspecto ficou evidenciada, em vários momentos da pesquisa, uma insatisfação das nutricionistas com a sua prática. Provavelmente isso é muito semelhante para os outros profissionais do NASF e do NAAB no município de Guarulhos e as dificuldades apresentadas também devem ocorrer em outros municípios do Brasil.

Verifica-se que esse espaço de trabalho é algo muito novo e que ainda está em construção. O preparo, não somente do nutricionista, mas dos outros profissionais de saúde, talvez seja reduzido para essa forma de atuação. Conforme afirmam VIANA et al. (2010), o modelo biomédico ainda está muito enraizado, tanto nos profissionais quanto na própria população, sendo necessário forte empenho para instalação de novo paradigma de saúde. Estamos diante, então, de um novo desafio: o de modificar não só a prática profissional e a assistência à saúde, mas o de ampliar a consciência dos indivíduos sobre os determinantes da saúde. Este desafio requer a existência de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequadas às propostas do SUS.

Apesar dos desafios para a atuação das nutricionistas nas equipes de apoio à atenção básica, é indiscutível a importância deste profissional na constituição dessas equipes multiprofissionais. Por fim, ressalta-se que a inserção das equipes do NASF e do NAAB representa uma conquista para o município de Guarulhos, que se bem estruturada, com certeza trará avanços positivos para a cidade.

6. REFERÊNCIAS

Alvarenga LMCA. A prática médica no Programa Saúde da Família e sua contribuição para mudança de modelo tecnoassistencial em saúde: limites e possibilidades [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.

Alvarenga LMCA, Martins CL. De que território os médicos do Programa de Saúde da Família estão falando? Rev Bras Med Fam e Com. 2010; 5(17):16-23.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 783-836.

Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. Rev Baiana Saúde Pública. 2007; 31(1):20-31.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.

Barrêto AJR, Romera AA, Oliveira AAV, Sá LD, Almeida AS, Nogueira JA. Trabalho do apoiador matricial na estratégia saúde da família. Rev Rene. 2012; 13(1): 166-77.

Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. Rev Cienc Saúde. 2008; 1(1):33-42.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.

Brasil. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 16 out 1996; Seção 1:21082-5.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997b.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 dez 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família – NASF. Diário Oficial da União. 4 mar 2008a; Seção 1:38-42.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 24 out 2011b; Seção 1:48-55.

Brasil. Departamento da Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família. [acesso em 11 maio 2012]. Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saúde Coletiva*. 2000; 15(1):163-77.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):393-403.

Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):745-9.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2):399-407.

Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM org. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009.

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. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 132-53.

Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano.

[acesso em 10 julho 2012]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=9310.

Coelho IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Conselho Federal de Nutricionistas – CFN. Resolução 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. Diário Oficial da União. 10 jan 2006a.

Conselho Federal de Nutricionistas – CFN. Inserção profissional dos nutricionistas no Brasil. Brasília: CFN; 2006b.

Conselho Federal de Nutricionistas – CFN. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. Brasília: CFN; 2008.

Conselho Federal de Nutricionistas – CFN. Inserção do nutricionista no NASF chega a 70% [documento na internet]. Brasília: CFN; 2009. [acesso em 20 set 2011]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br>.

Czeresnia D, Freitas CM org. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

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. Rev Panam Salud Publica. 2007; 21(2):164-76.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):669-81.

Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (7):1674-81.

Feuerwerker LCM, Sena-Chompré RR. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? *Rev Olho Mágico* [periódico na internet]. 1999 [acesso em 5 jun 2011]; 5(18):5-6. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/olhomagico>.

Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*. 2005; 9(18): 489-506.

Florindo AA. Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2009; 14(2):72-3.

Fundação SEADE. Informações dos municípios paulistas. São Paulo; 2010 [acesso em 2 outubro 2010]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.

Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, Daros SJ, Batistel S, Martins TCA et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):797-804.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2007.

Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto - enferm.* 2006; 15(2):352-8.

Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Rev APS.* 2009; 12(3):293-301.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2009. Rio de Janeiro; 2010 [acesso em 2 outubro 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

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

Lang RMF, Ribas MTGO. O nutricionista e as ações de nutrição em saúde. In: Taddei JA, Lang RMF, Longo-Silva G, Toloni MHA. *Nutrição em saúde pública*. Rio de Janeiro: Rubio; 2011.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cienc Saúde Coletiva.* 2007; 12(2):335-42.

Maia TM. A inserção do nutricionista na atenção primária: o caso da microrregião de Viçosa - MG [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.

Mângia EF, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2008; 19(2):i.

Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(4):956-61.

Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. Rev bras enferm. 2009; 62(6):863-69.

Melo G, Santos RM, Trezza MCS. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. Rev bras enferm. 2005; 58(3):290-5.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Ministério da Educação – MEC. Instituições de ensino superior e cursos cadastrados. [acesso em 27 abr 2012]. Disponível em <http://www.emec.mec.gov.br>.

Moraes R. Análise de conteúdo. Revista Educação. 1999; 22(37):7-32.

Narvai PC, Pedro PFS. Práticas de Saúde Pública. In: Rocha AA, Cesar CLG. Saúde Pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde. 2010; 34(1):92-96.

Neto JLF, Kind L. Promoção da Saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2011.

Neto FRGX, Sampaio JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Rev bras enferm.* 2007; 60(6): 687-95.

Oliveira GN. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Otenio CCM, Nakama L, Lefèvre AMC, Lefèvre F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. *Saúde soc.* 2008; 17(4):135-50.

Padua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Rev Nutr.* 2006; 19(4):413-24.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(1):103-9.

Portes LH, Maria Caldas AJ, Paula LT, Freitas MS. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Rev APS.* 2011; 14(1): 111-19.

Prefeitura Municipal de Guarulhos – PMG. LEI nº 6.359, de 3 de abril de 2008. Dispõe sobre a Estrutura, Organização e Funcionamento da Carreira e Remuneração dos Profissionais da Saúde, da Secretaria da Saúde do Município de Guarulhos. Guarulhos: PMG, 2008.

Prefeitura Municipal de Guarulhos – PMG [homepage na internet]. Aspectos físicos e territoriais do Município de Guarulhos [atualizado em janeiro 2010; acesso em 2 outubro 2010]. Disponível em: <http://www.guarulhosp.gov.br>.

Prefeitura Municipal de Guarulhos – PMG. Plano Municipal de Saúde de Guarulhos. Guarulhos: PMG; 2011a.

Prefeitura Municipal de Guarulhos – PMG. Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações dos Núcleos de Apoio às Equipes da Atenção Básica à Saúde. Guarulhos: PMG; 2011b.

Prefeitura Municipal de Guarulhos – PMG. Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. Memorando Circular nº 043/2012. Guarulhos: PMG; 2012.

Ramos N, Rizzolo A, Recine E. Práticas, desafios e potencialidades da atenção nutricional na atenção básica à saúde do Distrito Federal. In: Ramos NFS. O nutricionista da atenção básica à saúde do Distrito Federal: um olhar sobre si mesmo e as ações de atenção nutricional [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011.

Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde - Redenutri. Texto de sistematização05: Como estão sendo realizadas as ações de alimentação e nutrição nos Núcleos de apoio a Saúde da Família? [acesso em 16 set 2010]. Disponível em <http://www.nutricao.saude.gov.br/nutricao/redenutri>.

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 e 2001. Cienc Saúde Coletiva. 2007; 12(4):1021-31.

Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Cienc Saúde Coletiva. 2008; 13(1):23-4.

Saar SRC, Trevizan MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007; 15(1):106-12.

Sacardo DP. Das políticas públicas às políticas públicas saudáveis: contribuições para a promoção da saúde. O mundo da saúde. 2004; 28(28):5-13.

Santos AC. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. Fam Saúde Desenv. 2005; 7(3):257-65.

Santos IG. Nutrição: da assistência à promoção da saúde. São Paulo: RCN Editora; 2007a.

Santos LAS. Os programas de emagrecimento na internet: um estudo exploratório. Physis. 2007b; 17(2):353-72.

Santos LAS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. Cienc Saúde Coletiva. 2012; 17(2):453-62.

Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cad Saúde Pública. 2003; 19(1):29-36.

Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Cienc Saúde Coletiva. 1999; 4(2):221-42.

Silva JPV, Tavares CMM. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. Trab educ saúde. 2004; 2(2):271-85.

Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (1):148-58.

Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009; 19(3):777-96.

Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):443-53.

Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.531-62.

Vasconcelos ACCP, Pereira IAF, Cruz PJSC. Práticas educativas em nutrição na atenção básica em saúde: reflexões a partir de uma experiência de extensão popular em João Pessoa- Paraíba. *Rev APS*. 2008; 11(3):334-40.

Viana EMN, Almeida PC, Soares NT, Luna MFG, Esmeraldo GROV. Adequação dos profissionais de saúde ao programa de saúde da família: propostas e conquistas. *Rev APS*. 2010; 13(1): 109-17.

Vieira VL. Segurança alimentar e nutricional em crianças no município de São Paulo: desafios na formação do nutricionista [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

Westphal MF. Promoção da Saúde e Prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.635-68.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE PESQUISA

I – Caracterização do sujeito

1. Nome:

2. Data de nascimento:

Sexo: ()F ()M

3. Ano de formação:

Instituição de graduação:

4. Maior nível de formação:

() somente graduação

() especialização/ aprimoramento – Área:

() mestrado – Área: _____

() doutorado – Área: _____

() outros – Área: _____

5. Por que você cursou a pós-graduação?

6. Trabalha em outro local? ()S ()N

Se sim, qual a área de atuação?

() clínica

() esportiva

() Saúde Pública

() Indústria de alimentos

() UAN/ Alimentação coletiva

() Educação/ Docência em nutrição

7. Você atua na equipe: ()NASF ()NAAB

8. Sua equipe de saúde atende à qual região?

- () I – Centro () III – São João/ Bonsucesso
() II – Cantareira () IV – Pimentas/ Cumbica

9. Tempo de serviço na equipe NASF/NAAB:

10. Quais os profissionais que trabalham na sua equipe NASF/NAAB?

- () Assistente Social () Fisioterapeuta
() Educador Físico () Terapeuta Ocupacional
() Psicólogo () Farmacêutico
() Fonoaudiólogo () Outro:

11. Por quantas USF/UBS a sua equipe é responsável?

12. A equipe de saúde da USF/UBS que trabalha diretamente com você é composta por:

- () Médico () Agente Comunitário de Saúde
() Enfermeiro () Atendente SUS
() Técnico/ Auxiliar de
enfermagem () Outro
() Dentista
() Técnico/ Auxiliar de dentista
() Farmacêutico

II- Roteiro de Questões:

13. Como é a sua rotina de trabalho?
14. Quais as atividades que você considera importante, porém não está conseguindo desenvolver? Por quê?
15. Qual é o(s) profissional(ais) de saúde que atua mais próximo de você? De que forma?
16. Você desenvolve ações de nutrição em parceria com outros setores (ex: escola, centros comunitários)? De que forma?
17. Você já realizou alguma atividade sobre alimentação/ nutrição com os seus colegas de trabalho? Fale como foi. Se não, por quê?
18. Qual é o seu papel dentro da equipe NASF/NAAB?
19. Das atividades que você executa, quais você considera que não fazem parte do trabalho do nutricionista do NASF/NAAB?
20. O que você entende por promoção da saúde?
21. Você realiza ou já realizou alguma atividade relacionada à promoção da saúde?
22. Você gostaria de comentar mais alguma coisa sobre seu trabalho?

ANEXO 2

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/331/11

16 de setembro de 2011.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, **analisou**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2212, intitulado **"ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE"**, do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora **Paula Buttaró Farias** e orientação da Professora **Cleide Lavieri Martins**, considerando-o **APROVADO "AD REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª

Prof.ª Dr.ª **Cleide Lavieri Martins**
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Atuação do nutricionista em equipe multiprofissional na atenção básica de saúde**, desenvolvido pela aluna de mestrado Paula Buttaró Farias, sob orientação da professora Cleide Lavieri Martins. O objetivo deste estudo é identificar a inserção profissional do nutricionista em equipe multiprofissional na atenção básica de saúde, no Município de Guarulhos.

Para isso, você será entrevistado com perguntas referentes à sua atuação profissional. Para garantir as informações dadas nas entrevistas, solicitaremos aos participantes a autorização para o uso do gravador.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, e você é livre para recusar-se a participar ou interromper a participação a qualquer momento.

Informamos que toda e qualquer informação obtida durante esta pesquisa será utilizada de forma a proteger a identidade dos participantes e a assegurar que as informações permaneçam confidenciais. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Existe um risco mínimo para você, sendo que se justifica pelos benefícios que esta pesquisa poderá, por intermédio de sua colaboração, contribuir para aprimorar a atuação do nutricionista dentro da equipe multiprofissional.

Para obter mais informações sobre esta pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora Paula Buttaró Farias (11-20911963), com a professora Cleide Lavieri Martins (11-30617719) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública – USP (11-30617779), sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa:

Nome: _____ Assinatura: _____

Eu, abaixo assinado, expliquei ao participante voluntário da pesquisa os seus objetivos, os procedimentos e métodos para a coleta de informações, sendo que o mesmo assinou esse Termo de Consentimento voluntariamente.

Data: ____/____/____

Pesquisadora: _____

CURRICULUM LATTES

Cleide Lavieri Martins

Curriculum Vitae

Dados Pessoais

Nome Cleide Lavieri Martins
Nascimento 25/08/1955 - São Paulo/SP - Brasil
CPF 91947693891

Formação Acadêmica/Titulação

- 1993 - 1999** Doutorado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
Título: Desvelando a identidade da Pós-Graduação em Saúde Pública,
Ano de obtenção: 1999
Orientador: Fernando Lefèvre
- 1983 - 1990** Mestrado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
Título: O modo de ser da Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no
período de 1980 a 1987, Ano de obtenção: 1990
Orientador: Nilce Piva Adami
- 1981 - 1981** Especialização em Saúde Pública para Graduados em Enfermagem.
Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
- 1978 - 1978** Especialização em Enfermagem do Trabalho.
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
- 1980 - 1980** Graduação em Licenciatura em Enfermagem.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, São Paulo,
Brasil
- 1977 - 1977** Graduação em Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública.
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
- 1974 - 1976** Graduação em Enfermagem.
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil

Formação complementar

- 2010 - 2010** Extensão universitária em Desafios da Regulação na Assistência à
Saúde.
Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP, Brasil
- 2004 - 2004** Extensão universitária em Avaliação de Serviços e Programas de Saúde.

Paula Buttaró Farias

Curriculum Vitae

Dados pessoais

Nome Paula Buttaró Farias
Nascimento 03/12/1983 - São Paulo/SP - Brasil
CPF 319.713.238-61

Formação acadêmica/titulação

- 2010** Mestrado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
Título: Atuação do nutricionista em equipe multiprofissional na atenção básica de saúde
Orientador: Cleide Lavieri Martins
- 2009 - 2010** Especialização em Vigilância Sanitária de Alimentos.
Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
Título: Avaliação das condições de transporte e recebimento de alimentos perecíveis
Orientador: Pedro Manuel Leal Germano
- 2003 - 2006** Graduação em Nutrição.
Centro Universitário São Camilo, CUSC, Brasil
Título: Hortaliças in natura: uma visão higiênico-sanitária
Orientador: Ana Maria Pinto Zanardi

Atuação profissional**1. Prefeitura Municipal de Guarulhos - PMG**

Vínculo institucional

2009 - Atual Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Nutricionista , Carga horária: 30, Regime: Parcial

2. Sport Clube Corinthians Paulista - SCCP

Vínculo institucional

2008 - 2009 Vínculo: Empregatício , Enquadramento funcional: Nutricionista , Carga horária: 44, Regime: Dedicação exclusiva