

Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana

**O NUTRICIONISTA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL: UM OLHAR SOBRE SI MESMO E
AS AÇÕES DE ATENÇÃO NUTRICIONAL**

Natascha Façanha Silva Ramos

Brasília

2011

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

**O NUTRICIONISTA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL: UM OLHAR SOBRE SI MESMO E AS
AÇÕES DE ATENÇÃO NUTRICIONAL**

Natascha Façanha Silva Ramos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Nutrição Humana, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Elisabetta Recine e co-orientação da Prof^a. Dr^a. Anelise Rizzolo.

Brasília
Setembro de 2011

**O NUTRICIONISTA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL: UM OLHAR SOBRE SI MESMO E AS
AÇÕES DE ATENÇÃO NUTRICIONAL**

Dissertação de mestrado defendida e aprovada em 15/08/2011 perante a banca
examinadora constituída por:

Prof^a. Dr^a. Elisabetta Recine – Presidente
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana - UnB

Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa - Membro externo
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - UnB

Prof^a Dr^a. Renata Alves Monteiro - Membro
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana - UnB

Prof^a Dr^a. Maria Natacha Toral – Suplente
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana - UnB

Brasília

2011

À mamãe e papai:

pela dedicação e imenso amor; pelas horas boas e difíceis; pelos conselhos e ensinamentos; pelos gestos de carinho; pelas palavras de incentivo; e pelos puxões de orelha;

A minha gratidão e meu amor incondicional.

Aos meus irmãos:

tão longe e tão próximos, apoiando-me mesmo quando a distância era intercontinental, o que anima é perceber que uma hora a ‘pressão’ acaba. Não pelo fim de mais uma etapa acadêmica; mas porque a gente finalmente cresce.

Um beijo grande.

“Nunca perca a fé na humanidade, pois ela é como um oceano. Só porque existem algumas gotas de água suja nele, não quer dizer que ele esteja sujo por completo”.

- Mahatma Gandhi -

AGRADECIMENTOS

A sensação de cumprir mais uma etapa em minha vida não seria tão intensa e marcante se não houvesse pessoas queridas me acompanhando e me cativando, cada uma à sua maneira, e que se tornaram de extrema importância nessa jornada.

À Betta, minha nutricionista orientadora. Mulher forte que até dá medo, mas que de tanto saber, segurança, e senso de humanidade e justiça, inspira em mim grande admiração profissional e respeito por tudo o que já construiu para a Nutrição no país.

À Anelise, a melhor professora que uma estudante poderia desejar. Com todo seu engajamento político e crença de que cada um pode sim fazer sua parte, fez amadurecer em mim o social, o ético, a real nutricionista. Mais do que uma co-orientadora, é um dos exemplos de vida e caráter que tomo como referência.

À professora Renata Monteiro por todas as contribuições feitas no delineamento inicial da pesquisa, especialmente no tocante do referencial qualitativo da pesquisa.

Ao NESP, na figura das professoras Maria Fátima Sousa e Ana Valéria Machado, pelo apoio teórico e tecnológico da metodologia do estudo. Também pelo carinho e palavras positivas em qualquer situação.

À amiga Ivana, que me despertou o interesse pela vida acadêmica, quando quase enlouquecida com a coleta de dados do próprio mestrado. De 'chefe', passou a professora e hoje é uma grande amiga que levo no coração.

Às amigas de todas as horas, do mestrado ou da vida: Juliana Cardoso, Andreia Cardeal, Camila Reis, Sumara Oliveira, Jussara Sousa, Andhressa Fagundes. Não esqueço a Bárbara e as amigas da Nutrir, pelo imenso apoio na fase de transcrição e análise de dados. Gente, tá acabando!

Ao meu amado Erik, apesar dos pesares, mais que porto seguro, sempre lembrava dos motivos que me fizeram querer estar aqui hoje, quando tudo ficava mais difícil de suportar. Mais que isso, fazia-me acreditar que podemos sim ser do tamanho de nossos sonhos. Querer já é um começo.

Agradeço, ainda, à colaboração de todos os nutricionistas que contribuíram com suas experiências e pontos de vistas sobre o trabalho que realizam. Voluntariamente demonstraram interesse e vontade em mostrar e melhorar a Nutrição do DF.

Ao DPP, pelo auxílio na transcrição dos dados e à CAPES, pela bolsa de mestrado que auxiliou a dedicação à minha formação acadêmica nos últimos dois anos.

A todos sou grata.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	7
LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE FIGURAS.....	8
LISTA DE GRÁFICOS.....	8
LISTA DE DISCURSOS	9
RESUMO.....	10
INTRODUÇÃO	11
JUSTIFICATIVA	14
OBJETIVOS.....	14
REVISÃO DA LITERATURA	17
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: CONCEITOS E CARACTERIZAÇÕES.....	17
A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E SUA TRAJETÓRIA NO BRASIL.....	20
A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL	22
O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	25
O NUTRICIONISTA E A ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	30
METODOLOGIA	36
PARTICIPANTES	37
LOCUS DE PESQUISA.....	38
INSTRUMENTOS DE COLETA	39
PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	41
PROCEDIMENTO DE ANÁLISE.....	43
ESTUDO 01: A GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO JUNTO À ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	45
INTRODUÇÃO	47
METODOLOGIA.....	49
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ARTIGO 02: PRÁTICAS, DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: OLHAR DOS NUTRICIONISTAS	66
INTRODUÇÃO	68
METODOLOGIA.....	70
RESULTADOS.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
POTENCIALIDADES DO ESTUDO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS	95

ANEXO 1.....	103
APÊNDICE 1.....	104
APÊNDICE 2.....	105
APÊNDICE 3.....	107
APÊNDICE 4.....	108
APÊNDICE 5.....	110
APÊNDICE 6.....	111
APÊNDICE 7.....	112
APÊNDICE 8.....	113

LISTA DE SIGLAS

ABS: Atenção Básica à Saúde

AC: ancoragem

AN: Alimentação e Nutrição

APS: Atenção Primária à Saúde

CFN: Conselho Federal de
Nutricionistas

CS: Centro de Saúde

DCNT: doenças crônicas não-
transmissíveis

DF: Distrito Federal

DHAA: Direito Humano à
Alimentação Adequada

DPP: Decanato de Pesquisa e Pós-
Graduação

DSC: Discurso do Sujeito Coletivo

ECH: expressões-chaves

ENPACS: Estratégia Nacional para
Promoção da Alimentação Saudável

ESF: Estratégia de Saúde da
Família

GENUT: Gerência de Nutrição

IBGE: Instituto Brasileiro de
Geografia e Estatística

IC: ideia central

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da
Família

OPAS: Organização Pan-Americana
de Saúde

PACS: Programa de Agentes
Comunitários de Saúde

PBF: Programa Bolsa Família

PNAN: Política Nacional de
Alimentação e Nutrição

PNAB: Política Nacional de
Atenção Básica

PNSF: Programa Nacional de
Suplementação de Ferro

PSE: Programa Saúde na Escola

PSF: Programa de Saúde da Família

RIDE: Região Integrada de
Desenvolvimento do Distrito
Federal e Entorno

RN: Rio Grande do Norte

RS: teoria das Representações
Sociais

SAN: Segurança Alimentar e
Nutricional

SISVAN: Sistema Nacional de
Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento
Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UnB: Universidade de Brasília

WHO: World Health Organization

LISTA DE TABELAS

- **Tabela 01.** Resumo dos elementos teóricos do projeto de pesquisa 16
- **Tabela 02.** Quadro-resumo das reflexões feitas sobre os obstáculos e potencialidades da inserção das ações de alimentação e nutrição e do nutricionista junto à atenção básica à saúde 34
- **Tabela 03.** Perfil profissional dos nutricionistas pesquisados..... 50/71

LISTA DE FIGURAS

- **Figura 01.** Mapa da Região de Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE)..... 23
- **Figura 02.** Localização estimada das unidades básicas de saúde do Distrito Federal cujos nutricionistas foram entrevistados..... 38

LISTA DE GRÁFICOS

- **Artigo 01. Gráfico 01.** Ações de gestão realizadas no âmbito de alimentação e nutrição junto à atenção básica à saúde do Distrito Federal, segundo as gestoras da Gerência de Nutrição da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. N = 6 respostas..... 51
- **Artigo 01. Gráfico 02.** Fatores dificultadores da gestão das ações de alimentação e nutrição da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, segundo gestoras. N= 9 respostas..... 54
- **Artigo 02. Gráfico 01.** Tipos de ações de alimentação e nutrição realizadas pelos nutricionistas da Atenção Básica à Saúde do Distrito Federal. N = 89 respostas..... 72
- **Artigo 02. Gráfico 02.** Dificuldades identificadas pelos nutricionistas da atenção básica à saúde do Distrito Federal para execução trabalho. N= 71 respostas..... 75
- **Artigo 02. Gráfico 03.** Categorias profissionais que apóiam o trabalho dos nutricionistas da atenção básica à saúde do Distrito Federal. N = 66 respostas..... 81

LISTA DE DISCURSOS

Tipo de nutricionista (G = gestor e E = executor), nº da questão e categoria analítica.

ARTIGO 01	DSC G.16.A.: p. 59	DSC E.13.A.: p. 82
DSC G.1.C.: p. 51	DSC G.21.B.: p. 61	DSC E.12.B.: p. 82
DSC G.1.B.: p. 51	DSC G.22.A.: p. 61	DSC E.22.C.: p. 83
DSC G.4.B.: p. 52	DSC G.23.C.: p. 61	DSC E.23.A.: p. 83
DSC G.3.B.: p. 52		DSC E.23.C.: p. 84
DSC G.4.A.: p. 53	ARTIGO 02	
DSC G.6.A.: p. 54	DSC E.21.A.: p. 73	CONSIDERAÇÕES FINAIS
DSC G.18.C. (1): p. 55	DSC E.1.A.: p. 73	DSC E.20.E.: p. 89
DSC G.18.C. (2): p. 55	DSC E.5.A.: p. 73	DSC E.22.C.: p. 90
DSC E.9.B.: p. 57	DSC E.16.A.: p. 75	DSC G.22.A.: p. 90
DSC G.18.F.: p. 57	DSC E.15.R.: p. 76	DSC G.23.C.: p. 90
DSC G.4.B.: p. 58	DSC E.6.B.: p. 77	DSC E.24.A.: p. 91
DSC G.9.A.: p. 58	DSC E.17.G.: p. 79	DSC E.24.J.: p. 91
DSC G.10.A.: p. 59	DSC E.7.A.: p. 80	DSC E.24.G.: p. 91
DSC G.12.A.: p. 59	DSC E.8.A.: p. 80	DSC G.24.B.: p. 91

RESUMO

Desde a década de 1960 está em curso no mundo um processo de transição epidemiológica e nutricional, advindo da intensa urbanização e estilos contemporâneos de vida. No Brasil, denominado dupla carga de doenças, comporta duas faces extremas da insegurança alimentar e nutricional - a fome/desnutrição e o sobrepeso/obesidade – e que exigem medidas pautadas no conceito de promoção da saúde para seu enfrentamento. O setor Saúde, especialmente por meio da atenção básica (ABS) e seus profissionais, figura como principal responsável para propor, ordenar e articular políticas públicas que visem ao adequado manejo da dupla carga de doenças.

Neste contexto, o nutricionista surge como profissional habilitado para trabalhar e propor intervenções no campo da alimentação e nutrição (AN). Deve ser considerado como um potencial aliado, já que sua inserção nas equipes de saúde poderá contribuir substancialmente na melhoria da qualidade de vida da população e na garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.

Posto isto, o objetivo do trabalho é descrever e analisar a atenção nutricional que é realizada por nutricionistas nas circunstâncias da ABS do Distrito Federal, segundo sua própria ótica, com o auxílio da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo.

Após análise dos dados, foi possível conhecer as opiniões e posicionamentos acerca das ações de alimentação e nutrição realizadas. No espaço de gestão, os profissionais indicaram enfrentar alguns obstáculos, como a falta de apoio institucional, poucas condições de trabalho e burocracia para gastar recursos financeiros. Mas também indicaram potencialidades importantes, como a articulação com a equipe de execução e o estabelecimento de parcerias institucionais para realização do trabalho.

No âmbito da execução, os nutricionistas indicaram que as ações mais realizadas são atendimento individual, grupos educativos, suplementação de ferro e vigilância alimentar. Percebem dificuldades variadas, como a falta de recursos humanos e materiais, estrutura física ruim, modelo de saúde adotado localmente; e também potencialidades relevantes, como o claro desejo de mudança das práticas de saúde, o trabalho em equipe com ação interdisciplinar, e as parcerias intersetoriais. Desta forma, fazem-se necessários o fortalecimento e a qualificação das ações de AN para responder adequadamente às demandas de saúde e nutrição da população.

Palavras-chaves: Alimentação; Nutricionista; Nutrição em Saúde Pública; Atenção Básica em Saúde; Trabalho em Saúde.

INTRODUÇÃO

A população mundial, de maneira geral, atravessa desde a década de 1960 o que se denomina transição alimentar e nutricional. Segundo Popkin *et al.* (1993), esse é um processo de modificações no padrão de consumo alimentar e nutrição, e que associado à redução da atividade física (PINHEIRO *et al.*, 2004), resulta, muitas vezes, em maior ingestão calórica e menor gasto energético, com conseqüente acúmulo de tecido adiposo (TARDIDO e FALCÃO, 2006) e ocorrência de doenças derivadas deste processo.

No Brasil, porém, esse processo comporta uma singularidade epidemiológica, ao sobreporem-se duas situações nutricionais conceitualmente opostas: a fome, a desnutrição e carências nutricionais convivendo com situações de excesso e falta de qualidade alimentares, comumente associadas a doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (BATISTA-FILHO *et al.*, 2008). É a chamada dupla carga de doenças, que resulta em um dos maiores desafios atuais para as políticas públicas nacionais e exige um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade das ações e uma abordagem centrada na promoção da saúde (COUTINHO *et al.*, 2008), uma vez que afeta tanto a população que se encontra em situação sócio-econômica favorável, quanto aquela mais vulnerável.

As conseqüências advindas da dupla carga de doenças revelam a questão da insegurança alimentar e nutricional no país, e não pode ser responsabilidade apenas da Nutrição. É preciso que a sociedade como um todo, composta por formuladores e gestores de políticas públicas, entidades civis organizadas e setor produtivo, em especial o alimentício, articulem-se e pactuem medidas integradas de ação e se co-responsabilizem pela superação de tal fenômeno.

Para o setor Saúde, a atribuição de parte da responsabilidade de promover práticas alimentares saudáveis está estabelecida na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2003) e na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a). Especialmente através da atenção básica à saúde (ABS), que vem recebendo investimentos crescentes do governo brasileiro desde 1994, num esforço para posicioná-la como o nível de atenção preferencial para acesso da população aos serviços de saúde e para reorientação e reestruturação de todo o modelo assistencial.

As ações preventivas e promocionais que constam como prerrogativas na rotina de seus serviços são uma abordagem recomendada para prevenção e controle das DCNTs (OPAS, 2007), por serem consideradas mais custo-efetivas, financeiramente

viáveis, sustentáveis (WHO, 2003), e mais efetivas em relação à provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações, tanto no que se refere ao alcance de maior equidade e eficiência quanto em relação à continuidade da atenção e satisfação dos usuários (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008; WHO, 2008; RECINE *et al.*, 2009) do que as abordagens hospitalares com foco curativo, por exemplo.

No intuito de alcançar os melhores resultados no combate à dupla carga de doenças, os programas e estratégias que são implementados devem reconhecer o papel essencial da alimentação e nutrição (WHO, 2003), enquanto um dos principais determinantes modificáveis das DCNT e sua importância na promoção e manutenção da saúde ao longo do curso da vida. Politicamente, conforme argumenta Coutinho *et al.* (2008), a Nutrição deve ser reconhecida como uma área estratégica e prioritária de ação, principalmente nos serviços de saúde.

Para tanto, demandam-se profissionais da saúde detentores de conhecimentos no campo da ciência da alimentação e da nutrição que integrem à sua prática ferramentas da epidemiologia, do planejamento, da promoção da saúde, da educação e de outras disciplinas das ciências sociais e humanas (ASSIS *et al.*, 2002). Este profissional, potencialmente, é o nutricionista.

No entanto, algumas das ações de atenção nutricional não são de responsabilidade exclusiva dos nutricionistas. É preciso compartilhar, muitas delas, entre os diferentes profissionais que compõem as equipes básicas de saúde (BOOG, 2008). Esta afirmação justifica-se, por um lado, porque não há nutricionistas em todas as equipes nos diferentes níveis de atenção à saúde; e, por outro, porque a atenção nutricional, mediante sua multidimensionalidade em todas as fases da vida, envolve não só a atuação de vários profissionais da área da saúde (FERESIN e SONZOGNO, 2007), mas suscita também iniciativas que transcendem os serviços de saúde.

De acordo com a Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica (BRASIL, 2009a), a expressão atenção nutricional engloba todas as ações referentes ao diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, cuidado e assistência. Em nível universal, tais ações tem aplicação oportuna em todas as fases do curso da vida e, portanto a toda a população. Já em nível específico, dependendo da ação, aplica-se apenas a determinada fase do curso da vida.

No campo da Nutrição, algumas iniciativas tem sido direcionadas no sentido de ampliar, fortalecer e qualificar as ações de alimentação e nutrição (AN) em todo o país, na tentativa de controlar a atual situação epidemiológica de saúde e nutrição, a partir de

novas práticas holísticas de atenção nutricional, em consonância com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2003) e da Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2009a).

Todavia, a oferta deste serviço na ABS e a inserção do nutricionista ainda não são suficientes, considerando o panorama epidemiológico existente. Logo, a inserção e atuação do nutricionista em grande parte dos municípios brasileiros ainda precisa ser fortalecida, técnica e politicamente, para que a potencialidade do conhecimento da Nutrição e das intervenções neste campo possam efetivamente contribuir para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população (BRASIL, 2009a).

Isto porque o nutricionista é o profissional habilitado e capacitado, por formação, para atuar nos campos em que a alimentação e a nutrição se mostrarem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, assim como prevenção de doenças e agravos, com enfoque individual ou coletivo. É capaz de fazê-lo de maneira abrangente e específica, levando em conta uma série de práticas integrais e multidisciplinares que considerem pressupostos culturais, econômicos, nutricionais e sociais (BRASIL, 2001).

Pensando seu lugar como profissional da área da saúde e integrando as práticas alimentares ao conjunto de experiências, saberes e intervenções voltadas ao atendimento das necessidades dos indivíduos e grupos sociais, o nutricionista pode e deve avançar na construção de uma proposta de inserção e atuação mais efetiva e coerente. Espera-se que a devida incorporação do nutricionista no escopo da ABS seja capaz de impactar satisfatória e progressivamente na garantia da qualidade de vida e no perfil nutricional da população, sobretudo a mais socialmente fragilizada (BRASIL, 2010a; FERREIRA e MAGALHÃES, 2007). Sem mencionar a potencial contribuição no tocante das práticas de gestão e de atenção à saúde, de modo que se alcance a finalidade precípua do SUS: garantir à população o direito à saúde.

Enquanto a inserção da Nutrição em termos de ações e profissionais se fizer incipiente no país, deve-se advogar em prol de seu fortalecimento, principalmente por meio da problematização da questão e avanços na discussão sobre o tema por meio de linhas de pesquisa que permitam o domínio do cenário de situações e dos fatores de interesse na inserção, definição e execução de ações de AN no campo da ABS (BRASIL, 2010b). Significa preconizar a realização de estudos empíricos de caracterização, que sejam capazes de identificar onde e como o nutricionista está inserido no contexto da ABS e a maneira como estão sendo realizadas as ações de

gestão e atenção em Nutrição, considerando sempre o contexto institucional, político e de saúde da população atendida.

Assim, considerando os argumentos expostos até aqui, esta pesquisa tem como objeto de estudo o olhar do nutricionista da ABS do Distrito Federal (DF) sobre si mesmo, na busca pela compreensão do modo como este profissional nutricionista percebe e significa sua inserção e atuação na ABS do DF.

Embora se reconheça que a atenção nutricional na ABS possa ser realizada mediante ações universais, que englobam a atuação de diversos profissionais de saúde; e também por ações específicas e privativas do nutricionista (BRASIL, 2009a), optou-se metodologicamente pelo recorte da visão do nutricionista devido à importância e o papel de destaque que este profissional tem no contexto da dupla carga de doenças e seu adequado enfrentamento.

JUSTIFICA-SE a condução e publicação deste trabalho a partir de três relevantes aspectos. O primeiro deles assume que posicionar o nutricionista no contexto da ABS do DF contribui para a reconstrução de práticas de saúde, considerando a atual centralidade que a ABS assume no processo de reorientação e reorganização do modelo de saúde. O segundo argumento embasa-se no fato de que a Nutrição é o principal fator de risco modificável das DCNTs e, portanto, deve ser considerada área estratégica e prioritária da ABS. Por fim, a falta de dados do DF referentes a este tema é uma lacuna que se almeja superar tão logo os resultados deste estudo sejam formalmente publicados.

Assim, o **OBJETIVO** que se pretende alcançar com este trabalho é descrever e analisar a atenção nutricional que é realizada nas circunstâncias da ABS do DF, sob a ótica dos nutricionistas nela atuantes, dando especial atenção à forma como eles próprios se veem neste contexto. Especificamente para este fim, buscou-se identificar as ações e estratégias de atenção nutricional realizadas pelos nutricionistas; descrever a relação e a integração entre o nutricionista e os demais profissionais da ABS, sob a ótica daquele; apresentar o papel que o nutricionista atribui a si e à sua ação, no contexto da situação de saúde da comunidade em que atua; e identificar fatores facilitadores e limitantes da atuação do nutricionista.

O delineamento do estudo foi estruturado a partir da proposta metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefèvre & Lefèvre, 2010), a qual permite a análise dos dados de maneira qualiquantitativa. Utilizando-se um conjunto de operadores lógicos, tal metodologia proporciona a obtenção de opiniões e posicionamentos por

meio de discursos coletivos, tomando-se como partida os discursos individuais dos sujeitos de um determinado grupo social pesquisado. Tais discursos são expressões máximas do pensamento da coletividade estudada, e são obtidos por meio da reunião de discursos iguais ou semelhantes pertinentes ao tema em questão. Desta forma, refletem o que e como pensa o referido agrupamento social.

Após uma breve revisão bibliográfica sobre o tema, e explanação pormenorizada da metodologia utilizada para cumprir com os objetivos de pesquisa, serão apresentados os resultados obtidos por meio do processamento das entrevistas individuais realizadas. Optou-se por analisá-los e apresentá-los em dois artigos originais, dispostos após a revisão bibliográfica a seguir, e que cumprem as normas redacionais exigidas pelas revistas indexadas Cadernos de Saúde Pública (CSP) e Revista Panamericana de Saúde Pública (RPSP), respectivamente.

O primeiro artigo, intitulado '**A gestão das ações de nutrição e alimentação junto à Atenção Básica à Saúde do Distrito Federal**', aborda a perspectiva da gestão das ações de alimentação e nutrição, levando em consideração as principais dificuldades e potencialidades percebidas, com maior enfoque sobre as características da relação entre as nutricionistas executoras e a gestão (técnica e administrativa). Será submetido para avaliação pelos revisores do CSP.

Já o segundo artigo, intitulado '**A atenção nutricional na Atenção Básica à Saúde do Distrito Federal: práticas, desafios e potencialidades**', reflete sobre questões pertinentes ao processo de trabalho em saúde, posicionando-o como um dos elementos centrais para superação do modelo biomédico de saúde e efetivação das ações de alimentação e nutrição no DF. Será submetido para avaliação pelos revisores da RPSP.

Na tabela 01 abaixo estão descritas as hipóteses levantadas para este estudo.

Tabela 01. Resumo dos elementos teóricos do projeto de pesquisa. Brasília, junho de 2011.

<i>Questões de pesquisa</i>	<i>Hipóteses</i>
Questão orientadora	Teórica (BRASIL, 2009a)
Como o profissional nutricionista percebe e significa sua inserção e atuação na ABS do DF?	A atuação do nutricionista em grande parte dos municípios brasileiros precisa ser fortalecida para que a potencialidade do conhecimento da Nutrição e das intervenções neste campo possam, de forma efetiva, contribuir para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população.
Questões norteadoras	Empíricas
A partir dos espaços identificados de inserção profissional do nutricionista, quais são as estratégias adotadas para se promover e efetivar as ações de AN e de atenção nutricional no DF?	Encontram-se no campo de atuação ações de âmbito individual, familiar e comunitário (BRASIL, 2009a), voltados para formulação, gestão e apoio às políticas de alimentação e nutrição, vigilância alimentar e nutricional, diagnóstico, promoção da alimentação saudável, prevenção, tratamento e controle de carências nutricionais e outras doenças associadas à má alimentação, controle de qualidade nutricional dos alimentos, vigilância sanitária de alimentos (BRASIL, 2010a).
Como ocorre a articulação entre o nutricionista e as equipes multiprofissionais para efetivação das ações de AN na ABS?	O nutricionista deve participar da equipe multiprofissional por meio da cooperação solidária na elaboração e execução de ações de intervenção técnica. Sua atuação tem o objetivo de criar oportunidades que proporcionem a sensibilização, reflexão e atenção que orientem a população e participantes dos equipamentos sociais, sobre hábitos alimentares saudáveis (GEUS <i>et al.</i> , 2011)
O que pode ser feito para que haja maior e melhor inserção do profissional nutricionista na ABS do DF, para uma atuação mais efetiva e integral?	A busca de soluções exige adoção de medidas propulsoras, como reestruturação de currículos acadêmicos, aprovação da portaria do NASF (VASCONCELOS, 2011); experiências de programas de residência multiprofissionais que incluam o nutricionista (GEUS <i>et al.</i> , 2011); mudança da mentalidade dos gestores e vontade política (SANTOS, 2005).
Qual o papel que o nutricionista atribui a si e ao seu trabalho?	Dar maior visibilidade política e legitimidade ao desenvolvimento das ações de AN na rede brasileira de ABS para prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde, e conseqüente melhoria da qualidade de vida de todos os brasileiros (VASCONCELOS, 2011).

*AN: ações de alimentação e nutrição.

** ABS: Atenção Básica em Saúde.

*** NASF: Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família.

REVISÃO DA LITERATURA

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: CONCEITOS E CARACTERIZAÇÕES

Mesmo após duas décadas de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda é grande a parcela populacional, sobretudo entre os mais vulneráveis, que tem dificuldades de acesso à atenção à saúde. De acordo com o texto constitucional de 1988, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8080/90), a assistência à saúde oferecida pelo SUS deve abranger ações de atenção integral tanto no âmbito assistencial ou curativo quanto, prioritariamente, de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (ALVES, 2005).

As ações de atenção à saúde dentro do SUS comumente estão escalonadas nos sistemas locais de saúde segundo três principais níveis de complexidade: primária ou básica, secundária ou média, e terciária ou alta. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema como um todo. Por isto, não se deve considerar qualquer um desses níveis de atenção mais relevante que outro, pois a atenção à saúde deve sempre buscar a integralidade. Por outro lado, porém, não significa que um não deva ser priorizado em relação ao outro em termos de investimentos e políticas públicas.

O modelo hospitalocêntrico ainda predominante na atenção à saúde, cujo enfoque recai principalmente nos níveis secundário e terciário, pode ser caracterizado pela fragmentação da assistência à saúde, pela consideração quase que exclusiva do corpo biológico como objeto de trabalho e pela centralidade das ações e investimentos nos atos médicos e medicalizadores (FORTUNA *et al*, 2005). Tal modelo já demonstrou sua insustentabilidade e ineficiência para solucionar de maneira ágil e eficaz os problemas de saúde emergentes da população brasileira.

Posto isto, o enfoque na ABS passa a representar uma alternativa de mudança do modelo assistencial, uma vez que já é largamente sabido que uma boa organização dos serviços de saúde em nível primário contribui para maior eficiência do sistema em termos de custos e impactos, podendo resolver até 80% dos problemas de saúde (FEUERWERKER, 2005). Segundo estudo realizado por Starfield (2004), “há maior probabilidade de se ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos” quando o sistema de saúde é organizado a partir da ABS.

Portanto, como estratégia para alterar o foco dos investimentos na área de assistência curativa, desde a segunda metade dos anos 90 a política de saúde teve como

característica a implementação de novos programas, ações regulatórias e modalidades de alocação de recursos, visando ao aumento dos níveis de equidade, integralidade e eficácia do SUS (ROSA & LABATE, 2005) a partir da reorganização da ABS.

Existem atualmente, segundo Conill (2008), duas concepções predominantes e concomitantes de ABS em curso no país. A primeira delas pode ser caracterizada pela oferta de cuidados ambulatoriais na porta de entrada dos serviços de saúde, sendo amplamente reconhecida como ‘tradicional’; enquanto a outra pode ser defendida como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial como um todo, quer seja sob a forma seletiva, ao focalizar apenas grupos de maior vulnerabilidade social; quer seja sob a forma ampliada, ao abranger a população de forma geral.

A ABS como estratégia ampliada para organização do sistema de serviços de saúde, conforme cita Mendes (2002), é a mais ampla e correta tecnicamente, e pode conter em seu bojo as outras concepções mais restritas, o que é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil.

De qualquer maneira, ambos os tipos de ABS exibem seis atributos essenciais, como coloca Starfield (2004), que acabam por caracterizar os serviços oferecidos. O **primeiro** deles refere-se à constituição do serviço primário como porta de entrada preferencial, de modo a selecionar e filtrar a demanda. E para isso, deve ser acessível aos usuários em seu conceito mais amplo (física, geográfica, cultural e organizacionalmente), e também estar integrado aos demais níveis de atenção à saúde mais complexos e especializados.

O **segundo atributo** prevê a responsabilidade dos profissionais pela condição de saúde do paciente no decorrer do tempo. O estabelecimento de vínculo do indivíduo/usuário com o profissional/equipe de saúde permite em longo prazo a construção de uma relação mais humanizada e integral.

De acordo com o **terceiro atributo**, também é imprescindível o cuidado integral. Requer a oferta de serviços de cunho preventivo, promocional e curativo que permitam não só um olhar orgânico sobre o paciente, mas que também envolvam as perspectivas psíquicas e sociais do processo saúde-doença. Mesmo que não seja possível a oferta direta do serviço, mas que esse possa ser assegurado junto aos demais níveis de atenção à saúde por mecanismos de integração, como de referência e contra-referência, por exemplo.

Por sua vez, **quarto atributo** afirma que deve haver coordenação das diversas ações e serviços pelo profissional da atenção básica, independentemente do nível de

complexidade do serviço utilizado dentro do sistema de saúde. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção ao longo da rede de serviços por meio de mecanismos de integração, tecnologias de gestão clínica e instrumentos para a comunicação entre profissionais de diferentes serviços (ESCOREL *et al*, 2007).

O **quinto atributo** expressa a necessária focalização da família como objeto de ação e atenção das equipes de saúde, com base no conhecimento integral da dinâmica familiar e de seus problemas de saúde. Por fim, o **sexto atributo** refere-se à orientação comunitária, o que significa levar em consideração o contexto social, econômico e cultural da população adscrita para então identificar suas necessidades reais de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), um dos dispositivos legais que rege e normatiza o campo a ABS no país, foi instituída no ano de 2006 (BRASIL, 2006b), e incorporou tais atributos ao conceituar ABS em seu texto principal:

(...) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, (...) sendo desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (...) Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade (...) Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural (...)

Muito embora a comunidade internacional tenha adotado o termo Atenção Primária em Saúde (APS) em seus documentos oficiais, o Ministério da Saúde brasileiro mantém a nomenclatura Atenção Básica à Saúde (ABS), por razões que não serão citadas e nem aprofundadas neste texto. Portanto, para fins deste trabalho, os termos possuem o mesmo significado e somente será usado ABS.

A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E SUA TRAJETÓRIA NO BRASIL

Os programas de atenção básica que foram implementados durante a década de 90 pressupunham muito mais uma inversão do modelo de atenção à saúde do que uma simples mudança programática ou focalização de grupos sociais vulneráveis. Configuraram uma importante inovação, com adoção de estratégias nunca utilizadas, com a inserção do SUS junto às famílias e inclusão de outros profissionais às equipes de saúde, como os agentes comunitários e odontólogos (FORTUNA *et al*, 2005). Entre os programas abrangentes da ABS brasileira, cita-se como marco a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Portanto, espera-se da ABS ampliada muito mais do que a função de garantir acesso ao sistema básico de saúde (CAMPOS *et al.*, 2010). Seu caráter substitutivo, ao buscar um novo modelo de atenção baseado principalmente na promoção da saúde, hoje pode ser considerado como eixo norteador e estruturador de todo o sistema de saúde brasileiro (ARAÚJO e ROCHA, 2007; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

A história da ESF teve início com a formulação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 (BRASIL, 1997; VIANA e DAL POZ, 1998; ASSIS *et al.*, 2002; ROSA e LABATE, 2005). A partir daí, começou-se a focar a família como unidade de ação e não somente o indivíduo, e com uma visão ativa da intervenção em saúde, de não esperar passivamente a demanda para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente. O PACS tem como elementos centrais, além dos já citados: o acolhimento como porta de entrada para as unidades de saúde da família e a visita domiciliar (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

Porém, foi somente em 1994 que o Ministério da Saúde propôs o Programa de Saúde da Família (PSF), para a reorientação efetiva do modelo assistencial a partir da organização da atenção básica (BRASIL, 1997; ASSIS *et al*, 2002; ROSA e LABATE, 2005). O PSF foi concebido para ser a porta de entrada do sistema local de saúde e desenvolver a atenção básica de forma integral e resolutiva, proporcionando, além de extensão de cobertura e ampliação do acesso, a substituição das práticas tradicionais.

Inicialmente formulado como programa, passou a ser definido e defendido como Estratégia, especialmente a partir de 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF (RIBEIRO, 2004), quando passou a ser mais amplo, abrangente e integral.

A proposição de considerá-lo uma estratégia justifica-se por não mais se tratar de uma intervenção verticalizada e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracterizou-se por possibilitar a integração e promover a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (ROSA e LABATE, 2005). Manteve o foco prioritário sobre grupos socialmente vulneráveis, como ocorria com o PACS e o PSF, mas sem perder de vista o princípio da universalidade.

O último desdobramento da ESF ocorreu no ano de 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essas equipes podem ser constituídas por outros profissionais de saúde além de médicos e enfermeiros – entre eles o nutricionista – cuja responsabilidade central é atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, a territorialidade, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2008).

Até o presente momento, os indicadores de gestão do SUS vêm demonstrando que a velocidade de expansão da ESF nos últimos anos reflete a magnitude da adesão dos gestores estaduais e municipais aos princípios dessa estratégia de atenção à saúde, bem como da população que é assistida nos territórios sob responsabilidade das equipes multiprofissionais (RECINE *et al*, 2009).

Estudos como o de Oliveira e Borges (2008) e de Shimizu e Rosales (2008) levam à crença de que a mudança do modelo assistencial a partir da implantação da ESF tendem a provocar um impacto positivo e progressivo nas condições de saúde e nutrição da população, sobretudo a que se encontra em situação de maior risco social (FERNANDES *et al*, 2009), mesmo sem deixar de assistir as pessoas com melhores condições de vida e saúde.

A ESF é indiscutivelmente uma ação importante e sua expansão tem favorecido avanços rumo a um modelo de saúde mais equitativo, integral e universal. Mas, segundo Giovanella & Mendonça (2008), a implantação da ESF no país é heterogênea e enfrenta defasagens e percalços observados a partir da diversidade de modelos implementados Brasil afora, principalmente nos grandes centros urbanos.

A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Localizado na região Centro-Oeste do país, o Distrito Federal é uma das 27 unidades federativas. Construído na década de 1950 para sediar a nova capital brasileira, Brasília, suas obras findaram no ano de 1960, durante o governo do então presidente Juscelino Kubitschek.

A construção de Brasília objetivava, entre outros, a povoação do interior do país, de modo que se desenvolvesse e integrasse econômica e politicamente todas as regiões. A transferência dos órgãos da administração federal e dos três Poderes deu-se de modo paulatino e, desde então, teve início intenso movimento migratório para essa região.

Segundo dados do censo populacional realizado no ano de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2010b), o DF possui atualmente em suas 20 regiões administrativas, dispostas em 5.789,16 Km², cerca de 2.562.963 habitantes, e tem crescido a uma elevada taxa média anual de 2.25%. Entre as capitais, perde apenas para Amapá, Roraima e Acre.

Considerando a área da Saúde, os serviços de baixa, média e alta complexidade são desenvolvidos atualmente em 15 regionais de saúde. De acordo com a Secretaria de Saúde, há uma estrutura composta por 1 hospital de base, 1 hospital de apoio, 11 hospitais regionais, 01 hemocentro, 01 laboratório central, 2 laboratórios regionais, 4 unidades mistas de saúde, 66 centros de saúde, 20 postos de saúde urbanos, 23 postos de saúde rurais, 4 centros de atendimento psicossocial, 1 unidade de pronto-atendimento, 36 equipes de serviço de atendimento médico de urgência, 3 unidades mistas de saúde ou policlínicas, 975 agentes comunitários de saúde, 116 equipes de Saúde da Família, das quais 11 são NASF (BRASÍLIA, 2011).

No campo da ABS, a implantação efetiva da ESF ocorreu a partir de 1997 e, desde então todos os serviços de saúde, entre eles as ações de alimentação e nutrição, são ofertados em um contexto político e populacional peculiar. Tido como um grande centro urbano, o DF enfrenta vários obstáculos para poder implantar adequadamente a ABS. As principais dificuldades são resultantes do padrão de desenvolvimento urbano, como grande densidade demográfica, intensa exclusão social, favelização e violência urbana, às quais se somam os problemas setoriais, como dificuldade de acesso aos serviços, os quais possuem baixos graus de eficácia e sustentabilidade na gestão, desarticulação com os demais níveis de atenção, problemas de financiamento

decorrentes da política de repasses (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008; CONILL, 2008).

Embora o IBGE considere Brasília como o único município do DF, englobando a população de todas as suas 20 regiões administrativas, nos últimos anos ela vem sendo considerada um aglomerado urbano que já extrapolou os limites políticos e territoriais do quadrilátero, uma vez que sua influência alcança inclusive 19 municípios do estado de Goiás (Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina de Goiás, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás, Vila Boa, Cristalina de Goiás e Cabeceira Grande) e 3 municípios de Minas Gerais (Cabeceiras, Unaí e Buritis). O conjunto total de todos esses municípios, mais o DF, hoje é conhecido como Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE) (BRASIL, 2011a).

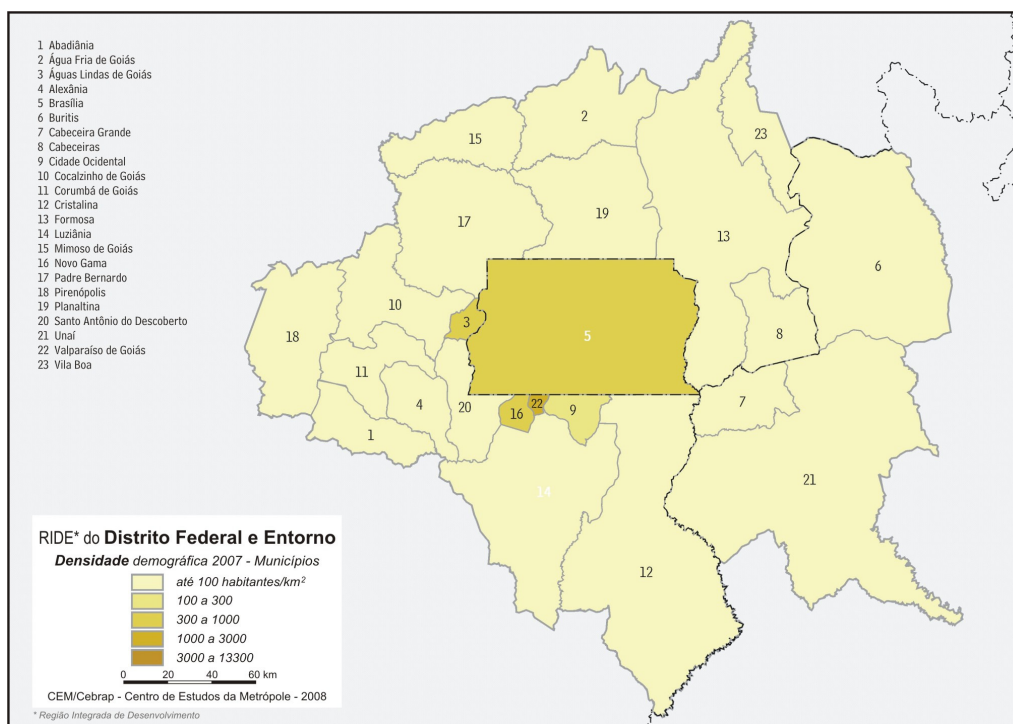


Figura 01. Mapa da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE).

Fonte: Centro de Estudos da Metrópole, 2008.

A RIDE foi criada em 1998 com a proposta de superar as iniquidades sociais e econômicas produzidas devido ao rápido processo de ocupação da região do DF (UnB, 2008). Contudo, a ocupação indiscriminada dessas áreas limítrofes ao DF não foi acompanhada de recursos políticos, econômicos e materiais suficientes para dotá-las de infra-estrutura urbana mínima necessária (ALMEIDA *et al.*, 2005), o que ao longo dos anos levou ao surgimento de um afluxo de pessoas na busca de equipamentos sociais, como saúde e educação. Como consequência, tem-se a grande pressão que as populações exercem sobre a infra-estrutura disponível na capital federal e que hoje se mostra insuficiente para atender a uma demanda crescente e desordenada (ALMEIDA *et al.*, 2005; QUEIROZ, 2006).

Além deste contexto exacerbado de demandas em saúde, como lembra Paim *et al.* (2011), ainda há a oferta paralela e desintegrada de serviços de saúde em unidades tradicionais de atenção básica (CS ou UBS¹) e em unidades de saúde da família, o que leva à população a utilizar ou um ou outro, de acordo com a facilidade de acesso e a sua conveniência. Isso foi constatado pela pesquisa avaliativa de Escorel *et al.* (2007), realizada em 10 municípios brasileiros para avaliar a implantação da ESF. Concluiu-se que no caso do DF, a ESF foi conduzida como uma estratégia para mudar o modelo assistencial na atenção básica, porém substituiu parcialmente as unidades básicas tradicionais preexistentes e não promoveu satisfatoriamente a integração entre elas.

Desta forma, é necessário garantir o bom funcionamento e articulação entre as diversas equipes da ESF e demais estruturas operacionais que compõem os diversos modelos de ABS, cada qual com suas atribuições e objetivos específicos, de forma a garantir o direito à saúde das famílias e comunidades atendidas. A abordagem ampliada e abrangente depende da superação paradigma tradicional biomédico (CAMPOS *et al.*, 2010), a qual somente poderá ser alcançada mediante a reflexão e reconstrução das práticas de saúde tanto em nível de gestão como de execução (ASSIS *et al.*, 2007).

¹ Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde são tradicionalmente unidades que prestam atendimento nas especialidades básicas e nos programas de saúde pública, oferecendo serviços de acompanhamento infantil, imunização, atenção pré-natal, controle e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase, acompanhamento de hipertensão e diabetes. Realizam ainda atividades de vigilância epidemiológica, com notificação e investigação de casos. A partir da implantação da ESF, alguns postos e centros de saúde foram transformados em unidades de Saúde da Família, com reorganização interna dos serviços (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008, p. 609).

O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Conforme relatado anteriormente, sistemas de saúde orientados a partir da ABS, e em devido funcionamento, podem ser capazes de solucionar até 80% dos agravos de saúde da população (WHO, 2008). Contudo, tal eficácia depende do montante de investimentos públicos realizados e também da adoção de um modelo de processo de trabalho e gestão adequados (CAMPOS *et al.*, 2010).

Ao definir que a ABS que se deseja implementar no Brasil deve seguir os preceitos conceituais de uma ABS abrangente e ampliada, é preciso reconhecer a imprescindibilidade de uma mudança também estrutural nos modos de trabalho, assim como a relação entre profissionais de saúde e população atendida. Ou, como afirma Reis (2007), buscar a mudança de modelo assistencial em saúde requer pensar-se em trabalho em saúde, pois, segundo Hennington (2008), este pode se revestir de caráter emancipador, transformador e produtor de sentido; como também produtor de desgaste, sofrimento e replicador das mesmas estruturas fragmentadas e desumanas que se deseja superar.

Portanto, adotar um modelo ou outro não garante por si só a desejada superação do modelo assistencial médico centrado. É imprescindível uma mudança na forma de se produzir e conduzir a atenção à saúde, tanto quanto na conduta dos profissionais entre si e para com os usuários dos serviços (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

As transformações sociais, econômicas e culturais advindas do intenso processo de globalização e industrialização das sociedades capitalistas afetam não só os processos produtivos, mas também o campo da saúde, seja em seu *objeto (processo saúde-doença-cuidado)*, seja em seu *instrumental teórico-prático em que se apóiam as práticas e na organização da produção em saúde* (ROCHA & ALMEIDA, 2000).

Desta forma, infere-se que o processo de trabalho em vigor está sendo conduzido em uma conjuntura neoliberal, na qual predomina a lógica *taylorista* de divisão, organização e produção do trabalho (RIBEIRO *et al.*, 2004). Significa dizer que o trabalho em saúde tem como base práticas fragmentadas, hierarquizadas, individualizadas, superespecializadas, equacionadas para medicalização e mercantilização dos serviços, sempre centrados no profissional médico (MASSUDA, 2010; PIRES, 2005; SÁ *et al.*, 2009), com escassas articulações intersetoriais e participação social.

A título de exemplo, o estudo de Sá *et al.* (2009) descreveu o processo de trabalho em uma UBS de um município do interior de São Paulo, segundo abordagem qualitativa. Os autores puderam identificar que o trabalho é fragmentado e produz o afastamento entre a capacidade de antever o produto final do trabalho e o que se realiza de fato; o foco do trabalho são os procedimentos ofertados; o recorte das necessidades de saúde dos usuários se dá pela visão biológica do processo saúde-doença; e a finalidade do trabalho se revela como caridade ou indeterminada para o próprio trabalhador.

Araújo e Rocha (2007) também avaliaram a forma de organização dos processos de trabalho em unidades de saúde, na cidade de Natal (RN), e os resultados indicaram que predominava a hegemonia do poder técnico e político dos profissionais médicos, havendo conflito com outros profissionais; o trabalho era feito de forma fragmentada e ainda não se correlaciona a finalidade de seu trabalho específico com o objetivo do trabalho em saúde.

Assim, é pertinente salientar Franco (2006) e Mendes (2010), ao observarem que todo o trabalho em saúde deve ser realizado mediante a articulação em redes, independentemente do modelo assistencial adotado. Conceitualmente, Mendes (2010) afirma:

redes são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Contudo, há que se pensar no perfil assumido por tais redes no contexto do processo saúde-doença-cuidado, considerando-se que podem tanto reproduzir elementos que reafirmam velhos métodos de gestão e execução, ou podem organizar-se de forma que haja fluxos contínuos de cuidado, sendo produto e produtora da ação dos profissionais de saúde (FRANCO, 2006).

Para orientar esse processo de reestruturação das redes, a PNAB traz em seu bojo as prerrogativas estratégicas para mudança das práticas de saúde do atual modelo biomédico hegemônico, e que devem ser adotadas por todas as equipes que compõem a

ABS. Algumas delas são: acolhimento, trabalho em equipe interdisciplinar, integralidade da atenção, adscrição da clientela, estabelecimento de vínculo com os usuários dos serviços e família como foco da atenção (BRASIL, 2006b).

Vários autores apontam que a prática que se pretende alcançar também fundamenta-se no trabalho em equipe orientado pelos preceitos humanísticos, de integralidade e de interdisciplinaridade (PEDUZZI, 2007; REIS *et al.*, 2007), centrada na saúde, na comunidade, no fortalecimento das redes solidárias, na participação social e na pessoa como sujeito do seu processo de saúde - doença, seja em nível individual ou coletivo (PIRES, 2005), sem furtar aos profissionais a sua própria realização pessoal e profissional (CAMPOS, 1999).

Desta forma, elencam-se inúmeras formas para que uma equipe de saúde se organize com vistas à realização de seu trabalho. Contudo, conforme aponta Massuda (2010), devem ser levados em consideração especificidades salutares locais da comunidade adscrita, seus hábitos e preceitos culturais, assim como as características da própria equipe e de seus modos preferenciais de trabalhar. Ou seja, o enfrentamento das condições de doença da população perpassa necessariamente pela satisfação do usuário e da equipe de saúde responsável.

O processo de reestruturação assistencial dar-se-ia, então, a partir da **relação dos profissionais de saúde entre si**. Isso significa considerar elementos centrais como trabalho em equipe, com composição multiprofissional (ARAÚJO & ROCHA, 2007; FORTUNA *et al.*, 2005) e ação interdisciplinar.

Segundo Peduzzi (2001), há duas correntes conceituais acerca do que seria equipe. A primeira delas refere-se à equipe como agrupamento de profissionais que trabalham em uma mesma unidade de saúde, caracterizando-se pela fragmentação dos processos de trabalho; enquanto a segunda concepção remete a uma ideia de equipe como articulação de trabalhos, segundo critério de integralidade. De acordo com a segunda vertente, há possibilidade de reconstrução das práticas de saúde rumo à interdisciplinaridade (FORTUNA *et al.*, 2005).

Ao se priorizar o trabalho integrado em equipe, pretende-se que a mudança aconteça no sentido de integrar ações e trabalhadores, democraticamente, garantindo atenção integral à saúde no sentido ético, técnico e comunicacional (PEDUZZI, 2007). Tal fato implicaria fatalmente compartilhar o planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

A concepção de integralidade que permeia todo este processo favorece a interdisciplinaridade das ações das equipes, através da qual cada ramo do saber contribui durante as intervenções, sempre considerando as conexões e intersecções existentes entre cada área profissional, sem deixar de lado as respectivas especificidades (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

Desta forma, falar em interdisciplinaridade não significa a invalidação da peculiaridade de cada área. Pelo contrário, cada profissional deve realizar intervenções próprias de sua respectiva área, mas também executar ações do campo comum, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos (PEDUZZI, 2001). Por exemplo, orientar hábitos saudáveis de vida seria um campo comum, ao passo que a prescrição medicamentosa ou dietética é privativa de um determinado profissional.

Logo, o trabalho em equipe multidisciplinar, segundo uma abordagem interdisciplinar, também faz com que o papel exercido pelo profissional médico deixe de ser central, passando a dar maior visibilidade aos demais membros da equipe de saúde (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

O trabalho de Peduzzi (2001) enfatiza que o trabalho em equipe, conforme posto até aqui, também tem sido uma importante estratégia no enfrentamento da superespecialização na área da saúde. Este fato *“tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes”*.

Em outras palavras, a exacerbada especialização acaba gerando dificuldades no processo de trabalho das equipes, como a conciliação de ações clínicas individuais com as ações coletivas e trabalhos em grupo; ações preventivas e promocionais com ações curativas. Conforme coloca Massuda (2010), a especificidade de uma situação não necessariamente exclui a possibilidade de generalizações. O fato é que uma equipe de saúde deve garantir tanto ações coletivas como ações individuais, tanto preventivas como promocionais.

Em relação às mudanças necessárias na **conduta do profissional de saúde em relação aos usuários dos serviços**, elencam-se o acolhimento e o vínculo como estratégias principais.

Os objetivos do acolhimento são ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho (TAKEMOTO & SILVA, 2007). Constitui-se como conteúdo de toda atividade assistencial, pressupondo uma postura, por parte da equipe de saúde,

humanizada e comprometida em receber e dar vazão às demandas de saúde do usuário, seja na própria unidade ou através da rede hierarquizadas de serviços de saúde.

O vínculo terapêutico, por sua vez, é a conexão, a ligação que deve ser estabelecida entre equipe/profissional e usuário/comunidade para que a atenção à saúde se dê longitudinal, e não apenas pontualmente. Conforme colocam Ribeiro *et al.* (2004), organizar o processo de trabalho com base no vínculo pode permitir o acompanhamento dos resultados do trabalho de cada profissional e ainda fomentar o exercício da cidadania pelo paciente.

Aceita-se a premissa de que a inserção do vínculo como diretriz do trabalho em saúde incitaria o estabelecimento progressivo de um novo padrão de co-responsabilidade pela produção de saúde (CAMPOS, 1999). Por isso, recomenda-se a adoção de um arranjo no processo de trabalho que fomente maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário, tais como as visitas domiciliares.

Considerando os argumentos expostos, conclui-se que muito embora se reconheça a necessidade de mudança das práticas de saúde em vigor, com vistas à reorientação do modelo assistencial de saúde, ainda não há avanços significativos nesse campo (FEUERWERKER, 2005; PEDUZZI, 2007), o que inevitavelmente reitera o modelo hegemônico que tanto se deseja suplantar.

Reconstruir democraticamente novas práticas de saúde, que comportem um modelo de saúde sustentável e equânime pressupõe investir em um novo profissional, com autonomia suficiente para repensar e analisar seu próprio trabalho e, assim, definir seus modos próprios de trabalhar, que deverão ser negociados com os usuários e também com os gestores (MASSUDA, 2010). Considerando o campo da Nutrição, significa investir na formação e capacitação de nutricionistas, para promover uma atitude mais crítica e proativa neste processo.

Assim, o setor Saúde poderá atuar de maneira qualificada não só no âmbito da ABS, mas principalmente na área da promoção da saúde, contribuindo para a mudança de paradigma do modelo de atenção à saúde como um todo (BRASIL, 2010a) e adequado enfrentamento do cenário epidemiológico nutricional da população.

O NUTRICIONISTA E A ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O profissional nutricionista tem como possibilidades de atuação os mais distintos espaços de organização dos serviços dentro da ABS, podendo desempenhar importantes funções nos diferentes níveis hierárquicos (central, regional e local) que compõem as três esferas administrativas (VASCONCELOS, 2011). Sua inserção, ainda que tímida (BOOG, 2008), fundamenta-se na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a qual responsabiliza o setor Saúde pela realização de ações e formulação de políticas públicas voltadas à alimentação e nutrição, com vistas à promoção de saúde, à prevenção e controle de deficiências nutricionais e DCNTs (GEUS *et al.*, 2011).

Partindo da perspectiva da atuação em alimentação e nutrição contida na Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica (BRASIL, 2009a), documento publicado no sentido de contribuir para o planejamento das ações de gestão e de atenção nutricional junto à ABS, há clara indicação de que, em termos de inserção das ações de AN, faz-se necessária a atuação de profissionais capacitados – principalmente o nutricionista - que estejam presentes tanto nos espaços de gestão como de ação direta e local.

No nível central (gestão), a atuação tem sido caracterizada pelo desenvolvimento de ações diretivas, de planejamento, e normatização dos serviços e programas. Encontram-se atribuídas responsabilidades específicas ao gestor no texto da PNAN e da Matriz de Ações de AN na ABS (Matriz), nas diferentes esferas de gestão: nacional, estadual e municipal/distrital. Todas essas responsabilidades, de forma geral, podem ser localizadas segundo as funções de planejamento, organização, direção e controle (BRASIL, 2009a).

No nível local (execução), as ações desenvolvidas devem ser conduzidas com vistas ao atendimento das demandas nutricionais da população assistida pelas unidades de saúde (VASCONCELOS, 2011). Neste campo de atuação, de acordo com a Matriz, encontram-se elencadas as seguintes ações: o diagnóstico nutricional e situacional; a promoção da alimentação saudável; prevenção, tratamento e controle de doenças associadas à má alimentação; o controle de qualidade nutricional dos alimentos; vigilância alimentar e nutricional; a vigilância higiênico-sanitária de alimentos e a responsabilidade de formular, apoiar e articular políticas de alimentação e nutrição.

Para cada tipo de ação de alimentação e nutrição cabe um direcionamento universal, que incide sobre uma maior parcela da população (foco coletivo); ou mais específico, que é inerente a cada fase da vida ou estado fisiológico e tende a atingir uma parcela menor e mais específica da população (foco individual). Ou seja, a atenção nutricional, segundo esse documento, pode estar focalizada em até três unidades prioritárias de ação: a comunidade, a família e o indivíduo (BRASIL, 2009a). Cada unidade de ação tem importância mediante os problemas de cunho nutricional que se deseja enfrentar e solucionar.

Portanto, a intenção é tornar as ações de alimentação e nutrição abrangentes, não as limitando às atividades de cunho curativo e assistencial, sejam individuais ou coletivas. Muito além disso, a atuação do nutricionista deve buscar o conhecimento do território em que estão inseridos os indivíduos e articular a necessária intersetorialidade para o enfrentamento dos determinantes da saúde e da nutrição da população (LANG & RIBAS, 2011).

Embora delimitada, a participação do nutricionista no campo da execução é ainda insuficiente. Duas situações figuram como possíveis causas. A primeira remete-se ao fato de que esta categoria profissional não foi incluída no rol de profissionais que compõem a equipe multiprofissional mínima da ESF, que conta com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Logo, trata-se de uma questão histórica, estrutural na política de saúde, de não priorizar nem o profissional e nem atenção nutricional na agenda política (GEUS *et al.*, 2011).

A segunda causa baseia-se em estudos como o de Boog (1999), que constatam que, embora esteja definido como profissional competente para atuar na ABS, apenas 3% a 7% dos profissionais formados vão para esta área.

A competência do nutricionista para integrar a ABS está, teoricamente, estabelecida em sua formação acadêmica, a qual o instrumentaliza a realizar o completo cuidado nutricional da população, tornando-o, assim, o único profissional a receber uma instrução específica (ASSIS *et al.*, 2002). Essa instrução lhe permite, a partir da observação dos valores socioculturais, propor orientações dietéticas cabíveis e necessárias, adequando-as aos hábitos da unidade familiar, à cultura, às condições fisiológicas dos grupos e à disponibilidade de alimentos. Trata-se, pois, de um profissional apto a participar ativamente da recriação das práticas de saúde.

Muito embora Lang e Ribas (2011) evidenciem que nas unidades em que há a presença de um nutricionista, ele apresenta-se como elemento qualificador das ações

assistenciais da equipe e componente potencializador da efetividade das ações realizadas, somente em 2008, com a instituição dos NASF no país, é que foi concretizada uma possibilidade de incorporação deste profissional à ESF.

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde, em novembro de 2009 existiam 814 NASFs distribuídos em todos os estados brasileiros. Deste total, 585 equipes contavam com a presença de um nutricionista, o que equivale a cerca de 72% de participação (CFN, 2009). No DF esse percentual de participação atingiu 100% dos NASFs em outubro de 2010, segundo dados da Gerência de Nutrição da Secretaria de Saúde do DF (BRASÍLIA, 2011).

Posto este cenário, cabe ressaltar que hoje no Brasil para se realizar uma adequada gestão e execução das ações de alimentação e nutrição deve-se conhecer os determinantes do processo saúde-doença-cuidado no âmbito da Nutrição. Isso significa levar em consideração o contexto epidemiológico a que está submetida toda a população, caracterizado grandemente pelo cenário da transição alimentar e nutricional, a qual está fortemente associada ao estilo de vida adotado pela sociedade moderna (PINHEIRO *et al.*, 2004; TARDIDO e FALCÃO, 2006; GEUS *et al.*, 2011).

A concomitante existência de crescentes prevalências de sobrepeso/obesidade com as decrescentes prevalências de desnutrição/fome (dupla carga de doenças) tem se conformado em um grande desafio em termos de políticas públicas, e tem exigido uma ação de enfrentamento pautada na integralidade e centrada na promoção da saúde (BATISTA-FILHO *et al.*, 2008; COUTINHO *et al.*, 2008).

Este quadro tem afetado profundamente o padrão de morbimortalidade e o estado nutricional em todas as faixas etárias e em todo o espaço geográfico do país. Ilustram bem esse quadro os resultados da Pesquisa de Orçamento Familiar 2008/09 (BRASIL, 2010b), que indicam que a desnutrição nos primeiros anos de vida é mais grave, atingindo prevalência de 12,2% na região Norte do país. Na população com mais de 20 anos, a maior preocupação recai sobre o excesso de peso. Para homens e mulheres no Brasil, respectivamente, a prevalência de baixo peso é de 1,8% e 3,6%; de sobrepeso é de 50,1% e 48%; e de obesidade é de 12,5% e 16,9%. Os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada em 2008, revelam que 43,3% e 13% da população acima de 18 anos das 27 capitais brasileiras pesquisadas apresentam, respectivamente, excesso de peso e obesidade, com tendência temporal de agravamento (BRASIL, 2009b).

Assim, o nutricionista enquanto membro de uma equipe da ABS ou gestor das ações de alimentação e nutrição pode contribuir efetivamente no sentido de reestruturar e inovar suas práticas de saúde dentro da equipe multiprofissional, rumo à reorientação do sistema e garantia do direito à saúde; assim como a um enfrentamento consistente e sustentável das conseqüências advindas da transição nutricional em curso no país.

No campo da atenção básica, a literatura aponta principalmente para a necessidade de medidas educativas como elemento chave e diferenciador no processo de atenção nutricional. Seria transmitir conhecimento da Nutrição por meio de processo dialógico e educativo que promova o desenvolvimento e manutenção de habilidades e atitudes positivas em relação aos hábitos alimentares, e que culminem por contribuir para a melhoria da saúde pessoal, bem-estar e produtividade (ALMEIDA *et al*, 2010; COUTINHO *et al*, 2008; BOOG, 1999).

Logo, para avançar mais na área da alimentação e nutrição, faz-se relevante e iminente a ocupação, pelo profissional que é capacitado e habilitado na área, dos espaços de discussão, tomadas de decisão e execução das ações de atenção nutricional, de modo a cumprir os preceitos da atenção básica, qualificá-la e fortalecê-la. A concretude de uma maior inserção do nutricionista na ABS atualmente recai especialmente sobre a instituição do NASF, o que poderá permitir uma maior visibilidade e legitimidade às ações de AN na ABS (VASCONCELOS, 2011). Porém, outros espaços de atuação podem e devem ser conquistados.

Ainda existem muitos obstáculos que impedem o avanço da inserção da Nutrição – ação e profissionais – dentro do modelo da ESF, bem como uma atuação mais plena, mais coerente e sustentável. Por este motivo, devem-se incentivar estudos empíricos que visem à identificação de fatores intervenientes neste contexto, de modo que se possam solucionar tais problemas e garantir a qualificação e melhoria contínuas dos serviços básicos de Nutrição oferecidos à população.

A partir de uma revisão bibliográfica não sistemática acerca das práticas profissionais – fosse nutricionista ou não - no âmbito da Nutrição junto à ABS, pôde-se propor algumas reflexões sobre os desafios e/ou potencialidades mais citados pela literatura científica que interferem de sobremaneira na inserção e atuação do nutricionista junto à ABS. São eles: gestão das ações de alimentação e nutrição, articulação e ordenação das ações de alimentação e nutrição nos vários níveis de atenção à saúde; formação profissional; estabelecimento da intersetorialidade; trabalho multiprofissional e estratégias de ação, conforme pode ser observado na tabela 02.

Tabela 02. Quadro-resumo das reflexões feitas sobre os obstáculos e potencialidades da inserção das ações de alimentação e nutrição e do nutricionista junto à atenção básica à saúde. Junho de 2011.

Questão	Obstáculos	Possibilidades	Artigos correlatos
Financiamento, formulação e gestão das políticas de alimentação e nutrição na ABS .	Sub-financiamento das ações, não elaboração de políticas locais, baixa vontade política do gestor quanto à importância do nutricionista na ABS.	Ampliação da oferta de ações de AN, a partir da maior inserção e qualificação do nutricionista, nas várias regiões do país.	BRASIL (2010a) BOOG (1999) SANTOS (2005)
Articulação das ações de alimentação e nutrição entre os diferentes níveis de atenção à saúde.	Falta de mecanismos e estratégias de integração da rede assistencial, e falhas nos que estão implantados.	Atenção integral e continuada através da oferta de serviços mais coordenados, sincronizados e em tempo hábil.	ALMEIDA <i>et al</i> (2010) SCOREL <i>et al</i> (2007) JULIANI & CIAMPONE (1999) CECÍLIO (1997)
Formação profissional do nutricionista.	Formação centrada no modelo biomédico e defasada carga teórica sobre nutrição em saúde pública.	Melhor qualificação de nutricionistas frente às demandas reais do cotidiano, com articulação entre centros de formação e de pós-graduação, e implementação de programas de educação permanente.	BRASIL (2010a) FERREIRA & MAGALHÃES (2007)
Ações intersetoriais.	Incipiente desenvolvimento das ações intersetoriais	Concretização do direito à saúde, por meio da articulação de setores tradicionais, como a saúde, a agricultura, a indústria alimentícia e a sociedade civil.	MACHADO <i>et al</i> (2007) SAWAYA (2006) BRASIL (2010a) SANTOS & WESTPHAL (1999) NOBRE (2003) WESTPHAL & MENDES (2000) JUNQUEIRA (1997)
Estratégias de atenção nutricional.	Manutenção de práticas tradicionais e desarticulação entre atividades clínicas e as de saúde coletiva.	Incorporação de práticas voltadas para a família e a comunidades influenciam fortemente os determinantes sociais do processo saúde-doença.	SCOREL <i>et al</i> (2007) MACHADO <i>et al</i> , 2007

Trabalho em equipe multiprofissional.	Formação acadêmica insuficiente, priorização dos conhecimentos técnicos, desconsideração das práticas populares da comunidade atendida e ênfase no trabalho individual.	Superação da fragmentação do conhecimento, pressupondo que a prática de um profissional possibilita a reconstrução da do outro.	SCHERER <i>et al</i> (2009) ARAÚJO & ROCHA (2007) LOCH-NECKEL <i>et al</i> (2009) SANTOS (2005)
---------------------------------------	---	---	--

Assim, a partir da caracterização das ações de atenção nutricional realizadas pelos nutricionistas inseridos na atenção básica do Distrito Federal, será possível contribuir para o avanço dos desafios identificados e investir nas potencialidades, objetivando sempre garantir uma maior qualidade de vida da população atendida. Nesse cenário, a ótica do próprio nutricionista é fundamental para identificar as prioridades de mudança.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso com caráter quali-quantitativo, dada sua intenção em compreender os significados e percepções atribuídos por um grupo de profissionais específicos a si mesmos e às suas ações dentro dos serviços de saúde, mas sem deixar de lado a quantificação do grau de compartilhamento de tais percepções dentro deste grupo. Não se está buscando estudar diretamente o fenômeno social em si, mas entender seu significado individual e coletivo para a vida profissional daqueles que o vivenciam (TURATO, 2005). Pretende-se conhecer suas vivências, e que representações esses profissionais têm dessas experiências de vida.

O estudo de caso constitui-se em um método amplamente utilizado para a execução da pesquisa exploratória. Suas características principais são a análise em profundidade do objeto em seu contexto (PERES & SANTOS, 2005; FERNANDES & GOMES, 2003); a retratação completa e profunda da realidade; o uso de uma variedade de fontes de informação; e a revelação dos diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo (VENTURA, 2007). Tem por objeto de investigação um sistema bem delimitado, integrado, unitário, multidimensional e contextualizado em tempo e lugar. Assim, um estudo de caso pode tomar como objeto um indivíduo, grupo, instituição ou comunidade, selecionada por sua especificidade (GRESSLER, 2004; PERES & SANTOS, 2005; VENTURA, 2007).

A pesquisa de campo foi desenvolvida no período de julho de 2010 a janeiro de 2011, junto a nutricionistas que atuam na atenção básica à saúde do Distrito Federal. Para o alcance dos objetivos explicitados, foram conduzidas entrevistas individuais junto aos sujeitos de pesquisa, com posterior análise segundo proposta metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2010).

PARTICIPANTES

Em 2005 o Conselho Federal de Nutricionistas, na resolução nº 380 (BRASIL, 2005), definiu as áreas de atuação profissional e suas atribuições. De acordo com este documento, o campo da Saúde Coletiva compreende três sub-áreas principais: Políticas e Programas Institucionais, Atenção Básica à Saúde (tradicional e Programa Saúde da Família) e Vigilância em Saúde.

Para efeitos desta pesquisa, foram considerados dois campos de inserção do nutricionista na ABS: gestão e execução. Essa distinção foi didaticamente feita para respeitar e ressaltar as diferenças entre os dois campos de atuação do profissional. Não se pretende, de modo algum, categorizar essas duas dimensões de maneira inerte; ao contrário, a intenção é refletir sobre os elementos particulares de cada espaço, sem deixar de lado a transversalidade inerente da atuação.

Desta forma, foram convidados a participar da pesquisa os 41 profissionais nutricionistas que integravam a rede básica de saúde do DF àquela época, os quais ocupavam cargos que se encontram desde os espaços de gerenciamento (Gerência de Nutrição) até os locais de ação direta junto à população nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2010), *a escolha de um conjunto com distintos sujeitos, vinculados ao tema a partir de seus distintos lugares e atributos sociais ou institucionais, permite a emergência de um confronto de perspectivas, que enriquece de sobremaneira o entendimento do problema pesquisado* (p. 40).

De todo o universo de pesquisa, foram entrevistados 22 (53,7%) nutricionistas, dos quais 3 são gestores, 13 trabalham em UBS e 6 atuam nos NASFs. Dentre aqueles que não foram entrevistados, 15 (36,6%) não enviaram resposta alguma e 4 (9,7%) declinaram o convite. Os motivos para recusa da participação na pesquisa foram: estar desligado da Secretaria de Saúde, ou por não considerar que esteja realizando um trabalho característico da atenção básica.

Geograficamente, houve uma ampla distribuição dos profissionais em relação às 15 regionais de saúde do DF, conforme está indicado na figura 02 a seguir.

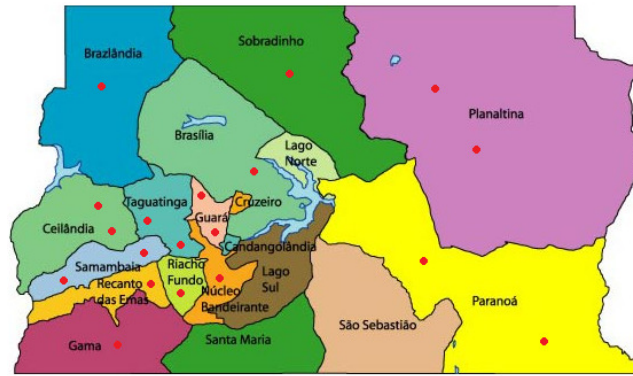


Figura 02. Localização estimada das unidades básicas de saúde do Distrito Federal cujos nutricionistas foram entrevistados. Junho de 2011.

LOCUS DE PESQUISA

Atualmente, a gestão das ações de alimentação e nutrição no DF é exercida por uma Gerência de Nutrição (GENUT), diretamente ligada à Subsecretaria de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do DF. As nutricionistas responsáveis pela GENUT têm a atribuição de coordenar e implantar as referidas ações em todos os níveis de atenção em saúde no DF. Especificamente no nível primário, há quatro nutricionistas gestoras responsáveis por tal tarefa: a coordenadora geral da ABS, e outras três coordenadoras de Programas Estratégicos do Ministério da Saúde, que são: Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF), Programa de Saúde na Escola (PSE) e Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

No Distrito Federal, a implantação da ESF como estratégia para reorganização da ABS ocorreu somente em 1997 (SCOREL *et al*, 2007). Em março de 2011, o Ministério da Saúde publicou dados estimando que pelo menos 16,01% da população total do DF (\pm 417.450 pessoas) era acompanhada por alguma equipe da ESF, seja de agentes comunitários (1.016 profissionais), saúde bucal (23 equipes) ou saúde da família (121 equipes). Esses dados, quando comparados às demais capitais contidas no documento analisado, revelam-se os mais baixos, sendo que o segundo estado com menor cobertura é São Paulo, com pelo menos 28,3% de cobertura populacional. Em

outras palavras, a segunda pior cobertura do país é quase o dobro da cobertura do DF (BRASIL, 2011b).

No Distrito Federal, de acordo com informações fornecidas na portaria nº 714 de 2010, atualmente existem onze equipes NASF tipo 1 credenciadas e implantadas, e somente 9 contam com a presença de um nutricionista (BRASIL, 2010b)

Em termos de UBS, hoje o Distrito Federal presta serviços por meio de 66 centros de saúde presentes em todas as 20 regiões administrativas e com cobertura populacional de aproximadamente 67,0%. Porém, o nutricionista atua somente em 25 centros de saúde (BRASÍLIA, 2011).

INSTRUMENTOS DE COLETA

Optou-se pela realização de entrevistas individuais semi-estruturadas, de forma que contemplassem de maneira abrangente a opinião sobre inserção e atuação do profissional nutricionista no campo da ABS, segundo as peculiaridades dos sujeitos (gestores ou executores).

A entrevista individual é mais utilizada pelos pesquisadores que fazem uso do método do Discurso do Sujeito Coletivo (descrito na sessão “Análise de Dados” a seguir) por ter uma série de vantagens. Entre elas, podem-se citar, de acordo com Lefèvre e Lefèvre (2010): *a abordagem sujeito a sujeito, o que permite o resgate da opinião individual livre de qualquer tipo de interferência; permite aflorar o discurso espontâneo; e permite a um entrevistador bem treinado conduzir adequadamente entrevista, observando se o pesquisado teria algo mais a dizer e cortando discursos inúteis no momento da entrevista* (p.64-65).

As entrevistas conduzidas foram do tipo semi-estruturadas, modalidade caracterizada por ser direcionada por um roteiro previamente elaborado, composto geralmente por questões abertas e fechadas, o qual permite uma organização flexível e ampliação dos questionamentos à medida que as informações vão sendo fornecidas pelo entrevistado (BELEI *et al*, 2008). Acrescente-se a isso terem sido realizadas em um contexto semelhante ao de uma conversa informal, porém sem deixar de lado a devida importância e seriedade do tema.

Os principais blocos identificados como base comum para todos os entrevistados foram: (a) ações de alimentação e nutrição desenvolvidas e estratégias de

implementação; (b) articulações intra e interinstitucionais dos profissionais para realização do trabalho; (c) fatores dificultadores e facilitadores identificados; (d) percepção sobre as ações desenvolvidas.

Foi dada especial atenção à formulação das questões das entrevistas, de modo que não resultasse em perguntas arbitrárias, ambíguas, deslocadas ou tendenciosas. As perguntas foram elaboradas levando em consideração uma sequência lógica de abordagem do tema, procurando dar continuidade na conversação, com um certo sentido lógico para o entrevistado (QUARESMA, 2005). Para tanto, procurou-se adequar a construção dos instrumentos, ao máximo, aos critérios de objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, tipicidade, credibilidade, amplitude e equilíbrio propostos por Pasquali (2010), assim como as orientações advindas de experiência com o uso do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÉVRE & LEFÉVRE, 2010).

Para a elaboração e adequação dos roteiros de entrevista consideraram-se, além da experiência da pesquisadora e da literatura científica sobre o tema em estudo, as informações obtidas em 04 entrevistas que compuseram a fase piloto do estudo. Estas entrevistas foram realizadas nas cidades de Luziânia e Goiânia, ambas no estado de Goiás, no mês de agosto de 2010. Os profissionais entrevistados foram escolhidos por conveniência, e são nutricionistas que compõem a rede municipal de saúde das cidades mencionadas, sendo que 02 detinham cargos de gestão e 02 atuavam junto ao NASF e UBS locais. As entrevistas duraram em média 50 minutos, perfazendo um total de 3 horas, 20 minutos e 16 segundos de gravação.

O instrumento que guiou a entrevista individual com o gestor (apêndice 2) abordou questões pertinentes a: ações adotadas para implantar a política/plano de alimentação e nutrição no DF; relação e integração com os profissionais hierarquicamente a ele correlatos na Administração Pública; relação e integração com os nutricionistas responsáveis por executar as ações de alimentação e nutrição e com outros setores da sociedade; a visão política sobre a inserção das ações de alimentação e nutrição e do nutricionista junto à atenção básica; e obstáculos e potencialidades identificadas no trabalho diário. Além da entrevista, também foi preenchido um questionário composto de identificação e dados de atuação e formação profissional (apêndice 3).

Para o grupo de nutricionistas da UBS e NASF foi utilizado roteiro de entrevista individual (apêndice 4) para identificar: quais e como as ações de alimentação e nutrição são realizadas; a relação e interação entre os demais profissionais e setores da

sociedade para realizar tais ações; a percepção do próprio trabalho junto à comunidade e, por fim, as barreiras e potencialidades percebidas diariamente. Além da entrevista, também foi preenchido um questionário composto de identificação e dados de atuação e formação profissional (apêndice 5).

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A Gerência de Nutrição da Secretaria de Saúde do DF forneceu os contatos das nutricionistas que possuíam o perfil de estudo para esta pesquisa. Desta forma, todas foram convidadas a participar através de mensagem eletrônica e contato telefônico, sendo-lhes fornecidas as devidas informações e esclarecidas eventuais dúvidas acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Uma vez aceito o convite, foram agendadas datas e horários para que se pudessem realizar as entrevistas individuais presencialmente, conforme disponibilidade de tempo e interesse dos sujeitos contatados.

A entrevista somente foi iniciada após cada participante ser brevemente informado sobre os aspectos mais gerais do estudo, estar ciente de seus direitos enquanto sujeito de pesquisa, e após o consentimento formal da coleta e utilização dos dados. Isso ocorreu por meio da assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde e constante no apêndice 1.

Prezou-se que as entrevistas individuais fossem realizadas na residência do entrevistado, uma vez que, conforme fundamentado por Duarte (2002), neste ambiente parece haver mais liberdade para expressão das idéias e menos preocupação com o tempo, caracterizando-se por serem mais longas, densas e produtivas. Principalmente quando se deseja abordar temas pertinentes à instituição em que se trabalha. Alternativamente, procedeu-se à entrevista também no próprio local de trabalho.

Quando adequadamente realizadas, essas entrevistas permitem coletar indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantar informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem com o objeto estudado (DUARTE, 2004).

Todas as entrevistas foram gravadas em meio eletrônico, de forma que se ampliasse o poder de registro e captação de elementos de comunicação que também são

de extrema importância: pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa (SCHRAIBER, 1995). Ao final de cada entrevista, foi agradecida a participação do entrevistado e reforçados os seus direitos enquanto sujeitos de pesquisa, de modo a tentar manter o canal de comunicação aberto caso eventuais dúvidas ou vieses viessem a surgir. Totalizaram-se 17 horas, 29 minutos e 15 segundos de gravação. Entre as nutricionistas da gestão, a entrevista durou em média 57 minutos e 46 segundos. Já entre os profissionais de execução, a entrevista durou em média 46 minutos e 6 segundos.

Posteriormente, foram transcritas de forma literal (*ipsis verbis*) para *software* de edição de texto, com o auxílio do *software* livre Express Scribe[®]. Neste processo foram utilizados recursos provindos do Decanato de Pós-Graduação da Universidade de Brasília para financiar o trabalho da empresa júnior de consultoria em Nutrição da Universidade de Brasília, NUTRIR, a qual ficou responsável por tal tarefa. Para garantir a qualidade e homogeneidade das transcrições, todas elas foram conferidas por esta pesquisadora e posteriormente foram agregadas simbologias nos textos (apêndice 7), como forma de sinalizar expressões não verbais (pausas de reflexão, choro) ou alterações verbais (entonação acentuada de voz, sarcasmo) importantes para melhor e mais adequada compreensão dos discursos.

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Brasília, sob o parecer n° 61/2010, para cumprimento das disposições da Resolução n°196/96, referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, e não ofereceu risco aos sujeitos de pesquisa (anexo 1).

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

Após coletados e transcritos, os discursos originais foram analisados segundo a técnica proposta por Lefèvre & Lefèvre (2010): o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A metodologia do DSC está embasada na teoria das Representações Sociais (RS), proposta inicialmente por Serge Moscovici, em 1961.

Ao incorporar a teoria RS como base teórica, a metodologia DSC assume em seu processo de análise que os resultados obtidos serão fidedignas representações sociais daquilo que o grupo de nutricionistas da ABS do DF assumem como convicções e percepções compartilhadas enquanto grupo social.

Sob construção e amadurecimento desde a década de 90 por seus autores, na Universidade de São Paulo, a metodologia do DSC torna possível a agregação de aspectos qualitativos e quantitativos do objeto a ser estudado, resultando, desta forma, em uma metodologia qualiquantitativa de pesquisa.

Em outras palavras, essa proposta metodológica ao mesmo tempo em que qualifica as idéias dos sujeitos entrevistados dentro de um determinado grupo sociocultural, fazendo emergir o semelhante e o diverso, traz a possibilidade de generalizações, já que permite a análise do grau de compartilhamento e distribuição das idéias dentro do grupo pesquisado. Desta forma, como colocam os autores (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2010):

é insuficiente como resposta de uma pesquisa que o pesquisador conheça somente ‘o que’ e ‘como’ pensa uma dada população pesquisada. É importante também (...) se uma dada idéia está mais ou menos compartilhada por aquele grupo”. (p. 83)

A técnica utilizada pelo DSC permite a reconstrução das representações e opiniões coletivas a partir de discursos coletivos, gerados mediante um processo complexo de operações sobre os depoimentos inicialmente obtidos, e que contam com o auxílio do Software Qualiquantsoft[®], desenvolvido especialmente para dar maior celeridade ao processamento dos dados qualiquantitativos.

Após a transcrição literal (*ipsis verbis*) das entrevistas, procedeu-se à inserção dos dados no Qualiquantsoft[®], como nome da pesquisa, entrevistados, perguntas e respostas. Para dar início ao processamento propriamente dito, fez-se necessário o uso

de três operadores inerentes à metodologia. A seleção de tais operadores ao longo dos discursos originais ocorreu segundo simbologia descrita no apêndice 8.

O primeiro operador refere-se às expressões chaves (ECH), as quais devem ser selecionadas dentro da resposta de cada entrevistado. As ECH são os fragmentos de resposta, contínuos ou não, que trazem em si a essência do conteúdo do depoimento, sendo possível haver mais de uma ECH em uma dada resposta. É a partir das ECH que, ao final da análise, serão construídos os discursos coletivos propriamente ditos.

O segundo operador é a idéia central (IC), através da qual se descreve de maneira mais concisa possível o sentido das ECH selecionadas em cada trecho de entrevista. Assim, as IC representam aquilo que o entrevistado quis dizer em seu discurso. É a partir da IC que se faz aglomeração dos discursos semelhantes ou complementares em categorias de análises.

Por fim, o último operador a ser utilizado é a ancoragem (AC), que é *a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer* (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2010, p. 79). Desta forma, fica claro que a AC não descreve o sentido, mas o sistema de crenças e valores dos sujeitos, que se revela sob a forma de afirmações genéricas para caracterizar situações específicas (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005).

Tais operações culminaram, ao final, em discursos coletivos elaborados a partir de fragmentos literais das entrevistas, que representam o conteúdo essencial (ECH) de depoimentos semelhantes que foram agrupados dentro de uma mesma categoria (IC ou AC semelhantes).

O discurso do sujeito coletivo sempre será redigido em primeira pessoa do singular, de modo que seja reproduzido *“um efeito de uma opinião coletiva expressando-se diretamente, como fato empírico vindo de um único sujeito de discurso”* (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2010, p. 18), o que explicitamente vincula esta proposta metodológica com a teoria RS. A ligação entre as ECH foi realizada com o uso de conectivos, porém sem alterar o sentido real do texto. Além disso, também foram retirados particularismos de sexo, idade, eventos particulares, doenças específicas.

A seguir serão apresentados os resultados obtidos por meio da metodologia do DSC nos dois estudos já mencionados.

ESTUDO 01²

A GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO JUNTO À ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Natascha Ramos³

Anelise Rizzolo⁴

Elisabetta Recine⁴

Resumo: A transição alimentar e nutricional em curso no Brasil tem exigido medidas públicas complexas e intersetoriais para seu enfrentamento, prioritariamente pelo setor Saúde a partir da atenção básica (ABS). Para tanto, deve-se reconhecer a Nutrição como área estratégica e prioritária, e a importância de se institucionalizar e fortalecer a gestão das ações de alimentação e nutrição. Este trabalho propõe-se a descrever e analisar a gestão de tais ações junto à ABS do Distrito Federal. É um estudo de caso quali-quantitativo, cuja análise considerou a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados indicam que as ações gerenciais neste campo ainda precisam ser fortalecidas e qualificadas para responder adequadamente às demandas de Nutrição. Entre as dificuldades, destacam-se: falta de apoio político, burocracia para gasto dos recursos financeiros e desarticulações intrainstitucionais. Entre as potencialidades, destacam-se parcerias intersetoriais e articulação entre gestão e execução.

Palavras-chaves: alimentação; nutricionista; atenção básica à saúde; saúde pública; nutrição em saúde pública.

² Este artigo foi elaborado segundo as regras da revista Cadernos de Saúde Pública. Será submetido.

³ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. SQS 103 bloco G apt. 103 - Brasília, DF. 70.342-070. nfsramos@gmail.com.

⁴ Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição, Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70910-900. recine@unb.br ou anelise.unb@gmail.com.

Abstract: The epidemiologic and nutritional context currently underway in Brazil has required complex and intersectoral public measures to face them, primarily by the health sector from primary health care (PHC). In order to do that, Nutrition must be recognized as a strategic and priority area, and the management of food and nutritional actions must be institutionalized and strengthened. This study aims to describe and analyze the management of such actions by the PHC of the Distrito Federal. It is a qualitative-quantitative case study, whose analysis considered the methodology of the Discourse of the Collective Subject. The results indicate that the management actions in this field still need to be strengthened and properly qualified to respond to the demands of Nutrition. Among the difficulties, it was found lack of political support, bureaucracy to spend financial resources and intra-institutional dislocations. On the other hand, the potentialities that stand out are intersectoral partnerships and coordination between management and execution.

Keywords: food; nutrition; nutritionist; public health; primary health care.

INTRODUÇÃO

O processo de transição epidemiológica e nutricional por que passa a população brasileira tem exigido medidas públicas complexas e intersetoriais, de cunho técnico e político, para o seu adequado enfrentamento¹. Isso porque seus produtos finais, representados essencialmente por duas condições de insegurança alimentar e nutricional opostas por definição - crescentes prevalências de obesidade e outras doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) coexistindo com persistentes prevalências de desnutrição e deficiências nutricionais - são consideradas hoje relevantes problemas de saúde pública¹⁻⁴.

Desde os primeiros dados fornecidos em 1978 pelo Estudo Nacional de Despesa Familiar, até as recentes conclusões providas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios em 2006 e pela Pesquisa de Orçamento Familiar em 2010, o rápido agravamento deste processo tem indicado a ineficácia dos aparatos e instituições públicas em enfrentar a contento o problema, embora numerosos esforços tenham sido feitos nesse sentido, principalmente na Saúde, Desenvolvimento Social e Educação.

Entre os principais esforços públicos empreendidos, destaca-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que, mediante suas diretrizes programáticas, propõe a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) como elemento imprescindível para a concretização da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) de toda a população brasileira, e deve ser realizada prioritariamente pelo setor Saúde⁵. Por sua vez, este tem como responsabilidades a realização de ações e formulação de políticas públicas voltadas à alimentação e nutrição (AN), direcionadas à promoção de saúde, à prevenção e controle de deficiências nutricionais e DCNTs^{6,7}.

Para alcançar os melhores resultados no combate à dupla carga de doenças, os programas e estratégias que são implementados devem reconhecer amplamente o papel essencial da AN⁸ e sua importância na promoção e manutenção da saúde através do curso da vida, já que se caracteriza por ser a principal determinante modificável no tocante às DCNTs. Politicamente, conforme argumenta Coutinho *et al.*¹, a Nutrição deve ser reconhecida como uma das áreas estratégicas e prioritárias de ação pelos gestores e formuladores de políticas públicas em saúde.

Considerando a estrutura hierarquizada de atenção do Sistema Único de Saúde brasileiro, tem-se que a atenção básica à saúde (ABS) é aquela em cujos serviços devem ser priorizadas as ações de AN. Isso porque as ações preventivas e promocionais que

constam como prerrogativas na sua rotina são uma abordagem recomendada para combate às DCNTs⁹, por serem consideradas mais custo-efetivas, financeiramente viáveis, sustentáveis^{8,10}, e mais efetivas na garantia do direito à saúde da população¹¹ que as abordagens nos demais níveis de atenção.

Logo, demandam-se profissionais da saúde detentores de conhecimentos no campo da ciência da AN que lancem mão de uma série de práticas integrais e multidisciplinares, integrem ferramentas da epidemiologia, do planejamento, da promoção da saúde, da educação e de outras disciplinas das ciências sociais e humanas¹² com vistas ao enfrentamento da dupla carga de doenças, a partir de pressupostos culturais, econômicos, nutricionais e sociais. Um destes profissionais é potencialmente o nutricionista.

Situado no nível de gestão da ABS, a atuação do nutricionista pode ser caracterizada pelo desenvolvimento de ações diretivas, de planejamento, e normatização dos serviços e programas de AN. Encontram-se suas responsabilidades especificadas no texto da PNAN e da Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na ABS, segundo as diferentes esferas de gestão: nacional, estadual e municipal/distrital. Todas as atribuições, de forma geral, podem ser localizadas segundo as funções de planejamento, organização, direção e controle¹³.

O que se espera é que seja evidenciada a importância de se institucionalizar e fortalecer a gestão das ações de AN, de forma que a incorporação dessas ações e de nutricionistas no escopo de ações da ABS provoque, em longo prazo, um impacto satisfatório e progressivo nas condições de saúde e perfil nutricional da população, sobretudo a mais vulnerável¹⁴, garantindo o DHAA e a SAN. Contudo, o que se tem de concreto é a ainda incipiente gestão e organização das ações de AN em muitos municípios brasileiros¹³.

Assim, a partir da caracterização da gestão das ações de AN na ABS em municípios e estados de todo o país, poderá ser possível o avanço na discussão e possivelmente na qualificação dessa área. E é por esta razão que este trabalho propõe-se a descrever e analisar a gestão de tais ações no contexto do Distrito Federal (DF), partindo da perspectiva do próprio nutricionista e considerando aspectos facilitadores e dificultadores do processo de gestão.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso com caráter qualiquantitativo, desenvolvido no período de julho de 2010 a janeiro de 2011, junto aos nutricionistas que atuam na gestão e execução das ações de AN junto à ABS do Distrito Federal (DF). Este artigo focalizou o processo de gestão, porém alguns resultados serão contextualizados à luz da fala dos profissionais executores, que interagem com os gestores.

Foi elaborado roteiro de entrevista individual semi-estruturado, com 4 blocos temáticos: (a) gestão das ações de AN; (b) articulações intra e interinstitucionais; (c) fatores dificultadores e facilitadores; (d) percepção sobre si mesmo e as ações desenvolvidas. Também foram coletadas informações profissionais.

O formato final do roteiro de entrevista foi elaborado após a realização de uma etapa piloto, durante a qual foram entrevistados 2 profissionais com as mesmas características definidas para o estudo.

Foram convidados a participar da pesquisa, por meio de telefone e e-mail, todos os 4 nutricionistas que à época ocupavam cargo de gestão das ações de AN no DF. Deste total, 3 (75%) gestores foram entrevistados e apenas um não se manifestou acerca da participação no estudo. As entrevistas duraram em média 57 minutos e 46 segundos, e foram transcritas *ipsis verbis*, com posterior agregação das expressões não verbais identificadas, por meio de simbologias padronizadas.

A análise dos dados foi conduzida segundo proposta metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁵, e com auxílio do software Qualiquantisoft[®]. A metodologia do DSC está embasada na teoria das Representações Sociais, que pressupõe a existência de um pensamento social que é compartilhado entre sujeitos de um determinado agrupamento social, e resulta das experiências, crenças e trocas de informações presentes no cotidiano¹⁶.

O DSC permite a reconstrução de representações e opiniões coletivas a partir de discursos coletivos, obtidos após processo analítico que utiliza 3 operadores principais: expressões-chaves, idéias centrais e ancoragem. Ao mesmo tempo em que qualifica as idéias dos sujeitos do grupo pesquisado, explicitando opiniões similares e divergentes, traz a possibilidade de generalizações, ao analisar o grau de compartilhamento e distribuição das idéias dentro do grupo¹⁵.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Brasília, e cumpre as disposições da Resolução nº196/96, referentes a pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

OS NUTRICIONISTAS DA ABS DO DF

Dos nutricionistas gestores entrevistados, todos são do sexo feminino, com uma idade média de 33,7 anos (DP \pm 5,1), que variou entre 28 e 35 anos. O perfil dos profissionais entrevistados encontra-se na tabela 01 a seguir.

Tabela 01. Perfil profissional das nutricionistas pesquisadas. Brasília, junho de 2011.

VARIÁVEL	GESTÃO
Instituição de graduação	Pública: 3 (100,0%)
Tempo de conclusão da graduação	5 -10 anos: 2 (66,7%)
	11-15 anos: 1 (33,3%)
Título pós-graduação <i>lato sensu</i>	Sim: 3 (100,0%)
Título pós-graduação <i>stricto sensu</i>	Não: 3 (100,0%)
Tempo de atuação na ABS	≤ 2 anos: 1 (33,3%)
	4- 10 anos: 2 (66,7%)
Tempo de atuação na UBS/Gestão	≤ 2 anos: 3 (100,0%)
Jornada semanal de trabalho	20 horas: 2 (66,7%)
	40 horas: 1 (33,3%)

Considerando-se a pós-graduação *lato sensu*, as profissionais são especialistas nas seguintes áreas: Atenção Básica, Gestão em Alimentação e Nutrição, Gestão em Políticas Públicas de Saúde, Vigilância Sanitária, Nutrição Clínica e Nutrição Esportiva Funcional.

A GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A Gerência de Nutrição (GENUT) é oficialmente o setor institucional da Secretaria de Estado de Saúde responsável por coordenar tecnicamente as ações de AN no DF. Está organizada em várias subseções, e entre elas a de Atenção Básica. Nesta subseção, há uma coordenação geral, e subequipes: subcoordenação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), subcoordenação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), subcoordenação do Programa Bolsa Família (PBF), subcoordenação da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável e subcoordenação do Programa de Saúde na Escola (PSE). Cada gestora entrevistada é responsável pela gestão de pelo menos um desses programas federais. Dentre as funções inerentes ao cargo de gestão, algumas estão identificadas no gráfico 01 abaixo, segundo respostas obtidas.

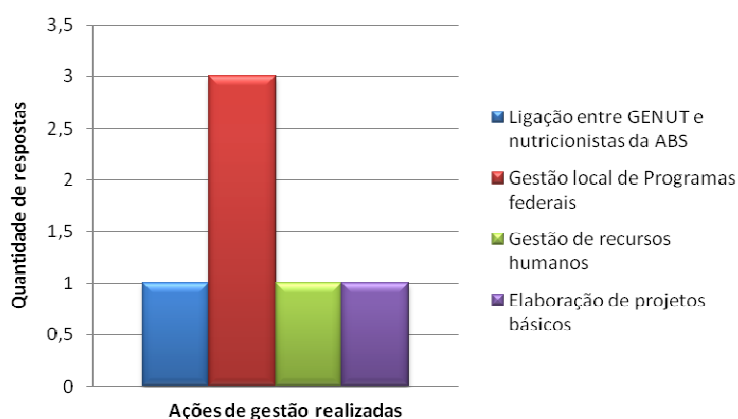


Gráfico 01. Funções gerenciais identificadas no âmbito de alimentação e nutrição junto à atenção básica à saúde do Distrito Federal, segundo as gestoras da Gerência de Nutrição da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. N = 6. Junho de 2011.

DSC G.I.C. Dentro da atenção básica, tem uma série de programas federais (...) A gente tem que dar andamento a esses programas e tem que prestar contas ao Ministério da Saúde. DSC G.I.B. Então, meu papel, mais basicamente falando, é fazer a ligação entre a GENUT como um todo com as nutricionistas que atuam nos centros de saúde. Eu acho que o papel da Gerência é planejar pra que o trabalho na ponta aconteça da melhor forma possível.

Segundo a Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica¹³, a gestão ou ação administrativa tem como função formular diretrizes locais para o planejamento e organização da atenção nutricional, envolvendo também ações de controle e de liderança e motivação de pessoal. Todas estas atividades devem ser adotadas em consonância com as diretrizes da PNAN e com as demais normas nesta área.

Todo o planejamento administrativo tem início a partir do recurso financeiro disponível para ser investido. A Nutrição no DF é subsidiada em maior parte pelo Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), verba repassada anualmente do Ministério da Saúde para os municípios e estados brasileiros, para que estes possam implementar e fortalecer ações de AN, porém somente junto à ABS.

DSC G.4.B. *O FAN (...) é o único recurso que a Nutrição tem no Brasil inteiro que é direto, do Ministério pra município ou estado. A outra forma de financiamento das ações de Nutrição é um recurso que vem do município pra pagar o profissional no seu trabalho do dia a dia no centro de saúde. Mas aí é uma conta de remuneração de pessoal. Então, recursos que a gente pode planejar como vai ser gasto é só o FAN (...).*

O planejamento das ações de gestão propriamente dito é elaborado em conjunto com toda a equipe da GENUT, de acordo com o que está exposto a seguir.

DSC G.3.B. (...) *A gente tentou abarcar nesse planejamento todos os programas, que estão andando meio que independentes, e tudo aquilo que a gente tem interesse que aconteça dentro da GENUT em 2011, pra já ficar uma coisa minimamente planejada pra gestão que vem. Quando a gente constrói um planejamento, fica mais fácil você acompanhar ao longo do tempo. (Grifo nosso)*

Para a gestão de 2010-2011, foram definidas as seguintes metas: fortalecer parcerias intersetoriais para a implementação de ações do PSE; aumentar a cobertura de registros de acompanhamento das condicionalidades do setor saúde das famílias beneficiárias do PBF; aumentar o número de registros do estado nutricional e situação alimentar da população no SISVAN; fortalecer a gestão local do PNSF e promover linhas de investigação e pesquisa em relação à deficiência de micronutrientes no DF; divulgar os princípios da alimentação saudável por meio de materiais informativos, com

ênfase na prevenção e controle da obesidade e outras DCNTs; e reestruturação das ações de AN a partir da elaboração de protocolos de atendimento.

Para alcance e efetivação dessas metas, as gestoras alegaram lançar mão de algumas estratégias, como: capacitação de profissionais, sensibilização dos gerentes das unidades básicas de saúde, e reprodução e atualização de materiais educativos.

A educação no contexto da ABS deve se configurar também mediante o binômio gestor/profissional. A qualificação profissional é um preditor importante para a efetivação das metas estabelecidas, por proporcionar transformações nas práticas de saúde que dão lugar a uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente¹⁷. Assim, os profissionais cada vez mais se apropriam de ferramentas para lidar com as barreiras que lhe são impostas no trabalho cotidiano e para o adequado manejo que o contexto epidemiológico-nutricional atual exige. Portanto, os processos de qualificação devem ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho¹⁸.

A avaliação e o monitoramento das ações de gestão são feitos, segundo as gestoras, **(DSC G.4.A)** *“pelos relatórios mensais do DF como um todo, por meio do SISVAN; e cobrando as estatísticas (...) As estatísticas, que é um instrumento de acompanhamento da atividade do nutricionista na atenção básica, geram um banco de dados que são importantes pra fazer planejamento futuro, acompanhar as atividades ao longo do tempo, fazer correções, fazer cursos diferenciados. Esse é o principal instrumento, só que ele precisa ser melhorado”*. (Grifo nosso).

A adoção de mecanismos de monitoramento e avaliação adequados em qualquer ação pública é imprescindível, uma vez que propiciam o contínuo acompanhamento do que está sendo feito, além de permitir identificar dificuldades, adotar medidas corretivas¹⁹ e/ou cobrar que obrigações legais sejam cumpridas. Por este motivo, há que se ressaltar que tanto as estatísticas elaboradas localmente, segundo a gestão, como também o SISVAN são instrumentos falhos para medir o grau de alcance das metas gerenciais no DF.

Diferentemente das estatísticas locais, o SISVAN está previsto como uma diretriz da PNAN e teve sua primeira versão proposta em 1990, entre outros objetivos, para auxiliar o planejamento, acompanhamento e avaliação de programas relacionados à AN. Contudo, dados da literatura^{20,21} relatam várias dificuldades em sua implementação no DF, entre os quais a irregularidade na inserção de dados no sistema e envio das informações coletadas. Tanto que, em 2006, a equipe gestora do Ministério da Saúde

avaliou como crítica a implantação do SISVAN no DF, a qual estava abaixo de 50%²². De lá para cá, os relatórios indicam que pouco se avançou.

Apesar da diversidade de estratégias gerenciais pensadas para se atingir as metas estabelecidas no planejamento anual, elas não têm conseguido atender as demandas de saúde e nutrição identificadas.

DSC G.6.A. Por enquanto ainda não deram conta porque é gradativo, mas eu acho que futuramente eles darão conta. Eu acho que alguns Programas ainda são muito novos e ainda tão no processo de implementação, e demora um tempo pra tá gerando algum tipo de mudança prática no dia-a-dia. Se a gente conseguisse cumprir tudo aquilo que a gente se propõe dos Programas federais, a gente já tá chegando nos 70% do que se espera da atenção básica. Os outros 30% são a capacidade inventiva (...). (grifo nosso).

DESAFIOS GERENCIAIS

As principais dificuldades identificadas pelas gestoras foram: falta de apoio político (22,2%), poucas condições de trabalho (22,2%) e excesso de burocracia para gastar os recursos financeiros disponíveis (22,2%) (gráfico 2).

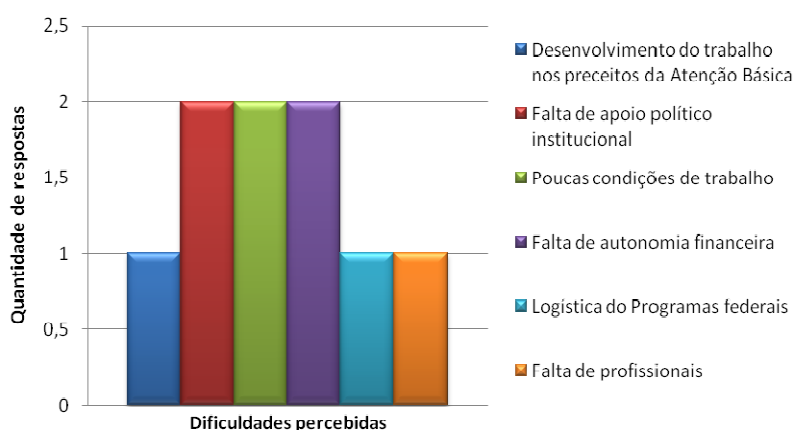


Gráfico 02. Fatores dificultadores da gestão das ações de alimentação e nutrição da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, segundo gestoras. N= 9 respostas. Junho de 2011.

“FALTA DE APOIO POLÍTICO INSTITUCIONAL”

Já está bem documentado o desprestígio político da Nutrição (ações e profissionais) nas agendas e prioridades públicas de Saúde, conforme vários estudos^{7,23,24} e o relato dos próprios nutricionistas: *(DSC G.18.C) A maior dificuldade acho que é a falta de apoio de cima da Secretaria mesmo pra ter uma GENUT forte, com continuidade. (...) Sem uma Gerência forte você não planeja nada a longo prazo.*

Considerando toda a estrutura da Secretaria de Saúde do DF, 66,7% das respostas das nutricionistas gestoras indicaram que as prioridades e as programações definidas dentro da área de AN não são discutidas ou planejadas com as demais áreas da ABS e, portanto, não são criados pactos e compromissos com outros setores.

Estruturas gerenciais setorizadas tendem a tratar as demandas, mesmo que legítimas, de forma fragmentada, com serviços executados isoladamente. A partir de uma atuação desarticulada, a tendência é a supressão, como aponta Junqueira²⁵, até mesmo de projetos de gestão democrática e inovadores.

O que se preconiza é uma reestruturação do processo de gestão, de forma a construir espaços compartilhados de decisões e ações. É o que, conceitualmente, Mendes²⁶ afirma ser uma rede de atenção à saúde, composta por distintas organizações que pactuam entre si objetivos e metas comuns, e compartilham e protagonizam todas as etapas de planejamento, execução, monitoramento e avaliação.

Para Trevisan²⁷, o gargalo a ser superado está em como convencer os diferentes atores imbricados na questão nutricional a “falarem a mesma linguagem, suficientemente capaz de gerar vínculos organizacionais”. Exatamente por este motivo que a incorporação de um processo de gestão em redes depende da forma de planejamento e participação na gestão de saúde e requer medidas de mudança nos valores e da cultura organizacional²⁸, nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas¹⁸.

Defende-se, nesse sentido, que os espaços disponíveis na ABS para inserção e atuação do nutricionista sejam apropriados de forma qualificada, sem qualquer tipo de preconceito, inclusive os espaços de gestão. Porém, há um segundo aspecto a ser superado.

DSC G.18.C. (...) Também existe uma cultura de que aqui não se trabalha, que está aqui quem tá fugindo do trabalho, ou tá de atestado por algum problema de saúde. Então tendo essa cultura, é muito difícil que algumas pessoas queiram

trabalhar aqui. E dentro da GENUT quando tá sem equipe, a atenção básica ela é abandonada, ela não é uma questão de urgência (...) E acaba que nunca vai tendo uma equipe que vai ao longo do tempo se mantendo e fazendo um trabalho bacana. (Grifo nosso).

Pode-se inferir que tal postura mediante o campo gerencial, que evidencia o preconceito e o mal entendimento do papel estratégico da gestão, é uma consequência advinda da formação acadêmica ainda estruturada segundo os pilares da assistência biológica, com pouca abordagem de aspectos políticos, econômicas e sócio-culturais da Nutrição²⁹, e alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de atenção à saúde¹⁸. Como resultado, acaba reinando a dificuldade ‘natural’ dos nutricionistas em entender e agregar a dimensão política ao trabalho que realizam; a categoria profissional permanece sem representação política coerente e a contento em longo prazo; e as (velhas) dificuldades vão enraizando-se.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker¹⁸, para além do tecnicismo científico, a formação dos profissionais de saúde deve se estender pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em saúde, para desenvolver habilidades e competências no sentido de enfrentar aspectos epidemiológicos, e de incorporar aspectos de organização da gestão setorial e estruturação da atenção e cuidado à saúde.

Um terceiro aspecto apontado como dificultador do fortalecimento da gestão da Nutrição no DF é a dualidade representada pela gestão técnica (GENUT) das ações de AN e a gestão administrativa dos profissionais. Enquanto a primeira caracteriza-se pela cobrança da implantação dos Programas federais e demais diretrizes constantes na PNAN; esta última tem como papel aspectos mais cotidianos e burocráticos, como produtividade de atendimento, folha de ponto, férias, etc.

Aproximadamente 44,7% (n=17) das respostas dos nutricionistas das unidades de saúde indicam que os gestores administrativos a quem devem se reportar, sob o risco de penalidades administrativas, é o gerente da unidade de saúde ou o chefe do Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde de Família da regional de saúde a que estão vinculados (15,8% ou n = 6). Aproximadamente 18,4% (n=7) das respostas apontam que alguns nutricionistas também devem prestar contas a outras chefias.

Contudo, cerca de 21,1% (n=8) dos profissionais indicaram que também reportam-se à GENUT para prestar contas, embora reconheçam que não há qualquer nivelamento hierárquico que os obrigue a isso.

DSC E.9.B. Eu me reporto, em alguns casos, à coordenadora da atenção básica da GENUT com relação às minhas atividades. Mando a estatística dos atendimentos no fim do mês, o levantamento do ferro (...). Então a Gerência de Nutrição não é chefia, mas uma coordenação técnica (...). (Grifo nosso).

A grande questão que figura neste cenário dúbio de gestão é: quando houver conflitos de interesses – e certamente haverá - o nutricionista deverá ‘obedecer’ àquele gestor que oficialmente o é institucionalmente. Desta forma, quando dois interesses distintos e opostos impulsionarem a capacidade de atuação do nutricionista, forçá-lo-ão a optar por um ou outro caminho; e invariavelmente nesse caso, a gestão administrativa tenderá sempre a prevalecer sobre a gestão técnica.

Vários exemplos podem ser dados: a GENUT cobra qualidade de atendimento enquanto o gerente da unidade cobra quantidade de atendimento; a GENUT cobra a coleta e inserção dos formulários do SISVAN enquanto o gerente da unidade não provê os recursos humanos e tecnológicos para tanto; a GENUT cobra a implantação do PNSF enquanto o gerente da unidade diz que este papel não será feito pelo nutricionista.

Neste ínterim, o profissional nutricionista deve tentar romper com essa aparente dicotomia e, na medida do possível, atender a ambos os interesses, de forma a contribuir para a ampliação e fortalecimento do campo da Nutrição, assim como manter a ética necessária no ambiente de trabalho. Logo, parece ser necessária uma nova forma de gestão das ações e profissionais de Nutrição para que os serviços de atenção nutricional possam de fato ser capazes de absorver e dar respostas às demandas populacionais de saúde neste campo.

“O FUNDO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO”

É possível inferir, em alguma medida, que a falta de recursos materiais e de condições de trabalho apontadas pelas gestoras pode ser explicada pela *(DSC G.18.F) dificuldade de gastar recurso financeiro da atenção básica da Nutrição, por excesso de burocracia e por a Nutrição não ter prioridade normalmente. Recurso financeiro não falta no DF, só não se gasta. Às vezes não se gasta e às vezes não se gasta bem; são duas coisas diferentes. Nós, por exemplo: tem dinheiro numa conta, a gente tem o que*

fazer, tem projeto básico, quer fazer e você não consegue gastar porque não tem a autonomia financeira. DSC G.4.B. (...) Esse recurso atual é o acumulado desde que ele começou a ser repassado em 2008, por dificuldade em todos esses anos de gastar o dinheiro. E como o dinheiro é tipo uma poupança, ele não volta pra União, e fica rendendo. (Grifo nosso).

Excluindo-se aqui questão relativa à suficiência ou não do financiamento repassado pelo Ministério da Saúde, percebe-se que há um entrave maior, que é o de não conseguir sequer utilizar o recurso financeiro devido aos processos burocráticos instalados.

A exigência de que sejam elaborados minuciosos e complexos projetos básicos de execução, com posterior tramitação por outros órgãos dentro da Secretaria de Saúde é um processo comumente longo e demorado. Esta situação constitui-se um sério entrave burocrático da máquina pública, colocando em risco a eficiência da gestão das ações de AN no DF e, conseqüentemente a qualidade da atenção nutricional oferecida à população.

Além disso, conforme anteriormente discutido, os nutricionistas formados até os dias hoje não tem a saúde pública como um eixo academicamente fortalecido, e exatamente por este motivo questiona-se se essa deficiência curricular também não traria dificuldades para lidar com os procedimentos administrativos.

POSSIBILIDADES

“ARTICULAÇÃO ENTRE GESTÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE AN”

Segundo opinião das gestoras, há um bom entrosamento entre elas e os nutricionistas das unidades básicas de saúde.

DSC G.9.A.(...) É uma relação que foi sendo construída ao longo do tempo, com as reuniões mensais com a equipe que forma a atenção básica de nutricionistas. A gente começou de um jeito e hoje é totalmente diferente porque foi criando confiança. Confiança delas em mim, na minha capacidade de trabalho, e confiança minha nelas, na capacidade que elas têm de realmente cumprir com

aquilo que a gente pede aqui na GENUT. (...) Eu acho que ao longo do tempo elas foram vendo que a gente tava aqui pra tornar o trabalho delas mais fácil.

Este fato torna-se ainda mais relevante na medida em que há uma rotina de contato, discussão, planejamento e avaliação de todas as ações que são feitas pelos nutricionistas da ponta e pelas gestoras.

DSC G.10.A. Existe um feedback nas reuniões mensais com a equipe de nutricionistas que forma a atenção básica (...) DSC G.12.A. Se a gente pode chamar assim, eu acredito que é uma decisão participativa. Se a gente pode contar com a opinião delas antes de tomar uma decisão, principalmente quando afeta elas diretamente, eu acho melhor (...) é mais fácil (...) porque o trabalho produzido em conjunto ele é melhor aceito. E evita o re-trabalho (...).

Ao abrir espaço para o diálogo com os profissionais hierarquicamente inferiores, o gestor estimula a gestão compartilhada das ações propostas, co-responsabilizando toda a equipe pela execução delas. Sem mencionar, claro, que as lacunas residuais de comunicação acabam sendo eventualmente superadas, na medida em que ela passa a ser direta - sem mediadores -, mais rápida e desburocratizada.

As estratégias de planejamento e gestão compartilhada, por serem participativas, contribuem para o crescimento do capital humano e do capital social, ampliando as possibilidades de empoderamento dos profissionais da saúde³⁰ ao identificar, conjuntamente, potencialidades, oportunidades, problemas, limites e obstáculos à implementação das ações de AN.

“RELAÇÕES INTERSETORIAIS”

As respostas das gestoras indicam que os parceiros mais importantes são outras Secretarias de Estado do DF além da Saúde (33,3% ou n = 4), o Ministério da Saúde (25% ou n=3) e a Universidade de Brasília (UnB) (25% ou n=3). Em seguida, 16,7% (n=2) das respostas obtidas afirmam que também a Rede Amamenta Brasil é um aliado.

Para as gestoras entrevistadas, ter estas parcerias (**DSC G.16.A.**) é *fundamental*. *A atenção básica é um campo muito rico de relações intersetoriais e acho que a*

caixinha da Nutrição sozinha não consegue avançar. Você sozinho faz muito menos do que você faz quando se envolve com outras áreas e outros parceiros (...).

A intersectorialidade requer dinâmica complexa, uma vez que objetiva articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e da atenção em saúde. Conceitualmente pode ser entendida como “*a articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações*”³¹apud³², visando ao alcance de resultados de saúde de uma maneira mais abrangente, efetiva, eficiente e sustentável, do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só³³.

Vários estudos, como o de Sawaya³⁴, ressaltam a importância de relações e parcerias institucionais dentro e fora do setor Saúde para promover a alimentação adequada e combater o processo de dupla carga de doenças. A Agricultura, o setor Alimentício e a Educação figuram proeminentemente nesse cenário. Embora o ainda incipiente desenvolvimento de ações intersectoriais para o planejamento das estratégias de AN seja um desafio a ser superado, também é uma potencialidade a ser atingida e sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo de parcerias, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde³⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ocupando espaço de gestão das ações de AN no DF, os nutricionistas enfrentam alguns percalços frente a uma ação mais consistente e sustentável em longo prazo, e esforços devem ser empreendidos para suplantá-los.

Entre os principais obstáculos, a superação da dualidade entre gestão técnica/política, da falta de comunicação entre as organizações referentes à ABS dentro da própria Saúde e da burocracia dos procedimentos administrativos são iminentes. Faz-se necessária a proposição de uma parceria intrainstitucional, cuja pactuação dê conta de traçar responsabilidades, metas e objetivos comuns, mas que também propicie um fortalecimento político da Nutrição na ABS. Desta forma, os objetivos que se espera da Nutrição, desde que bem inserida e articulada dentro da ABS, poderão ser atingidos mediante adoção de processos gerenciais mais integrados e participativos.

Por outro lado, as possibilidades identificadas devem ser compartilhadas e otimizadas dentre deste grupo de nutricionistas, de forma a permitir uma gestão mais eficaz das ações de AN. Considerando a boa relação profissional existente entre nutricionistas gestores e executores, deve-se preconizar a intensificação e estreitamento de tal relação, de modo que as reuniões mensais relatadas possam se tornar verdadeiros espaços de discussão e proposição de idéias, com posterior comprometimento e co-responsabilização de cada um dos profissionais no planejamento, execução e avaliação das metas traçadas em conjunto.

O mesmo pode-se dizer das parcerias intersetoriais, visto que a grande potencialidade desta área deve ser fortalecida por meio da consolidação daquelas já existentes e de novas iniciativas para formação de outras alianças, principalmente com o setor Educação e Agricultura.

Para as gestoras, o desafio imposto no campo da gestão acaba sendo **(DSC G.21.B.)** *instigante porque (...) vai contribuir demais pra Atenção Básica se dar bem.* Também deixam claro o entendimento de que **(DSC G.22.A.)** *a atenção básica é um cenário que a Nutrição precisa ficar mais presente, pra mostrar que é importante ter ações adequadas de AN para poder (...), prevenir e diminuir tantas doenças crônicas não-transmissíveis (...), pra questão de promoção da saúde, pra questão de qualidade de vida, pra mudar o quadro epidemiológico.*

Assim, o DF demonstra que entre barreiras e potencialidades tem conseguido avançar, ainda que timidamente, no campo da alimentação e nutrição. É uma situação vivida por municípios de todo o país, e que, uma vez superada, poderá contribuir grandemente para a concretização do DHAA e SAN da população brasileira como um todo. Ademais, **(DSC G.23.C.)** *o nutricionista da atenção básica trabalhando bem, ele vai criando uma cultura de que é um profissional necessário, não só na atenção básica como em qualquer outro lugar.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 Sup 2:S332-S340.
2. Pinheiro AR, Freitas SF, Corso AC. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr. out./dez*. 2004; 17(4):523-533.
3. Tardido AP, Falcão MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Rev Bras Nutr Clin*. 2006; 21(2):117-24.
4. Batista Filho M, Souza AI, Miglioli TC, Santos MC. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 Sup 2:S247-S257.
5. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
6. Boog MC. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência & Saúde*. jan/jun 2008; 1(1): 33-42.
7. Geus LM, Maciel CS, Burda IC, Daros SJ, Batistel S, Martins TC, *et al*. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. mar. 2011; 16 (Supl.1):797-804.
8. World Health Organization. Technical report series 916: diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO/FAO; 2003.
9. Organização Panamericana da Saúde. Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde. Washington, DC. 2007.
10. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care: now more than ever. Geneve: World Health Organization; 2008.
11. Recine E, Carvalho MF, Leão M. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. 2ª edição. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas; 2009. 34p.
12. Assis AM, Santos SM, Freitas MC, Santos JM, Silva MC. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev. Nutr. set./dez.*, 2002; 15(3):255-266.
13. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

14. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição, Conselho Nacional de Saúde. Documento-base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. Lefevre F, Lefevre AM. Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualiquantitativo – a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 1ª edição. Brasília: Líber Livro Editora; 2010. 224p.
16. Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. *In*: Jodelet D. (org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p17-44.
17. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2005; 10(4): 975-986.
18. Ceccim RB, Feuerwerker LC. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2004; 14(1):41- 65.
19. Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. *In*: Barreira MC (org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo, IEE PUC/SP; 2001. p 13-42.
20. Coutinho JG, Cardoso AJ, Toral N, Silva AC, Ubarana JA, Aquino KK, *et al*. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(4): 688-99.
21. Fagundes-Romeiro AA. Avaliação da implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN- no Brasil [dissertação]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2006. 151p.
22. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Relatório das capacitações macrorregionais em atitude de vigilância: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
23. Boog MC. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Cad Saúde Publ*. 1999; 15 (supl 3):139-47.
24. Santos AC. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Fam. Saúde Desenv. set./dez*. 2005; 7(3):257-265.
25. Junqueira LA. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade*. 1997; 6(2):31-46.
26. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2297-2305.
27. Trevisan L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *RAP*. mar./abr. 2007; 41(2):237-54.
28. Santos JL, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*. 1999; 13 (35).

29. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. Cad. Saúde Pública. jul. 2007; 23(7):1674-1681.
30. De Paula J. Desenvolvimento & gestão compartilhada [internet]. Brasil: SEBRAE/ Agência de Educação para o Desenvolvimento. jan. 2005. Acesso em 20/02/2010. Disponível em: <
[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/be76a0d0f1ecbeff832574b0004bc066/3093035ca1cc0d4c83257640006a272e/\\$FILE/NT00042956.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/be76a0d0f1ecbeff832574b0004bc066/3093035ca1cc0d4c83257640006a272e/$FILE/NT00042956.pdf) >
31. Junqueira LA, Inojosa RM. Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária. 1ª edição. São Paulo: Fundap; 1998.
32. Westphal MF, Mendes R. Cidade Saudável: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersetorialidade. RAP. nov./dez. 2000; 34 (6): 47-61.
33. Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. In: Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL (orgs.). Promoção e vigilância da saúde. Salvador: Ed. Cooptec; 2002. p 59-78.
34. Sawaya AL. Comida e Educação. Estudos Avançados. set./dez. 2006; 20 (58): 133-146.
35. Machado MF, Monteiro EM, Queiroz DT, Vieira NF, Barroso MG. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. mar./abr. 2007; 12(2):335-342.

Colaboradores

N. Ramos participou da idealização, delineamento de objeto de estudo, desenho da metodologia, coleta e análise dos dados, e redação do artigo.

A. Rizzolo participou do delineamento de objeto de estudo, desenho da metodologia e revisão crítica do artigo.

E. Recine participou da idealização, delineamento de objeto de estudo, desenho da metodologia e revisão crítica do artigo.

Agradecimentos

Às nutricionistas gestoras e executoras pela disponibilidade em compartilhar seu conhecimento, experiência e tempo na realização das entrevistas.

Ao Decanato de Pesquisa e Pós- graduação (DPP) da Universidade de Brasília pelo incentivo e apoio financeiro durante a etapa de campo da pesquisa. O artigo expressa a visão das autoras e não necessariamente reflete a posição do financiador.

Às professoras Dr^a Maria Fátima de Sousa e Dr^a Renata Monteiro pelas contribuições ao longo da pesquisa.

ARTIGO 02⁵

PRÁTICAS, DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: OLHAR DOS NUTRICIONISTAS

Natascha Ramos⁶

Anelise Rizzolo⁷

Elisabetta Recine⁷

Resumo: a tentativa de reorientação do modelo de saúde a partir da atenção básica à saúde (ABS) tem como um dos elementos centrais a adoção de processos de trabalho em saúde baseados nos princípios da integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade. No campo da Nutrição, documentos oficiais tem buscado direcionar e qualificar novas práticas integrais de atenção nutricional na ABS. O artigo objetiva descrever e analisar as práticas de atenção nutricional dos nutricionistas da ABS do Distrito Federal. É um estudo de caso qualiquantitativo, cuja análise considerou a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados indicam que existe uma ‘vontade’ em romper com as práticas fragmentadas oriundas do modelo biomédico, emperrada por inúmeras dificuldades. Por outro lado, identificaram-se algumas potencialidades, como o trabalho em equipe e articulações intersetoriais, e deve-se investir nelas para que seja possível adoção de um processo de trabalho que preconize a promoção da saúde e a integralidade da atenção.

Palavras-chaves: alimentação; nutricionista; nutrição em saúde pública; atenção básica à saúde; trabalho.

⁵ Este artigo foi elaborado segundo as regras da revista Panamericana de Saúde Pública. Será submetido.

⁶ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. SQS 103 bloco G apt. 103 - Brasília, DF. 70.342-070. nfsramos@gmail.com.

⁷ Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição, Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70910-900. recine@unb.br ou anelise.unb@gmail.com.

Abstract: The attempt to shift the model of health system from the primary health care (PHC) has the health work process as a central element, which is based on the principles of equity, intersectoral partnership and interdisciplinarity. In the field of Nutrition, official documents have sought to target and qualify new nutritional care practices. This article aims to describe and analyze the nutritional care practices of nutritionists from the PHC of the Distrito Federal. It is a qualitative-quantitative case study, whose analysis considered the methodology of the Discourse of the Collective Subject. The results indicate that there is a 'will' to overcome the fragmented practices arising from the biomedical model, stuck by numerous difficulties. On the other hand, some potentialities were identified, such as teamwork and intersectoral partnership. They should invest in these potentialities so a work process that calls for the promotion of health and comprehensive care can be adopted.

Keywords: food; nutritionist; nutrition; primary health care; work.

INTRODUÇÃO

Desde 1994, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o governo brasileiro vem reconhecendo amplamente a importância da atenção básica à saúde (ABS) ao realizar investimentos para posicioná-la como o nível de atenção preferencial para acesso da população aos serviços de saúde^{1,2} e ao reforçar seu caráter substitutivo na busca por um novo modelo de atenção baseado principalmente na promoção da saúde^{3,4}.

A decisão de adotar a ESF como elemento norteador e reestruturador do modelo assistencial de saúde justifica-se a partir do fato de que os sistemas de saúde orientados a partir da ABS, e em devido funcionamento, podem ser capazes de solucionar até 80% dos agravos de saúde⁵, e apresentam resultados positivos em relação à provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações, tanto no que se refere ao alcance de maior equidade e eficiência; quanto à continuidade da atenção e satisfação dos usuários^{2,5,6}.

A referida mudança de modelo assistencial depende do montante de investimentos públicos realizados e também da adoção de um processo de trabalho e gestão mais adequados^{1,3,7} e que consigam dar vazão às necessidades de saúde da população. Neste cenário, os trabalhadores de saúde surgem como sujeitos agentes dos processos de trabalho, requerendo uma postura proativa frente a um novo modo de produzir saúde.

O desafio está substabelecido na multiplicidade de interesses e conflitos, de ordem técnico-científica, política e subjetiva, envolvidos no processo de trabalho. Neste campo estão imbricados o individual e o coletivo; o social, o econômico e o político; e o confronto de interesses nem sempre convergentes⁸. Assim, a premissa básica é estabelecer uma permanente articulação e negociação entre os envolvidos, devendo-se fazer prevalecer a finalidade precípua do processo de trabalho: garantir o direito à saúde da população⁹.

O processo de trabalho em saúde que se busca alcançar é aquele baseado nos princípios da integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade^{10,11}, orientado por preceitos humanísticos¹² e centrada na saúde da comunidade, no fortalecimento das redes solidárias, na participação social e na pessoa como sujeito do seu processo de saúde - doença, seja em nível individual ou coletivo¹³.

Para orientar toda a reestruturação das práticas em saúde, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) traz em seu bojo prerrogativas estratégicas que devem ser adotadas pelos profissionais que atuam na ABS, a saber: acolhimento, trabalho em equipe interdisciplinar, integralidade da atenção, adscrição da clientela, estabelecimento de vínculo com os usuários e família como foco da atenção¹⁰.

Muito embora se reconheça a necessidade e importância de mudança das práticas de saúde, ainda não há avanços significativos nesse campo¹⁴. Há consenso na literatura de que o trabalho em saúde no país ainda tem como base práticas fragmentadas, hierarquizadas, individualizadas, superespecializadas, equacionadas para medicalização e mercantilização dos serviços, sempre centrados no profissional médico^{11,13,15,16}, com escassas e frágeis articulações intersetoriais e participação social.

Reconstruir democraticamente novas práticas salutaras, que comportem um modelo de saúde sustentável e equânime, pressupõe investir em um novo profissional de saúde, com formação técnica diferenciada e capacitação permanente, com vistas à autonomia para repensar e analisar seu próprio trabalho¹⁵. Também deve ser capaz de valorizar e integrar as práticas de outros profissionais de saúde¹¹, definindo, em equipe, seus modos próprios de trabalhar.

No campo da Nutrição, iniciativas tem sido direcionadas no sentido de estimular e qualificar novas práticas integrais de atenção nutricional junto à ABS, entre as quais a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição¹⁷ e da Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na ABS¹⁸. Pensando seu lugar como profissional de saúde e integrando as ações de alimentação e nutrição (AN) ao conjunto de experiências, saberes e intervenções voltadas ao atendimento da população, o nutricionista é um dos profissionais que pode e deve contribuir na construção de uma proposta de inserção e atuação capaz de reduzir as iniquidades em saúde e a melhorar a qualidade de vida¹⁹.

Tendo em vista os aspectos expostos, o objetivo deste trabalho é descrever e analisar as opiniões e posicionamentos dos nutricionistas da ABS do DF acerca de suas práticas de saúde, considerando, para este fim, as interações profissionais e articulações intersetoriais estabelecidas para execução do trabalho diário.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso com caráter qualiquantitativo, desenvolvido no período de julho de 2010 a janeiro de 2011, junto aos nutricionistas que atuam na execução das ações de AN junto à ABS do Distrito Federal (DF).

Foi elaborado roteiro de entrevista individual semi-estruturado, com 4 blocos temáticos: (a) a execução das ações de AN; (b) articulações intra e interinstitucionais; (c) fatores dificultadores e facilitadores; (d) percepção sobre si mesmo e as ações desenvolvidas. Também foram coletadas informações profissionais. O formato final do roteiro de entrevista foi elaborado após a realização de uma etapa piloto, onde foram entrevistados 2 profissionais com as mesmas características definidas para o estudo.

Foram convidados a participar da pesquisa todos os 37 nutricionistas que à época possuíam mais de um ano de atuação junto à ABS. Destes, foi possível entrevistar 19 (51,4%) profissionais, entre os quais 13 trabalham em unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais e 6 atuam nos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF). Dentre os que não foram entrevistados, 14 (37,8%) não enviaram resposta alguma e 4 (10,8%) não mais possuíam vínculo com a ABS. As entrevistas duraram em média 46 minutos e 6 segundos, e foram transcritas *ipsis verbis*, com posterior agregação das expressões não verbais identificadas, por meio de simbologias padronizadas.

A análise dos dados foi conduzida segundo proposta metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)²⁰, e com auxílio do software Qualiquantisoft®. A metodologia do DSC está embasada na teoria das Representações Sociais, que pressupõe a existência de um pensamento social que é compartilhado entre sujeitos de um determinado agrupamento social, e resulta das experiências, crenças e trocas de informações presentes no cotidiano²¹.

O DSC permite a reconstrução de representações e opiniões coletivas a partir de discursos coletivos, obtidos após processo analítico que utiliza 3 operadores principais: expressões-chaves, idéias centrais e ancoragem. Ao mesmo tempo em que qualifica as idéias dos sujeitos do grupo pesquisado, explicitando opiniões similares e divergentes, traz a possibilidade de generalizações, ao analisar o grau de compartilhamento e distribuição das idéias dentro do grupo²⁰.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Brasília, e cumpre as disposições da Resolução n°196/96, referentes a pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

OS NUTRICIONISTAS DA ABS DO DF

Dentre todos os 19 sujeitos pesquisados, há predominância de profissionais do sexo feminino (n = 18 ou 94,7%), com uma idade média de 39,8 anos (DP ± 10,9), que variou entre 27 e 57 anos. Os dados de formação profissional encontram-se abaixo.

Tabela 01. Perfil profissional dos nutricionistas entrevistados. Brasília, junho de 2011.

Variável	UBS/NASF
Instituição de graduação	Privada : 4 (21,0%)
	Pública: 15 (79,0%)
Tempo de conclusão da graduação	5 -10 anos: 9 (47,4%)
	11-15 anos: 1 (5,2%)
	> 20 anos: 9 (47,4%)
Título pós-graduação <i>lato sensu</i>	Sim: 13 (84,6%)
	Não: 6 (15,4%)
Título pós-graduação <i>stricto sensu</i>	Sim: 2 (10,6%)
	Não: 17 (89,4%)
Tempo de atuação na ABS	≤ 2 anos: 11 (58,0%)
	4- 10 anos: 4 (21,0)
	> 10 anos: 4 (21,0%)
Tempo de atuação na UBS/Gestão	≤ 2 anos: 8 (42,1%)
	4- 10 anos: 7 (36,8%)
	> 10 anos: 4 (21,1%)
Jornada semanal de trabalho	20 horas: 4 (21,1%)
	40 horas: 15 (78,9%)

Considerando-se a pós-graduação *lato sensu*, os 13 nutricionistas de UBS/NASF que detem o título especializaram-se em: Nutrição Clínica; Nutrição e Saúde Humana; Nutrição Funcional; Educação em Saúde; Saúde Pública; e Nutrição Esportiva. Dois profissionais tem título de mestre, sendo nas áreas de Ciências da Saúde e Ciências do Comportamento, respectivamente.

AS AÇÕES DE AN DESENVOLVIDAS

À época do estudo, o DF oferecia serviços de AN na ABS em 25 UBS que contavam com a presença de um nutricionista²²; e 9 NASF tipo 1²³, que contavam com o profissional. Assim, considerando o total de UBS e NASF havia uma inserção de 37,8% e 81,8%, respectivamente, de nutricionistas nestes espaços.

No gráfico 01 abaixo estão demonstradas as ações de AN realizadas por estes profissionais em sua rotina diária de trabalho. Aquelas com maior destaque são: atividades educativas em grupo (21,3%), atendimento individual (20,2%), execução do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (18,0%), coleta de dados para o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (12,3%) e preceptoria de estudantes (9,0%). Todas as atividades descritas constam no rol de ações dispostos na Matriz de Ações de AN na ABS¹⁸.

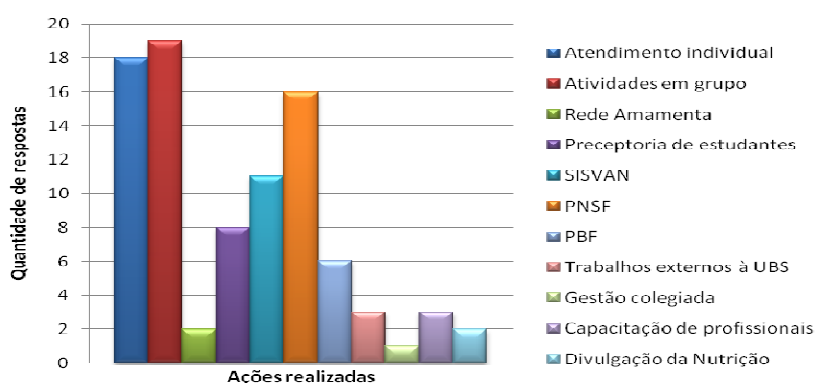


Gráfico 01. Tipos de ações de alimentação e nutrição realizadas pelos nutricionistas da atenção básica à saúde do Distrito Federal. N = 89 respostas. Junho de 2011.

Em seu ensaio de reflexão, Boog²⁴ aponta estudos que descrevem que a ação rotineira do nutricionista é composta por prescrições e orientação nutricional, palestras, campanhas, participação em programas de suplementação alimentar, vigilância sanitária e visitas domiciliares. Este elenco condiz com os resultados desta pesquisa. E dentre todas as atividades indicadas, a ação educativa aparece como a que os nutricionistas mais gostam de realizar (n= 15 ou 50%).

DSC E.21.A. Eu gosto muito da parte educativa, porque eu consigo atingir mais pessoas e eu acho que é onde a gente faz prevenção. Eu adoro dar as oficinas para sensibilizar as pessoas para que entendam o que é ter uma alimentação saudável, seguir o que eu falo, daí melhorar e ter um resultado (...)(Grifo nosso).

Entretanto, logo se evidencia que as ações de AN executadas possuem um foco predominantemente assistencial centrado no indivíduo, segundo 62,5% das respostas (n=15) dos entrevistados.

DSC E.1.A. Olha, aqui se prende muito mais no que querem que eu faça. Então a maior parte é atendimento ambulatorial individualizado (...).DSC E.5.A. (...) Não é o ideal e não é o que eu procuro, mas é o que eu posso fazer (...) Não tô satisfeita porque na realidade isso aqui é atenção básica, e tá tudo meio desviado. Porque o ideal seria a gente ter aqui saúde pública, trabalhar mais com a comunidade e a família (...) Porque aqui quem vem já é porque precisa, então a gente não trabalha prevenção (...) Acaba sendo um trabalho muito cansativo (...) Você atende às vezes 20 pessoas num dia e é a mesma consulta pra 20 pessoas, porque é o mesmo problema, são as mesmas perguntas que você faz. Pro serviço isso também não é inteligente. Você tá perdendo muito tempo e não resolve o problema. A nossa forma de trabalhar tem alguma coisa errada. (...) Tudo que atinge a coletividade eu acho melhor porque depois vai vir menos trabalho (...). (Grifo nosso).

A mudança de modelo assistencial em curso no país traz consigo a diretriz de mudança do foco da atenção à doença para a promoção da saúde. Embora as ações preventivas e promocionais, tidas como prerrogativas da ABS, devam ser priorizadas no processo de trabalho dos nutricionistas, não se pode desconsiderar neste âmbito o papel que a atividade curativa tem no sentido de propiciar integralidade da atenção.

Aparentemente um paradoxo, a realização de ações individuais e coletivas deve estar simultaneamente inserida nas práticas de saúde dos nutricionistas, e por esta razão sua agenda de trabalho deve contemplá-las e integrá-las. Conforme lembram Pinto e Coelho¹⁵, a integração das ações clínicas individuais com os trabalhos em grupo e as ações coletivas é um grande obstáculo a ser considerado no trabalho dos profissionais e equipes de saúde de modo geral, e não só do nutricionista.

Em termos logísticos, é mais eficiente que o nutricionista reconheça nos usuários similitudes que permitam abordar coletivamente alguns problemas de saúde e nutrição, para depois identificar as singularidades sociais e biológicas de cada paciente, avaliando a pertinência de uma abordagem mais individual. Desta forma, espera-se que tanto a abrangência como a resolutividade da atenção nutricional sejam maiores.

O trabalho em grupo como uma ação coletiva está ancorado no conceito de promoção da saúde, e trata de processos educativos contínuos, permanentes e participativos. No campo da Nutrição, deve emergir como instrumento essencial para o enfrentamento das necessidades nutricionais da população, ao incentivar e promover reflexões que contribuam para a formação de hábitos alimentares saudáveis e apóiem modificações nas atitudes e comportamentos alimentares dos indivíduos e famílias²⁵.

Deve-se partir, portanto, de pressupostos e modelos educativos que abranjam não apenas um conteúdo inovador, mas um processo didático de discussão que consiga romper com a transmissão vertical de informações^{24,26}. O papel de educador do nutricionista deve ser o de dialogar com o usuário de forma que, como disse Freire²⁷, com o conhecimento crítico da realidade ele seja sujeito histórico de transformação e disponha de ferramentas para uma mudança comportamental efetiva.

O fato de os nutricionistas terem noção e o 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 resultados. 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.

Ainda, é oportuno ressaltar que todas as ações de AN descritas acima, com foco no indivíduo, são realizadas tanto por nutricionistas de UBS como pelos que compõem o NASF. Mesmo que 18 (94,7%) nutricionistas concordem que a atuação do NASF devesse acontecer através de um trabalho diferenciado, revelaram que à época da pesquisa em nada diferiam do que era realizado pelos nutricionistas que compõem o sistema tradicional da ABS.

DIFICULDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE AN

Entre os obstáculos mais expressivos relatados pelos nutricionistas, podem-se citar: a falta de recursos materiais (19,7%), o modelo de atenção à saúde priorizado localmente (19,7%), a estrutura física inadequada (12,7%), déficit de nutricionistas atuando na ABS (11,3%) e problemas na execução dos programas federais (11,3%).

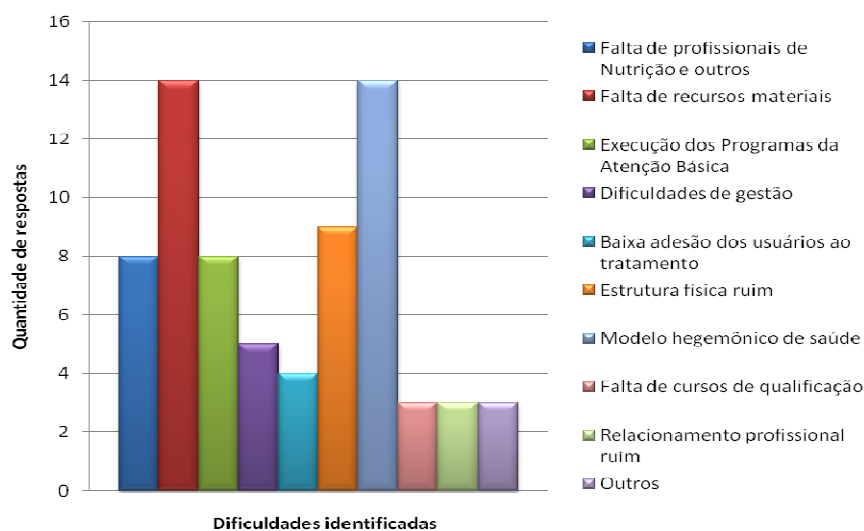


Gráfico 02. Dificuldades identificadas pelos nutricionistas da atenção básica à saúde do Distrito Federal para execução do trabalho. N= 71 respostas. Junho de 2011.

No estudo realizado por Pádua e Boog²⁸ junto a nutricionistas de UBS da região metropolitana de Campinas (SP), foram identificados vários fatores dificultadores para a atuação deste profissional: vínculo concomitante com outros serviços; falta de conhecimentos sobre os princípios do SUS; visão superficial e pouco abalizada teoricamente sobre o significado da educação junto ao trabalho com grupos; necessidade de comprovar competência para ter reconhecimento; baixo salário; precárias condições de trabalho. Apenas o último foi encontrado por este estudo.

Para todos os obstáculos acima mencionados, aproximadamente 63% (n=17) das respostas dadas pelos nutricionistas apontam que a causa é a má gestão administrativa e política de maneira geral.

DSC E.16.A. Uma das coisas que eu acho que atrapalha é essa falta de gerenciamento que existe (...) falta de gestão, de organização, de compromisso, de amor pela instituição. É politicagem. É você colocar pessoas não qualificadas justamente nos cargos que deveriam tá colocando ordem na casa.

Enquanto houver essa coisa de cargo comissionado, ser cargo político, acho que vai continuar sempre o mesmo jeito (...) Ainda falta também uma visão a nível central de prevenção. Não é prioridade pro governador então o secretário não incentiva, não abraça essa causa. (Grifo nosso).

Portanto, na opinião dos nutricionistas, o contexto político-institucional no qual estão inseridos não traz possibilidades para a melhoria do trabalho e, ao contrário, parece cercear qualquer tipo de criatividade e originalidade de intervenção que se possa ter no campo da ABS.

“MODELO HEGEMÔNICO DE SAÚDE LOCAL”

O obstáculo identificado que mais chama atenção diz respeito à dificuldade de se desenvolver um trabalho consistente e eficaz dentro da lógica de atenção à saúde instituída e priorizada pelo DF - o modelo biomédico -, muito embora já tenham sido demonstradas as limitações e incapacidade desta abordagem de resolver a contento as demandas de saúde atuais^{29, 30}.

***DSC E.15.R.** O que atrapalha é essa visão que o pessoal tem de que o nutricionista tem que atender, atender e atender (...) Eu acho que o mais difícil é quebrar esse paradigma que eles têm de atendimento, encaminhamento, ambulatório. Também é muito difícil porque a população tá acostumada com isso. Ela ainda quer ali o médico. Se a equipe num tem médico, parece que não existe equipe, porque fica muito focado no médico. Tem que mudar isso. O modelo de atenção precisa ser revisto pra que a gente seja um profissional que atue de outro jeito. Porque tem outros jeitos. A gente nunca pode jogar fora o que a gente criou, mas é que existem outras maneiras que podem ser acrescentadas, e às vezes isso é emperrado (...) Enquanto for desse jeito, fica complicado.(Grifo nosso).*

O impacto que o modelo biomédico gera no processo de trabalho dos nutricionistas da ABS do DF não se resume apenas na cobrança de uma atenção nutricional voltada para a atenção individual e curativa. Expressa-se também na manutenção no ideário da população que procura os serviços da ABS de que só existe

cuidado se houver o profissional médico presente, desconsiderando, assim, a capacidade dos demais profissionais das equipes, inclusive a do nutricionista.

Historicamente, o atendimento à saúde se caracterizou pela centralidade na figura do médico. Peduzzi³¹ argumenta que esse fato se deve porque a prática dos médicos é o núcleo original do qual outros trabalhos especializados derivam. O problema é que dessa derivação surgiram não somente diferentes especialidades técnicas, mas também desigual valorização social de cada uma dessas áreas.

Conforme indicam Reis e colaboradores⁷ e Peduzzi¹², cabe ressaltar que falar de modelo assistencial médico-centrado significa referir-se também à conduta de todos os trabalhadores, já que esse modelo ainda orienta a maioria das práticas em saúde e é reforçado pelo trabalho de outras categorias profissionais que delegam ao médico todo o diagnóstico situacional e o projeto terapêutico. Em outras palavras, os profissionais médicos e não médicos tendem a reforçar as relações assimétricas de subordinação, devido ao contexto no qual estão inseridos³¹.

A dificuldade de interação entre a categoria médica e a não médica tem início ainda na formação acadêmica inicial, quando princípios éticos e corporativos de cada profissão não possibilitam o conhecimento sobre os potenciais em cada área do saber, por falta de interação e espaços que promovam ação inter e multidisciplinar. Assim, superando a hegemonia médica no trabalho em equipe, com início na reestruturação de currículos e metodologias acadêmicas, será possível o compartilhamento das responsabilidades e a co-produção de saúde entre todos os profissionais que integram uma equipe multidisciplinar de uma maneira mais equitativa³.

Além da questão da centralidade nos atos e profissionais médicos, o DSC acima também reafirma a cobrança feita quanto à atenção individual como foco prioritário nos serviços da ABS, incluindo-se aí o espaço do NASF.

DSC E.6.B. (...) o NASF veio pra apoiar o Saúde da Família. O trabalho é pra ser a primeira porta de promoção e prevenção de saúde. É uma proposta nova, com um foco de atenção diferenciado na teoria. O nutricionista do NASF deveria ser mais focado nas equipes, em passar o conhecimento para os outros profissionais que estão mais ligados à população (...) Ele era pra tá nos bastidores, fazer matriciamento, capacitações, ver qual que seria a necessidade das equipes, e apoiar elas em qualquer coisa que elas queiram fazer (...) mas o NASF nunca funcionou direito aqui porque os nutricionistas estão desviados de

função, tão fazendo trabalho que deveria ser de outra pessoa. Se tivesse nutricionista em todos os centros de saúde, talvez elas tivessem fazendo o que elas deveriam. Como não tem, elas tão tapando buraco (...). (Grifo nosso).

De fato o foco prioritário de atuação do NASF deveria ser as equipes de Saúde da Família. E de acordo com o documento que o instituiu³², cabe ao nutricionista do NASF, junto aos outros profissionais das equipes da ESF, desenvolver estratégias integradas para identificar oportunamente problemas relacionados à AN e estabelecer os critérios de encaminhamento a outros pontos da rede assistencial, reiterando os conceitos de matriciamento e equipe de referência que embasam o processo de trabalho adotado no NASF³³.

Significa afirmar que a inserção do nutricionista não se esgota na equipe do NASF, já que a atenção nutricional na ABS, embora deva ter início com a atuação desta equipe, extrapola inclusive o nível básico de atenção, exigindo mecanismos de referência e contra-referência sólidos. Assim, a análise deste ponto por outros estudos é um aspecto importante a ser considerado.

O que se constata no DF é a baixa inserção do nutricionista na ABS tradicional - somente 37,3%-, fortemente ligada a razões políticas^{34,35}, e que gera como consequências lacunas no processo de integração entre as ações realizadas pelos nutricionistas que compõem as diversas equipes da ABS. Fica apontada, então, a fragilidade da articulação das ações de AN dentro da ABS entre outros aspectos por não haver profissionais em quantidade suficiente.

Assim, como consequência da insuficiência de nutricionistas nas equipes tradicionais da ABS, o nutricionista do NASF se vê obrigado a fazer aquilo que não lhe foi atribuído oficialmente como responsabilidade, e dois grandes problemas surgem: profissionais desviados de sua função e o risco dos NASFs não cumprirem com seus objetivos.

POSSIBILIDADE: RECONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM NUTRIÇÃO

Os dados apresentados até aqui evidenciam que a forma com que as ações de AN executadas no DF reforçam o modelo hegemônico que se deseja superar. Por isso, é imprescindível que as estratégias de atenção nutricional tradicionalmente adotadas junto à ABS sejam substituídas por práticas mais abrangentes e com maior resolutividade das demandas de saúde e nutrição. Para tanto, devem-se articular adequadamente as atividades clínicas com as de saúde coletiva^{15,36}, dentro de uma equipe multiprofissional com ação intersetorial.

Contudo, essa mudança deve ocorrer mediante apoio dos gestores públicos, seja através de maior disponibilidade de recursos materiais, tecnológicos e intelectual; seja através da incorporação de indicadores que permitam analisar o processo de trabalho além dos parâmetros numéricos. A necessidade de mudança é claramente afirmada pelos nutricionistas entrevistados, uma vez que 57,9% deles indicaram querer mudar a prática de saúde.

DSC E.17.G. Eu queria mudar a maneira de eu trabalhar. Eu não queria fazer do jeito que eu tô fazendo. Se pudesse breocar o atendimento, primeiro eu acho que faria um planejamento (...). Depois eu completaria as equipes de Saúde da Família e mudaria o pensamento delas, pra gente poder fazer o trabalho. Começaria capacitando as equipes, pra então começar a puxar a demanda (...) Além de atendimento, que tivesse mais tempo pra um trabalho de educação nutricional também, com uma abordagem um pouco mais ampla. Que não exigissem tanto número, mas mais qualidade. Acho que se fosse feito um trabalho, aos pouquinhos, de conscientização, acho que seria mais efetivo. Seria prevenção. A gente tem que perceber que não basta falar pro paciente, tem que ir pra comunidade (...). (Grifo nosso).

“O TRABALHO EM EQUIPE MULTI E INTERDISCIPLINAR”

Um dos primeiros passos rumo à mudança do processo de trabalho recai sobre a realização de um trabalho em equipe. Para 72,2% dos nutricionistas, a boa relação profissional com os demais membros da equipe de saúde ajuda o trabalho a fluir melhor, por ser um relacionamento (DSC E.7.A.) “*cordial, tranqüilo, integrado, respeitoso, participativo. Existe uma aceitação e total apoio e respeito pelo (...) trabalho, desde a limpeza até o chefe (...)*”.

É um aspecto positivo, considerando-se que todos os entrevistados afirmaram realizar ações de AN sempre de forma articulada à ação de outro(s) profissional(is) da equipe, seja na parte planejamento, execução ou simplesmente apoio técnico, embora haja uma certa centralidade dos processos no profissional médico.

DSC E.8.A. (...) Conto com a participação da equipe e tenho bastante abertura (...) A gente tem liberdade de entrar nos consultórios, de discutir casos, de encaminhar aos demais profissionais atendimentos urgentes e casos extras. Atender funcionários e parentes de funcionários. A gente procura estabelecer um cronograma de temas a serem trabalhados nas atividades em grupo e também uma forma que cada um complete o assunto, para que não fique só uma área, e a gente possa também trocar informações (...) (Grifo nosso)

O trabalho em saúde é permeado todo o tempo por práticas multi e interdisciplinares, conforme as demandas surgidas e a necessidade de resolução. E como lembra Scherer e colaboradores¹¹, é preciso negociar permanentemente os interesses e conflitos, nem sempre convergentes, entre os diversos atores e profissionais envolvidos. As categorias profissionais que mais se destacam no apoio à ação da Nutrição na ABS, na opinião dos entrevistados (gráfico 03), são: Enfermagem (22,7%), Medicina (21,2%) e Assistência Social (12,1%).

A execução das ações de AN deve prescindir um processo de trabalho realizado em equipe multiprofissional com enfoque interdisciplinar, através da co-responsabilidade entre os integrantes da equipe sobre os determinantes do processo saúde-doença. Para que possam ser considerados uma equipe, não basta que os diversos profissionais apenas tenham uma convivência cordial ou vivam uma mesma situação de trabalho. É preciso que a equipe seja construída e entendida como uma estrutura integrada em permanente processo de construção e reformulação, através de uma

relação recíproca, entre a articulação e integração das ações executadas e a interação dos distintos profissionais^{12,37}.

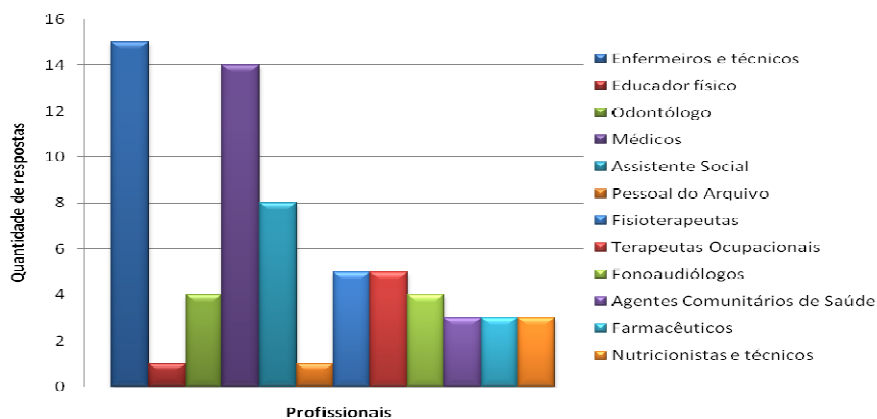


Gráfico 03. Categorias profissionais que apóiam o trabalho dos nutricionistas da atenção básica à saúde do Distrito Federal. N = 66 respostas. Junho de 2011.

O que se espera é que a prática de um profissional seja reconstruída a partir da prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos³, buscando a superação da fragmentação do conhecimento, mas reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional³⁸.

Para Campos e colaboradores¹, a forma mais recomendada para fazer o compartilhamento da atenção com outros profissionais e serviços de saúde é coordenando os projetos terapêuticos. Além desse, há outros espaços interdisciplinares capazes de promover a ação em equipe, como os grupos de educação em saúde, os atendimentos conjuntos, o apoio matricial, as visitas domiciliares e a educação permanente^{23,36}.

Assim, a forma como os nutricionistas tem trabalho em equipe no DF indica que há um avanço no campo da interdisciplinaridade, porém ainda há um longo caminho pela frente, principalmente no tocante à hegemonia médica discutida anteriormente.

“RELAÇÕES INTERSETORIAIS”

O outro aspecto a ser readequado é a intersetorialidade. A maioria dos nutricionistas entrevistados (n = 11 ou 57,9%) respondeu não ter estabelecido qualquer tipo de parceria intersetorial. Muito embora expressem em seu discurso que parcerias em potencial são algo importante a ser considerado para o desenvolvimento do trabalho, a maior parte deles, por motivos os mais diversos, não conseguiu ainda de fato firmar parceria alguma.

DSC E.13.A. Eu acho que é uma perda, é uma pena (...) Eu devia procurar mais, porque não dá pra trabalhar sozinha. Você tem que ter parcerias de todos os lados. É mais difícil colocar um trabalho em prática sem uma parceria (...) Quando a gente tá junto com instituições (...) o trabalho rende mais e a gente consegue ter uma visão mais ampla pro trabalho ser mais efetivo. (Grifo nosso).

Embora Machado e colaboradores²⁵ lembrem que o ainda incipiente desenvolvimento de ações intersetoriais para planejamento e execução das estratégias de AN seja um desafio a ser superado, não se pode deixar de valorizar as escassas iniciativas neste campo. É exatamente aí que a possibilidade se engrandece: é sim possível estabelecer relações intersetoriais no DF, como as descritas abaixo de acordo com a experiência de 8 nutricionistas (42,1%).

DSC E.12.B. O que eu consegui fazer foi junto a um projeto do CEASA, que vende verdura toda quarta-feira com 20% de desconto prus pacientes de Nutrição que realmente tem necessidade. A gente também tem vários locais lá que cedem espaço, pra fazer um evento maior. São associações de moradores, ONGs, igrejas católicas e evangélicas. Também há a parceria com a SANOLI, com doação (...) de alimentos pra demonstrar como é que deve ser o prato da criança (...) O comércio local acaba ajudando ou apoiando com alguma coisa física, financeira (...) Às vezes também vou em creches, que eles pedem pra gente fazer uma avaliação do serviço. A gente tem o apoio técnico da EMATER pra fazer horta com fitoterápicos, temperos e vegetais. A gente também tem apoio da Administração Regional (...) Quando a gente faz evento eles apóiam com carro de som, essas coisas. E tem as escolas também (...) (Grifo nosso).

Longe de ser um aspecto de fácil concretização, a integração intersetorial requer a articulação de diferentes setores do governo e sociedade civil na busca por soluções mais abrangentes e efetivas para as demandas de saúde da população. Garante que se alcancem resultados que a Nutrição jamais alcançará sozinha, e sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo de parcerias, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde²⁵. Somente assim será possível promover a união de ‘vontades’ rumo ao combate de carências nutricionais e DCNTs, e à promoção da alimentação saudável, potencializando-se os resultados esperados, evitando-se a superposição de iniciativas e o desperdício de recursos, principalmente financeiros e humanos³⁹.

O que se espera, então, é que as experiências sejam compartilhadas, discutidas e valorizadas como forma de incentivar e estimular a procura por parceiros que possam contribuir e maximizar os resultados da Nutrição no campo da ABS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que vem sendo feito no campo da ABS no DF, em termos de ações de AN, está condizente com o que está disposto nas diretrizes nacionais sobre o tema. Contudo, a forma como estão sendo conduzidas tais ações é que merece reflexão, tomando-se como partida tanto o balizamento teórico-conceitual de ABS, como as argumentações críticas que posicionam o processo de trabalho em saúde como ponto inicial para a superação do modelo biomédico.

Assim como os nutricionistas entrevistados acreditam na importância de sua atuação junto à ABS, também acreditam que sua presença enquanto profissional de saúde é um dos elementos chaves na reestruturação das práticas de saúde das equipes a que pertencem. Por isso, devem assumir posição central, junto com os demais profissionais, no processo de reconstrução das práticas de saúde hoje realizadas.

DSC E.22.C. A importância das ações de alimentação e nutrição na atenção básica é epidemiológica, porque você consegue prevenir grandes partes dos problemas de saúde, (...) evita complicações de doenças que já se instalaram e promove a saúde da pessoa (...) DSC E.23.A. Eu acho importante e essencial a ação do nutricionista pois (...) não existe outro profissional que possa responder

melhor pela alimentação(...) DSC E.23.C. (...) e tornar a alimentação e nutrição um bem comum: do profissional e da população (...) Quando um nutricionista não está presente, falta aí um tentáculo do polvo... (Grifo nosso).

A elaboração de protocolos de atendimento na ABS, com metas, indicadores e metodologias claros; a proposição de um projeto estruturado de educação continuada para aqueles nutricionistas em serviço; a capacitação inicial para os nutricionistas que virão a incorporar a ABS; o estímulo à realização de residências multiprofissionais em Saúde da Família no DF podem ser alternativas viáveis aos entraves identificados pelos profissionais do DF. Isso porque tendem, com o tempo, a instrumentalizá-los e empoderá-los cada vez mais acerca de seu objeto de trabalho e do modo como este objeto é trabalhado no cotidiano das equipes de saúde.

Além disso, os nutricionistas enquanto categoria profissional precisam ampliar seus canais de diálogo de maneira a compartilhar experiências, desafios e práticas exitosas. O fortalecimento da discussão técnica também poderá contribuir para que a inserção das ações e do profissional possam expandir e que a incidência desta perspectiva no processo de qualificação da ABS no DF seja maior.

Mesmo com os percalços identificados, o trabalho dos nutricionistas tem avançado, em alguma medida, no tocante à articulação intersetorial para realização do trabalho e na inserção efetiva do olhar da Nutrição dentro das equipes de saúde. E é exatamente aí que se fazem necessárias mais medidas que impulsionem o fortalecimento de tais avanços.

Apesar dos desafios na inserção e atuação do nutricionista indicarem a necessidade de mudanças estruturais, que perpassam desde a formação técnico-científica e chegam a dificuldades no processo de trabalho, elas não descaracterizam a competência desse profissional para integrar e atuar na ABS. Apenas sinalizam que é preciso superá-los. Para tanto, é preciso, além de fomentar a inclusão das ações de AN no âmbito das estratégias de atenção à saúde de forma integrada, também promover o apoio e a incorporação qualificada do nutricionista na ABS.

Uma nova atuação do nutricionista é necessária para garantir a integralidade da atenção nutricional e responder adequadamente ao desafio imposto pelo contexto epidemiológico nutricional. Repensando seu lugar enquanto membro de uma equipe interdisciplinar, e entendendo os problemas de saúde como situações socialmente amplas e complexas, que prescindem da atuação de outros setores para além da Saúde,

acredita-se ser possível atingir um nível de atuação em Nutrição mais coerente e efetivo com as diretrizes nacionais da ABS, e mais condizente com que se espera de sua formação técnica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos GW, Gutiérrez AC, Guerrero AV, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família. *In: Campos GW, Guerrero AV (orgs.). Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. 2ª ed. São Paulo: Ed. HUCITEC; 2010. p132-153.*
2. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: Mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública. ago. 2008; 24(8):1727-1742.*
3. Araújo MB, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12(2):455-464.*
4. Giovanella L, Mendonça MH. Atenção Primária à Saúde. *In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Noronha JC, Carvalho AI (orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 1ª reimpr. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p575-626.*
5. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever. Geneve: World Health Organization; 2008.
6. Recine E, Carvalho MF, Leão M. O papel do nutricionista na Atenção Primária à Saúde. 2ª ed. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas; 2009. 34p.
7. Reis MA, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ. set/dez 2007; 11(23):655-66.*
8. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública. 2008; 42(3):555-61.*
9. Takemoto ML, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública. fev. 2007; 23(2):331-340.*
10. Ministério da Saúde. Portaria GM nº648. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
11. Scherer MD, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saúde Pública. 2009; 43(4):721-25.*

12. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. *In*: Pinheiro R, Barros ME, Mattos RA (orgs.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2007. p.161-177.
13. Pires MR. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (4): 1025-1035.
14. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface-Comunic, Saúde, Educ. set/dez 2005*; 9(18):489-506.
15. Pinto CA, Coelho IB. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em Saúde. *In*: Campos GW, Guerrero AV (Orgs.). *In*: Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. 2ª edição. São Paulo: Ed. HUCITEC; 2010. p323-345.
16. Sá ET, Pereira MJ, Fortuna CM, Matumoto S, Mishima SM. O processo de trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. *Rev Gaúcha Enferm. Set. 2009*; 30(3):461-7.
17. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
18. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
19. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas Atuais. *Cad. Saúde Pública*. jul. 2007; 23(7):1674-1681.
20. Lefevre F, Lefevre AM. Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualiquantitativo – a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 1ª ed. Brasília: Líber Livro Editora; 2010. 224p.
21. Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. *In*: Jodelet D (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p 17-44.
22. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Estabelecimentos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2006. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>> Acesso em 24/02/2010.
23. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 714. Credencia Municípios a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde; abril de 2010.

24. Boog MC. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência & Saúde*. jan./jun. 2008; 01(1):33-42.
25. Machado MF, Monteiro EM, Queiroz DT, Vieira NF, Barroso MG. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. mar./abr. 2007; 12(2):335-342.
26. Vasconcelos EM. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2004; 14(1): 67-83.
27. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 12^a edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983. 149p.
28. Pádua JG, Boog MC. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Rev. Nutr.* jul./ago., 2006; 19(4):413-424.
29. Massuda A. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em Saúde. *In: Campos GW, Guerrero AV (Orgs.). Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2^a edição. São Paulo: Ed. HUCITEC; 2010. p179-205.
30. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2297-2305.
31. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, 2001; 35(1):103-9.
32. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
33. Campos, GW, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. fev, 2007; 23(2):399-407.
34. Boog MC. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Cad Saúde Publ*. 1999; 15 (supl 3):139-47.
35. Santos AC. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Fam. Saúde Desenv*. set./dez. 2005; 7(3):257-265.
36. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Senna MC. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan Am J Public Health*. 2007; 21(2).
37. Fortuna, CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJ. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am Enfermagem*. Mar./abr. 2005; 13(2):262-268.

38. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14 (Supl. 1):1463-1472.
39. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Estratégias de promoção da alimentação saudável para o nível local: relatório da oficina Trabalho do I Seminário sobre Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Colaboradores

N. Ramos participou da idealização, delineamento de objeto de estudo, desenho da metodologia, coleta e análise dos dados e redação do artigo.

A. Rizzolo participou do delineamento de objeto de estudo, desenho da metodologia e revisão crítica do artigo.

E. Recine participou da idealização, delineamento de objeto de estudo, desenho da metodologia e revisão crítica do artigo.

Agradecimentos

Às nutricionistas gestoras e executoras pela disponibilidade em compartilhar seu conhecimento, experiência e tempo na realização das entrevistas.

Ao Decanato de Pesquisa e Pós- graduação (DPP) da Universidade de Brasília pelo incentivo e apoio financeiro durante a etapa de campo da pesquisa. O artigo expressa a visão das autoras e não necessariamente reflete a posição do financiador.

Às professoras Dr^a Maria Fátima de Sousa e Dr^a Renata Monteiro pelas contribuições ao longo da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando todo o contexto estrutural, técnico, político e epidemiológico em que se dá a inserção e atuação dos nutricionistas na ABS do DF, a partir da perspectiva de desafios e possibilidades, é possível considerar que aos poucos a Nutrição está ganhando espaço e visibilidade. Principalmente quando se considera os aspectos potencializadores identificados e anteriormente discutidos, como a intersetorialidade, a ação interdisciplinar em equipe multiprofissional e a articulação entre os profissionais gestores e executores das ações de AN. Obviamente que não se encontram em um patamar que os grandes teóricos da área preconizam, todavia não há que se desanimar. É como os próprios entrevistados argumentam:

DSC E.20.E. Eu gosto do que eu faço e me sinto realizada profissionalmente. Canso muito, esgoto muito, mas sou feliz com o que eu faço. Tudo que fiz, eu fiz bem feito dentro do que eu podia. Nunca me furtei ou não fiz mais do que eu poderia ter feito. Nunca lembrei que eu ganho mais ou menos por fazer o que eu faço.(...) É desafiador. É uma luta mesmo (...) Se eu não gostasse e fosse uma pura rotina, eu empurrava com a barriga. Mas eu gosto e por isso eu ainda desejo melhorar.

As representações coletivas deste grupo de profissionais expressam que enquanto trabalhadores da ABS, a lógica de atenção está errada, com o foco forçosamente recaído sobre a assistência individual, e por esta razão pouco conseguem avançar dentro do modelo de saúde. Ao contrário do que se pode esperar, o sentimento de frustração não os desanima de continuar o trabalho ou mesmo de querer aprimorá-lo, mesmo estando presentes manifestações de angústia e algumas vezes impotência.

Por outro lado, ao se alcançar um número adequado de profissionais atuando na ABS, o alcance dos resultados e a resolubilidade da atenção nutricional no DF podem ser maiores do que se tem hoje. Destaca-se que a ampliação de resultados também depende do amadurecimento das perspectivas do profissional e da inserção das ações em um contexto mais amplo que contribua para promoção da SAN e realização do DHAA.

Espera-se que em médio e longo prazo, com adoção de processos gerenciais e executivos de atenção nutricional mais integrais, intersetoriais e participativos, toda a

potencialidade da Nutrição, expressa em termos de resultados satisfatórios na melhoria da qualidade de vida da população, possa ser alcançada e social e politicamente sustentada ao longo das gestões administrativas.

A principal ferramenta, indubitavelmente, é a educação em serviço, de caráter contínuo e permanente, que instrumentalizará e permitirá que os nutricionistas se apropriem daquilo que lhes é de dever e de direito. Tornando-os protagonistas na equipe de saúde ou de gestão a que pertencem, com a devida qualificação técnica e embasamento teórico conceitual acerca do conceito e procedimentos da ABS, terão condições de atuar de maneira proativa na reestruturação das práticas de gerenciamento e de atenção em alimentação e nutrição.

Concordando com os documentos oficiais sobre o tema, todos os nutricionistas reafirmam que a principal importância das ações de alimentação e nutrição reside no campo da prevenção de doenças e agravos, e da promoção da saúde.

DSC E.22.C. A importância das ações de alimentação e nutrição na atenção básica é epidemiológica, porque você consegue prevenir grandes partes dos problemas de saúde, (...) evita complicações de doenças que já se instalaram e promove a saúde da pessoa. Hoje em dia as doenças todas têm a ver com a alimentação e com essas ações a gente modifica hábitos e previne muita coisa (...) DSC G.22.A. Assim, a atenção básica é um cenário que a Nutrição precisa ficar mais presente, mostrar que é importante ter ações adequadas de alimentação e nutrição para poder mudar a vida de uma pessoa(...).(Grifo nosso)

E neste contexto epidemiológico de dupla carga de doenças, o papel do nutricionista enquanto profissional de saúde inserido em uma equipe multidisciplinar também é visto como importante. Tanto gestores como executores se percebem importantes por serem: fonte de informação segura, correta e de qualidade; multiplicador de conhecimentos e hábitos saudáveis em termos de alimentação através de capacitações de outros profissionais; e disseminador da importância da Nutrição no setor Saúde e, portanto, promovendo maior visibilidade à área. Em suma, para eles, (DSC G.23.C.) *um nutricionista atuando bem, ele é a sua autopropaganda, é autopromoção.*

Hoje, a realidade vivenciada pelos nutricionistas no DF permite afirmar que diversos avanços já foram conquistados desde que se deu início ao desenvolvimento das ações de AN e inserção dos nutricionistas nas equipes da ABS. Entre as principais

conquistas identificadas, destacam-se: mudança de hábitos de saúde por parte da população; uma maior valorização do profissional nutricionista; aumento da demanda espontânea; melhoria da qualidade de vida dos profissionais das equipes.

*DSC E.24.A. Ainda é pouco tempo pra dizer que teve algo de impacto. É muito cedo (...) mas a mudança principal que eu acho é o comportamento das pessoas em nível coletivo. Eu acho que tenho colaborado com mudanças de hábitos, não só alimentares. Falo de álcool, incentivo à atividade física (...)***DSC E.24.J.** (...) *A presença da Nutrição ajudou as pessoas a pensarem mais na alimentação no dia-a-dia delas. As pessoas aprenderam mais, conseguiram mais alguma coisa que foi útil, a ver que tem relação a história dele de vida com a saúde dele, o auto-cuidado. Eu acho que isso eu consigo passar.* **DSC E.24.G.** *Uma outra mudança foi o conhecimento acerca do que o nutricionista faz. A identificação da dificuldade que é a mudança de comportamento. Muita gente não tinha o olhar da Nutrição e hoje a Nutrição é valorizada. A comunidade valoriza o nutricionista e eu acho isso o mais importante (...) Aí todo trabalho repercute.*

Se mesmo defasada a inserção da Nutrição no DF já conseguiu obter resultados importantes junto à comunidade e aos demais profissionais de saúde, para as gestoras, quando essa inserção se ampliar, a maior contribuição da Nutrição para a ABS no DF será o processo de trabalho diferenciado dos outros profissionais, voltada principalmente para a questão de promoção e prevenção de doenças e agravos.

DSC G.24.B. Acho que o mais importante é que nós nutricionistas temos um contato com o paciente, um manejo muito diferenciado dos outros profissionais. A gente vai levando pra atenção básica esse nosso jeito de trabalhar, pois a gente acaba sendo psicólogo, enfermeiro, um pouquinho de cada coisa.

Em suma, o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição e a inserção dos nutricionistas nos espaços de gestão e execução da ABS devem ser melhor qualificadas e politicamente viabilizadas, aderindo e fortalecendo o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde baseado na promoção da saúde, com vistas à incorporação dos princípios da universalidade, integralidade e intersetorialidade e ao correto manejo e enfrentamento das conseqüências advindas do processo de transição nutricional e demais demandas de saúde que comportem a atuação deste profissional. Não que apenas as ações de nutrição e a atuação do profissional sejam

suficientes para erradicar a fome/desnutrição e reverter o aumento da prevalência de sobrepeso/obesidade, mas seu potencial técnico e social certamente é um aspecto a ser considerado e incorporado às políticas públicas de saúde como um todo.

Há que se pensar grande e em longo prazo, mas os avanços significativos somente ocorrem passo a passo, dia após dia, quando as dificuldades que surgem no cotidiano de trabalho são hierarquizadas e aos poucos solucionadas; assim como as potencialidades identificadas recebem, gradativamente, mais investimento e atenção.

No mais, este estudo se propôs a analisar e discutir qualiquantitativamente a atenção nutricional realizada no DF somente sob a ótica dos nutricionistas atuantes na ABS. Todavia, conforme diversas vezes explicitado ao longo do texto, a atenção nutricional não é feita apenas por estes profissionais e devido a esta razão recomenda-se que novos estudos sejam realizados no intuito de complementar e integralizar o olhar sobre a Nutrição na ABS do DF, incluindo, para este fim, outras categorias profissionais de saúde, outros gestores da ABS e também usuários dos serviços de saúde.

Mais do que complementar o olhar sobre o objeto em questão, também se deve considerar uma complementação metodológica, no sentido qualitativo dos processos de coleta e análise de dados. Há que ser ressaltado um aspecto que limitou o aprofundamento do debate proposto e o olhar e compreensão da pesquisadora: a formação acadêmica com predominância da abordagem biológica, com enfoque na assistência e ancorada na doutrina positivista reinante na área das Ciências da Saúde, assim como discutido ao longo dos artigos 1 e 2.

Pretendeu-se com esse trabalho contribuir para a superação do paradigma positivista, rumo a uma formação mais ampliada, aprofundada e qualiquantitativa, mas sem a pretensão de atuar como uma cientista social. Além disso, integra as primeiras iniciativas do Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana de estudos com abordagem qualitativa que poderão contribuir para ampliar e aprofundar o entendimento de aspectos importantes da área de alimentação e nutrição.

Desta forma, alcançaram-se então os objetivos e questões orientadoras desta pesquisa, ao descrever e analisar o olhar do nutricionista da ABS sobre si mesmo e sobre as ações de atenção nutricional que realizam no contexto do DF, mediante identificação das ações realizadas, descrição da sua relação e integração com os demais profissionais da ABS; apresentação do papel que ele atribui a si e à sua ação; e identificação fatores facilitadores e limitantes da sua atuação.

POTENCIALIDADES DO ESTUDO

É importante ressaltar as potencialidades metodológicas deste estudo para que pesquisas futuras nesta área do conhecimento possam considerá-las e, com isso, avançar nas discussões teóricas.

O estudo foi cuidadosamente delineado, executado e analisado. Embora as já referidas limitações de ordem técnica tenham-se feito presentes, elas não impediram que a riqueza de opiniões e posicionamentos dos sujeitos de pesquisa fosse trazida à tona, evidenciando aquilo que os profissionais pesquisados fazem e entendem sobre sua própria inserção na ABS do DF.

O campo da Nutrição na ABS é complexo e envolve aspectos objetivos e também subjetivos e simbólicos, tais como valores, atitudes, representações e crenças do grupo de profissionais escolhido para estudo. Todos são aspectos importantes para o entendimento e compreensão particular da complexidade dos fenômenos, fatos e processos da Nutrição (WESTPHAL *et al.*, 2010). Contudo, tais questões não estão contidas apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico, e ensejaram uma escolha metodológica que ampliasse as possibilidades de entendimento da realidade.

Não se pode negar a importância de contar e medir os fenômenos que ocorrem no campo da saúde e da Nutrição, de forma a avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças (CODATO & NAKAMA, 2006). Por outro lado, também é de extrema importância acompanhar e aprofundar a complexidade dos contextos particulares e específicos do grupo estudado (MINAYO & SANCHES, 1993). Por isso, conforme lembram Minayo e Sanches (1993), metodologicamente não há contradição entre investigação quantitativa e qualitativa, embora possuam naturezas diferentes.

A articulação de ambas as abordagens, então, revelou-se necessária, já que, nas circunstâncias desta pesquisa, isoladamente seriam insuficientes para abarcar toda a realidade pretendida. Portanto, a escolha por um método misto – quali-quantitativo – possibilitou o entendimento da complexidade dos problemas de alimentação e de nutrição no contexto da ABS do DF (WESTPHAL *et al.*, 2010).

Outro ponto positivo a ser considerado, embora tenha sido causado por fatores políticos externos, foi a incorporação de 35 novos nutricionistas em unidades básicas de saúde (BRASÍLIA, 2010) após o início da coleta de dados da pesquisa ter-se iniciado.

Trata-se de profissionais aprovados em concurso público realizado para a área de Saúde no ano de 2006, cuja validade foi prorrogada até o ano de 2010.

Apesar da proposta inicial de investigação considerar todos os nutricionistas atuantes junto à ABS do DF, optou-se por não incluir os recém contratados no rol de possíveis informantes chaves. Assim, foi dada preferência àqueles profissionais que tinham mais experiência junto à ABS do DF, ou seja, mais de um ano de atuação.

Por outro lado, a incorporação desses novos profissionais fez com que a inserção da categoria na ABS do DF praticamente dobrasse da noite para o dia. Isto por si só abre grandes possibilidades no sentido de antever avanços ou mesmo comparar a situação de Nutrição no DF antes e após a nomeação destes novos nutricionistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS

ALMEIDA, E.C.; CARVALHO, P.R.S.; AGUIAR, R.C.R. **Distrito federal e seu entorno: estado do planalto central ou área metropolitana?** Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina, 2005. p.447-460. Disponível em <<http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal10/Geografiasocioeconomica/Geografiaregional/01.pdf>>. Acesso em 15/05/2011.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: Mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**. Vol. 24(8):1727-1742, 2008.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**. Vol.26(2):286-298, 2010.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** Vol.9(16):39-52, 2005.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol.12(2):455-464, 2007.

ASSIS, A. M. O. *et al* O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.** Vol.15(3):255-266, 2002.

ASSIS, M.M.A.; *et al*. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia Saúde da família: construção política, metodológica e Prática. **Revista APS**. Vol.10(02):189-199, 2007.

BATISTA FILHO, M. *et al*. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. **Cad. Saúde Pública**. Vol. 24 Sup 2: S247-S257, 2008.

BELEI, R. A. *et al* O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**. Vol.30: 187 - 199, 2008.

BOOG, M.C.F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cad Saúde Publ.** Vol. 5 (supl 3):139-47, 1999.

BOOG, M.C.F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**. Vol. 1, n. 1, p. 33-42, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 5 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Nutrição**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** – 2ª ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução CFN nº 380/2005**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 687 de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2006 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 . Cria os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília, março de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2009 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição. **Documento-base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS**. Brasília, 2010 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 714, de 5 de abril de 2010** (b). Credencia Municípios a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria714_05_04_10.pdf> Acesso em 02/05/2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010b.

BRASIL. Ministério da saúde. **RIDE - DF**. Brasília, 2011(a). Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28727> . Acesso em 24/05/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde**,

Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade geográfica: DF. Competência: março de 2011(b). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf.php Acesso em 02/05/2011.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Estabelecimentos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.** Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>> Acessado em 05/09/2011.

BRASÍLIA. **Diário Oficial do Distrito Federal** nº 177, quarta-feira, 15 de setembro de 2010. Seção 2, p. 34. Acesso em 18/06/2011. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2010/09_Setembro/DODF%20177%2015-09-2010/Seção02-%20177.pdf>.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Estabelecimentos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.** Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>> Acessado em 05/09/2011.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** Vol.4(2):393-404, 1999.

CAMPOS, G.W.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; GUERRERO, A.V.P.; CUNHA, G.T. **Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família.** CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P., (orgs.). *In:* Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo. 2ª edição. Ed. HUCITEC. p132-153, 2010.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.** Vol.13(3):469-478, 1997.

CENTRO DE ESTUDOS DA METRÓPOLE. Mapa da Região de Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). 2008. Disponível em: <<http://www.centrodametropole.org.br/v1/mapoteca/download/RMdfDe2.jpg>> Acesso em 06/06/2011.

CODATO, L.A.B.; NAKAMA, L. pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa? **Revista Espaço para a Saúde.** dez. 2006; 8(1):34-35.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Vol.24 Sup 1:S7-S27, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Ministério da Saúde divulga dados do NASF.** Novembro de 2009. Disponível em <<http://www.cfn.org.br/novosite/conteudo.aspx?IdMenu=220&idconteudo=816>>. Acesso em 20/03/2011.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública.** Vol. 24 Sup 2:S332-S340, 2008.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**. Vol. 115:139-154, 2002.

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Editora UFPR, Série Educar n. 24. p. 213-225. 2004.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. Vol. 21(2), 2007.

FERESIN, C.; SONZOGNO, M.C. Reflexões sobre a inserção da disciplina de nutrição na formação do enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**. Vol. 15(6), 2007.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M.. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **Contexto**. Vol. 3(4), 2003.

FERNANDES. L.C.L.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. Vol. 43(4):595-603, 2009.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas Atuais. **Cad. Saúde Pública**. Vol.23(7):1674-1681, 2007.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface Comunic, Saúde, Educ**. Vol.9(18):489-506, 2005.

FORTUNA, C. M. *et al* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**. Vol.13(2):262-8, 2005.

FRANCO, T.B.; **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**. PINHEIRO,R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *In*: Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GEUS, L.M.M. *et al*. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 16 (Supl.1):797-804, 2011.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde**. GIOVANELLA, L. (org.). *In*: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. p. 575-626, 2008.

GRESSLER, L. A. **Tipos de pesquisa**. *In*: Introdução à pesquisa: projetos e relatórios. 2ed. rev. Atual – São Paulo: Loyola. p.49 a 64. 2004.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev Saúde Pública**. Vol.42(3):555-61, 2008.

JULIANI, C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referenda e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**. Vol. 33(4):323-33, 1999.

JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**. Vol. 6(2):31-46, 1997.

LANG, R.M.F.; RIBAS, M.T.G. **O nutricionista e as ações de Nutrição em Saúde**. TADDEI, J.A.; LANG, R.M.F.; LONGO-SILVA, G.; TOLONI, M.H.A. (Ed.). *In: Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Rubio. p. 437-453. 2011.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M. **Pesquisa de Representação Social: um enfoque quali-quantitativo – a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo**. Brasília, Líber Livro Editora, 97p. 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília, Líber Livro Editora, 224p. 2010.

LOCH-NECKEL, G. *et al* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 14 (Supl. 1):1463-1472, 2009.

MACHADO, M.F.A.S., *et al*. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 12(2):335-342, 2007.

MASSUDA, A. **Práticas de saúde coletiva na atenção primária em Saúde**. CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P., (Orgs.). *In: Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo. 2ª edição. Ed. HUCITEC. p179-205. 2010.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.15(5):2297-2305, 2010.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ** .jul/set., 1993; 9 (3): 239-262.

NOBRE, L.C.C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.8(4): 963-971, 2003.

OLIVEIRA, A.K.P.; BORGES, D.F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **RAP**. Vol.42 (2):369-89, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde**. Washington, D.C: 2007.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. Série Saúde no Brasil, 2011. Disponível em < www.thelancet.com >. Acesso em 20 de maio de 2011.

PASQUALI, L. *et al.* **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre, RS: Artmed, 560. 2010.

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

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho**. PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.; MATTOS, R.A. (orgs.) *In*: Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro, CEPESC. p.161-177. 2007

PERES, R.S.; SANTOS, M.A. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. **INTERAÇÕES**. Vol. X (20):109-126, 2005.

PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S.F.T; CORSO, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.** Vol.17(4):523-533, 2004.

PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.10 (4): 1025-1035, 2005.

POPKIN, B.M. *et al.* The nutrition transition in China: a cross sectional analysis. **Eur J Clin Nutr**. Vol. 47:333-46, 1993.

QUARESMA, V.B.S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. vol. 2 (1): 68-80, 2005.

QUEIROZ, E.P. **A migração intrametropolitana no Distrito Federal e Entorno: o conseqüente fluxo pendular e o uso dos equipamentos urbanos de saúde e educação**. Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, 2006. Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_724.pdf>. Acesso em 13/05/2011.

RECINE, E.; CARVALHO, M.F.; LEÃO, M. **O papel do nutricionista na Atenção Primária à Saúde**. Conselho Federal de Nutricionistas. 2ª edição. Brasília, 2009.

REIS, M.A.S.; FORTUNA, C.M.; OLIVEIRA, C.T.; DURANTE, M.C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. Vol.11 (23):655-66, 2007.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev Latino-am. Enfermagem**. Vol.12(4):658-64, 2004.

- RIBEIRO, M.E.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família **Cad. Saúde Pública**. Vol.20(2):438-446, 2004.
- ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino-am.enfermagem**. Vol.8(6):96-101, 2000.
- ROSA, W.A.G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Vol.13(6):1027-34, 2005.
- SÁ, E.T.; *et al.* O processo de trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. **Rev Gaúcha Enferm**. Vol.30(3):461-7, 2009.
- SANTOS, A.C. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. **Fam. Saúde Desenv.**, Vol.7(3):257-265, 2005.
- SANTOS, J.L.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**. Vol.13 (35), 1999.
- SAWAYA, A.L.; Comida e Educação. **Estudos Avançados**. Vol. 20 (58), 2006.
- SCHERER, M.D.A.; PIRES, D; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**. Vol. 43(4):721-25, 2009.
- SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 29(1):63-74, 1995.
- SHIMIZU, H.E.; ROSALES, C. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário **Rev Latino-am Enfermagem**. Vol.16(5), 2008.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2 ed., 2004.
- TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Vol.23(2):331-340, 2007.
- TARDIDO, A.P.; FALCÃO, M.C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev Bras Nutr Clin**. Vol.21(2):117-24, 2006.
- TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. Vol.39(3):507-14, 2005.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB); UNIERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA (UCB); UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). **Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica de saúde do DF e entorno: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades.** Relatório final: Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal. Brasília, 2008. 112p. Disponível em <http://www.ceam.unb.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=127&Itemid=168>. Acesso em 06/06/2011.

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

VENTURA, M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev. SOCERJ.** Vol. 20(5):383-386, 2007.

VIANA, A.L. d'A.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.** Vol.8(2): 11-48, 1998.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C. Métodos qualitativos em Nutrição e Saúde Pública. *In: TADDEI, J.A.; LANG, R.M.; LONGO-SILVA, G.; TOLONI, M.H. (editores). Nutrição em Saúde Pública.* 1ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010. p25-40.

WESTPHAL, M.F.; MENDES, R. Cidade Saudável: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersetorialidade. **RAP.** Vol. 34 (6): 47-61, 2000.

WORLD HEALTH ORAGANIZATION. **Technical Report Series 916: Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever.** Geneve: WHO; 2008.

ANEXO 1

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto-no CEP: **061/10**

Título do Projeto: “O nutricionista da Atenção Básica de Saúde do Distrito Federal: um olhar sobre si mesmo e as ações de cuidado nutricional”.

Pesquisadora Responsável: Natascha Façanha Silva Ramos

Data de Entrada: 24/05/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **061/10** com o título: “O nutricionista da Atenção Básica de Saúde do Distrito Federal: um olhar sobre si mesmo e as ações de cuidado nutricional”, analisado na 5ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 18 de junho de 2010.



Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA	
Nome completo:	
Sexo: M () F ()	Idade:
Tipo de unidade de trabalho: () UBS () NASF () Gestão	
Telefones para contato:	E-mail:

I- ESCLARECIMENTOS

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto “**O nutricionista da atenção básica à saúde do Distrito Federal: um olhar sobre si mesmo e suas ações de cuidado nutricional**”, cujos objetivos são descrever e avaliar os campos onde o nutricionista está inserido na atenção básica à saúde no DF, identificar a sua forma de atuação para promover hábitos saudáveis de alimentação junto à população assistida, perpassando por dificuldades e potencialidades de atuação percebidas.

A sua participação será através de um questionário e de uma entrevista individual presencial. Ambos serão aplicados em data previamente combinada, com um tempo médio estimado para duração de 40/60 minutos. Informamos que o(a) senhor(a) pode recusar-se a responder qualquer questão que possa vir a lhe trazer constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o (a) senhor(a). As pesquisadoras comprometem-se em manter o anonimato dos entrevistados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através da Gerência de Nutrição da SES-DF, podendo inclusive ser publicados posteriormente, de forma anônima.

Caso haja qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Prof^a Dr^a Elisabetta Recine, coordenadora do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional da Universidade de Brasília (OPSAN/UnB) e orientadora da pesquisa, pelo número (61) 3307- 2508, ou ainda para Natascha Ramos, mestranda e pesquisadora responsável, através do telefone (61) 9153-6586, sempre em horário comercial. Este documento foi elaborado em duas vias: uma ficará com o pesquisador responsável e a outra, com o sujeito da pesquisa.

II - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após devidamente esclarecido (a) pelos entrevistadores e responsáveis pela presente pesquisa, estou ciente e de acordo com o que me foi explicado e consinto a minha participação neste estudo proposto no presente termo.

Brasília, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura do entrevistador

APÊNDICE 2

ENTREVISTA INDIVIDUAL COM NUTRICIONISTAS GESTORES

Roteiro de Entrevista

BLOCO I: As ações de AN

1. Como foi o seu trabalho hoje? (Para quebrar o gelo inicial)
2. Conta pra mim: o que exatamente a senhora faz no seu trabalho, no campo da AB?
Como a senhora se organiza para organizar o trabalho da ponta, da execução?
3. De que forma a senhora faz [isso – citar cada resposta dada anteriormente]?
4. Como ocorre o planejamento das ações de AN na ABS no DF?
5. E a avaliação? E o financiamento? Monitoramento...?
6. No plano anual constam as seguintes prioridades de AN: [citar todas]. Como elas foram identificadas: pressão política ou demanda espontânea? Essas prioridades realmente dão conta das demandas do município?
7. Como a senhora tem feito para atingir as metas estabelecidas? Tem conseguido sucesso? Por quê?

BLOCO II: Estratégias de gestão das ações AN e articulação de profissionais

8. A senhora poderia me contar como é a sua relação com as nutricionistas das equipes de atenção básica (NASF e UBS)? Existe uma rotina de contato, discussão, planejamento e avaliação?
9. As decisões que você toma na área de AN contam com a participação/apoio delas? De que forma? Você diria que a tomada de decisão é participativa ou verticalizada?

10. Como as prioridades e programações da Nutrição na AB são conhecidas pelos outros setores de planejamento da AB na SES?
11. Como a senhora avaliaria hoje os processos de discussão com as demais áreas da AB? É suficiente?
12. Quais setores são parceiros da Nutrição no âmbito da AB
De que forma? As parcerias são constantes? Estão institucionalizadas?
13. O que a senhora pensa sobre [isso – resposta anterior]?

BLOCO III: Fatores intervenientes no trabalho

14. A senhora percebe se existe algo/alguém que facilite ou potencialize seu trabalho?
Comente.
15. Na sua opinião, quais as maiores dificuldades para a ação da Nutrição na AB?
16. Se pudesse, o que a senhora mudaria para tornar seu trabalho mais efetivo? Como?
17. Se [resposta anterior] mudasse, de que forma seu trabalho poderia ser melhor? E por que não mudou até hoje?

BLOCO IV: Importância percebida sobre as ações de AN e os profissionais

18. Diante de tudo o que a senhora me contou, o que acha do seu trabalho?

Introdução: Idealmente, as ações de AN deveriam existir junto a todas unidades e equipes da AB, e ser realizadas sob supervisão de um nutricionista. Diante disso:
19. Qual a opinião da senhora sobre o desenvolvimento de ações de AN junto à ABS do DF?
20. E o que a senhora pensa sobre ter nutricionistas atuando na ABS do DF?
21. Sob a ótica da senhora, qual é a maior contribuição da Nutrição para a atenção básica do DF?
22. Gostaria de comentar ou sugerir algo que não foi perguntado?

APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIO COM NUTRICIONISTAS GESTORES DA AB

Bom dia! Meu nome é Natascha Ramos, sou nutricionista e mestranda em Nutrição Humana na Universidade de Brasília. Essa pesquisa pretende caracterizar as percepções, significados e opiniões do nutricionista sobre seu trabalho e sobre as ações de atenção em Nutrição realizadas na atenção básica de saúde do Distrito Federal, bem como perspectivas, limitações e potencialidades de atuação. Agradeço desde já sua disponibilidade e interesse em participar.

Dados profissionais

1. Cargo/função na SES/DF: _____
2. Tempo no cargo/função: _____
3. Tempo de trabalho na AB: _____
4. Jornada de trabalho: _____
5. Escolaridade: () Graduação. Ano/Instituição: _____
() Especialização. Área: _____
() Mestrado. Área: _____
() Doutorado. Área: _____

Muito obrigada! Sua contribuição será de grande importância para que a inserção do nutricionista e das ações de AN sejam amadurecida e aperfeiçoada no âmbito da atenção básica do DF. Caso haja dúvida sobre algum dado durante a transcrição, posso entrar em contato novamente?

APÊNDICE 4

ENTREVISTA INDIVIDUAL COM NUTRICIONISTA DE UBS e NASF

Roteiro de Entrevista

BLOCO I: As ações de AN

1. Como foi o seu trabalho hoje? (Para quebrar o gelo inicial)
2. Conta pra mim: o que exatamente você faz no seu trabalho?
3. De que forma você faz [isso – citar cada resposta dada anteriormente]? (Frequência, meios didáticos, documentos técnicos, local...)
4. Quais são as prioridades no seu trabalho, da sua ação? E como você as identifica?
5. Você diria que o seu trabalho, realizado da forma como me contou, é mais focado em quem? (indivíduo, família, comunidade, profissionais ou [outro])? Comente.
6. E o que você pensa sobre [isso – retomar resposta anterior]? Você está satisfeita com essa distribuição? Mudaria alguma coisa? Por quê?
7. Você considera que o nutricionista que atua em UBS ou NASF tem características distintas? Explique melhor.

BLOCO II: Estratégias de implementação das ações de AN e articulação de profissionais envolvidos

8. Você poderia me contar como é a sua relação no dia-a-dia com os outros profissionais de saúde da sua equipe? Se **NASF**: e com outras equipes da ESF?
9. Você conta com a participação ou apoio de outros profissionais ou equipes de saúde para realizar seu trabalho? Se **sim**, de que forma e quem são? Se **não**, por quê?
10. Quem são os gestores a quem você deve se reportar? Como você avalia sua relação com cada um deles?
11. Para você, o tipo de relação/processo de trabalho relatado impacta de alguma forma na sua atuação e nas atividades desenvolvidas? Como?

12. Você tem parceria com algum órgão, instituição, entidade,... para realizar seu trabalho? Se **sim**, quem e de que forma? Se **não**, por quê?

13. E o que você pensa [disso – retomar as duas respostas anteriores]? Por quê?

BLOCO III: Fatores intervenientes

14. Quais são os fatores ou aspectos que facilitam e apóiam o seu trabalho? Comente.

15. Você enfrenta algum tipo de dificuldade para realizar seu trabalho? Comente mais. (políticas, operacionais, estruturais, técnicas, epidemiol., logísticas, gerenciais).

16. Por que você acha que [isso – retomar respostas anteriores] existe?

17. Se pudesse, o que mudaria para tornar seu trabalho mais efetivo? Como? Por quê?

18. Se [resposta anterior] mudasse, de que forma você pensa que seu trabalho poderia ser melhor? E por que não mudou até hoje?

BLOCO IV: Importância percebida das ações de AN

19. Diante de tudo o que me foi dito, o que você acha do trabalho que faz?

20. De tudo o que você faz, do que mais gosta?

Introdução: Idealmente, as ações de AN deveriam existir junto a todas unidades e equipes da AB, e ser realizadas sob supervisão de um nutricionista. Diante disso:

21. Qual a importância de se desenvolver **ações** de AN junto à atenção básica?

22. Qual a sua opinião sobre se ter **nutricionistas** atuando na atenção básica? Como você percebe essa atuação na AB do DF?

23. Ao seu ver, qual é a principal mudança causada pelo seu trabalho desde que iniciou sua atuação na AB? Como a comunidade tem percebido estas mudanças?

24. Gostaria de comentar ou sugerir algo que não foi perguntado?

APÊNDICE 5

QUESTIONÁRIO COM NUTRICIONISTAS DE UBS e NASF

Bom dia! Meu nome é Natascha Ramos, sou nutricionista e mestranda em Nutrição Humana na Universidade de Brasília. Essa pesquisa pretende caracterizar as percepções, significados e opiniões do nutricionista sobre seu trabalho e sobre as ações de atenção em Nutrição realizadas na atenção básica de saúde do Distrito Federal, bem como perspectivas, limitações e potencialidades de atuação. Agradeço desde já sua disponibilidade e interesse em participar.

Dados profissionais

1. Local de trabalho: () UBS () NASF
2. Escolaridade: () Graduação. Ano/Instituição: _____
() Especialização. Área: _____
() Mestrado. Área: _____
() Doutorado. Área: _____
3. Tempo de trabalho UBS/NASF: _____
4. Tempo de trabalho na AB: _____
5. Localização: _____
6. Jornada de trabalho: _____
7. Atua junto a quantas equipes: PSF: _____ PACS: _____ NASF: _____ UBS: _____

Muito obrigada! Sua contribuição será de grande importância para que a inserção do nutricionista e das ações de AN seja amadurecida e aperfeiçoada no âmbito da atenção básica do DF. Caso haja dúvida sobre algum dado durante a transcrição, posso entrar em contato novamente?

APÊNDICE 6

TERMO DE CONCORDÂNCIA

A Gerente Adriana Haack de Arruda Dutra, da Gerência de Nutrição da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, está ciente e de acordo com a realização, neste serviço, da pesquisa ‘O nutricionista da Atenção Básica de Saúde do Distrito Federal: um olhar sobre si mesmo e suas ações de cuidado nutricional’, sob responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Elisabetta Recine e da pós-graduanda Natascha Façanha Silva Ramos. O estudo será utilizado para a dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Universidade de Brasília (PPGNH/UnB), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/UnB).

O estudo envolve a aplicação de questionários e a realização de entrevistas com os nutricionistas que integram a atenção básica de saúde do Distrito Federal. Tem duração de aproximadamente 12 meses, com previsão de início para julho de 2010.

Brasília, ____ de maio de 2010.

Adriana Haack de Arruda Dutra

Natascha Façanha Silva Ramos

Elisabetta Recine

APÊNDICE 7

SIMBOLOGIA PARA TRANSCRIÇÃO

1. /?/ + o tempo → usado para marcar a palavra que não pode compreendida.
2. (...) ou ... → pausa.
3. :: → prolongação do som da letra. Ex: ééééé.
4. [] → Para sobreposição de vozes e para marcar a fala de uma outra pessoa, como se fosse uma colocação rápida, completar uma frase.
5. (ironia) → Para tom irônico ou sarcástico.
6. MAIÚSCULA → ênfase na palavra ou sigla.
7. ---- → Silabação letra a letra. Ex: Isto é in-to-le-rá-vel.
8. () → Dúvidas, suposições, anotações do analista, observações sobre o comportamento, interrupção, expressões não verbais (riso, tosse, atitude, expressão face, gestos, ruídos do meio ambiente, dentre outros, pausa para atender o telefone).
9. /.../ → Indicação de transcrição parcial ou de eliminação de trecho por dificuldade de escuta.
10. [[→ quando entrevistado e entrevistador iniciam a fala juntos.
11. “ ” → quando entrevistado menciona um discurso de outra pessoa.

APÊNDICE 8

SIMBOLOGIA PARA ANÁLISE DOS DISCURSOS

(inserção dos trechos de discurso no software Qualiquantisoft[®])

1. **Amarelo**: pergunta do roteiro.
2. **Cinza**: Expressão-chave da resposta dada para a pergunta feita.
3. **Azul**: Expressão-chave da resposta dada para outra pergunta (anterior ou posterior).
4. **Negrito e vermelho**: ancoragem.
5. ~~Tachado~~: expressões que foram consideradas irrelevantes para a análise.