

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NO NÚCLEO DE  
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF):  
EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS**

TAMIRES ÁVILA RECH

Florianópolis (SC) 2015.

TAMIRES ÁVILA RECH

**ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NO NÚCLEO DE  
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF):  
EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito para  
obtenção do Título de Residente em  
Saúde da Família

**Orientadora:** Profa. Daniela Lemos  
Carceneri

**Co-orientadora:** Tatiane Meirelles  
de Deus

Florianópolis (SC) 2015.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rech, Tamires Ávila Rech

ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA  
FAMÍLIA (NASF): EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS / Tamires Ávila  
Rech Rech ; orientador, Profa. Daniela Lemos Carcereri ;  
coorientador, Tatiane Meirelles de Deus. - Florianópolis,  
SC, 2015.

78 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de  
Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Inclui referências

1. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. 3.  
Estratégia Saúde da Família. 4. Nutricionista no Núcleo de  
Apoio à Saúde da Família. 5. Atenção Básica. 6. Política  
Nacional de Alimentação e Nutrição. I. Lemos Carcereri,  
Profa. Daniela . II. Meirelles de Deus, Tatiane . III.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Residência  
Multiprofissional em Saúde da Família. IV. Título.

ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA  
FAMÍLIA (NASF): EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de residente em Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Florianópolis, 24 de fevereiro de 2015

BANCA EXAMINADORA



Daniela Lemos Carcereri - Presidente

Universidade Federal de Santa Catarina - Professora do Departamento de Odontologia,  
Coordenadora do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família



Fernanda Paese - Membro

Prefeitura Municipal de Florianópolis – Enfermeira, Supervisora da Atenção Primária  
do Distrito Sanitário Centro



Neila Maria Viçosa Machado - Membro

Universidade Federal de Santa Catarina - Professora do Departamento de Nutrição

## RESUMO

A Atenção Básica define as ações de saúde voltadas à promoção da saúde, à prevenção de doenças, à cura e a recuperação, nos âmbitos individual e coletivo. Para dar concretude ao novo modelo de atenção foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF) vista como uma estratégia ampla, qualificada e sólida que potencializa os princípios, diretrizes e fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o intuito de apoiar as equipes da ESF e ampliar a abrangência e a diversidade das ações foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF. O nutricionista é um dos profissionais que compõem a equipe NASF, e suas ações baseiam-se nas diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e busca desenvolver estratégias junto aos outros profissionais do NASF e às chamadas equipes básicas. Diante da crescente necessidade do fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no âmbito da atenção básica, o presente estudo pretende analisar a atuação do nutricionista no NASF a partir de experiências registradas na literatura. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio das bases de dados SciELO e LILACS buscando artigos originais, monografias, dissertações e teses sobre o tema, publicados nos anos de 2005 a 2014. O critério de inclusão levou em consideração os objetivos do trabalho tendo sido incluídos aqueles artigos que descreviam a atuação do nutricionista no NASF. A seleção deu-se por meio da leitura do título, resumo e objetivo de todos os artigos encontrados nas bases de dados. Após leitura do material selecionado, foram excluídos todos os que não apresentaram relação com o objetivo proposto. Foram selecionados 22 artigos para leitura completa e análise temática. Nesta etapa foram identificadas duas grandes categorias: A atuação do Nutricionista no NASF e Desafios para o trabalho do nutricionista no NASF. Na primeira categoria foram elencadas as seguintes sub categorias: Agenda NASF; Apoio Matricial; Trabalho Multiprofissional; Atendimento Individual; Educação Nutricional. E na segunda categoria foram relatadas os desafios e potencialidades com ênfase na formação do nutricionista para o trabalho no NASF e a gestão do processo de trabalho do nutricionista no NASF. Os achados apontam que em grande parte dos municípios brasileiros a atuação do nutricionista ainda precisa ser fortalecida. Entretanto registra que, mesmo com os percalços identificados, o trabalho do profissional de nutrição tem avançado. Este estudo ao observar as necessidades e

qualidades consequentes da atuação do nutricionista no NASF contribui para qualificar as ações no âmbito da alimentação e nutrição no SUS e reconhece que ainda há um longo caminho a ser percorrido para alcançarmos uma alimentação adequada e saudável a todos.

Palavras-chave: Atenção básica à saúde. Estratégia Saúde da Família. Núcleos de apoio à saúde da família. Nutricionista. PNAN.

## ABSTRACT

The Primary Care defines health actions aimed at health promotion, disease prevention, healing and recovering, the individual and collective levels. To give concreteness to the new care model was created in 1994 the Family Health Program (PSF), today the Family Health Strategy (FHS) seen as a broad, qualified and solid strategy that leverages the principles, guidelines and foundations of the Single System Health (SUS). In order to support the FHS teams and expand the scope and diversity of actions created the Center for Health Support Family (NASF). Nutritionists are professionals are part of the NASF team, and their actions are based on the guidelines of the National Policy on Food and Nutrition (PNAN) and they seek to develop strategies with other professionals NASF and so-called basic teams. Given the growing need to strengthen food and nutrition actions in the context of primary care, this study aims to analyze the dietitian's role in NASF from experiments recorded in the literature. The bibliographic research was conducted through SciELO and LILACS databases looking for original articles, monographs, dissertations and theses on the subject, published in the years 2005 to 2014. The inclusion criteria took into account the objectives of the work has been included those articles describing the nutritionist's role in NASF. The selection took place by reading the title, abstract and aim of all articles found in databases. After reading the selected material, we excluded those who had no relation to the proposed objective. We selected 22 articles to complete reading and thematic analysis. At this stage two broad categories were identified: The role of the nutritionist in NASF and Challenges for the nutritionist practice in NASF. In the first category were listed under the following categories: Calendar NASF; Matrix Support; Multidisciplinary work; Service Individual; Nutrition Education. And in the second category were reported the challenges and opportunities with emphasis on the formation of nutritionists to work in NASF and management Nutritionist work process in NASF. The findings show that in most Brazilian municipalities the nutritionist action still needs to be strengthened. However notes that, even with the identified obstacles, the work of the Nutrition professional has advanced. This study by observing the needs and Nutritionist performance of the resulting qualities in NASF contributes to qualify the actions within the food and nutrition in the

NHS and recognizes that there is still a long way to go to achieve a proper and healthy eating at all.

Keywords: Primary health care. Family Health Strategy. Cores to support family health. Nutritionist. PNAN.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS – Agente Comunitário de Saúde  
APS – Atenção Primária em Saúde  
CFN – Conselho Federal de Nutricionistas  
DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis  
DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensões  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PAS – Promoção da Alimentação Saudável  
PAB - Piso de Atenção Básica  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PSF - Programa de Saúde da Família  
PBF - Programa Bolsa Família  
PIDCP - Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos  
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição  
PNH - Política Nacional de Humanização  
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PTS - Projeto Terapêutico Singular  
RAS - Rede de Atenção à Saúde  
SAN - Segurança Alimentar e Nutricional  
SCIELO – Scientific Electronic Library Online  
SF – Saúde da Família

SISAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

VAN \_ Vigilância Alimentar e Nutricional

VD – Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	11
OBJETIVOS .....	16
Objetivo geral .....	16
Objetivos Específicos .....	16
REVISÃO DA LITERATURA .....	17
3.1 Atenção Básica no Brasil .....	17
3.1.2 O Nutricionista no NASF .....	25
3.2 O Direito Humano à Alimentação Adequada e a Segurança Alimentar e Nutricional: Conceito, Princípios e Políticas.....	27
METODOLOGIA.....	33
RESULTADOS .....	34
5.1 Atuação do Nutricionista na Atenção Básica pela Equipe NASF .....	35
5.1.1 Agenda NASF.....	37
5.1.2 Apoio Matricial.....	39
5.1.3 Trabalho Multiprofissional .....	42
5.1.4 Atendimento Individual.....	46
5.1.5 Educação Alimentar e Nutricional.....	48
5.2 Desafios e Potencialidades do Nutricionista na Equipe NASF .....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	63
REFERÊNCIA.....	69

## INTRODUÇÃO

As políticas de saúde no Brasil sofreram diversas mudanças ao decorrer dos anos, passando por um longo processo de lutas e movimentos sociais em busca de melhoras nas condições de saúde da população. Em torno dos anos 30 as políticas de saúde eram voltadas a atender interesses políticos e econômicos e se estabeleciam atrelada à política da previdência social, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais e garantia a saúde aos trabalhadores visando manter o indivíduo como força de trabalho produtivo. Os IAPs, que dispunham de recursos financeiros, construíram seus próprios hospitais e favorecia um processo de privatização de serviços assistenciais, privilegiando o setor privado. Nos anos 60 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), aumentou o poder de regulação do Estado sobre a sociedade (Menicucci, 2009; Paiva e Teixeira, 2014)

Em fins dos anos setenta, com a crise financeira mundial, o sistema capitalista entra em colapso, cresce o número de manifestações em prol do direito à liberdade de expressão e melhor qualidade de vida no Brasil, dentre eles, o Movimento pela Reforma Sanitária que reivindicava saúde para todos, não apenas para trabalhadores com carteira assinada. Esse movimento se articula no meio acadêmico, liderado por um conjunto de intelectuais, profissionais de saúde, militantes sindicalistas e de movimentos sociais que ao mesmo tempo que estimulavam o pensamento crítico que se desenvolvia nas universidades, promoviam avanços na luta pelo direito à saúde (Junior e Junior, 2006; Paiva e Teixeira, 2014).

Houve avanços no processo de discussão sobre saúde e em 1986 foi convocada a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, que é considerado um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil. Pela primeira vez incluiu a participação de diferentes atores sociais como: acadêmicos, profissionais da área de saúde, movimentos populares de Saúde, sindicatos, e mesmo grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde (Campos, 2007; Menicucci, 2009).

A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo e as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram promulgada na Constituição de 1988, onde define a saúde “direito de todos e dever do estado” e cria-se o Sistema Único de Saúde

(SUS), garantindo acesso universal e gratuito a todos os brasileiros (Brasil, 1988)

É um sistema público, financiado por recursos fiscais, baseia-se nos princípios da universalidade do atendimento, equidade e integralidade de seus serviços e ações, oferece atendimento nos três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. Surge com o objetivo de modificar a assistência à saúde da população e reorganizar a prática da atenção à saúde, busca substituir o modelo tradicional centrado no médico para um novo modelo assistencial visando à integração interdisciplinar (Junior e Junior, 2006; Campos, 2007).

A inclusão do SUS na Constituição Federal possibilita corrigir históricas injustiças sociais e a longa tradição de privatização pelas classes dominantes, sendo uma conquista nascida das lutas pela democracia no país. O SUS ainda está longe de ser o que todos idealizam, mas não restam dúvidas dos diversos avanços ao longo de seus 26 anos (Feuerwerker, 2005).

Para dar concretude ao novo modelo de atenção foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que hoje é denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2011b). Constituiu-se com a proposta de mudança, por ser considerado um modelo diferenciado de atenção primária à saúde, alterando o paradigma baseado em doenças e voltado ao hospital, para o de promoção de saúde, prevenção e cuidado às doenças crônicas, baseado no território de abrangência (Escorel *et al.*, 2007)

A necessidade de ampliar a abrangência e a diversidade das ações das equipes de Saúde da Família (SF), e assim alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, fez surgir a demanda por novos profissionais de saúde no âmbito do SUS. Mais uma vez, por meio da luta de militantes do SUS, e de forma especial, daqueles ligados aos processos de formação e implementação da ESF finalmente foi criado, em janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008). As equipes NASF foram constituídas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuar compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios, sob-responsabilidades das equipes de saúde da família, buscando qualificar e complementar o atendimento a população. O NASF foi criado para atuar na lógica do matriciamento, fundamentado na base conceitual da clínica ampliada que foi o princípio norteador de suas ações (Brasil, 2010a).

Inicialmente, com a Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, a proposta era de duas modalidades de NASF, o NASF 01, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. Cada um desses NASF vinculados a um mínimo de 08(oito) e máximo de 20(vinte) equipes de equipes de SF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. O NASF 02 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional, e se vincular a no mínimo 03(três) equipes de equipes de SF (Brasil, 2008).

A portaria 1.324 de 2012 redefine os parâmetros de vinculação dos NASF 01 e 02 e cria a modalidade NASF 03 (Brasil, 2012d):

<b>Modalidades</b>	<b>Nº de equipes vinculadas</b>	<b>Somatória das Cargas Horárias Profissionais</b>
NASF 1	5 a 9 equipe de SF e/ou equipe de AB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 equipe de SF e/ou equipe de AB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 equipe de SF e/ou equipe de AB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

*eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial*

O nutricionista é um dos profissionais que compõem a equipe NASF e, segundo o Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF, este deve desenvolver ações de promoção de práticas alimentares saudáveis e cabe a ele atuar de forma efetiva sobre os agravos e distúrbios alimentares e nutricionais que acometem a população em todas as fases da vida. A alimentação é um fator determinante da saúde, com isso torna-se primordial a assistência nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2010a).

Alguns determinantes merecem destaque no contexto das condições de saúde da população brasileira, a acelerada transição demográfica, epidemiológica e nutricional relacionada com o atual perfil de morbidade da população brasileira demonstra uma grande demanda decorrente de agravos que acompanham as doenças crônicas não transmissíveis e as deficiências nutricionais (Boog, 2008).

De acordo com a Lei Orgânica de Saúde (Lei Nº 8.080/1990) é previsto que as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, neste sentido é criada, em 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que propõe, por meio de um conjunto de políticas públicas, respeitar, proteger e promover o direito humano à alimentação adequada e a segurança alimentar e nutricional. É considerado o primeiro documento que traz o enfoque da alimentação e nutrição no cenário brasileiro e se constitui como elo potencial com o SUS (Brasil, 1990; 1999b).

A PNAN surgiu para fortalecer a questão alimentar e nutricional na agenda das políticas públicas do setor saúde, se baseia pelo perfil epidemiológico, demográfico e social da população e sua implantação deve responder à contradição entre a fome e o excesso de peso, levando em conta a atual situação alimentar e nutricional do país. Estudo realizado pelo Ministério da Saúde acerca do desempenho da PNAN demonstrou seu papel de referência regulatória, política, técnica e ética para os profissionais de nutrição que trabalham na área da Saúde Coletiva (Brasil, 2009). As ações do nutricionista NASF, baseando-se nas diretrizes da PNAN, busca desenvolver estratégias junto aos outros profissionais do NASF e às equipes de SF, para intensificar e qualificar as ações que colaborem com práticas alimentares saudáveis considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território adstrito (Boog, 2008; Recine e Vasconcellos, 2011).

Torna-se evidente a necessidade do fortalecimento das ações intersetoriais no âmbito da alimentação, de modo que busque promoção de práticas alimentares saudáveis, garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo, prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e o estímulo às ações que propiciem o acesso universal aos alimentos (Ferreira e Magalhães, 2007).

Diante disso, o presente estudo apresenta uma revisão de literatura sobre a atuação do nutricionista do NASF entre os anos de 2005 a 2014. Os dados foram analisados a partir dos referenciais teóricos da atenção básica à saúde no SUS e do conceito e princípios de segurança alimentar e nutricional. Pretende conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelo nutricionista no NASF, observando as necessidades e qualidades consequentes deste processo e contribuir para qualificar as ações no âmbito da alimentação e nutrição SUS.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Analisar a atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir de experiências encontradas na literatura.

### **Objetivos Específicos**

- Descrever o processo de trabalho do nutricionista no NASF
- Identificar os fatores que desafiam o trabalho do nutricionista no NASF

## REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1 Atenção Básica no Brasil

A Atenção Primária à Saúde (APS) é vista internacionalmente como uma estratégia de organização da atenção à saúde, integra ações preventivas e curativas ao indivíduo e a comunidade, com intuito de responder de uma forma regionalizada, contínua e sistematizada para as necessidades de saúde da população. A priorização do cuidado pela atenção primária, estando ao alcance das famílias e da comunidade no território já vem sendo discutida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1978, onde foi realizada a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, que apontava a APS como principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos (Alma-Ata, 1978; Gil, 2006).

No Brasil, é incorporada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e adota a designação de Atenção Básica à Saúde (ABS). Essa designação foi proposta pela Reforma Sanitária Brasileira como uma estratégia de atenção integral à saúde e articulada ao sistema de saúde de base universal, na época o termo “Atenção Primária à Saúde” refletia, do ponto de vista ideológico, uma concepção seletiva focalizada que era defendida por organismos internacionais (Gil, 2006; Mello *et al.*, 2009).

Durante o Movimento da Reforma Sanitária, na década de 1980, predominou a preocupação em assegurar a universalidade e integralidade do sistema de saúde, bem como a dificuldade de conseguir atender aos problemas decorrentes da transição epidemiológica e demográfica. A partir de 1990 se deu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8.080 em 19 de setembro de 1990 (Lei nº 8.080/1990), o que representou a importante tarefa de transformar em realidade os dispositivos definidos no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, no qual está estabelecido que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

É um sistema público e gratuito que oferece atendimento nos três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. Financiado

com recursos fiscais, o SUS fundamentou-se em três princípios básicos: a **universalidade** do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; a **descentralização** em direção aos estados e municípios e responsabilidades dos três níveis de governo; e a **participação popular** na definição da política de saúde e o acompanhamento de sua execução (Brasil, 1990)

A organização da assistência foi o foco desde o início da implantação do SUS, um dos principais desafios era substituir o modelo centrado em hospital de livre demanda, preservando os princípios de universalidade e integralidade. Entretanto nos primeiros anos da implantação do SUS este sistema não encontrou apoio nas políticas governamentais e nem aporte necessário para recursos. O modelo assistencial predominante era caracterizado pela prática médica voltada para uma abordagem biológica e intra-hospitalar gerando uma baixa cobertura e resolubilidade, além da utilização irracional dos recursos tecnológicos. Desta forma, a rede básica de saúde, constituída pelos centros, postos e unidades básicas de saúde (UBS), se encontrava desqualificada aos níveis secundário e terciário, que se tornavam a porta de entrada do sistema, gerando uma insatisfação nos gestores do sistema, dos profissionais de saúde e entre os usuários (Campos, 2007; Menicucci, 2009).

Segundo Feuerwerker (2005), o enfoque na atenção básica pode representar mudança no modelo assistencial e contribuir para maior eficiência no sistema, resolvendo até 80% dos problemas de saúde. Isso se dá pelo fato da atenção básica ter uma maior proximidade ao cotidiano da vida das pessoas em seus territórios, com isso a possibilidade de melhor identificação e intervenção das necessidades de saúde.

Vendo a necessidade de uma melhora na atenção primária, foram adotadas medidas mais efetivas para viabilização da mudança do modelo e a partir de 1991 é criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) incorporando para atenção básica os agentes comunitários de saúde (ACS), devendo ser moradores da comunidade, que atuam numa área de abrangência territorial definida, tendo a família e o domicílio como unidade de atenção, são capacitados para reunir informações de saúde sobre uma comunidade, sendo orientados e acompanhados por enfermeiros (Brasil, 1999a; 2002b). Visando superar o sistema de saúde moldado para assistência médica curativa e de baixa resolubilidade, o Ministério da Saúde (MS) lança, em 1994, o Programa

Saúde da Família (PSF), agora nomeado Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentando uma proposta de resolver 85% dos problemas de saúde da população da área de abrangência do programa, levando a saúde para mais perto das famílias. Colocando enfoque na promoção e prevenção e buscando ampliar o acesso e uma melhora na eficácia das ações, servindo de “porta de entrada” para os outros níveis do sistema de saúde – média e alta complexidade (Brasil, 2011a).

O modelo preconiza uma equipe de Saúde da Família (SF) de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Importante destacar que a equipe de SF de uma comunidade específica é diferenciada das demais equipes, pois ela deve levar em conta as prioridades do território adstrito, com suas potencialidades e limitações (Escorel *et al.*, 2007; Brasil, 2012c)

O trabalho das equipes não deve estar centrado na UBS e sim no território, mais precisamente nas famílias, considerados os espaços e lugares construídos socialmente e por esse motivo estão sempre em permanente construção. Entretanto não se deve considerar o território somente como espaço físico, mas sim o conjunto de sistemas que englobam os indivíduos e as instituições e suas várias dimensões. As inter-relações entre pessoas e a organização da sociedade, a partir das suas crenças, valores e cultura fazem com que o território não seja apenas um espaço geográfico, mas sim um espaço vivo (Feuerwerker, 2005; Escorel *et al.*, 2007).

Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria nº 648/GM, o MS institucionaliza ao invés de “Programa de Saúde da Família (PSF)” o termo “Estratégia Saúde da Família (ESF)”, que já vinha desde 1996 sendo estimulado pelo governo federal, vinculado à ideia de verticalidade e transitoriedade, indicando assim uma noção de estabilidade a política. A ESF se consolidou prioritária para reorganização da Atenção Básica, desenvolvida por práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados e considerando a diversidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o

primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos (Escorel *et al.*, 2007; Brasil, 2012c).

Esta política é orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social. De acordo com Giovanella *et al.* (2009) os países cujos sistemas de saúde se organizam com base nesses princípios conseguem promover o desenvolvimento social independentemente do nível de desigualdade e alcançam melhores resultados em saúde, maior satisfação dos usuários e menor custo.

Com a criação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio da Portaria GM/MS nº 4.279, houve um fortalecimento nas articulações dos níveis de complexidade, exigindo que seja crescente e ordenada pela atenção primária. As “Diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS” surgiram com objetivo de avanço do processo de efetivação do SUS, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde para uma maior eficácia na produção de saúde e melhoria da gestão. Buscam garantir a integralidade do cuidado, ser mais resolutiva e equitativa, contribuem para que as ações estejam em consonância com os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e grupos sociais do território. Amplia as ações intersetoriais e de promoção da saúde e torna a atenção básica o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (Brasil, 2010c)

Ao atuar como primeiro contato sobre as condições de saúde da população, a equipe de SF, atende um dos campos de ação prioritários para a promoção da saúde. Deve incentivar o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais buscando uma vida mais saudável através de alimentação, moradia, lazer, condições de trabalho, educação, ecossistema estável, paz, proteção, justiça e equidade social entre outras coisas (Giovanella *et al.*, 2009; Brasil, 2012c).

A promoção da saúde vai muito além de ações de saúde, deve ser interpretada como ações que propõem a melhorar as condições dos indivíduos através do ambiente onde vivem. Segundo a Carta de Ottawa, apresentada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, defini que “promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde”. Esta carta representa um conceito amplo de saúde e coloca cinco ações como prioritária para se realizar a promoção de saúde: as políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; fortalecimento da ação

comunitária; desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais; e reorientação dos serviços de saúde e da saúde pública (Brasil, 2002a; Heidmann *et al.*, 2006)

No Brasil, tem se falado sobre promoção da saúde desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde enfatiza que para haver saúde não basta a prevenção de doenças. Somente em 2006 surge a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que pressupõe mudança no modo de planejar e realizar a atenção básica, traz consigo o objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.” Pode-se dizer que há um vínculo entre a Promoção da Saúde e a implantação do SUS que amplia o conceito de saúde e representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população (Brasil, 2012c).

Quando se trata da Promoção da Saúde, torna-se evidente a importância do trabalho multiprofissional, com participação de vários profissionais da saúde. Então com o intuito de apoiar a ESF na atenção básica, criou-se em janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da publicação da Portaria Federal nº154, de 24 de janeiro de 2008 (Portaria Federal nº154/2008), tendo por objetivo aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde e nas ESF ampliar a abrangência e a diversidade das ações, visando uma melhor qualidade do atendimento para os usuários da Atenção Básica à Saúde. As equipes NASF têm o objetivo de fortalecer as oito diretrizes na atenção a saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente, a promoção da saúde e a humanização (Brasil, 2008).

O NASF é classificado em três modalidades distintas (NASF 01, NASF 02 ou NASF 03), ficando vetada a implantação de mais de uma modalidade no mesmo município. O NASF 01 está vinculado no mínimo 05(cinco) e no máximo 09(nove) equipe de SF e/ou as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde; o NASF 02, vinculado a no mínimo 03(três) e no máximo 04(quarto); e o NASF 03, vinculado a no mínimo 01(um) e no máximo 02(dois) abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família. O NASF 01 deverá ser composto por no mínimo cinco

profissionais de nível superior e o NASF 02 e 03 por no mínimo três profissionais de nível superior (Brasil, 2008).

<b>Modalidades</b>	<b>Nº de equipes vinculadas</b>	<b>Somatória das Cargas Horárias Profissionais</b>
NASF 1	5 a 9 equipe de SF e/ou equipe de AB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 equipe de SF e/ou equipe de AB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 equipe de SF e/ou equipe de AB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

*eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial*

O NASF não constitui porta de entrada, atua na lógica do apoio matricial, deve participar compartilhando e apoiando as práticas em saúde com foco nos territórios e sob responsabilidade das ESF, visando aumentar a resolubilidade das ações, com a incorporação de novos saberes, além de qualificar o olhar e a escuta das equipes de Atenção Básica. Prevê o encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando para um acompanhamento longitudinal. Prioriza o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, gerando experiência para todos profissionais envolvidos (Brasil, 2010a)

De acordo com Fagundes (2013) o modelo de trabalho em equipe se refere à ação em conjunto com outros profissionais que tem a finalidade de atingir objetivos comuns com responsabilidade e compromissos compartilhados por meio de um modelo comunicativo aberto e efetivo. O trabalho em uma equipe multiprofissional tem como

base a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Considerada uma modalidade de trabalho coletivo através das diferentes interações disciplinares, se dá por meio da comunicação, da articulação das ações multiprofissionais e a cooperação e vem sendo reconhecido e incorporado de forma progressiva nas práticas diárias na saúde.

A articulação do trabalho em equipe requer que cada profissional tenha conhecimento acerca das ações individuais do outro, e o reconhecimento de suas necessidades na atenção integral à saúde, assim deve-se trabalhar de acordo com os limites e especificidades de cada formação. Apesar de aprendermos durante a formação para atuar individualmente, há uma grande necessidade de trabalho multiprofissional voltado ao cuidado integral à saúde das pessoas e consequentemente a melhora da qualidade de vida da comunidade, tendo um olhar das necessidades de saúde da população com uma abordagem integral (Nascimento e Oliveira, 2010; Fittipaldi, 2013).

As intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, porém, sempre sob encaminhamento das equipes através de discussões e matriciamento, o atendimento direto e individualizado ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias. O processo de trabalho do NASF se dá com foco nos territórios de sua responsabilidade, adota a clínica ampliada como a principal ferramenta para atingir os seus objetivos, é considerada a soma de saberes para um compromisso com o sujeito visto de modo singular, no seu cotidiano, suas relações afetivas, seu trabalho, aspectos culturais, entre outros. Tem a necessidade de construções interdisciplinares e intersetoriais. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), a clínica ampliada ajuda os profissionais da saúde e os usuários a lidar com a complexidade dos sujeitos e os problemas de saúde, fazendo que as doenças, mesmo sendo um limite, não impeçam de viverem outras coisas na vida. É apoiada com três componentes tecnológicos: Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST) (Brasil, 2010b; 2014).

O apoio matricial trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, mecanismos de referência e contra-referência, pretende oferecer retaguarda assistencial relacionada ao cuidado do indivíduo até o suporte técnico-pedagógico complementado com o processo de trabalho em 'equipes de referência', sendo estas as Equipes de Saúde da Família (Fittipaldi, 2013).



Depende da construção compartilhada entre a equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial, que são representados pelos profissionais do NASF. Um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Pode ser operacionalizado por intermédio de diversas ações: atendimento compartilhado, estudos de casos, projetos terapêuticos singulares, atendimento em conjunto, ações no território, além de ações educativas (Brasil, 2014).

O apoio matricial implica na construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual se baseia em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultantes da discussão de uma equipe multidisciplinar, com apoio matricial, se necessário, destinadas tanto ao indivíduo como às famílias, tendo a singularidade como elemento principal. Utilizado quando a equipe de saúde necessita de diversos saberes para traçar estratégias de intervenção junto ao usuário, levando em conta os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito. O PTS atua em quatro momentos: diagnóstico; definição de metas terapêuticas; divisão de responsabilidades entre os profissionais de saúde envolvidos; reavaliação (Brasil, 2010a; Cunha e Campos, 2011).

Já o Projeto de Saúde no Território (PST) é uma estratégia das equipes de SF e do NASF que busca articular as complexidades individuais e coletivas de intervenção, tendo como ponto de partida os determinantes sociais da saúde. Pretende ser uma estratégia para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em determinado território, as quais tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (Brasil, 2010a).

As ações do NASF são distribuídas entre nove áreas estratégicas: saúde da criança e do adolescente; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares e Alimentação e Nutrição (Brasil, 2010a).

A equipe do NASF deve ser definida mediante os critérios de prioridade e necessidades do território, através dos próprios gestores municipais e as equipes de SF. Deve ser constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atuarem juntamente com a equipe de SF tornando um trabalho coletivo, realizado por profissionais de saúde

que assumam posturas e práticas distintas com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade. Dentre eles, o nutricionista, que vem pôr em prática o compromisso da integração de alimentação e nutrição com o setor da saúde e colocando em prática os componentes de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) visando o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) na Atenção Básica à Saúde (Geus *et al.*, 2011; Brasil, 2012b; Fittipaldi, 2013).

### **3.1.2 O Nutricionista no NASF**

O profissional de nutrição na Atenção Básica de Saúde deve atuar prioritariamente no âmbito familiar e comunitário. De acordo com o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) deve trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família e os demais profissionais do NASF e também com setores responsáveis pela gestão de ações de alimentação e nutrição no município. As ações de nutrição e alimentação deverão ser apoiadas pelo nutricionista NASF de maneira indireta, a partir de planejamento, elaboração de protocolos de atendimento e encaminhamento e educação continuada dos profissionais de saúde das equipes de SF de sua área de abrangência, visando qualificar a atenção à saúde da população e melhorar sua resolubilidade. Deve ainda, atuar de forma efetiva sobre os agravos e distúrbios alimentares e nutricionais que acometem a população, e contribuir para segurança alimentar e nutricionais (Cfn, 2008).

A escolha do profissional de nutrição para integrar as equipes do NASF se dá através dos gestores municipais, de acordo com a necessidade dos locais. Cabe ao nutricionista elaborar, revisar, adaptar, padronizar e definir os protocolos de atenção nutricional, individual e coletiva juntamente com os profissionais da respectiva equipe SF e do NASF. Deve sempre considerar os protocolos ou outra norma técnica estabelecida pelo Ministério da Saúde, dos gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal (Brasil, 2014).

Vale ressaltar que o nutricionista acompanhe, junto às equipes de SF, o processo de territorialização, com mapeamento do território e o diagnóstico de agravos à saúde. Através disso, cabe ao profissional de nutrição do NASF desenvolver estratégias para identificar problemas relacionados à alimentação e nutrição e desenvolver ações de promoção da alimentação saudável e de prevenção de agravos relacionados à alimentação e nutrição (Geus *et al.*, 2011; Amaral, 2013).

É de grande importância que as equipes de SF juntamente com o NASF incluam em seu processo de territorialização a identificação de locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, observando sempre os costumes e tradições alimentares locais, de tal forma que possam relacionar com os hábitos alimentares e o estado nutricional da população assistida (Brasil, 2010a; Jaime *et al.*, 2011)

De acordo com o Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF de 2010, há algumas atividades relacionadas a ações de alimentação e nutrição que devem compor uma agenda programática da ABS, entre elas:

1. Incentivo, apoio e proteção ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável.
2. Realização de a vigilância alimentar e nutricional (SISVAN), com vistas ao monitoramento do estado alimentar e nutricional da população atendida no território, com identificação de risco nutricional precoce e pronto atendimento.
3. Desenvolvimento de programas de suplementação preventiva com micronutrientes (ferro, ácido fólico e vitamina A).
4. Cuidado nutricional para grupos populacionais portadores de agravos específicos (desnutrição, risco nutricional, hipertensão, diabetes, obesidade, HIV/AIDS, necessidades alimentares específicas, entre outros).
5. Acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, no âmbito municipal. (Brasil, 2010a)

O atendimento clínico individual faz parte apenas ocasionalmente das atribuições regulares dos profissionais do NASF. Em condições que o usuário necessitar de cuidado nutricional específico, deve ser realizado um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e ser acompanhado diretamente pelas equipes de SF, sob orientação do NASF (Brasil, 2014).

Na lógica desse modelo de atenção, o NASF organiza seu processo de trabalho com foco no território, com isso deve ser organizada uma agenda e constantemente revistas, em conjunto com a equipe de SF, onde incluam tempo para as reuniões entre a equipe do NASF/ Gestão e com as equipes de SF. Deve reservar períodos para o atendimento compartilhado com outros profissionais de saúde e

atendimento familiar e/ou individual, se necessário. Parte deve ser reservada para atividades pedagógicas e deve constar disponibilidade de tempo reservado para as ações no território junto às equipes de SF como: visita domiciliar, grupos de educação em saúde/atividades comunitárias, educação permanente (Brasil, 2014).

A educação permanente consiste em realizar atividades com vista a qualificar a equipe para aprimorar a atenção nutricional, a partir de metodologia participativa e de troca de conhecimentos entre os profissionais e entre os profissionais com a população. Cabe a toda a equipe do NASF e a equipe de SF, não apenas ao nutricionista, conhecer e divulgar as instâncias legais, os mecanismos de exigibilidade ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), as normas e protocolos municipais de vigilância e de apoio às famílias e pessoas nas situações de risco social (Vasconcelos *et al.*, 2008; Morais, 2011)

### **3.2 O Direito Humano à Alimentação Adequada e a Segurança Alimentar e Nutricional: Conceito, Princípios e Políticas**

A segurança alimentar e nutricional está fortemente ligada com o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). É um direito que faz parte dos direitos fundamentais da humanidade, que foram definidos por um pacto mundial, Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP), do qual o Brasil é signatário. Referem-se a um conjunto de condições que asseguram que todos os seres humanos, sem nenhum tipo de discriminação, devem levar uma vida digna, desenvolvam suas capacidades, com acesso à liberdade, à igualdade, ao trabalho, a terra, à saúde, à moradia, à educação, à água e alimentos de qualidade. E cabe ao poder público adotar políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população (Brasil, 1992)

A violação do direito humano à alimentação adequada coloca em risco o direito à vida. Esse direito consiste não somente no combate a fome e desnutrição, mas sim na garantia de acesso diário, de forma sustentável, aos alimentos em quantidade e qualidade suficientes para atender às necessidades nutricionais dos indivíduos e garantir a manutenção da saúde (Brasil, 2012a).

No Brasil a segurança alimentar e nutricional (SAN), vem sendo debatida há pelo menos 20 anos. Atualmente é adotado o seguinte conceito de SAN:

“a garantida de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (Brasil, 2006)

Esse entendimento foi afirmado pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República, no dia 15 de setembro de 2006, que trouxe um importante avanço ao considerar a promoção e garantia do DHAA. Esta lei também instituiu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN - com objetivo de formular e implementar políticas e planos de SAN, estimular a integração dos esforços entre governo e sociedade civil, bem como promover o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da segurança alimentar e nutricional no país (Brasil, 2006)

Anteriormente à aprovação da LOSAN, já se falava de ações de alimentação e nutrição, de fato a ligação com o setor saúde ficou ainda mais forte a partir da década de 1980, nesse período as ações eram mais voltadas ao controle da desnutrição, principalmente no segmento materno-infantil (Recine e Vasconcellos, 2011). A partir da publicação da Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/90) em 1990, ações de nutrição e alimentação foram priorizadas e incluídas ações de vigilância nutricional e orientação alimentar. A publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em 1999, se constituiu o compromisso do Ministério da Saúde com a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e controle dos agravos nutricionais relacionados à insegurança alimentar e nutricional (Brasil, 2012b)

Para o alcance do propósito e uma melhor eficácia nas ações da PNAN foram definidas algumas diretrizes que servem de base conceitual para a elaboração e implantação dos programas e projetos em alimentação e nutrição: a garantia da segurança e qualidade dos alimentos; o monitoramento da situação alimentar e nutricional no país; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição; o estímulo de ações intersetoriais, com vistas ao acesso universal aos alimentos; promoção do desenvolvimento de linhas

de investigação; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (Brasil, 2012b).

A PNAN prioriza que todo ser humano tenha direito a uma alimentação de qualidade e adequada, para assim possibilitar um melhor potencial de crescimento e desenvolvimento humano, tanto em qualidade de vida como em cidadania, esse conceito tem se tornado cada vez mais importante com a atual situação epidemiológica do país (Brasil, 2012b).

O Brasil tem vivido, nos últimos anos, uma acelerada transição demográfica, epidemiológica e nutricional. A rápida transição demográfica reflete em indicadores positivos de melhora na expectativa de vida da população, caracterizada pela redução da taxa de fecundidade e o aumento no envelhecimento da população brasileira. O aumento da população idosa traz consigo mudanças nos padrões de morbimortalidade, considerada a chamada transição epidemiológica (Ferreira e Magalhães, 2007)

A transição nutricional se configura pelas mudanças no padrão alimentar, conseqüente das transformações demográficas e epidemiológicas. Pode-se afirmar que no momento o Brasil está passando por uma rápida transição nutricional, que chama atenção um intrigante paradoxo, a concomitância de desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis coexistindo nas mesmas comunidades e muitas vezes, no mesmo domicílio. O perfil nutricional e alimentar está diretamente vinculado ao padrão de morbimortalidade, um indivíduo bem nutrido possui maior resistência imunológica e conseqüentemente, menos riscos de infecções e doenças decorrentes da má alimentação, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças coronárias (Jaime *et al.*, 2011; Taddei *et al.*, 2011).

Os agravos nutricionais, de diferentes categorias e magnitudes, assumem diversas configurações epidemiológicas e estão presentes desde a concepção até a velhice. Segundo o Ministério da Saúde ao mesmo tempo em que o Brasil comemora resultados positivos na luta contra desnutrição, observa um considerável aumento na incidência de excesso de peso e Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (Brasil, 2012b)

Historicamente têm ocorrido diversas mudanças políticas, socioeconômicas, tecnológicas e demográficas que influenciam nas escolhas e modos de vida da população, de modo que algumas dessas

transformações ocorreram no campo da alimentação, assim como consequência na forma de produzir, comercializar, preparar e consumir os alimentos (Ferreira e Magalhães, 2007)

O aumento no poder de compra proporciona à população mais carente a aquisição de alimentos básicos (arroz, feijão, verduras..), entretanto também estimula a compra de outros alimentos considerados supérfluos (processados e prontos para consumo) e mais valorizados, por já serem consumidos pelos demais estratos da população. Com o aumento do uso desses alimentos industrializados a alimentação se dá em função do consumo do alimento e não dos nutrientes que os alimentos proporcionam ao corpo. Além desses hábitos estarem causando danos a saúde do brasileiro ocorre uma perda da identidade dos valores tradicionais e culturais daquela população (Coutinho *et al.*, 2008; Recine e Vasconcellos, 2011).

Assim, a insegurança alimentar, passa tanto pela fome e desnutrição, como também pelos agravos ligados aos hábitos alimentares inadequados, como a obesidade. É evidente a necessidade de ações bem direcionadas ao incentivo e resgate de práticas alimentares promotoras da saúde, de fato quando se promove e facilita o acesso da comunidade aos conhecimentos sobre os cuidados para uma vida e alimentação saudáveis, possibilita a elas uma apropriação de tais conhecimentos, e a capacidade e autonomia para gerirem sua própria saúde e nutrição. Neste sentido a importância do profissional da saúde, em especial o nutricionista, na promoção de uma alimentação saudável e adequada para população (Jaime *et al.*, 2011)

O âmbito da saúde pública, principalmente a Atenção Básica, requer uma ampla articulação intra e intersetorial, para a melhoria das condições de saúde da população brasileira, requer o envolvimento de diversos setores como a agricultura, o desenvolvimento agrário, o desenvolvimento social e o combate à fome, a pecuária, a indústria, a educação, entre outros (Recine e Vasconcellos, 2011; Brasil, 2012b)

Com o passar dos anos ocorreram avanços importantes do ponto de vista da qualificação das ações de alimentação com integração destas na atenção básica. No âmbito do SUS, a PNAN prevê ações específicas para a promoção da alimentação saudável a partir de estratégias de articulação transversal entre os diversos setores públicos, sociais e a comunidade, observando critérios de risco e vulnerabilidade. As ações devem desenvolver as habilidades e competências, buscando uma autonomia dos indivíduos, famílias e comunidades, considerando os

determinantes sociais da saúde e as necessidades de cada território (Brasil, 2012b).

Em geral, na atual situação nutricional, em um país como o Brasil, onde as desigualdades regionais são expressivas, é importante destacar que as estratégias de saúde pública devem dar conta de um modelo de atenção à saúde que prioriza ações preventivas no tratamento da obesidade, carências nutricionais e garantia da oferta de alimentação adequada e saudável, levando em conta a importância do apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável (Ferreira e Magalhães, 2007; Recine e Vasconcelos, 2011).

No intuito de identificar e diagnosticar a situação alimentar da população, deve-se utilizar sistemas de informação em saúde, entre eles o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Preconizado na década de 70, recomendado pela Organização Mundial de Saúde - OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, teve como objetivo inicial:

“(...) monitorar as condições dos grupos desfavorecidos da população de risco, e proporcionar um método de avaliação rápida e permanente de todos os fatores que influenciam os padrões de consumo alimentar e o estado nutricional.” (Brasil, 2012b)

Atualmente está instituído no âmbito da atenção básica de saúde e tem a responsabilidade de monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases da vida, assim fazendo-se cumprir a terceira diretriz da PNAN que se refere ao "Monitoramento da situação alimentar e nutricional" (Brasil, 2006)

O SISVAN tem sua base de informações oriunda da rotina da atenção básica de saúde, em especial das equipes de saúde da família. Possibilita aos profissionais da saúde a constante avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, auxilia no monitoramento das condições nutricionais, identificando as prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população e, conseqüentemente, a prevenção e o controle dos agravos decorrentes da má alimentação. Além disso, promover a vigilância alimentar e nutricional de povos e comunidades tradicionais e de grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e iniquidade. Atualmente, também é utilizado para medir os resultados alcançados pelos gestores de saúde das esferas estadual e municipal no cumprimento das metas de alimentação e nutrição assumidas. Enfim, por meio do SISVAN é possível visualizar a



real situação da população de modo a orientar as políticas públicas nas três esferas de governo (Brasil, 2006; 2012b)

Diante deste cenário epidemiológico, os profissionais da Atenção Básica possuem um papel primordial nas ações de caráter individual e coletivo. A inserção dos profissionais de nutrição no NASF tem um importante papel, pois é considerada a referência técnica para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, que vai desde o diagnóstico da situação de segurança alimentar e nutricional do território, até o atendimento individualizado dos casos que assim necessitem. Busca articular estratégias de ação, junto ao território, que visam o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (Jaime *et al.*, 2011; Brasil, 2012a).

A PNAN destaca que a educação permanente em saúde é considerada a principal estratégia para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular. Vale resaltar que a educação alimentar e nutricional não se resume em transmitir informações corretas, o processo vai muito além da forma didática, deve existir uma troca de saberes, buscando uma representação do significado simbólico dos alimentos para os sujeitos e a construção de novos sentidos para o ato de comer. Cabe ao profissional apreender a maneira como é vivenciado o problema alimentar, tanto na relação do consumo propriamente dito, como nas questões de natureza subjetiva e interpessoal que estão ligadas no comportamento alimentar daquele sujeito ou da população local (Brasil, 2012b; a).

Assim, não existe ‘um modelo único’ e sim adaptações conforme as necessidades da população atendida e sua capacidade de resposta das necessidades, que podem variar de uma comunidade para outra. Logo, o nutricionista enquanto membro da equipe NASF tem papel fundamental na comunidade, independente do território e do modelo local de atenção à saúde, espera-se que o profissional esteja atuando para aumentar a resolubilidade e a efetivação integrada do cuidado, buscando uma troca de saberes e sempre apoiando o desenvolvimento de habilidades pessoais e a participação popular (Geus *et al.*, 2011; Brasil, 2012a).

## METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão da literatura sobre o tema da atuação do nutricionista no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio das bases de dados SciELO, LILACS buscando artigos originais, monografias, dissertações e teses sobre o tema, publicados nos anos de 2005 a 2014.

Foi também realizado levantamento de documentos em *sites* institucionais como o do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA).

As palavras-chave utilizadas incluíram os seguintes termos: Nutrição no Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Atenção Básica; Nutricionista na Atenção Básica; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição no SUS.

O critério de inclusão levou em consideração os objetivos do trabalho tendo sido incluídos aqueles artigos que descreviam a atuação do nutricionista no NASF. A seleção deu-se por meio da leitura do título, resumo e objetivo de todos os artigos encontrados nas bases de dados. Após leitura do material selecionado, foram excluídos todos os que não apresentaram relação com o objetivo proposto. Foram selecionados 22 artigos para leitura completa e análise temática. Nesta etapa foram identificadas duas grandes categorias: A atuação do Nutricionista no NASF e Desafios para o trabalho do nutricionista no NASF.

Na primeira categoria foram elencadas as seguintes subcategorias: Agenda NASF; Apoio Matricial; Trabalho Multiprofissional; Atendimento Individual; Educação Nutricional. E na segunda categoria foram relatadas os desafios e potencialidades com ênfase na formação do nutricionista para o trabalho no NASF e a gestão do processo de trabalho do nutricionista no NASF.

O capítulo a seguir apresenta e discute os artigos segundo os temas identificados

## **RESULTADOS**

Foram selecionados 22 artigos a maioria deles produzidos na região nordeste. Este capítulo apresenta as duas grandes categorias encontradas e suas respectivas subcategorias conforme o quadro a seguir:

---

Atuação do Nutricionista na atenção básica pela equipe NASF

---

-Agenda NASF

---

-Apoio Matricial

---

-Trabalho Multiprofissional

---

-Atendimento Individual

---

-Educação Nutricional

---

Desafios e Potencialidades do nutricionista na equipe NASF

## **5.1 Atuação do Nutricionista na Atenção Básica pela Equipe NASF**

Analisando a trajetória da profissão do Nutricionista no Brasil, entre as décadas de 1940 e 1960 as principais áreas de atuação desse profissional eram a Nutrição Clínica e a Alimentação Coletiva. A partir dos anos 70 ocorreu uma expansão da atuação do nutricionista na área de Saúde Pública (Taddei *et al.*, 2011). Uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Nutricionista (CFN) mostra que em 2006 havia 2.492 nutricionistas atuantes no Brasil, sendo que apenas 8,8% estavam na área de Saúde Pública, como consequência da implantação das equipes NASF este número vem aumentando cada vez mais. (Barros e Junior, 2012)

Para o profissional nutricionista, o NASF é um novo campo de atuação e uma oportunidade para este demonstrar a sua importância no trabalho da atenção básica à saúde. Dados relativos indicam um total de 1.609 equipes NASF implantadas no período de 2008 a 2011, tendo 1.234 nutricionistas inseridos nestas equipes em todo país, o que equivale a 76% de participação deste profissional nas equipes, fato que indica o reconhecimento e a importância do componente alimentar e nutricional como determinante de saúde.

Uma pesquisa realizada no ano de 2011 mostra que Minas Gerais era o estado que possuía o maior número de municípios com cobertura da ESF naquele ano, consequentemente com o maior número de NASF, sendo 251, com uma participação de 185 nutricionistas em suas equipes, o que equivale a 74% (Silva, 2013). Em relação às regiões do país, observa-se que a região Nordeste é a que detém o maior número de nutricionista atuando nas equipes NASF, com 595 profissionais, perfazendo 48,2% do total de nutricionistas inseridos no NASF em todo país (Silva, 2013). Este dado pode se relacionar à desigualdade no que se refere à distribuição geográfica, sendo que nesta região, há uma maior presença de vulnerabilidade social e famílias vivendo em situação de insegurança alimentar, que está diretamente relacionada a problemas de acesso à alimentação adequada e associada com diversos distúrbios nutricionais. Nas regiões mais vulneráveis do Brasil torna-se fundamental integrar as equipes com seus conhecimentos sobre alimentação e nutrição e assim propor as orientações dietéticas adequadas à realidade de cada unidade familiar (Brasil, 2012a; Cervato-Mancuso *et al.*, 2012).

A demanda populacional para tratamento de agravos nutricionais é um grande desafio para a atenção básica, pois deve viabilizar um modelo de assistência que atenda, cure, oriente e promova coparticipação dos usuários com base em práticas promotoras de saúde. E sabemos que a escolha dos alimentos não é somente uma decisão individual, mas estão relacionados com a questão familiar e social, em geral, não são determinadas apenas pelas preferências e hábitos, mas também pelo sistema de abastecimento de alimentos. A pobreza, exclusão social e a falta de uma informação qualificada restringem a escolha de uma alimentação mais adequada e saudável (Boog, 2008; Brasil, 2012a).

Todos os esforços necessários para que o direito humano a uma alimentação adequada seja garantido estão voltados às competências e habilidades dos profissionais envolvidos. Desta forma é possível afirmar a importância da atuação do nutricionista neste processo bem como exercer suas funções em consonância com os requisitos do SUS. O cuidado nutricional é desenvolvido através de ações que devem ser conhecidas e divulgadas, não somente pelo nutricionista, por todos os trabalhadores da saúde; assim sendo, o principal motivo da criação do NASF, pelo Ministério da Saúde, foi:

“...apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB e aumentar a resolubilidade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde” (Brasil, 2008).

Então, entende-se que o papel do nutricionista inserido no NASF é atuar como matriciador das ações da alimentação e nutrição junto às equipes de SF para a garantia da SAN e do DHAA. Pesquisa realizada por Fagundes (2013) mostrou a quantidade de equipes de SF sob responsabilidade de cada NASF; foi realizado inquérito eletrônico disponibilizado online para todos nutricionistas do Brasil que atuavam no NASF, 20,4% relataram apoiar até oito equipes, 61,2% de 9 a 15 equipes, 17,4% em mais de 15 equipes e 7,1% referiram apoiar mais de 20 equipes. No ano da pesquisa o número máximo recomendado pelo Ministério da Saúde para o NASF era 15 equipes SF, atualmente com portaria nº 3.124 de 2012, ficou estipulado que uma equipe NASF pode estar vinculada a no máximo 09 equipes SF, cobrindo entre 4.000 e 36.000 pessoas.

Em estudo mais atual, os nutricionistas foram questionados se a quantidade de equipes de SF (09 equipes) para cada profissional e a carga horária de 40 horas semanais é suficiente para realizar o trabalho de acordo com os requisitos do NASF. Todas as respostas afirmaram que o número de equipe de SF que cada profissional está vinculado é grande, tornando assim, o tempo insuficiente para realizar todas as tarefas necessárias com cada equipe de SF (Ambrosio *et al.*, 2009).

Sobre os parâmetros dos NASF, verificou-se que ocorreram mudanças de 2008 até os dias atuais, com objetivo de adequar à ação e obter melhores indicadores, as mudanças dos parâmetros ampliaram o matriciamento dos profissionais dos NASF nos territórios. Pode ser observado que o número de equipes matriciadas pelos NASF sofreu uma redução ao longo do processo de implantação e com a Portaria nº 2.488/2011 passou a apoiar, além das equipes de SF, às equipes de atenção às populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e às Academias da Saúde (Brasil, 2011b)

### **5.1.1 Agenda NASF**

Em meio às exigências internas e externas do processo de trabalho do NASF nas equipes SF, os trabalhadores se vêem sem condições de absorver a imensa cota de responsabilidades que lhes é conferida. Conforme o Caderno de Atenção Básica, proposto pelo Ministério da Saúde, a agenda de trabalho de todos os profissionais que integram as equipes do NASF deve ser destinada parcialmente para atividades pedagógicas, como participação nas reuniões de equipe SF, discussões e construção de projetos terapêuticos e temas teóricos, atendimento compartilhado, visitas domiciliares, atividades assistenciais diretas (quando for o caso) e, se possível, disponibilidade de tempo reservado para as ações no território junto às equipes de SF (Brasil, 2010a).

Essa agenda proposta vem trazendo diversas discussões. Farias (2012) refere que uma das dificuldades apontada em seu estudo é a realização das atividades do NASF; os entrevistados relatam que a responsabilização por um número muito grande de equipes de SF acaba trazendo uma demanda muito grande de assistência, consequentemente deixando de fazer algumas atividades que seriam pertinentes a sua atuação. Da mesma forma, há relatos do estudo de Fittipaldi (2013), que muitas vezes a equipe NASF é “engolida” pela agenda hiperlotada, pelas cobranças de metas e pelas consultas individuais, sobrando pouco

tempo para o que deveria ser prioridade. Por mais que o profissional tente e se esforce, muito pouco é feito em relação ao que realmente se precisaria fazer, o que seria o foco, acaba se desvirtuando. Amaral (2013) também menciona que a “falta de tempo” algumas vezes se dá aos encaminhamentos diretos e individuais, vindo ao desencontro do proposto pela portaria. A demanda de atendimentos individuais e outras atividades voltadas à cura e reabilitação parecem disputar agenda com atividades voltada as práticas de promoção e prevenção e interfere nos momentos de discussões entre as equipes.

Entretanto alguns relatos de nutricionistas, no estudo de Cervato-Mancuso *et al.* (2012), contradizem as falas dos estudos anteriores. De acordo com a rotina de trabalho dos nutricionistas que atuam nos NASF de São Paulo, alguns relataram predominância em atividades de promoção da saúde, em principal, grupos educativos. Isso se dá pelo fato dos nutricionistas estarem vinculados nos NASF das regiões do município com menor vulnerabilidade social, em geral, estes núcleos acompanham menos equipes SF do que a média.

Uma pesquisa realizada com a gestão do município de Chapecó, a respeito da elevada demanda de atividades e o número de equipes NASF para suprir essas necessidades, é observado, por meio dos relatos, que a própria gestão reconhece a necessidade de aumentar o número de equipes NASF para que realmente possam fazer um trabalho que traga resultado e respostas (Amaral, 2013).

O excesso de atribuições e cobranças dificultam a ampliação do olhar para o processo de promoção da saúde. As ações preventivas e de promoção da saúde são deixadas para segundo plano, dando a prioridade às ações mais emergenciais, curativas. Outro ponto observado nos estudos foi que o excesso de atribuições limita a interação entre apoiadores e as equipes (Nascimento e Oliveira, 2010; Silva *et al.*, 2012; Leite *et al.*, 2014).

Comparando tais dados é possível verificar que o número de equipes de SF que cada NASF está vinculado faz a diferença na hora da realização das atividades, todas as ações individuais e coletivas devem estar simultaneamente inseridas nas práticas de saúde dos nutricionistas, por essa razão sua agenda de trabalho deve contemplar ambas. Um exemplo é a citação no estudo de Fittipaldi (2013), a qual refere que as equipes tem a tendência de fazer o planejamento da agenda sem ao menos sentar em equipe e discutir as potencialidades e as fragilidades de cada território. Essa organização pressupõe o processo de trabalho

centrado em procedimentos profissionais, em detrimento ao processo centrado no usuário.

Assim, nota-se que a estrutura do NASF procura reorganizar o seu modelo de intervenção, fazendo com que o nutricionista exerça um conjunto de atividades, ao passo que os diversos estudos apresentados mostram que não existe um padrão de execução de todas as tarefas, e sim, uma variação na realização das ações desempenhadas pelos nutricionistas do NASF. Nesse contexto, vemos a dificuldade da construção de uma agenda integrada para organizar a atenção nutricional a partir das necessidades das equipes e comunidades, com base nas diretrizes da PNAN.

### **5.1.2 Apoio Matricial**

A atuação do nutricionista nas equipes de SF deve se basear no apoio matricial, tendo o profissional o papel de sensibilizar e estimular as equipes a desenvolver um olhar vigilante e crítico sobre as questões alimentares e nutricionais da população (Brasil, 2010a).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF, o Apoio Matricial apresenta duas dimensões: uma assistencial, que irá produzir ação direta sobre as necessidades dos usuários e outra técnico-pedagógica, com responsabilidade de produzir apoio educativo para as equipes da SF, compartilhando seu conhecimento específico com toda a equipe. O processo de matriciamento deve ser organizado em conjunto com a equipe de referência e compatível com o processo de trabalho, além das consultas conjuntas também devem ocorrer ações no território que envolva trabalhos educativos junto com outros equipamentos públicos como escolas, creches, igrejas, entre outros (Brasil, 2010a).

Fittipaldi (2013) descreve em seu estudo que alguns profissionais entendem o apoio matricial como um potencializador das ações da equipe de SF, aumentando a resolubilidade da Atenção Básica e destacam que essa corresponsabilização pelo cuidado prestado à população torna-se essencial na concepção de apoio. A mesma autora ainda cita que apesar da importância reconhecida, alguns profissionais revelaram não ter clareza sobre suas atribuições dentro do apoio matricial, porém foram experimentando e aprendendo na prática profissional, através da construção coletiva. De forma semelhante, Aguiar (2013) e Farias (2012) percebem, com relação ao nutricionista, que alguns sentem dificuldade em conseguir articular esse tipo de



atividade. No estudo de Aguiar (2013) dos 22 nutricionistas participantes apenas duas citaram o matriciamento como atividade, Farias (2012) justifica a baixa adesão do matriciamento pela dificuldade de adaptação a este modelo de trabalho, a grande demanda de serviço e falta de interesse dos profissionais da equipe de SF.

Fittipaldi (2013) cita em sua pesquisa que o trabalho dos profissionais matriciadores não é visto por algumas equipes de SF como um trabalho realizado em conjunto, não havendo interação entre eles. Surgiu, no mesmo estudo, a ideia do apoio estar desvincular do matriciamento por especialidade, ampliando a atuação dos profissionais do NASF para ações mais abrangentes, além de sua especialidade, apoiando naquilo que for preciso. No entanto alguns profissionais mostram desconhecimento desse papel mais amplo do Apoio Matricial, identificando as ações do profissional apoiador como restritas às ações relativas à sua especialidade.

Realizar o apoio matricial vai além de cada especialidade, os profissionais matriciadores possuem responsabilidades de realizar ações que são comuns a todos os membros do NASF, como acolher o usuário e humanizar a atenção; identificar em conjunto com as equipes de SF o público prioritário; desenvolver coletivamente ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras. O cuidado integral realizado com olhar acolhedor, reconhecendo sua história de vida e escuta qualificada, estabelece vínculo e responsabilidade diante do usuário (Cunha e Campos, 2011; Fittipaldi, 2013).

Essas ações são inerentes à prática de alguns nutricionistas entrevistados no estudo de Amaral (2013), eles relatam que a prática na atenção básica os ensinou a lidar melhor com os pacientes e trata-lo como um todo e não isolado da patologia e do alimento. Ir além das atribuições de seu núcleo de conhecimento implica na construção de relações de afetividade e confiança, a prática da integralidade é uma tarefa prevista para se construir uma clínica reformulada e ampliada. Em controversa, experiência observada por Pádua e Boog (2006), há uma dificuldade de este olhar amplo para o paciente, o profissional da equipe de SF evita realizar o matriciamento, acredita-se que seja devido a um elevado número de pacientes nas filas de atendimento. Em um relato é colocado à insatisfação do profissional da forma como é realizado o processo de trabalho, uma vez que todo o atendimento é realizado mediante encaminhamento médico, gerando um aumento de demanda para este profissional.

O Ministério da Saúde criou o NASF com o objetivo principal de ampliar a abrangência, a resolubilidade e o escopo das ações da Atenção Básica. Para atingir esse objetivo deve haver um compartilhamento dos saberes e a trocas entre especialistas e equipe de referência, ou seja, a gestão compartilhada do cuidado. A responsabilidade sobre os casos não deve ser diluída, nem transferida através de encaminhamentos, deve ser mantido o vínculo do usuário com a equipe de referência, que manterá o seu cuidado longitudinal (Brasil, 2014).

No município do Rio de Janeiro, os profissionais já vinham se estruturando na lógica do matriciamento antes da implantação do NASF, devido a uma experiência anterior com um núcleo de profissionais de diversas categorias que atuavam como apoiadores das equipes de saúde da família, denominado Grupo de Apoio Técnico (GAT), era um trabalho semelhante do que hoje é o NASF (Silva, 2013).

Em relação ao matriciamento pôde-se perceber que dificilmente se deu, num mesmo artigo, a associação com as reuniões de equipe. Somente no estudo de Fittipaldi (2013) destaca que a participação do NASF nas reuniões de equipe é de grande relevância para o matriciamento e as discussões de casos, por mais que os obstáculos encontrados às vezes dificultem a participação de todos profissionais do NASF em uma mesma reunião.

A reunião de equipe é considerada a principal tecnologia a ser utilizada para a viabilização do trabalho em equipe, possuem papel fundamental no âmbito de planejamento e elaboração de condutas que intervém nos problemas populacionais de saúde. Barros e Junior (2012) citam que as reuniões de equipe são fundamentais para que se possam direcionar de maneira eficaz as ações de prevenção e promoção de saúde. No entanto as reuniões entre os profissionais NASF ainda surtem pouco efeito prático devido a problemas organizacionais intrínsecos ao próprio serviço. Aguiar (2013) também destaca essa dificuldade em seu estudo, sendo que somente 31,8% das nutricionistas entrevistadas afirmaram realizar reunião com as equipes de SF.

É válido salientar que a participação do NASF nas reuniões de equipes de SF é vista como uma ótima oportunidade para educação permanente, embora a assistência e educação alimentar e nutricional constituam ações do nutricionista, a promoção da alimentação saudável tem caráter mais amplo. O nutricionista inserido no NASF tem como atribuição realizar a formação permanente das equipes de SF e da própria equipe NASF. No estudo de Camossa *et al.* (2012) com equipes

de SF, os entrevistados relataram enfrentar várias dificuldades na abordagem das questões de alimentação e nutrição, devido à falta de conhecimento técnico e manifestaram a necessidade de uma educação permanente.

Em contrapartida, no estudo Silva (2013) é citada a falta de interesse de profissionais da equipe de SF, onde é encontrado uma resistência na construção do saber compartilhado. Alguns profissionais ainda não possuem a concepção do matriciamento, da formação permanente incorporada a sua prática. O processo de trabalho do NASF, como apoio, exige dos profissionais tanto da equipe como do núcleo uma formação sólida e maturidade profissional para propor e estruturar ações de forma autônoma e responsável (Leite *et al.*, 2014).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica a educação permanente entra como uma importante dimensão do apoio, sem a qual a troca de saberes entre os profissionais ficaria descontextualizada da prática dos serviços. A articulação dos saberes é um requisito indispensável no cotidiano do trabalho em equipe é fundamental a presença dos profissionais de saúde atuando juntos e compartilhando suas práticas com vistas à alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações. No entanto o profissional é treinado durante a formação para atuar individualmente, mesmo sabendo da importância do trabalho multiprofissional há uma dificuldade para definir limites, intersecções e interfaces (Brasil, 2010a).

### **5.1.3 Trabalho Multiprofissional**

Para se trabalhar multi é necessário desenvolver habilidades e atitudes referentes ao trabalho de saúde em equipe, uma vez que enfrentam barreiras ao trabalho conjunto por razões de ordem histórica e social derivadas da formação dos profissionais, entretanto mesmo reconhecendo os limites de cada área, deve haver uma busca de novas possibilidades de realizar um trabalho interdisciplinar e intersetorial (Fagundes, 2013).

O trabalho em equipe é considerado um recurso estratégico para organização das atividades, há uma soma das habilidades e saberes individuais, os objetivos e as decisões são compartilhados estimulando a complementaridade dos conhecimentos. Fittipaldi (2013) traz em seu estudo relatos das dificuldades encontradas no cotidiano para efetivar este trabalho, observa que os profissionais não estão aptos a trabalhar em equipe onde todos os integrantes atuam de forma integrada e

interdependente evitando-se a hierarquia por categoria profissional. O despreparo da equipe multi engloba mais do que a vontade de partilhar práticas e saberes, envolve a estrutura da atenção clínico-assistencial, proveniente do atual modelo de formação acadêmica. Isso mostra que ainda é preciso superar as práticas convencionais e fragmentadas (Ramos e Torres, 2009).

As equipes de SF juntamente com o NASF devem criar espaços de discussões de casos clínicos, trocar experiências e transmitir conhecimento visando um aprender coletivo, Amaral (2013) observa em seu estudo que há uma carência desses espaços que poderiam constituir momentos de interdisciplinaridade. É importante que haja clareza, entre os profissionais da saúde e gestores, quanto à estruturação dos serviços, as atribuições de cada equipe e de cada profissional.

Na experiência no Distrito Federal, 72% afirmam realizar ações articuladas com outros profissionais da equipe, procurando estabelecer um cronograma de temas a serem trabalhados (Ramos, 2011). Em Goiás, somente 54,9% dos nutricionistas entrevistados apontaram que a prática nos NASF ocorria de forma integrada e contínua com outros profissionais da saúde, por meio de reuniões em grupos e referência e contra referência (Aguiar, 2013). Entretanto em outra experiência pode-se observar que houve uma insatisfação de equipes devido à falta de interação do profissional de nutrição com as equipes de SF, e muitas vezes não havendo resolubilidade de alguns casos por impossibilidade de tempo do nutricionista com as equipes (Amaral, 2013).

Neste sentido, apesar de fundamental para a maior resolubilidade das ações na atenção básica, o trabalho multiprofissional foi apontado de forma negativa na maioria dos artigos analisados. Para que ocorra esse trabalho, os profissionais devem expandir sua atuação para além dos muros de 'seus' ambulatórios e avançar para os espaços de vivência das equipes de SF e da população. Buscar atender, educar e formar mais e de forma qualificada e coletiva.

Leite *et al.* (2014), por meio de entrevistas, expuseram aspectos tanto positivos quanto negativos do trabalho do NASF com os demais das equipes de SF. Entre os aspectos positivos, foram apontados o apoio, a retaguarda, o trabalho conjunto e o suporte dentro da equipe; e como aspectos negativos foram citados a dificuldade de trabalhar em equipe e a falta de flexibilidade dos profissionais. Contudo, ressalta-se a importância da construção do trabalho multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano do trabalho do NASF mesmo sabendo das

dificuldades que influenciam o trabalho a ser desenvolvido e o resultado final.

Dentro das atuações observadas no município de Campinas, há um entendimento equivocado a respeito de trabalho em equipe, na visão dos nutricionistas, o trabalho é desenvolvido em equipe, e percebido por eles de forma positiva, contudo o autor refere que não o realizam de fato, pois o trabalho em equipe pressupõe não somente o encaminhamento de particularidades de cada área, mas vai além, há necessidade de reuniões conjuntas, discussões dos casos encaminhados, projetos terapêuticos, entre outras atividades onde ajam as diferentes visões sobre o mesmo assunto e assim, que possibilitam trabalhar dialeticamente os problemas do território (Pádua e Boog, 2006).

Comparando-se as atividades dos nutricionistas do NASF com os que atuam em UBS, Cervato-Mancuso *et al.* (2012) distinguem claramente a diferença para o trabalho em equipe, onde na UBS há um modelo de assistência individualista e biologicista, centrado no na queixa-conduta e que prioriza o atendimento individual, por outro lado o modelo NASF visa à atuação de uma equipe multidisciplinar que reúne conhecimentos de todas as áreas que o compõe, tratado indivíduo em sua integridade e focando o atendimento em grupo.

Dados semelhantes são encontrado por Farias (2012), também realizando uma comparação dos nutricionistas NASF aos que trabalham na Atenção Básica. Houve uma maior união entre os nutricionistas do NASF com os outros profissionais, notando uma maior dificuldade pelos profissionais que atuam somente na atenção básica em articular com as equipes. Esse fato se da pela estrutura da equipe NASF, que visa o trabalho multiprofissional, possibilitando o vínculo com as equipes de SF. A articulação de saberes, por meio de uma interação comunicativa é um requisito indispensável para a integralidade do cuidado a saúde, a visão de vários profissionais sobre uma situação única permite uma melhor percepção da situação garantindo um melhor resultado (Geus *et al.*, 2011).

Uma questão apontada nessa troca de saberes são as visitas domiciliares, que segundo o MS devem ser realizadas pelos profissionais do NASF juntamente com a equipe de SF. A visita domiciliar representa um momento rico de reconhecimento do território com seus aspectos sociais, possibilita a criação de vínculo do profissional com a população, bem como o direcionando a uma atenção especial as diferentes necessidades de saúde dos sujeitos (Brasil, 2010a).

Experiência no município de Chapecó relata que ainda há certa dificuldade devido à falta de tempo para a realização de visitas domiciliares pelo nutricionista, e quando ocorre muitas vezes não é feita em parceria com membros da equipe da SF (Amaral, 2013). No Piauí quando questionados sobre as visitas domiciliares, relataram que elas ocorrem com pouca frequência, somente nos casos em que os pacientes não podem chegar até o centro de saúde. Outros profissionais relatam que devido às dificuldades em chegar ao local não fazem algumas visitas (Oliveira e Jesuino, 2014).

Relatos do município de Guarulhos mostram que os nutricionistas realizam visita domiciliar nos casos que pacientes não conseguem se deslocar até a unidade de saúde, sendo o principal foco destas visitas a avaliação do estado nutricional e possível prescrição da dieta. A introdução do atendimento domiciliar na rotina do profissional NASF aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço-domicílio das famílias e comunidades. Torna-se ainda mais relevante quando esta prática é realizada em conjunto com a equipe de SF, havendo um compartilhamento de saberes e de cuidado (Farias, 2012; Silva, 2013).

O encontro entre profissionais possibilita uma rica troca de saberes, o atendimento conjunto também é considerado um desses momentos, onde propicia um ganho de experiências para ambos os profissionais envolvidos. É evidente que o aproveitamento da consulta conjunta facilita o do processo de trabalho das equipes (Farias, 2012; Silva, 2013).

Apesar disso, não é o que se observa por Fittipaldi (2013), onde cita em sua pesquisa que as consultas conjuntas são pouco utilizadas pelas equipes, ainda havendo relatos de profissionais que não veem sentido em ter interconsulta com a nutrição, relatando haver uma “perda de tempo”, sendo suficiente somente os encaminhamentos dos casos para o profissional de nutrição. Muitos profissionais evitam as consultas conjuntas com o NASF por essas serem realizadas em um tempo maior do que levariam nas suas consultas de rotina.

Semelhante a isso, é observado por Silva (2013), que os nutricionistas procuram realizar a consulta individualizada seguida de discussão de caso, devido à dificuldade que os profissionais da equipe de SF sentem em incorporar a consulta conjunta, referindo demandar uma maior disponibilidade de tempo, prejudicando o cumprimento das

metas e a produtividade cobrada, além da dificuldade de compartilhar com o outro profissional o saber.

Discordando desta ideia, o estudo de Amaral (2013) reflete através das falas dos profissionais entrevistados o novo pensar em saúde, traz uma reflexão da ampliação das ações dos profissionais e a visão de que sempre algo pode ser feito a fim de se promover saúde ao invés de tratar a doença. A realização da consulta conjunta faz com que o momento da consulta também seja de formação permanente, de troca de saberes, sendo oportunizada uma maior resolubilidade dos casos. De acordo com Ambrosio *et al.* (2009) a dificuldade apontada é dos próprios profissionais em não compreender e não aceitar a consulta conjunta, o que consequentemente reflete no paciente.

Em estudo no Rio de Janeiro, profissionais identificam que em algumas situações os atendimentos individuais são válidos e necessários para atender a demanda da população e também da equipe, pontuando os limites de alcance do apoio matricial. Em função de características do próprio núcleo de conhecimento as intervenções individuais são mais necessárias em algumas especialidades do que em outras (Fittipaldi, 2013). Não se pode negar a importância das ações de reabilitação e cura, mas um cuidado deve ser tomado a fim de não ocupar todo o tempo da prática com consultas individuais.

#### **5.1.4 Atendimento Individual**

Segundo a legislação, as intervenções diretas e individualizadas dos profissionais do NASF frente aos usuários deverá ocorrer somente em situações extremamente necessárias, sempre sob encaminhamento e acompanhamento das equipes de referência. Fato este que observa-se, na maioria dos artigos, não condiz com a realidade (Brasil, 2010a).

No município de Governador Valadares todos nutricionista do NASF relataram dispensar maior tempo para o atendimento individual (Ambrosio *et al.*, 2009). Atividade semelhante também é priorizada no Piauí e os profissionais relatam saber do erro em sua atuação, indo contra as diretrizes do NASF (Oliveira e Jesuino, 2014). Também observado em Campinas, que prevalece o atendimento individual sobre o coletivo (Pádua e Boog, 2006). Rodrigues (2012) observa que no município de Fortaleza que há um excesso de encaminhamentos dos profissionais de equipe de SF para esse tipo de atividade.

Outro estudo realizado com nutricionista da cidade de Guarulhos, observa-se que algumas nutricionistas NASF priorizam o atendimento

individual somente em casos muito específicos, dando prioridade ao trabalhados em grupo. Entretanto no mesmo estudo outras relataram que utilizam o atendimento individual para todos os casos, sendo sua principal atividade (Farias, 2012). Em Goiás, apesar dos nutricionistas dos NASF destacarem que realizavam mais ações coletivas do que individuais, ainda assim, é o elevado número de atendimentos individuais e mensais (Aguiar, 2013).

É interessante notar que nos estudos relatados anteriormente, o atendimento individual figura como a atividade central dos nutricionistas e a legislação é clara ao definir que os atendimentos individuais serão realizados apenas em casos estritamente necessários, devendo ser casos sempre encaminhados pelas equipes SF, num processo prévio de discussão entre os profissionais envolvidos.

A questão é um ponto polêmico no contexto colocado, mesmo sendo uma equipe criada com o intuito de realizar um apoio matricial, Rodrigues (2012) cita que os profissionais do NASF relatam que, já no momento de sua inserção na ESF, o assunto de atendimento individual foi extensamente colocado em pauta, tanto pela SMS, como pelos profissionais das equipes de SF. Por sua vez, em Brasília, também é observado através de entrevistas, que a gestão tem incentivado e orientado o atendimento individual (Fagundes, 2013).

Vale enfatizar que a priorização do atendimento individual é fortemente valorizada não somente pelo nutricionista, mas também pelos profissionais da equipe da SF e pela gestão. Segundo Amaral (2013), é notado que os usuários também têm preferência pelo atendimento individual, talvez por acreditarem que terão um resultado mais imediato ou até pela atenção melhor distribuída quando se está a sós no atendimento. Ainda há uma dificuldade em se desfazer do modelo médico-centrado, o qual vem sendo construído pelos profissionais de saúde, sendo eles orientados por saberes que são valorizados pela ciência, pela academia e, muitas vezes, pelas políticas de saúde.

Nesse contexto, enquanto há avanços nas construções de novas práticas que ampliem a visão dos profissionais em buscar de um “pensar” em saúde, não se deve simplesmente negligenciar os cidadãos que carecem de uma assistência nutricional mais especializada. Não se trata de negar o atendimento individual, mas criar espaços de discussão com as equipes SF, embora a consulta individualizada é considerada importante para potencializar a resolubilidade e a compreensão do caso,



a grande preocupação é que essa atividade assuma uma prática contínua e frequente. (Rodrigues, 2012).

O NASF deve possibilitar um atendimento de qualidade e não somente visar a quantidade em cima de metas a serem cumpridas. Apesar dos obstáculos estruturais que dificultam a abordagem interdisciplinar, os saberes do nutricionista podem fornecer expressivo auxílio, contribuindo com a equipe para o planejamento e a organização das ações de atenção ao cuidado nutricional no território.

A Inversão do modelo atual de atenção à saúde é importante, porém difícil, pois envolve a inversão de valores e comportamentos já adquiridos, não caracterizando um erro do profissional e sim do sistema de ensino. O conceito reformulado de saúde vai ao encontro da proposta elaborada pelo Ministério da Saúde, mas confrontava diretamente a formação profissional que o compõem, bem como a expectativa de grande parte das equipes e dos usuários. Logo, o nutricionista para atuar na atenção básica pelo NASF, necessita de uma preparação voltada ao modelo proposto pelo programa, levando em conta o novo campo de atuação deste profissional (Pinheiro *et al.*, 2012; Aguiar, 2013).

É possível verificar a mudança do modelo de assistência através do estudo de Cervato-Mancuso *et al.* (2012), onde faz uma comparação das atividades dos nutricionistas inseridos na UBS tradicionais e dos nutricionistas do NASF, observa-se que no modelo atual proposto o nutricionista amplia sua visão, dando mais foco para o trabalho em equipe tratando o indivíduo em sua integralidade. Cervato-Mancuso *et al.* (2012) também analisa que há o predomínio em atividades de promoção da saúde pelos nutricionistas que atuam nos NASF, quando comparado com os que atuam em UBS, que predomina o atendimento individual e prescrição dietética. Entretanto, no estudo de Farias (2012) essa diferença não foi observada visto que, tanto os nutricionistas que atuam com a equipe básica, como o do NASF, vêm seguindo a mesma lógica de trabalho, priorizando o atendimento individual. Algumas nutricionistas relacionam estas atividades não somente a transmissão de informações, mas também consideram que há uma multiplicação do conhecimento entre os indivíduos, sendo uma das formas de se promover saúde.

### **5.1.5 Educação Alimentar e Nutricional**

Nesse aspecto, o nutricionista assume o desafio de propagar as informações em busca da garantia de escolhas alimentares mais

saudáveis, de modo que a melhor forma é através de ações de educação alimentar e nutricional. Assim, devem-se utilizar práticas que busquem mudanças nos hábitos alimentares dos indivíduos e visem aumento da autonomia, projetando ao sujeito capacidade de desenvolver uma reflexão crítica sobre a realidade (Ramos e Torres, 2009; Brasil, 2012a).

A educação alimentar e nutricional sempre esteve presente na prática profissional dos nutricionistas, considerada uma atividade privativa desse profissional e apontada como estratégia de ação a ser adotada prioritariamente em saúde coletiva. É inegável a importância destas ações em todos os programas de saúde, de modo que o conceito de educação em saúde esta interligado com o conceito de promoção da saúde (Camossa *et al.*, 2012).

A lógica de promoção da saúde é considerada a melhor estratégia para se atingir resultados efetivos e sustentáveis na área de alimentação. Dados nacionais revelam que aproximadamente 72 milhões de pessoas no país vivem em situação de insegurança alimentar e 43,3% da população das capitais brasileiras acima de 18 anos apresentam excesso de peso (Brasil, 2012b). Os nutricionistas, enquanto profissionais de saúde, devem reconhecer a responsabilidade que tem frente à população por eles atendida, Ambrosio *et al.* (2009) relata em seu estudo, que tal consciência foi observada por todos nutricionistas entrevistados, os profissionais citaram a importância de suas ações para a promoção de uma alimentação saudável e a prevenção das doenças com vistas a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

A compreensão da relação homem - alimento - sociedade, é considerada essencial para lidar com estas questões. As mudanças de hábitos alimentares refletem nos valores e crenças, exigindo que aja uma postura do próprio indivíduo em querer buscar novos comportamentos. Assim, o primeiro passo para que ocorra o processo de mudança é a própria vontade do paciente, deve acontecer uma conscientização da responsabilização da sua própria saúde e não uma imposição dos profissionais (Silva, 2013).

Há a necessidade de levar em consideração os costumes culturais daquela população, respeitando a autonomia e valorizando o “saber popular”, visto a importância dos profissionais reconhecerem que os saberes sobre saúde não são somente validados pelo conhecimento científico. Amaral (2013) observa que há dificuldade dos profissionais estabelecerem uma relação que respeite a visão do usuário quanto as suas escolhas e co-responsabilidades frente a sua própria saúde,

indicando pouca valorização frente a sua bagagem cultural e não reconhecendo o indivíduo de forma integral, isso consequentemente dificulta o atendimento e resultado positivo da conduta orientada.

A integralidade está como a principal diretriz a ser aplicada pelo NASF e é um dos pilares de sustentação da criação do SUS. A abordagem integral do indivíduo, leva em consideração seu contexto social, familiar e cultural, com garantia de cuidado longitudinal, onde o homem é visto como um ser indivisível e seus aspectos físicos, psicológicos e sociais não devem ser avaliados separadamente. Compete ao profissional de saúde conhecer melhor o usuário e respeitá-lo, lembrando sempre lembrar o objetivo dos serviços é a saúde do paciente (Brasil, 2010a).

Segundo o Marco de Referência de EAN para as políticas públicas, as abordagens educativas devem contextualizar a integralidade do sujeito, incorporar os conhecimentos populares e as realidades das famílias e comunidades. Deve ainda, promover a autonomia e a liberdade dos sujeitos para realizar suas escolhas alimentares, incentivando ao resgate de hábitos e práticas alimentares regionais. Assim, as práticas de educação em saúde devem ser pensadas para além da transmissão de conhecimentos, desenvolvendo o senso crítico sobre as situações do dia-a-dia (Brasil, 2012a).

A promoção da alimentação através de atividade de educação em saúde faz parte das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e é apontada como um elemento fundamental na construção de ações que visem o Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (Brasil, 2012b). Pôde-se perceber que dificilmente se deu, num mesmo artigo, a associação entre as atividades de promoção de alimentação ou educação nutricional com o DHAA e SAN. O único autor que citou a importância dessa abordagem na prática foi Silva (2013), que observou a ausência nas falas dos nutricionistas entrevistados de ações que expressam o conceito de DHAA e SAN e citou sendo um desafio posto ao setor da saúde.

Farias (2012) cita que o modelo tradicional da educação nutricional geralmente se concentra nos efeitos biológicos dos nutrientes no organismo, a preservação destes através de técnicas de preparo e armazenamento e as orientações nutricionais do que se considera adequado e o que se deve evitar. Tais ações podem ser consideradas benéficas já que, em algumas circunstâncias, verifica-se que os

indivíduos desconhecem sobre questões alimentares, entretanto, é preciso reconhecer os contrastes e desigualdades sociais no Brasil, que acabam por comprometer o acesso da população a uma alimentação adequada, devendo também considerar este aspecto nas ações de educação alimentar (Ferreira e Magalhães, 2007).

Uma das diretrizes do NASF é a Educação Popular em Saúde, envolvendo a população na construção participativa e prazerosa do seu próprio cuidado de saúde. Segundo Ramos e Torres (2009) 66,7% das nutricionistas do NASF entrevistadas, realizam ações de educação alimentar e nutricional com objetivo de promover a saúde da população, principalmente através de exposições orais. As mesmas autoras ainda analisaram a importância do trabalho realizado por esses nutricionistas e 40% referiram dar mais valor a prevenção de doenças e agravos, sendo que somente 26,6% relataram a promoção da saúde como sendo a ação mais valorizada. Em Goiás as ações de promoção de alimentação adequada foram relatadas por 81,8% das entrevistas e ocorriam por meio de palestras, grupos, oficinas, orientações individuais, capacitações e rodas de conversa (Aguar, 2013).

As ações educativas voltadas à promoção de saúde tem se configurado através dos trabalhos em grupos, considerados espaços de construção e conhecimento, onde ocorrem trocas de experiências e saberes, processo este, que estimula mudanças de comportamento. Os trabalhos em grupo são entendidos como atividades interdisciplinares o qual possibilita um estreitamento da relação entre o profissional da saúde e o usuário (Vasconcelos *et al.*, 2008; Ramos e Torres, 2009).

Estudo realizado no Distrito Federal, cita que dentre todas as atividades indicadas pelos nutricionistas, ações educativas aparecem como as que eles mais gostam de realizar. Entretanto, não são as ações mais executadas, há um foco maior em atividades predominantemente assistenciais centradas no indivíduo (Ramos e Torres, 2009).

Pádua e Boog (2006) observam na fala de nutricionistas que há um foco maior em atividades assistenciais devido à disponibilidade ao nutricionista de tecnologia para realizar essas ações, como uma avaliação nutricional, não ocorrendo o mesmo para atividades educacionais através de oficinas e grupos de promoção da alimentação saudável.

No município de Chapecó, atualmente, ocorre uma dificuldade na adesão dos usuários aos grupos de educação em saúde, os profissionais de saúde tem realizado diversas tentativas conscientes da importância

para o cuidado integral a saúde, contudo também há uma preferência do atendimento individual por parte de alguns profissionais e da gestão, relatando ter mais resultados positivos que os grupos. Porém, alguns entraves estão diante dessa prática, a falta de habilidades tem sido indicada como uma fragilidade para essa prática e pode ser um motivo da não adesão dos usuários aos grupos, um profissional defende que somente o encaminhamento para o grupo não surge efeitos, deve ocorrer um incentivo aos usuários em relação à participação nas atividades coletivas (Amaral, 2013). O ministério da saúde direciona o trabalho do profissional NASF para ações de caráter coletivo com foco na promoção da saúde, entretanto no estudo de Farias (2012) e de Fittipaldi (2013), ambos os dados apontam que a própria população demanda e pressiona por outro modelo de atenção, pois elas culturalmente reconhecem o processo saúde-doença relacionado às ações curativas e individuais, as unidades de saúde são procuradas exclusivamente para tratamento individualizado das doenças.

Ressalva-se em Rodrigues (2012), a participação em grupos é uma das atividades mais realizadas pelos nutricionistas, e são apontadas por eles como propícias ao exercício da interdisciplinaridade. Também relatam realizar grupo que consistem na abordagem dos usuários que estão nas unidades de saúde a espera de assistência, nomeada “sala de espera”. Os profissionais de nutrição de Rio de Janeiro identificaram que as atividades educativas coletivas são potencialmente importantes na área de alimentação e nutrição, devido à grande demanda os grupos educativos dão conta de atender uma maior população, na medida em que ampliam o público alvo e permitem a troca de experiências (Fittipaldi, 2013).

De fato, alguns relatos no estudo de Farias (2012) mostram que os profissionais acreditam que as atividades em grupo aumentam a socialização das pessoas criando um vínculo e permitem uma interação de troca de experiências entre os seus participantes, criando um espaço de convivência e acolhimento. Entretanto, também observa que os profissionais relacionam os grupos à ideia de correção de hábitos alimentares inadequados e redução de peso dos indivíduos, alguns profissionais relatam realizar grupos de orientações a pais e filhos focado em sobrepeso e obesidade infantil. Nota-se que as atividades em grupo estão mais direcionadas ao enfoque preventivo.

Ao abordar atividade de educação nutricional observa-se em alguns artigos que os termos como “promoção” e “prevenção” se confundem. De acordo com Czeresnia e Freitas (2003) a prevenção em

saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. As ações preventivas definem-se como “intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações”. Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se às medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais, assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do profissional da saúde.

É preciso que as ações educativas sejam realizadas de forma participativa, para que os usuários se sintam envolvidos nos processos decisórios e possam se comprometer com a efetividade e sustentabilidade das ações. Ramos e Torres (2009) observa que nas ações educativas realizadas pelos nutricionistas ocorre uma criação individual, para que essas atividades se denominassem completas seria necessário o trabalho em grupo a troca de informações entre os diversos profissionais e os usuários. Semelhante, Fittipaldi (2013), relata que a baixa adesão às atividades educativas se deve também ao fato que as mesmas são planejadas sem a participação do próprio usuário, sem ouvir quais as reais necessidades da comunidade. Logo os profissionais e usuários planejando juntos poderão traçar objetivos e metas que possam ser efetivamente alcançadas.

Assim, atividades de promoção da alimentação saudável não pode ser uma responsabilidade exclusiva dos nutricionistas, é preciso ser compartilhada com as equipes de SF e com a própria comunidade e para as ações tornarem-se ainda mais efetivas deve envolver outros setores governamentais da sociedade, havendo uma corresponsabilização intersetorial e ampliar a atuação nos diversos cenários, que ultrapassam o âmbito das unidades de saúde e assim, fortalecendo esse campo de práticas e garantir melhores resultados (Ferreira e Magalhães, 2007; Fagundes, 2013).

Tendo em vista que a intersetorialidade é uma meta do NASF, o MS orienta e direciona o profissional nutricionista a desempenhar atividades que contemplam a comunidade, a família e os indivíduos, essas atividades podem ser realizadas tanto nos Centros de Saúde como nos espaços públicos como creches, escolas, igrejas, ONG, entre outros. De acordo com o Caderno de Atenção Básica, a intersetorialidade é entendida:

“... como a articulação de ações que envolvam vários setores, reconhecendo que a produção da saúde tem relação com outras políticas como: educação, segurança, cultura, habitação, assistência social, transportes, lazer, esportes etc. É necessária para o desenvolvimento de ações com foco na promoção e na prevenção à saúde, na busca da integralidade da atenção ao usuário.” (Brasil, 2010a)

Considerada uma estratégia para alcançar resultados positivos de forma mais abrangente, as ações de alimentação e nutrição, assim como as demais ações de saúde, precisam ultrapassar o setor saúde para que possam atingir seus objetivos de forma integral. Na experiência do município de Governador Valadares, é observado que os profissionais fazem interação com setores da comunidade como igrejas, escolas e creches, que cedem espaço para realização de eventos, palestras e oficinas, realizando um trabalho em equipe em prol da saúde da comunidade (Ambrosio *et al.*, 2009). Já na experiência observada por Ramos e Torres (2009), no Distrito Federal, 83% dos profissionais de nutrição referem que não há envolvimento com ONG, igrejas, escolas e segmentos do próprio governo para realizar ações de educação alimentar e nutricional. Outro estudo também no Distrito Federal, mais que a metade dos nutricionistas entrevistados relataram não ter estabelecido qualquer parceria intersetorial, porém uma minoria relata ter conseguido realizar atividades em creches, escolas, comércio de alimentos locais e projeto com o Ceasa (Ramos, 2011).

Na experiência em Guarulhos, observada por Farias (2012), os nutricionistas realizam atividades com segmentos da comunidade, como escolas, igrejas, ONG, entretanto estas parcerias ocorrem com pouca frequência. Há relatos da necessidade de haver mais ações nas escolas, porém a falta de parceria entre setor saúde e educação foi a principal dificuldade de desenvolver atividades. Vale destacar que este estudo foi realizado antes da formalização do PSE em Guarulhos.

A parceria entre a educação e saúde foi institucionalizada através de um programa do governo federal, o Programa Saúde nas Escolas (PSE), instituído em 2007, têm objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento às crianças, adolescentes,

jovens e adultos da rede pública de ensino. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do programa, são políticas de saúde e educação que se unem para promover saúde e educação integral.

No entanto a intersetorialidade necessita de maiores articulações e de forma mais constante entre a saúde e outros órgãos governamentais. Os profissionais identificam no território uma série de problemas que interferem no processo saúde-doença-cuidado, e cujo enfrentamento da demanda, por vezes, deve envolver outros setores além da saúde. E cabe ao profissional NASF trabalhar juntamente com as equipes de SF no desenvolvimento destas articulações, a partir desta visão torna-se possível inserir a nutrição em diversos ambientes sociais, fortalecendo esse campo de prática (Brasil, 2014).

As práticas de educação em saúde devem buscar uma melhor compreensão sobre as relações entre as condições de vida e trabalho com a de saúde, enfatizando que a teoria seja associada a um exemplo concreto e prático, propiciando discussões pertinentes ao meio onde o indivíduo está inserido. E assim construir ação educativa não apenas na condição técnica, mas principalmente no compromisso político com os indivíduos apontando os meios de pressionar os governos a aplicar recursos públicos as necessidade da população (Vasconcelos *et al.*, 2008; Brasil, 2012a).



## 5.2 Desafios e Potencialidades do Nutricionista na Equipe NASF

Quando questionado no estudo de Farias (2012) a respeito do papel dos nutricionistas dentro das equipes, foi relatado que para uma boa atuação do profissional deve-se ir além de seu conhecimento técnico e buscar o conhecimento do território, dos sujeitos e da política, considerando-se um profissional da saúde. Justamente o que o Ministério da Saúde propõe aos profissionais do NASF é que eles realizem uma articulação para a formação de uma equipe interdisciplinar, saindo do seu campo restrito de conhecimento e abrangendo todos os aspectos que envolvem a comunidade.

Em um relato de equipes de SF, no estudo de Amaral (2013), observa-se que os nutricionistas são os profissionais mais solicitados e contribuindo na equipe com o seu conhecimento nas práticas de saúde e permitindo que o cuidado integral ao usuário seja alcançado. Entretanto, no estudo de Camossa *et al.* (2012) observa-se que há uma visão bastante restrita dos profissionais da equipe de SF sobre o trabalho do nutricionista, caracterizando no conceito de perda de peso e dieta. Acredita-se que um dos motivos dessa visão se dá pela forma como o nutricionista aborda aquela equipe, Pádua e Boog (2006) observa que alguns nutricionistas dentro da equipe, associam sua atuação no enfoque mais individual, ao direcionar o seu trabalho aos pacientes. Ainda há, por parte de alguns profissionais, falta de compreensão a respeito dos princípios do SUS.

No estudo em Goiás, Aguiar (2013) observou que apenas 22,7% nutricionistas relataram ter recebido algum tipo de capacitação antes de ingressarem nos NASF, de acordo com 54,9% nutricionistas, não havia previsão de realização de atividades de educação continuada, mesmo diante da insegurança dos profissionais quanto à sua atuação nos NASF. O autor relata da necessidade dos gestores programarem treinamentos aos profissionais e destaca a falta de capacitação inicial para ingressar na atenção básica.

Para atuar na atenção básica pela equipe NASF, o nutricionista precisa de um conhecimento amplo sobre as políticas públicas de saúde, do território, do perfil epidemiológico da população e da rede de cuidados. Além de ser especialista em alimentação e nutrição, é também um profissional de saúde coletiva, por isso o profissional deve ter

habilidade para abordar o indivíduo, acolher e, além de tudo, saber trabalhar em equipe. Nascimento e Oliveira (2010) afirmam que dentre as dificuldades no processo de trabalho do NASF, uma das principais é a ausência da formação voltada para questões sociais e vivência dos problemas locais existentes. Ocorre um distanciamento das propostas pedagógicas e do serviço, formando profissionais que não atendem às necessidades do SUS e muito menos da atenção básica.

De fato, com a implementação do SUS e de novas políticas, intensifica o debate sobre a formação inadequada dos profissionais de saúde e a necessidade de modificações nas orientações curriculares. O nutricionista ainda tem uma formação acadêmica pautada no modelo clínico, curativo e biomédico, currículos centrados na doença e na atenção individual, Ramos e Torres (2009) observam em seu estudo que a promoção da saúde na relação com a prática profissional do nutricionista está mais direcionada à dimensão biológica do indivíduo, do que a uma abordagem mais ampliada do processo de saúde. Aguiar (2013) em sua pesquisa observou que menos da metade dos nutricionistas entrevistados demonstraram possuir uma percepção ampliada do conceito de formação além da graduação e sentem-se capacitadas a atuar refletindo sobre a realidade econômica, política, social.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais propostas pelo Ministério da Educação, assim como o médico e o enfermeiro, o nutricionista recebe, desde a graduação, formação para atuar com qualidade, eficiência e resolubilidade no SUS, foram estabelecidos pareceres conjunto para os três cursos, que estabelece:

Permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades, conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com abordagens nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolubilidade, no Sistema Único de Saúde, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (Brasil, 2001)

Neste sentido, o nutricionista é um componente importante da equipe de SF e, atualmente, sua atuação ocorre por meio dos NASF; sua inserção favorece a discussão e as ações para a implementação da PNAN, sendo este um grande passo para a melhoria da situação

nutricional das famílias brasileiras. Segundo Jaime et al. (2011), com a integração do nutricionista à equipe da SF via NASF, será possível colocar à disposição de unidade familiar, de forma integrada com outros profissionais, os saberes específicos na direção de uma ação responsável sobre os problemas que afetam a saúde e a qualidade de vida da população brasileira.

Considerando que a formação visa à atuação no SUS, seria coerente esperar que os nutricionistas estivessem plenamente inseridos e preparados para atuar nele, o que, de fato, não acontece. A inserção de nutricionistas na rede básica de saúde ainda é incipiente, trata-se de uma questão histórica e estrutural na política de saúde, os hospitais contam mais regularmente com o trabalho do nutricionista do que a atenção básica de saúde (Geus *et al.*, 2011).

Algumas críticas a respeito do currículo profissional do nutricionista têm sido formuladas, Nascimento e Oliveira 2010 aponta a necessidade uma reformação nas bases curriculares dos cursos de graduação dos profissionais de saúde, havendo uma maior aproximação das práticas e das concepções de atenção a saúde, Boog (2008) acredita que à formação do nutricionista está sobrecarregada pelas ciências biológicas, com o currículo que segue a lógica de discussões ideológicas faltando a vinculação com prática da realidade.

Para minimizar o descompasso entre a formação e a realidade do serviço, a participação de estagiário de nutrição junto ao serviço foi apontada através de relatos de nutricionistas como de grande aprendizado, possibilita a articulação do conhecimento produzido nas equipes com o que é repassado na universidade, resultando numa vivência profissional enriquecedora para ambos os lados (Farias, 2012). A parceria entre o Ministério de Educação e Cultura (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) tem se mostrado importante na formação dos nutricionistas, direcionada para um maior comprometimento com o SUS, através da maior aproximação do ensino com os serviços públicos de saúde e com a realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira.

Há necessidade atualmente de voltar o ensino para a realidade da vida profissional futura, de forma a propiciar a reflexão e construir a teoria a partir da prática, aprendendo a lidar com o inesperado (Silva, 2013). No estudo de Aguiar (2013), quando questionado o conhecimento do nutricionista para atuação na atenção básica, 81,8%

dos nutricionistas responderam que a experiência prática diária representa uma das melhores fontes de aprendizagem.

As atuais políticas nacionais de saúde e educação apontam para a necessidade de mudanças nos processos de formação profissional, o Ministério da Saúde reconhece a importância das ações de promoção, prevenção e assistência à saúde e também reconhece a necessidade de profissionais de saúde com conhecimentos, habilidades e atitudes que visem minimizar os problemas de saúde da comunidade. Dessa forma foi que instituiu no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde com a proposta da formação de profissionais qualificados para o Sistema Único de Saúde (Brasil, 2007). Assim se deu a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, formando profissionais para a atenção básica, dentro das diretrizes e princípios da ESF e do NASF.

Considerada uma estratégia positiva, onde ocorre a introdução dos residentes no contexto das práticas do trabalho das equipes, Geus *et al.* (2011) observaram através de falas de profissionais da rede que essa interação promoveu uma troca de saberes, uma vez que eram profissionais especialistas inseridos no processo de trabalho das equipes. Semelhantemente, Fittipaldi (2013) cita relatos de profissionais da rede, onde referem que a equipe melhorou muito com a inserção dos residentes multiprofissionais, conseguindo realizar mais atividade de promoção e prevenção da saúde.

Camossa *et al.* (2012) refere que a inserção do nutricionista por meio do programa de residência no município São Carlos, permitiu uma maior aproximação da equipe com os profissionais, possibilitando um rompimento com a visão restrita sobre a área. Fittipaldi (2013) relata que devido à grande demanda do NASF, cuja carga horária nem sempre é compatível com todas as suas atribuições, o que pode se observar no estudo é que os residentes multiprofissionais absorviam a demanda que muitas vezes não era completamente atendida pelo NASF.

Torna-se ainda mais relevante que a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família propicia uma melhor formação profissional voltada para a atenção básica, devido à imersão no contexto da prática ao longo de todo o processo de formação. Porém há uma necessidade de formar profissionais com perfil para atuarem na atenção básica, não apenas em cursos de especialização, mas a partir da graduação, visando que muitos profissionais assumem a atenção básica sem antes passar por uma residência multiprofissional em saúde da

família ou um curso de especialização em saúde pública (Fagundes, 2013).

Os profissionais que assumem o NASF têm como função oferecer novos saberes e qualificar as ações das equipes de SF, entretanto, eles próprios são carentes de uma formação específica, que ofereça ferramentas que possam contribuir no campo da saúde pública. Assim, torna-se ainda mais relevantes a necessidade de haver formação permanente dos nutricionistas que atuam nos NASF, como objetivo de qualificar o suporte assistencial e o técnico - pedagógico, para que de fato, possam contribuir para a efetividade das ações propostas para a área de alimentação e nutrição no NASF (Silva, 2013).

Considerando esta definição, na maioria dos artigos são mencionadas as dificuldades relacionadas à atuação do nutricionista na atenção básica. Primeiramente, Pádua e Boog (2006) observam que um dos principais desafios no trabalho do NASF com as equipes de SF é falta de conhecimento sobre princípios do SUS, possuindo uma visão superficial e pouco notável sobre significado da educação permanente e popular junto ao trabalho em grupos. Leite *et al.* (2014) acredita que a falta de entendimento sobre a finalidade do NASF por parte das equipes e dos próprios profissionais nele inserido, dificultam a capacidade de compartilhar e coordenar o cuidado, conduzindo uma sobrecarga de trabalho e pouca resolubilidade de casos. No mesmo estudo, observado através de relatos, os profissionais NASF se veem sem condições de absorver a imensa cota de responsabilidades que lhes é conferida, causando uma sensação de incompetência, cansaço e desgaste.

Novamente, em estudo de Pádua e Boog (2006), é citado pelos nutricionistas a necessidade de comprovar competência através de quantidade, para ter reconhecimento. O modelo de saúde gera um impacto no processo de trabalho dos nutricionistas, havendo uma cobrança de atenção nutricional voltada para atenção individual e curativa. Em estudo no Ramos (2011), 57% dos profissionais de nutrição relatam que gostariam de mudar a maneira de trabalhar, começar por havendo capacitação com as equipes e ter mais tempo disponível para realizar trabalho de educação nutricional com a comunidade, com uma abordagem mais ampla, que não exija números, mas sim, qualidade.

Há diversos outros desafios permanentes na atenção básica que dificultam o trabalho do nutricionista NASF, a contratação de recursos humanos é um deles, relatos no estudo de Ramos (2011), apontam que

os nutricionistas não conseguem realizar o trabalho que deveria ser feito na lógica do processo do NASF, havendo uma sobrecarga de atividade, e por diversas vezes realizando aquilo que não lhe foi atribuído oficialmente como responsabilidade. É colocada a necessidade de haver um nutricionista para cada centro de saúde, dando inseridos em 03 a 04 equipes de SF, assim conseguiriam realizar a proposta que é colocada para o NASF. Na mesma lógica, no município de Campinas, os profissionais NASF relatam acumular muitas funções e sentem-se sobrecarregados pelas diversas atividades que precisam realizar com todas equipes de SF que apoiam, sem tempo para planejar e criar atividades (Pádua e Boog, 2006).

Cervato-Mancuso *et al.* (2012) discutem sobre a necessidade do nutricionista estar inserido na equipe de SF como peça fundamental para à garantia da segurança alimentar e nutricional. Segundo a autora, o nutricionista não deve atuar como apoiador, é um profissional apto a participar efetivamente das práticas de atenção à saúde dentro da equipe de SF e possuem competência para realizar o diagnóstico nutricional da população, a partir daí, propor orientações nutricionais cabíveis e necessárias, adequando-as aos hábitos, a cultura, às condições fisiológicas daquele grupos.

Ainda em relação às limitações, as precariedades nas condições de trabalho são citadas por diversos autores. Aguiar (2013) observa, através dos nutricionistas entrevistados em seu estudo, que 59,1% citam que a falta de recursos materiais e infraestrutura é o que mais prejudica seu trabalho na atenção básica, Pádua e Boog (2006), Ramos (2011) e Amaral (2013) também observam a mesma dificuldade relatada pelos profissionais em seus estudos. De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o NASF faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como um serviço com espaço físico independente, isso quer dizer que os profissionais do Núcleo utilizam-se do próprio espaço das unidades e do território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho (Brasil, 2014). Entretanto, relatos colocam que com a chegada dos profissionais do NASF, agravou-se a falta de espaço físico para o desenvolvimento do trabalho, havendo uma busca por recursos e equipamentos para a realização das ações tanto na unidade como no território, uma vez a qualidade da estrutura física em algumas unidades já era insuficiente anterior a criação do NASF. Porém, a falta de recursos físicos dificulta o bom trabalho, mas não ser esse um obstáculo para o funcionamento das atividades (Leite *et al.*, 2014).

Fagundes (2013) acredita que minimizar a carência da estrutura, oferecendo condições adequadas para o trabalho em nível local são aspectos primordiais para manter a motivação dos profissionais em meio a tantos desafios já impostos. O mesmo autor cita que, apesar das dificuldades de trabalho, uma das motivações por parte dos nutricionistas é a percepção sobre melhorias nas condições de saúde da população, a mesma menção é feita por Aguiar (2013), que observa que com a implantação do NASF em Goiás foram ressaltadas melhorias nas condições de saúde da população, entre elas mudanças de hábitos alimentares e mudanças no estilo de vida da população, isso tem trazendo motivação para os profissionais envolvidos.

O fato do trabalho realizado no NASF permitir uma atuação mais próxima da população mostra como um fator motivador para os nutricionistas, a possibilidade de sair da rotina dos ambulatórios e realizar o trabalho mais próximo da população e das famílias, ampliar as ações do cuidado nutricional trazendo melhores resultados, esta lógica de trabalho é motivadora para o profissional (Silva, 2013). Estudo realizado em Campinas, através de relatos, os nutricionistas referem que apesar das dificuldades para quem trabalha na saúde pública serem enormes, é gratificante, pois se sentem profissionais de saúde e educadores em saúde, e a motivação para continuar é terem o reconhecimento dos usuários com relação à relevância do seu trabalho (Pádua e Boog, 2006). O reconhecimento pelos profissionais da equipe de SF a respeito do profissional nutricionista também é uma motivação a mais, Amaral (2013) observa através de relatos que essa valorização indica uma melhor interação entre os profissionais e também frente ao usuário.

Relatos das experiências positivas de inserção do nutricionista na atenção básica trazem a riqueza da integração do trabalho da equipe multiprofissional e melhoram a efetiva assistência nutricional à população brasileira, assim, apesar de não ser a área que apresenta maior atuação do profissional nutricionista, os NASF devem ser considerados como campo de trabalho com grandes possibilidades de crescimento. No momento da implementação de uma política é que se descobrem suas potencialidades e seus limites, se estabelecem novos e inicia-se uma nova formulação da política, de acordo com o contexto local e a compreensão dos atores responsáveis.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o foco principal do estudo, analisar a atuação do profissional nutricionista nos NASF e relatar os fatores que desafiam seu processo de trabalho, a partir de experiências registradas na literatura,, pode-se concluir que o que vem sendo feito no campo da atenção básica, em termos de alimentação e nutrição, em diversos momentos contradiz as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde .

Foram ressaltados nos estudos inúmeros aspectos positivos e negativos e observa-se a necessidade de realização de mais ações relacionadas à segurança alimentar e nutricional e à garantia do direito humano à alimentação adequada. Há um desconhecimento dos profissionais perante as políticas de saúde do Brasil, fazendo falta para o campo da alimentação mais discussões e prática relacionada à DHAA e a SAN.

Os profissionais se focam apenas em nutrientes e nas verdades científicas, causando intervenções que não coincidem com a realidade, esquecendo que para o alimento chegar à mesa, antes passa por diversos processos, que vai desde sua produção até o acesso para obtê-lo. Contudo, tais aspectos não preocupam alguns profissionais.

Diante de alguns estudos, pude observar, que o processo do NASF tem dificuldade de seguir a política exigida. O atendimento individual é colocado como atividade principal e é fortemente valorizado não somente pelos profissionais e usuários, mas também pela gestão, que tem incentivado e orientado essa atividade.

Trabalhar com a população exige um entendimento da cultura daquela região, esses aspectos não podem ser ignorados. As escolhas alimentares são condicionadas por fatores sociais, econômicos e culturais e quando o nutricionista omite esses fatos, ele está ferindo os fundamentos do SUS e da PNAN.

No entanto, os trabalhos relatam porcentagem alta de atendimentos individuais, quando comparado ao trabalho em grupo e atendimentos conjuntos com outros profissionais. Também pode-se observar que nos estudos que compararam os nutricionistas que atuam no NASF com os que atuam somente na atenção básica, há a realização de atividades semelhantes, focadas no atendimento individual. Acredito que um dos fatores do NASF atuar com dificuldade na lógica do matriciamento e da atividade multiprofissional, como a diretriz propõe, pode se relacionar ao fato de haver cobrança de metas e consultas



individuais, o que vem a fortalecer o modelo profissional-centrado, curativo e terapêutico. Soma-se a este fato a exigência do cumprimento de uma agenda com atribuições que não coincidem com o número de equipe que apoiam.

Ao mesmo tempo em que é cobrado metas relativas ao trabalho individual, é exigido que sejam realizadas atividades interdisciplinares. Esse excesso de atribuições e cobranças dificulta a ampliação do olhar para o processo de promoção da saúde, havendo uma desarticulação com as equipes de SF e até entre os próprios profissionais do NASF.

O fato da equipe NASF apoiar um número elevado de equipes de SF dificulta o processo de referência e contrarreferência. Bem como resulta em pouco tempo de permanência dos profissionais nos centros de saúde dificultando o estabelecimento de vínculo entre eles. Acredito que a expansão no número de NASF por equipe de SF é um fator que tende a potencializar algumas das dificuldades aqui descritas.

As políticas do Ministério da Saúde recomendam o incentivo das ações coletivas para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, e, ao encontro a isso, a PNAN afirma que a educação alimentar e nutricional é indispensável para a promoção de hábitos saudáveis; esta não determina como deve ser a forma de trabalho, a prática educacional deve ser moldada de acordo com a realidade de cada local e da população assistida. A ideia é promover ações coletivas, desestimulando as práticas em saúde voltadas somente para o atendimento individual e a utilização de prescrições alimentares e medicamentosas.

Vale ressaltar, que a promoção à saúde é a melhor estratégia para a garantia à saúde de fato; o modelo terapêutico-curativo garante o tratamento à doença já instalada, mas é na promoção à saúde que se consegue atuar em todo o contexto biopsicossocial dos indivíduos. Nessa lógica, seria garantida melhor qualidade de vida à população, com mais saúde e menos tratamentos, com mais recursos destinados à saúde e menos à doença.

Entretanto, o que se observa na literatura é que os grupos para educação nutricional têm sido pouco valorizados. Alguns profissionais estão conscientes da importância destas atividades coletivas e têm realizado diversas tentativas por meio de atividades voltadas saúde. Porém, alguns entraves tem prejudicado essa prática, um deles é a dificuldade de adesão da população às atividades em grupo, devido à cultura voltada para o processo saúde-doença que visa ações curativas e individuais. O modelo de promoção de saúde é recente e, talvez, por

desconhecê-lo a população demande e pressione pelo modelo biomédico. É exatamente nesse momento que se fazem necessárias as medidas para fortalecimento da saúde focada na promoção, um reposicionamento dos nutricionistas (e de todos os profissionais da saúde) frente à população assistida.

Diante destas situações, surge um novo desafio: o de modificar as práticas profissionais que já eram utilizadas, ampliando a consciência da população para a importância da promoção da saúde e desmistificar o velho modelo tradicional. Essas novas práticas requerem que os profissionais tenham atitude, habilidade e vontade de mudança. Importante refletir quais os caminhos a serem percorridos para atingir os objetivos propostos e sempre haver uma constante avaliação do que está sendo feito e o que se deve melhorar.

Outro entrave que tem prejudicado a realização de atividade coletiva, é que diferentemente de alguns profissionais, outros demonstram falta de iniciativa e vontade de realizar um trabalho focado no coletivo e na articulação interdisciplinar. Algumas situações relatadas e outras por mim vivenciadas ao longo do curso me permitem concluir que o NASF se apresenta mais como uma boa oportunidade ofertada pelo mercado de trabalho, do que como um campo de atuação com vontade de lutar e mover-se em prol da concretização do direito à saúde e à alimentação adequada a todos.

Por outro lado encontrei movimentos de mudança e considero, importante valorizar o que vem sendo feito por alguns profissionais. Através dos estudos e da realidade por mim vivenciada, pode-se observar que o trabalho interdisciplinar vem sendo construído com dificuldade. Mesmo sendo ainda minoria, é importante registrar a existência de profissionais com vontade de lutar e melhorar o que já está sendo feito pela saúde e alimentação no Brasil.

A promoção da alimentação saudável não deve ser uma responsabilidade exclusiva do nutricionista, carregando a necessidade de haver a troca de saberes e a qualificação da equipe de referência. E esta questão novamente remete a uma das inquietações iniciais do estudo: o acúmulo de atividades gerando tempo insuficiente nas agendas, onde dificulta a realização de educação permanente e a articulação das equipes de SF com o NASF, não coincidindo os profissionais ao mesmo tempo no mesmo local.

Mas é preciso assumir que essa questão sozinha não é responsável pelo incipiente compartilhar entre os profissionais. A

passividade de alguns nutricionistas frente ao seu processo de trabalho dificulta a construção compartilhada do conhecimento, tanto com seu núcleo de trabalho como com as equipes. Muitos profissionais têm a dificuldade em sair do seu núcleo de conhecimento ampliando o olhar para o campo de atuação, aí vem à necessidade de que para atuar no NASF o profissional necessita de formação sólida e maturidade suficiente para propor e estruturar ações para obter o verdadeiro cuidado em saúde.

A meu ver, o trabalho do nutricionista ainda está muito voltado para ações no nível individual e restrito ao seu núcleo de conhecimento, isso devido à formação fragmentada e biologicista. As instituições de ensino têm avançado com dificuldade na aproximação entre a teoria e a prática, entre o processo pedagógico instituído e a real necessidade do serviço de saúde. Essa situação gera uma lacuna no processo de trabalho do nutricionista, criando o distanciamento da visão do profissional para a realidade e desviando da real situação problemática alimentar e nutricional.

Em certas ocasiões o trabalho individual é importante, porém o nutricionista não pode esquecer que a saúde vai muito além da carência e excesso alimentar, deve haver um olhar para toda a realidade daquela população e entender os motivos pelo qual ocorre a situação.

Cabe aqui trazer a discussão feita anteriormente neste trabalho, de que existe uma necessidade urgente de reformulação acadêmica, para que os profissionais nutricionistas se formem capacitados para trabalhar com a saúde, com a clínica ampliada, com os princípios do SUS, com o trabalho humanizado, com DHAA e SAN, com promoção à saúde, enfim, que se formem profissionais capazes de lidar com toda a complexidade do ser humano e de seu contexto; e que, além de tudo, a academia possa proporcionar a visão da prática, para que o profissional possa fazer uma escolha consciente quando decidir entrar para o NASF.

Com a intenção de ampliar essa visão do profissional, a realização de residência multiprofissional em saúde da família pode ser alternativa viável. A meu ver, como nutricionista residente, posso afirmar que o processo contribui para uma maior aproximação das equipes com os profissionais e nos permite conhecer a realidade, e assim, pode criar um paradigma entre a teoria das políticas públicas e o que realmente acontece na prática. Iniciamos com uma visão muito bonita do que é exigido e colocado no papel, pelas políticas e diretrizes, entretanto a prática nos proporciona ver que ainda há um longo caminho

a ser percorrido para alcançarmos uma atenção a saúde adequada para todos.

Vale ressaltar que nem todos os profissionais que atuam na atenção básica, em especial no NASF, passam pelo processo de residência, onde podem vivenciar a prática juntamente com a teoria. Então diante das falhas na formação, há necessidade de um suporte pedagógico para os profissionais que atuam na atenção básica. Cabe à gestão realizar uma capacitação inicial para os profissionais que virão a incorporar a atenção básica e no decorrer do processo, deve haver projetos de educação permanente em serviço para todos.

É necessária a busca e a troca de saberes que auxiliem em uma prática mais condizente à realidade. A forma como se dá o processo de trabalho, o papel que cada um desempenha, a relação com a equipe, a clareza de como todo processo acontece, a busca por uma atenção básica de qualidade são questões importantes a serem priorizadas e reforçadas sempre.

Todas as precariedades já vistas no processo de trabalho do nutricionista têm gerado sentimentos de insegurança e desvalorização, refletindo no cuidado com o usuário. A valorização do profissional, através de educação continuada e reconhecimento de seu trabalho, estimulam o profissional a continuar. Estudos mostram que os nutricionistas acreditam na importância de sua atuação na atenção básica, porém falta estímulo da gestão.

Em grande parte dos municípios brasileiros a atuação do nutricionista ainda precisa ser fortalecida, entretanto mesmo com os percalços identificados, o trabalho do profissional tem avançado. É importante reconhecer que o nutricionista tem encontrado desafios e ao mesmo tempo tem superado esses desafios, mostrando a importância da alimentação e nutrição para a saúde da população.

Vale ressaltar que a inserção do NASF é recente, de modo que ainda são muitos desafios para se conseguir fazer uma assistência ampliada. É importante reconhecer o estranhamento do antigo com o novo, e lembrarmos que muito já foi feito, muito já se evoluiu, mas ainda há necessidade de investimento e ações que efetivem a adequada implantação desse novo modelo.

Dessa forma, cabe também ao nutricionista repensar o seu dever e o seu fazer, entender os problemas de saúde de seus territórios e refletir a forma como estão sendo conduzidas tais ações. É preciso e é possível atingir um nível de atuação mais coerente e efetivo, aumentando as

ações de alimentação e nutrição no âmbito da atenção básica e uma articulação intersetorial mais ampla, para que a realização dos trabalhos tenha um olhar focado na realidade.

Diante de todo o exposto neste trabalho, de tantas experiências exitosas e outras nem tanto, mesmo seguindo (ou tentando seguir) o modelo proposto pelo MS, é possível perceber que este modelo tão discutido de NASF pode não ser ideal. Estamos vivendo e experimentando essa nova forma de atuar. A certeza que temos é que é preciso saber nossos limites e até onde podemos chegar, conscientes que certas situações irão nos exigir desconstruir o que já aprendemos e construir uma nova forma de enxergar de acordo com o que a realidade nos solicita. Porém, o que não podemos esquecer jamais, sendo nosso pilar durante todo esse processo de reconstrução, são os princípios do SUS; eles devem nos nortear para sempre trilhar o caminho dessa construção na direção do bem comum: a efetivação do acesso à saúde em todo seu contexto biopsicossocial.

## REFERÊNCIA

AGUIAR, C. B. Formação acadêmica e atuação profissional de nutricionistas de Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Goiás. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, 2013.

ALMA-ATA, D. D. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; Alma-Ata; USSR. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata, p. 15, 1978.

AMARAL, M. N. D. O nutricionista na estratégia saúde da família : recurso eletrônico : reflexões sobre sua atuação no município de Chapecó. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais) - Universidade Comunitária da Região de Chapecó, p. 162, 2013.

AMBROSIO, C. E. S. et al. Atuação dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com enfoque ao trabalho do Nutricionista. Universidade Vale Do Rio Doce – Univale Faculdade De Ciências Da Saúde – FACS, 2009.

BARROS, C. M. L.; JUNIOR, G. D. F. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 1, n. 1, 2012.

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

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

\_\_\_\_\_. Decreto n 592, de 6 de Julho de 1992, Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação. Diário Oficial da União 1992.

\_\_\_\_\_. Decreto nº. 3.189, de 10 de abril de 1999. Fixa diretrizes para o Exercício da Atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1999a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição-PNAN e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999b.

\_\_\_\_\_. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília; Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, 2001.

\_\_\_\_\_. As cartas da promoção da saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2002b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à

alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial N° 45, de 12 de Janeiro De 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Diário Oficial da União 2008.

\_\_\_\_\_. PNAN 3 tempos: uma análise do processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição [relatório de pesquisa]. Ministério da Saúde, Organização Pan.-Americana da Saúde: Brasília: Ministério da Saúde/Opas 2009.

\_\_\_\_\_. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 27 2010a.

\_\_\_\_\_. Cadernos HumanizaSUS - Volume 2: Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde 2010b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2010c.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a



revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a organização da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS). Diário Oficial da União, 2011a.

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

\_\_\_\_\_. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde 2012a.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde 2012b.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 3124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2012d.

\_\_\_\_\_. Cadernos de Atenção Básica, nº 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Ministério da Saúde. Secretaria de

Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde 2014.

CAMOSSA, A. C. D. A.; TELAROLLI JUNIOR, R.; MACHADO, M. L. T. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. *Revista de Nutrição*, v. 25, p. 89-106, 2012.

CAMPOS, G. W. D. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1865-1874, 2007.

CERVATO-MANCUSO, A. M. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 3289-3300, 2012.

CFN, Conselho Federal de Nutricionistas. O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde 2008.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. s332-s340, 2008.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. D. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. 2011, v. 20, n. 4, 2011.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: (Ed.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*: Fiocruz, 2003. p.39-53.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no

Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 21, p. 164-176, 2007.

FAGUNDES, A. A. A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tese (Doutorado em Nutrição Humana)—Universidade de Brasília, 2013.

FARIAS, P. B. Atuação do nutricionista em equipe multiprofissional na atenção básica de saúde. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, p. 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 - Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, p. 489-506, 2005.

FITTIPALDI, A. L. D. M. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, p. 92, 2013.

GEUS, L. M. M. D. et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 797-804, 2011.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção

primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 783-794, 2009.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 15, p. 352-358, 2006.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*, v. 24, p. 809-824, 2011.

JUNIOR, A. P.; JUNIOR, L. C. Políticas Públicas de Saúde no Brasil *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G. D.; OLIVEIRA, M. A. D. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, p. 507-525, 2014.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 1620-1625, 2009.

MORAIS, V. M. D. O Programa Saúde da Família e a contribuição do profissional Nutricionista. Universidade Paulista – UNIP – Ribeirão Preto, 2011.

NASCIMENTO, D. D. G. D.; OLIVEIRA, M. A. D. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da

Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

OLIVEIRA, A. R. D.; JESUINO, M. R. C. Atuação do nutricionista em núcleo de apoio a saúde da família no estado do Piauí. *Revista Interdisciplinar*, v. 7, n. 1, 2014.

PÁDUA, J. G. D.; BOOG, M. C. F. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Revista de Nutrição*, v. 19, p. 413-424, 2006.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist Cienc Saude Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

PINHEIRO, A. R. D. O. et al. Percepção de professores e estudante em relação ao perfil de formação de nutricionista em saúde pública. *Revista de Nutrição*, v. 25, p. 632-643, 2012.

RAMOS, N. F. S. O nutricionista da atenção básica à saúde do Distrito Federal : um olhar sobre si mesmo e as ações de atenção nutricional. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana)—Universidade de Brasília, p. 113, 2011.

RAMOS, N. F. S.; TORRES, A. A. L. Identificação das estratégias de educação alimentar e nutricional desenvolvidas pelos núcleos de apoio à saúde da família no Distrito Federal como forma de promoção da saúde. Monografia (Especialização em Educação e Promoção da Saúde)-Universidade de Brasília, p. 23, 2009.

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A. B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 73-79, 2011.

RODRIGUES, D. C. M. O lugar do nutricionista nos núcleos de apoio à saúde de Fortaleza. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, p. 225, 2012.

SILVA, A. T. C. D. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, J. P. E. A inserção do nutricionista no NASF no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

TADDEI, J. A. et al. Nutrição em Saúde Pública. Editora Rubi, 2011. 664.

VASCONCELOS, A. C. C. P.; PEREIRA, I. D. F.; PEDRO CRUZ, J. S. C. Práticas educativas em nutrição na atenção básica em saúde: reflexões a partir de uma experiência de extensão popular em João Pessoa, Paraíba. Revista APS, v. 11, n. 3, p. 334-340, 2008.