

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

IVANA ARAGÃO LIRA VASCONCELOS ALMEIDA

**ELEMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

BRASÍLIA

2014

IVANA ARAGÃO LIRA VASCONCELOS ALMEIDA

**ELEMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de doutora em nutrição Humana. Linha de Pesquisa: Nutrição Social.

**Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leonor Maria Pacheco Santos
Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa**

BRASÍLIA

2014

BANCA EXAMINADORA DA TESE

PRESIDENTE: Prof^a. Dr^a. Leonor Maria Pacheco Santos (Orientadora)

Departamento de Saúde Coletiva

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade de Brasília

2º MEMBRO: Prof^a. Dr^a. Helena Eri Shimizu

Departamento de Saúde Coletiva

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade de Brasília

3º MEMBRO: Prof^a. Dr^a. Patricia Constante Jaime

Departamento de Nutrição

Faculdade de Saúde Pública

Universidade de São Paulo

4º MEMBRO: Prof. Dr. Edgar Merchán-Hamann

Departamento de Saúde Coletiva

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade de Brasília

5º MEMBRO: Prof^a. Dr^a. Elisabetta Gioconda Iole Giovanna Recine

Departamento de Nutrição

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade de Brasília

SUPLENTE: Prof^a. Dr^a. Renata Alves Monteiro

Departamento de Nutrição

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade de Brasília

As convicções são cárceres. Mais inimigas da verdade do que as próprias mentiras.

Friedrich Nietzsche

AGRADECIMENTOS

À professora e orientadora Leonor Pacheco por ter me dado a oportunidade de ser sua doutoranda e por contribuir com meu crescimento como pesquisadora e docente durante esse processo.

À professora Maria Fátima Sousa por todo o aprendizado, respeito e confiança e por me fazer acreditar na melhoria e no potencial da Estratégia Saúde da Família.

Aos profissionais de saúde que participaram do grupo focal e gestores que nos acolheram durante a coleta de dados, pelo tempo e pela paciência disponibilizados para contribuir com a pesquisa no nosso país.

Aos servidores do Ministério da Saúde pelo apoio com a compilação dos dados secundários e pela prontidão em resposta às dúvidas.

Ao Ministério da Ciência e Tecnologia pelo investimento financeiro em parte desse estudo.

À profa., madrinha e amiga Gislene Barral e ao Guilherme Felipe da Silva pelas valiosas contribuições e correções ortográficas, sintáticas e semânticas no manuscrito.

Ao meu marido Eduardo, pelo carinho, pela paciência e pela ajuda com as funções e planilhas e com a formatação final, além da organização e da resolução dos afazeres durante minha “ausência”.

Às colegas e amigas Carolina Chagas e Renata Falcão pela leitura e sugestões para o manuscrito.

À profa. Renata Monteiro pela ajuda com o ALCESTE.

Aos meus pais, irmãos e sobrinhos que aguentaram os meus momentos de estresse e sempre me incentivaram a estudar mais.

Às estagiárias, colegas e amigas Natasha Façanha, Camila Reis, Sumara Oliveira, Luciani Ricardi, Rafaela Forechi, Luana, Viviane Pimentel, Juliana Álvares, Andréa Cardial por ajudarem nas coletas de dados da pesquisa do NESP e nas revisões dos grupos focais, muitas vezes voluntariamente, somente pela vontade de aprender.

RESUMO

As mudanças no perfil nutricional da população brasileira requerem medidas integradas, principalmente na Atenção Básica que passa a ser coordenadora da saúde nas redes de atenção. O Estado Brasileiro tem avançado com a Estratégia de Saúde da Família como proposta de reorganização, sendo uma proposta sustentável com melhor custo-efetividade por meio do fortalecimento, qualificação e incorporação de ações programáticas mais amplas e intersetoriais, como as de alimentação e nutrição. Tais ações contribuem para garantir os princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade. E, com a inserção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em 2008, as equipes de saúde da família puderam se vincular com uma abordagem interdisciplinar e contar com profissionais como o nutricionista. O propósito do estudo foi levantar aspectos relacionados à pesquisa acadêmica e aos recursos humanos para contribuir com o entendimento da organização das ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em municípios brasileiros. Foram utilizados vários tipos métodos, resultando em três artigos: 1) No primeiro artigo, dois procedimentos foram explorados: 1.1) Uma revisão estruturada das bases *Web of Science*, Medline, Lilacs, SciELO e *Embase*, seguindo os princípios que orientam as revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane; 1.2) Uma busca de grupos de pesquisa feita por meio do Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; 2) Um estudo descritivo com cortes temporais com dados sobre o quantitativo de nutricionistas atuantes na Atenção Básica, fornecidos pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil no período de 2007 a 2013; 3) Um estudo qualitativo descritivo realizado, em 2010, com emprego de grupo focais com profissionais das equipes de 30 municípios de grande porte. Os resultados encontrados mostraram poucos estudos originais, decorrentes de poucos grupos de pesquisa sobre o assunto, tendo o diagnóstico como ação principal, persistência de foco de atenção nas crianças e em temas relacionados, e sob coordenação de nutricionistas, médicos e enfermeiros. Os relatos sobre as práticas de alimentação e nutrição dos profissionais de saúde convergiram com esses achados quando apontam ações e parcerias intersetoriais ainda pontuais, alta rotatividade e contratos precários, falta de qualificação, limites e frustrações dos profissionais relacionados aos problemas sociais e pequena legitimação social da Estratégia de Saúde da Família onde impera o modelo médico hegemônico. Mas a inserção dos Núcleos de Apoio com o nutricionista indicou falas favoráveis às mudanças no processo de trabalho, parecendo estar relacionada a uma nova dinâmica de atenção baseada na integralidade, na interdisciplinaridade, maior investimento na infraestrutura e com propostas de ações mais familiares e coletivas. Os núcleos também contribuíram com uma importante evolução do quantitativo de nutricionistas no Brasil, nos últimos sete anos, em relação aos que trabalham na rede tradicional, aos demais profissionais e até aos outros níveis de atenção. Exceto pelo número de artigos (a maioria de autores da Região Sudeste), a adesão da Região Nordeste na tentativa de organização da Atenção Básica tornou-se evidente. A partir desses resultados, concluiu-se que para potencializar as ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, é necessária a presença de profissionais habilitados, em quantidade compatível com as demandas locais de saúde, mas deve haver um norteamento sobre um processo de trabalho mais interdisciplinar e intersetorial, além de condições de infraestrutura, de contrato estável desses profissionais e ações políticas de proteção à população. Dessa forma, poderá ser possível efetivar a

integralidade nos serviços de saúde e consolidar o modelo de atenção familiar e comunitária.

Palavras-chave: Alimentação. Nutrição em saúde pública. Nutricionistas. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Brasil.

ABSTRACT

The nutritional profile changes of the Brazilian population need comprehensive actions, especially in Primary Care, health coordinating in care networks. The Brazilian State officially advanced with prioritization the Family Health Strategy as the definitive proposal for redirecting the health system. It is a sustainable proposal with better cost-effectiveness by strengthening, training and incorporation of broader intersectoral and program actions, as food and nutrition actions. Such actions help to ensure the principles of comprehensiveness, universality and solvability. In 2008, with the insertion of Support Centers for Family Health, the family health teams were linked with an interdisciplinary approach and began to have dietitians as professionals. The study purpose was to collect issues related to academic research and human resources to contribute with food and nutrition actions in the Family Health Strategy in Brazilian municipalities. Different types of methods were used, resulting in three articles: 1) In the first, two procedures were used: 1.1) A structured review of the databases Web of Science, Medline, Lilacs, SciELO and Embase, followed the principles that guide systematic reviews in the Cochrane Collaboration; 1.2) A research groups were searched in the Research Group Directory of the National Council for Scientific and Technological Development; 2) In the second, the study was descriptive with cross-sectional times that used indirect data (dietitians number that work in the Primary Health Care) from National Register of Health Establishments in the period 2007-2013; 3) In the third article, qualitative study of multiple cases was conducted on Family Health professionals teams from 30 municipalities over 100 thousand inhabitants in 2010. Focus groups were used. The findings indicated that few studies focused on food and nutrition in the Family Health Strategy, probably because of the existence of few research groups in the country. The studies focused mostly on children, were about diagnoses and were coordinated by dietitians, nurses, and physicians. The reports of health professionals about food and nutrition practices approach findings when they indicate occasional actions and intersectoral partnerships, high turnover, insecure employment contracts, qualification absence, limitations and frustrations professionals about social problems and legitimacy lack of Family Health Strategy, hegemony of biomedical model. However, with the dietitian integration into Support Centers for Family Health, speeches favorable to the work process changes appeared, may be related to a new dynamic care based on the comprehensiveness, on the interdisciplinarity, increased investment in infrastructure and in the familiar and collective actions. The Support Centers also have provided an important evolution in dietitian's numbers on Brazil, the past seven years, than those who work in traditional network, other professionals and even in relation to other care levels. The accession of the northeast region in the attempt of organizing primary care is apparent. From these results, it is concluded that to potentiate food and nutrition actions in primary health care, it's necessary the qualified professionals inclusion, quantity compatible with the local health demands. However, there should be a direction on a interdisciplinary and intersectoral work process, well as infrastructure conditions, permanent contract these professionals and public policy actions to protect the population. In this way, it may be possible to achieve comprehensiveness in health services and consolidate the model of family and community care.

Key words: Diet. Public Health Nutrition. Dietitians. Family Health Strategy. Primary Health Care. Brazil.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AN	Alimentação e Nutrição
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CS	Centro de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGP	Diretório de Grupos de Pesquisa
ENDEF	Estudo Nacional de Despesa Familiar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IA	Insegurança Alimentar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LC	Linha de Cuidado
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESP	Núcleo de Estudos em Saúde Pública
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OPSAN	Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição
PAHO	Pan-American Health Organization
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PTR	Programa de Transferência de Renda
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidades de Contexto Elementar
UCI	Unidades de Contexto Iniciais
UnB	Universidade de Brasília
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidades de Saúde da Família
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
WHO	World Health Organization

Sumário

AGRADECIMENTOS	V
Lista de Siglas	IX
Lista de Tabelas	15
Lista de Figuras, Quadros e Gráficos.....	16
Apresentação	17
1ª Parte	18
1. Introdução.....	18
2. Revisão Bibliográfica.....	21
2.1. Epidemiologia, transição nutricional e repercussões.....	21
2.2. Estratégias de enfrentamento da situação de transição nutricional.....	27
2.3. A Estratégia de Saúde da Família e seus processos de trabalho.....	32
2.4. Ações de Alimentação e Nutrição no âmbito da Estratégia de Saúde da Família	40
3. Justificativa	45
4. Perguntas de Pesquisa	46
5. Objetivos.....	46
5.1. Objetivo Geral.....	46
5.2. Objetivos Específicos	46
6. Métodos.....	48
6.1. Artigo 1: “Potencialidades da pesquisa em Alimentação e Nutrição na Estratégia Saúde da Família: uma revisão estruturada”	48
6.2. Artigo 2: “Evolução do quantitativo de Nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: o papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”	51
6.3. Artigo 3: “Ações do cuidado nutricional em centros urbanos brasileiros: percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família”.....	54
6.3.1. Delimitação do objeto de pesquisa:.....	54
6.3.2. Aspectos teórico-metodológicos e conceituais	56
6.3.3. Tipo de estudo	59
6.3.4. Seleção das unidades de análise	59
6.3.5. Participantes	61
6.3.6. Instrumentos.....	62
6.3.7. Procedimentos de coleta de dados.....	63
6.3.8. Plano de Análise.....	65
7. Considerações Éticas	70
2ª Parte - Resultados.....	72
Capítulo 1	73
Potencialidades da pesquisa em alimentação e nutrição na estratégia de saúde da família: uma revisão estruturada*	73

1. INTRODUÇÃO	76
2. MÉTODOS.....	78
2.1. Revisão estruturada	78
2.2. Levantamento dos grupos de pesquisa em Alimentação e Nutrição na Estratégia Saúde da Família.....	80
3. RESULTADOS	81
3.1. Pesquisa em Alimentação e Nutrição na Estratégia Saúde da Família	81
3.2. Grupos de pesquisa.....	87
4. DISCUSSÃO	89
5. CONCLUSÃO.....	94
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
Capítulo 2	102
Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: o papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*	102
1. Introdução.....	105
2. Métodos.....	107
3. Resultados.....	109
4. Discussão	117
5. Conclusão.....	122
6. Referências bibliográficas	124
Capítulo 3	128
Ações do cuidado nutricional em centros urbanos brasileiros: percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família*	128
1. Introdução.....	131
2. Métodos.....	132
3. Resultados.....	135
4. Discussão	147
5. Conclusão.....	155
6. Referências Bibliográficas.....	157
4ª Parte	161
Conclusões e Recomendações.....	161
Referências Bibliográficas	165

Apêndices.....	176
Apêndice A.....	176
Apêndice B.....	177
Apêndice C.....	179
Apêndice D.....	181
Apêndice E.....	184
Anexos.....	186
Anexo A.....	186
Anexo B.....	187
Anexo C.....	188

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil dos estudos quantitativos – ou predominantemente quantitativo – nos âmbitos do diagnóstico, prevenção de doenças, promoção da saúde e assistência à saúde. Brasil, 2003 a 2012.	84
Tabela 2. Perfil dos estudos quantitativos que abordam as ações de alimentação e nutrição no âmbito das atividades da gestão local ou municipal. Brasil, 2002 a 2012.	85
Tabela 3. Caracterização dos estudos qualitativos no âmbito do diagnóstico, promoção da saúde, assistência/ cuidado e gestão. Brasil, 2003 a 2012.	87
Tabela 4. Distribuição dos números de grupos de pesquisa de acordo com as palavras-chave utilizadas. Brasil, 2000 a 2012.	88
Tabela 5. Distribuição dos grupos de pesquisa da base corrente segundo o ano de formação, região da instituição e área predominante. Brasil, 2012.	88
Tabela 1. Distribuição dos nutricionistas pertencentes às Equipes de Saúde da Família e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e tempo de serviço, segundo o ano em municípios brasileiros, 2007 a 2013.	110
Tabela 2. Distribuição dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família com nutricionistas e das equipes de Saúde da Família vinculadas a estes, segundo o ano em municípios brasileiros, 2008 a 2013.	112
Tabela 3. Distribuição do quantitativo de profissionais dos NASF de acordo com a formação, segundo o ano. Brasil, 2008 a 2013.	114
Tabela 1. Características dos municípios brasileiros participantes da pesquisa. 2010.	136
Tabela 2. Perfil dos participantes dos grupos focais em Centros Urbanos brasileiros. Brasil, 2010.	137

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1. Síntese dos elementos teórico-metodológicos do trabalho	47
Quadro 1. Etapas e operações da análise feita pelo <i>Software ALCESTE</i>	69
Figura 1. Sumário Visual da literatura.....	55
Figura 1. Distribuição do total de nutricionistas atuando na Atenção Básica, segundo o tipo de inserção. Brasil, 2007 a 2013.....	114
Figura 2. Distribuição do número de nutricionistas na Atenção Básica por município no território brasileiro segundo o ano e a modalidade de atenção, 2009, 2011 e 2013.....	116
Figura 1. Dendograma da percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o cuidado nutricional nos centros urbanos, 2010.	138

APRESENTAÇÃO

Esta tese foi apresentada ao Programa de Pós Graduação em Nutrição Humana, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília.

Foram contemplados os dados relativos às publicações e aos grupos de pesquisa sobre ações de Alimentação e Nutrição na Estratégia de Saúde da Família; à evolução do quantitativo de nutricionistas neste âmbito e à percepção de profissionais das equipes sobre as ações de cuidado nutricional que desenvolvem.

A estrutura foi dividida em quatro partes:

- a) A primeira é constituída pela introdução sobre o assunto a ser abordado, pela revisão bibliográfica, justificativa, perguntas de pesquisa, objetivos propostos, descrição detalhada dos métodos por artigo e considerações éticas;
- b) A segunda parte corresponde aos resultados obtidos organizados na forma de capítulos, cada um constituído por um artigo científico que serão submetidos para publicação em revistas especializadas:
 - b.1) O primeiro capítulo diz respeito a um artigo de revisão estruturada e busca no Diretório de Grupos de Pesquisa sobre as ações de alimentação e nutrição na Estratégia de Saúde da Família. Este artigo foi submetido à Revista de Nutrição e já foi publicado no volume 27, número 1, janeiro/ fevereiro de 2014.
 - b.2) O segundo capítulo trata-se de um artigo original com dados secundários sobre a evolução do quantitativo de nutricionistas na Estratégia de Saúde Família entre 2007 e 2013. Pela especificidade, o trabalho será submetido à Revista de Nutrição;
 - b.3) O terceiro capítulo é constituído por um artigo sobre a percepção dos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre a organização das ações de alimentação e nutrição em municípios brasileiros de grande porte. Esse estudo é parte de um projeto mais amplo e será submetido à Revista da Organização Panamericana de Saúde Pública;
- c) E, finalmente, a quarta parte apresenta as conclusões e recomendações e as referências bibliográficas da tese; além dos apêndices e dos anexos citados ao longo do manuscrito.

1ª PARTE

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas quatro décadas, a população brasileira mudou o seu perfil nutricional com redução progressiva da desnutrição infantil (ainda persistente em famílias com baixos rendimentos da Região Norte); diminuição do déficit de peso em adolescentes e adultos; redução da prevalência do déficit de altura; aumento acelerado do excesso de peso em todas as regiões brasileiras, principalmente na última década, e em todos os estratos de renda (BRASIL, 2009a; IBGE, 2010a). A coexistência desses agravos com persistência de altas prevalências das carências nutricionais em crianças menores de cinco anos e mulheres em idade reprodutiva, como a hipovitaminose A (17,4% e 12,3%) e anemia (20,9% e 29,4%) (BRASIL, 2009a), caracteriza a transição nutricional e a dupla carga de doenças (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003).

Tal panorama pode ser explicado pelas transformações sociais e econômicas que repercutiram nos modos de vida, como o consumo alimentar e a redução da prática de atividade física (IBGE, 2010c; IBGE, 2011). Por outro lado, com a consolidação de políticas e programas, constataram-se alguns avanços na prática do aleitamento materno, com aumento das mães que iniciaram a prática, aumento na duração do aleitamento materno exclusivo e total; além de redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2009a).

Paralelamente, houve redução da prevalência da situação de Insegurança Alimentar (IA) nos domicílios de 34,9% em 2004 para 30,2% em 2009. As IA moderada e grave passaram de 9,9% para 6,5% e de 7,0% para 5,0%, respectivamente (IBGE, 2010b). Essa queda confirmou-se com o apontamento da POF 2008-2009 sobre a melhora da satisfação das famílias em relação à quantidade e à qualidade de alimentos (IBGE, 2011).

A Estratégia Global em Alimentação, Atividade Física e Saúde, aprovada em 2004 pela Assembléia Mundial da Saúde, com apoio do governo brasileiro, enfatiza o aumento da obesidade e esse impacto na incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer; na

expectativa e qualidade de vida da população; e nos custos diretos e indiretos para os serviços de saúde e para o mercado de trabalho (WHO, 2004).

Diante da complexidade do cenário nutricional brasileiro, em que apresenta risco para aumento na prevalência e incidência de DCNT (SARTORELLI & FRANCO, 2003; BRASIL, 2006), há necessidade de qualificar a atenção à saúde com a garantia de um modelo pautado na integralidade (BRASIL, 2009c; FERREIRA e MAGALHÃES, 2007; COUTINHO, GENTIL e TORAL, 2008).

No setor saúde, a situação de predomínio das DCNT não consegue ser respondida sob os aspectos da eficiência, efetividade e qualidade por sistemas que priorizam o tratamento, suas complicações e desdobramentos das DCNT e que se organizam de forma fragmentada (MENDES, 2010; LAVRAS, 2011).

Dentro da proposta de Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é um componente da estrutura operacional das RAS que, para transformar os cuidados convencionais em redes, deve ser resolutiva (ser capaz de resolver mais de 85% dos problemas de saúde) e ter acesso universal; ser coordenada entre os níveis com garantia de continuidade da atenção e contextualização social; ter uma relação personalizada que perdurasse no tempo, ou seja, uma longitudinalidade; e ser responsável por sua população do território dentro da ideia de integralidade; promover a participação social (STARFIELD, 2002; WHO, 2008; MENDES, 2010; LAVRAS, 2011).

Nessa linha, o Estado brasileiro tem avançado, oficialmente, a partir da aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006 (BRASIL, 2010b), com o objetivo de promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde; da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 (BRASIL, 2011), tendo priorizado a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como a proposta consolidada de reorientação do sistema de saúde; e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) de 1999 (BRASIL, 2003; BRASIL, 2012a), revisada em 2011, com o propósito da melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde, por meio da promoção das práticas alimentares, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos.

Coutinho *et al.* (2008) propõem uma agenda única de nutrição com o enfoque no curso da vida e que seja fortalecida enquanto rede institucionalizada no SUS. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) de 1999 já mencionava a

importância da construção de uma agenda política para prevenção da obesidade e DCNT (BRASIL, 2003).

Todas as suas diretrizes perpassam pelos direcionamentos da PNPS e da PNAB, sendo que a primeira diretriz da PNAN indica a organização da atenção nutricional. O cuidado integral deve ser feito dentro da RAS e a AB, pela sua capilaridade, teria o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL, 2012a).

No contexto da Atenção Básica à Saúde (ABS), a ESF emerge como proposta de reorganização do modelo, inovadora e capaz de concretizar o ideário da promoção da saúde, desde que haja um estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulação interdisciplinar das ações de assistência, prevenção e promoção; trabalho em equipe incentivado desde a formação dos profissionais e destaque da educação em saúde como estratégia de reflexão-ação promotora da cidadania e da solidariedade (MACHADO *et al.*, 2007).

A ESF é um espaço potencial e parte integrante da RAS para inserir e consolidar ações de Alimentação e Nutrição (AN) por meio de uma abordagem transversal. Além disso, as ações AN fortalecem os princípios de integralidade, universalidade e resolubilidade (BRASIL, 2009c).

Para aperfeiçoar as ações governamentais referentes à concretização da PNAN, a Matriz das Ações de AN na AB tem o propósito de sistematizar uma série de ações de AN e do cuidado nutricional a fim de integrarem as demais ações da ABS (BRASIL, 2009c).

A Matriz disponibiliza uma série de ações prioritárias que fazem parte do conhecimento técnico específico do nutricionista. Mas também elenca ações a serem compartilhadas com os demais profissionais de saúde, tendo o nutricionista como profissional de referência. Um terceiro grupo de atribuições citadas sobre prevenção e promoção da saúde, por fim, são comuns e de responsabilidade do conjunto de profissionais da saúde (BRASIL, 2009c).

A inserção do nutricionista na AB foi intensificada a partir de 2008, quando as equipes de saúde da família passaram a ter a possibilidade de contar com Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008a).

Este estudo vem em um momento oportuno. O SUS está há mais de 25 anos de fortalecimento; a ESF está há mais de 20 anos de implantação e funcionamento no âmbito SUS; a AB assume posição de destaque na coordenação do cuidado e na

ordenação de redes atenção; e as ações de atenção nutricional, diante da problemática relatada, podem assumir centralidade e contribuem para a discussão atual sobre a concepção da integralidade e resolubilidade nos processos de organização e na gestão do cuidado. Junto com parcerias sustentáveis, articulação interdisciplinar dos diversos tipos de ações, recursos humanos habilitados e o trabalho em equipe, identifica-se a potencialidade que ela possui de concretizar e aperfeiçoar o ideário de promoção da saúde, além de aperfeiçoar a prevenção, o diagnóstico e a assistência.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. *EPIDEMIOLOGIA, TRANSIÇÃO NUTRICIONAL E REPERCUSSÕES*

Nos últimos 40 anos, a população brasileira passou por intensas transformações sociais e econômicas que repercutiram nos modos de vida, inclusive nos padrões de consumo e de saúde. As mudanças podem ser constatadas em estudos de cunho nacional, em que suas execuções periódicas com avaliação do estado nutricional de diversas faixas etárias permitem a identificação do perfil, o monitoramento de políticas públicas e a indicação de novas intervenções na abordagem da saúde e nutrição (IBGE, 2010b).

Apesar das diferenças metodológicas e diferentes padrões de referência empregados, buscou-se a tendência do estado nutricional dos diversos ciclos de vida a partir do comparativo desses estudos com base representativa da população brasileira. Nesse intervalo de tempo de 40 anos, foram realizados o Estudo Nacional de Despesa Familiar 1974-1975 (ENDEF), a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição em 1989 (PNSN), a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde em 1996 e 2006 (PNDS), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004/2009 (PNAD), as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009 (POF).

Na lógica dos cursos da vida, iniciando pela saúde da criança, a PNSN apontou a desnutrição em 31% das crianças brasileiras menores de cinco anos, sendo 5% com desnutrição moderada ou grave (BRASIL, 1990a). Em 1974, o ENDEF tinha constatado 46% de crianças com desnutrição, sendo 13,6% de desnutridos moderados e graves. Para as crianças de sete anos de idade, a PNSN constatou um déficit relativo de 3% na altura, em relação a população de referência

e essa desnutrição crônica pareceu aumentar com a idade, sendo expressivo o salto do 1º ano ao 2º ano de vida.

A POF 2002-2003 (IBGE, 2006) constatou que os *déficits* de altura em crianças de ambos os sexos e todas as faixas etárias vêm reduzindo progressivamente. Os *déficits* de peso são encontrados em 7% em crianças menores de cinco anos e 4,6% entre cinco e nove anos. As prevalências mais altas foram encontradas na Região Norte: 14,6% para menores de cinco anos e 12% entre cinco e nove anos (prevalências moderadas de desnutrição).

Até então, apenas pesquisas locais e regionais estimavam a prevalência de anemia e níveis de vitamina A. Em 2006, a PNDS apontou prevalência de anemia em crianças menores de cinco anos de 20,9% e de inadequação nos níveis de vitamina A de 17,4%. Foi feita também a avaliação antropométrica, sendo que para essa faixa etária, observaram-se diferenças entre as pesquisas de 1996 e 2006, com redução no déficit altura por idade de 13,4% para 7%, peso por altura de 2,2% para 1,4% e peso por idade de 4,2% para 1,9%. Já o excesso de peso (peso por altura) foi encontrado em cerca de 7% em ambos os anos (BRASIL, 2009a).

E, por fim, a POF 2008-2009 estimou em 6% a prevalência de crianças menores de cinco anos com índice altura-para-idade abaixo de 2 escores z, com maior prevalência na Região Norte (8,5%) e menor na sul (3,9%). Não houve diferença entre zona rural e urbana. Para crianças de cinco a nove anos de idade, a prevalência de déficit do índice altura-para-idade foi de 6,8% (maior na Região Norte e na zona rural; menor com o aumento da renda), a prevalência de déficit de peso foi de 4,1% (parecido em todas as regiões e sem diferenças entre urbano e rural) e de excesso de peso foi de um terço das crianças (mais prevalente nas regiões sul, sudeste e centro-oeste e no meio urbano). A obesidade foi detectada em um terço das meninas e na metade dos meninos com excesso de peso (IBGE, 2010a).

No que diz respeito ao estado nutricional dos adolescentes no decorrer dos anos, na PNSN os *déficits* relativos de altura foram de 4,6% nas meninas com 13 anos de idade e de 5,2% nos meninos aos 14 anos de idade. Aos 18 anos, a estatura mediana da população brasileira situava-se próxima ao percentil 10 do *National Center for Health Statistics* (NCHS) para ambos os sexos (BRASIL, 1990a).

A frequência de excesso de peso entre adolescentes foi de 16,7%, sendo 17,9% de meninos e 15,4% de meninas, constatados na POF 2002-2003. Já para obesidade foi visto que pouco mais de 2% de adolescentes estavam nessa

classificação, sendo 1,8% entre meninos e 2,9% entre meninas e com frequências maiores para as regiões sul, sudeste e centro-oeste (IBGE, 2006).

Uma análise geral ao longo de três inquéritos (ENDEF, PNSN e POF) verificou declínios intensos e contínuos na prevalência de *déficit* de altura-para-idade: 33,5%, 20,5% e 10,8%, no sexo masculino, e 26,3%, 16,9% e 7,9%, no sexo feminino. A frequência de adolescentes baixo peso é relativamente baixa nos três inquéritos, flutuando, nos dois sexos, entre 2,8% e 4,8%. A prevalência de excesso de peso em meninos também foi baixa no primeiro inquérito (3,9%), duplicou do primeiro para o segundo inquérito (8,3%) e novamente duplicou do segundo para o terceiro inquérito (17,9%). A frequência de excesso de peso em meninas aumentou de 7,5% no primeiro para 13,8% no segundo e para 15,4% no terceiro inquérito. A evolução da obesidade repete, com menores prevalências, o verificado no excesso de peso (IBGE, 2006).

A POF 2008-2009 mostrou prevalência de *déficit* de peso para adolescentes (10 a 19 anos) de apenas 3,4%, com pouca variação entre os sexos e por região brasileira. O excesso de peso foi identificado em 20% para ambos os sexos, mais prevalente nas regiões sul, sudeste e centro-oeste e na zona urbana. Já a obesidade apresentou-se em cerca de 25% dos casos de excesso de peso, com distribuição parecida em relação a este. Porém, observou-se que o excesso de peso apresentou forte aumento com a renda e a obesidade tinha maiores prevalências nas classes intermediárias (IBGE, 2010a).

Quanto à população adulta e idosa, a PNSN mostrou baixo peso em 15,9%, sendo de 20% no nordeste brasileiro e 10% na Região Sul. Idosos de baixa renda eram mais suscetíveis ao baixo peso (25%). O excesso de peso apareceu em 32% da população, sendo 27% dos homens (22,6% de sobrepeso e 4,8% de obesidade) e 38% das mulheres com esse agravo (26,5% de sobrepeso e 11,7% de obesidade). Na baixa renda, já 30% das mulheres apresentavam excesso de peso. No ENDEF, a prevalência de baixo peso era de 25% (36% de diferença), de sobrepeso era de 14,3% nos homens e 18,7% nas mulheres e de obesidade era 2,4% nos homens (-100% em relação a PNSN) e 6,9% nas mulheres (-70%) (BRASIL, 1991).

A POF 2002-2003 não investigou dados antropométricos da população adulta. O próximo estudo com adultos foi feito em 2006, mas apenas em mulheres de 15 a 49 anos. A PNDS constatou prevalência de anemia em 29,4% e 12,3% de inadequação nos níveis de vitamina A nesse grupo. Dados antropométricos

mostraram *déficit* de peso em apenas 4,3%. Em contraponto, 43,1% apresentaram excesso de peso, 16,1% obesidade, 55,5% apresentaram circunferência da cintura maior ou igual a 80 centímetros e 32,1% circunferência maior ou igual a 88 centímetros (BRASIL, 2009a).

Para os adultos em geral, a POF 2008-2009 indicou *déficit* de peso em 2,7% com pouca variação entre as regiões e zonas; excesso de peso em 50%, mais prevalente na zona urbana e nas regiões sul, sudeste e centro-oeste; obesidade em 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres (25% e 33%, respectivamente, dos casos de excesso de peso). Para os homens, o excesso de peso aumentou com a renda e para as mulheres, as maiores prevalências foram encontradas nas classes intermediárias (IBGE, 2010a).

Além da avaliação antropométrica, alguns outros indicadores que podem ser determinantes ou conseqüências do atual perfil nutricional foram apresentados em estudos nacionais. A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN, 1989) indicou que pouco mais de 50% das crianças até 1 mês de vida são amamentadas exclusivamente e, com cinco meses, 50% das crianças já estavam completamente desmamadas (BRASIL, 1991). A PNDS de 1996 e de 2006 apontam redução da mortalidade infantil em 44% e avanços na prática do aleitamento materno. Houve aumento na prevalência de bebês que iniciaram a amamentação (95%, antes 33%), aumento na mediana de aleitamento materno exclusivo (de 1,1 meses para 1,4 meses) e aleitamento materno total (de 7 para 14 meses) (BRASIL, 2009a).

Nos dados de consumo de alimentos complementares da PNDS de 2006, entre dois e três meses de idade, 56,8% das crianças desmamadas alimentavam-se de mingaus, 40% já consumiam sucos e 7,8% já consumiam comida de sal. A partir dos seis meses até os 23 meses apenas 40% das crianças desmamadas consumiam frutas ou hortaliças (seja na forma natural ou processada), 50% consumiam carnes de quatro a sete vezes na semana e 10% consumiam carnes uma vez por semana.

Paralelamente, houve redução da prevalência da situação de Insegurança Alimentar (IA) em relação ao apresentado na Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílios – PNAD – 2004. A IA atingia 34,9% dos domicílios passou a atingir 30,2% em 2009. No que se refere ao grau, as prevalências eram de 18%; 9,9% e 7,0%, em 2004, e passaram a ser de 18,7%; 6,5% e 5,0% para as IA leve, moderada e grave, respectivamente, em 2009. Assim, houve um aumento na proporção de domicílios com IA leve e redução nos percentuais de IA moderada e grave (IBGE, 2010b).

No estudo de Monteiro *et al.* (2000), foi verificada a tendência de consumo alimentar estimada pelo gasto da família urbana nas POF de 1988 e 1996. Apesar das oscilações regionais, verificou-se um aumento com consumo das carnes, leites e derivados, açúcar refinado e refrigerantes e declínio no consumo de ovos, leguminosas, raízes e tubérculos e estabilidade no consumo de cereais e derivados. Em uma análise da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil (1974-2003) no estudo de Levy-Costa *et al.* (2005) foi verificado um aumento de 400% no consumo de refrigerantes e biscoitos, declínio no consumo de alimentos básicos como arroz e feijão, persistência no consumo excessivo de açúcar, na insuficiência no consumo de frutas e hortaliças e no aumento do teor de gorduras em geral e gorduras saturadas na dieta.

O consumo de alimentos pode ser determinado por uma série de fatores de diferentes níveis. Renda e preço podem ser determinantes no consumo de frutas, legumes e verduras (FLV), como mostra o estudo de Claro *et al.* (2007). Nesse estudo, foi observado um gasto de 10,2% com esse grupo no total gasto com a alimentação, com aumento dessa participação relativa (frutas e legumes) quando houve aumento da renda e redução do preço.

As POFs 2002-2003 e 2008-2009 fizeram também uma avaliação subjetiva das famílias da satisfação sobre o gasto com a quantidade de alimento consumido e a qualidade. A última POF aponta melhora quanto à satisfação da quantidade (64,5%) em relação à anterior (53%). Cerca de 35% mencionaram que a quantidade de alimentos era normalmente insuficiente ou eventualmente insuficiente. Essa insuficiência foi maior na zona rural (45,6%) contra 56,9% (POF 2002-2003) e nas regiões norte e nordeste, sendo 50% em 2008-2009 e 60% em 2002-2003. Quanto ao tipo de alimento consumido 65% mostraram-se insatisfeitos em algum grau contra 73,5% da POF 2002-2003. A zona rural e as regiões norte e nordeste apresentaram maior prevalência de insatisfeitos, cerca de 74% (IBGE, 2011).

Além da mudança no consumo alimentar, a população brasileira também passou a se movimentar menos. A PNAD 2008 verificou o relato de praticar atividade física em apenas 28,2% da população acima de 14 anos, o que inclui a ida ao trabalho, trabalhos domésticos que exijam esforço ou prática de esportes.

Destes, apenas 10,2% foram consideradas ativas no lazer¹. Quanto às atividades que incentivam o sedentarismo, dos 92,4% que referiram assistir a televisão, 42,9% relataram que era por mais de três horas diárias. O uso de computador ou vídeo game foi referido por 29,6%, sendo que destes, 28,8% utilizar por mais de três horas por dia (IBGE, 2010c).

Tal mudança no perfil nutricional em todas as faixas etárias tem ocorrido paralelamente à chamada transição epidemiológica, ou seja, alterações complexas nos padrões de saúde, mortalidade, doença e invalidez ao longo do tempo em conjunto com determinantes e consequências demográficas, sociais e econômicas (OMRAN, 1991; SCHRAMM *et al.*, 2004). Apesar da definição delimitar claramente o predomínio de um tipo de doença sobre outra, no Brasil houve uma superposição das doenças transmissíveis e DCNT, reinserção de dengue, cólera e tuberculose de maneira que ambos os tipos de patologias coexistem e predominam, o que denominaram como uma transição prolongada (SCHRAMM *et al.*, 2004). As *Transições de condições de saúde* foram acompanhadas das *Transições da Atenção Sanitária*.

A tendência secular da diminuição da desnutrição infantil no Brasil foi associada às políticas públicas, incluindo o acesso e a reorientação dos serviços de saúde, com a expansão da ESF, os programas de transferência de renda, a melhoria do poder aquisitivo das famílias de menor renda e da escolaridade das mães (IBGE, 2010a).

A Estratégia Global em Alimentação, Atividade Física e Saúde, aprovada em 2004 pela Assembléia Mundial da Saúde, com apoio do governo brasileiro, enfatiza o aumento da obesidade e esse impacto na incidência de DCNT como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer; na expectativa e qualidade de vida da população; e nos custos diretos e indiretos para os serviços de saúde e para o mercado de trabalho (WHO, 2004).

No que diz respeito aos custo diretos, o estudo de Oliveira *et al.* (2013) estimou o custo direto da obesidade e suas comorbidades no Brasil em 2011, disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais do

¹ De acordo com a Organização Mundial da Saúde, uma pessoa é “ativa no lazer” quando pratica esportes moderados (futebol, basquete, ginástica aeróbica etc) durante pelo menos três dias por semana, com duração diária de 20 minutos ou mais; caminhada e esportes que exigem menor esforço pelo menos cinco dias por semana, com duração diária de pelo menos 30 minutos.

Ministério da Saúde. Encontrou um gasto anual de cerca de meio bilhão de reais (Cerca de 2% dos gastos do SUS), entre gastos hospitalares (59,2%) e ambulatoriais em média e alta complexidade. O custo da obesidade mórbida foi 4,3 vezes maior que o da obesidade e os atribuíveis foram mais altos nas doenças isquêmicas do coração, seguidas do câncer de mama, da insuficiência cardíaca congestiva e do diabetes.

A obesidade aumenta o risco do indivíduo apresentar diagnóstico de *diabetes mellitus* e sua prevalência identificada está um pouco maior que 12% no Brasil. Bahia *et al.* (2011) investigou os custos diretos e indiretos relacionados à doença em oito cidades brasileiras em 2007, totalizando 1000 pacientes. Encontrou um custo cerca de 2100 dólares por pessoa por ano, sendo 63% relativo aos custos diretos (medicação, procedimentos, exames e consultas) e o restante indireto (absenteísmo no trabalho, aposentadoria precoce, licenças).

Esse panorama e suas consequências para o governo e a sociedade brasileiros requerem medidas consistentes e estruturantes, o que será explorado no próximo tópico.

2.2. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA SITUAÇÃO DE TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

No setor saúde, a complexidade do cenário nutricional brasileiro, com predomínio das DCNT, não consegue ser respondida sob os aspectos da eficiência, efetividade e qualidade por sistemas que priorizam o tratamento, suas complicações e desdobramentos das DCNT e que se organizam de forma fragmentada (MENDES, 2010; LAVRAS, 2011). É o que Mendes (2010) se refere como uma crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, pois os aspectos internos do sistema (cultura organizacional, recursos, incentivo, estrutura e gestão) mudam lentamente em relação ao novo contexto. Mundialmente, essa crise tem se determinado pela pouca capacidade das autoridades de anteciparem-se, prepararem-se ou adaptarem-se sobre as referidas mudanças porque não adotam adequadas políticas de controle por negligência e apresentam incapacidade em reconhecer a necessidade de competências além do setor saúde (WHO, 2008).

Os sistemas de saúde no mundo apresentam tendências de enfoque prioritário em cuidados terciários especializados, dentro de um paradigma hospitalocêntrico; de fragmentação resultante da diversidade de programas e projetos específicos que

priorizam a atenção individual; e de comercialização generalizada do cuidado em sistemas de saúde não regulamentados, que são ineficazes, dispendiosos e agravam a iniquidade (WHO, 2008).

Para otimizar a atenção à saúde (qualidade/custo) e minimizar disparidades, os princípios norteadores dos sistemas de atenção a saúde, portanto, deveriam ser dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a promoção e proteção da saúde; centrados em pessoas; focados na qualidade (relação custo-efetividade); baseado em financiamento sustentável para permitir cobertura universal; e prioritários para a atenção primária (STARFIELD, 2002).

Há, portanto, a necessidade de qualificar a atenção à saúde com concretização de um modelo que resgate e pratique o princípio da integralidade (BRASIL, 2009c; FERREIRA e MAGALHÃES, 2007; COUTINHO, GENTIL e TORAL, 2008).

A integralidade atualmente inclui características desejáveis do Sistema Único de Saúde (SUS) e práticas nele exercidas, como: a articulação de tecnologias; as práticas profissionais devem ser contextualizadas e intersubjetivas, com a proposta de enfatizar o vínculo com os usuários e a coletividade com a construção dialógica de projetos terapêuticos individualizados; a organização do processo de trabalho; a abrangência das ações de promoção, prevenção, tratamento ou assistência e reabilitação; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade (CAMPOS, 2003; MATTOS, 2004).

Para alcançar esse princípio na atenção primária, é imprescindível a interpretação das diversas necessidades e demandas do usuário no seu contexto social; a disponibilização de recursos adequados para atendê-las. Esse nível é porta de entrada, mas deve haver a responsabilidade de continuidade do cuidado (STARFIELD, 2002).

Uma primeira dimensão da integralidade seria a capacidade dos profissionais responderem ao sofrimento manifesto da demanda espontânea, de modo articulado à oferta de ações ou procedimentos preventivos. Porém, essa capacidade está associada à postura e à intersubjetividade, pois deve haver uma apreensão ampliada das necessidades do indivíduo, mas também uma contextualização imediata do atendimento ou da vida do outro e o momento mais propício à oferta das ações (MATTOS, 2004).

Em um segundo sentido, a integralidade estaria relacionada como o modo de organizar a atenção com a ideia de longitudinalidade na superação da fragmentação do cuidado (PINHEIRO, 2009). Assim, os profissionais aproveitariam as oportunidades de encontro geradas pelas demandas programadas e espontâneas para aplicação de diagnóstico e identificação de risco, assim como a construção de atividades coletivas junto à comunidade.

E, por fim, há um conjunto de sentidos da integralidade em um âmbito maior, relativos às políticas desenvolvidas para atender a um público ou a um problema específico da população (PINHEIRO, 2009).

Dentro da proposta de Redes de Atenção à Saúde (RAS), a integralidade junto com outros pressupostos, deve estar presente em todos níveis de atenção, porém a concretização na Atenção Primária à Saúde (APS) é imprescindível, já que esta é um componente importante da estrutura operacional das RAS (MENDES, 2010; LAVRAS, 2011). Nessa lógica, a saúde passaria a ser coordenada pela atenção primária com as justificativas de que essa é a interpretação mais correta conceitualmente e operacionalmente; e que esse primeiro nível é mais amplo e pode conter os outros dois mais restritos e subjacentes a ele; é compatível com o atual amadurecimento do SUS; e é oficialmente uma proposta do Estado brasileiro (OPAS, 2011). O Relatório Mundial da Saúde de 2008, publicado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), reitera a necessidade de fortalecer e qualificar a APS:

A Atenção Primária pode vir a ser facilitadora de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial 'dar prioridade às pessoas' realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (WHO, 2008).

A APS, no sentido de transformação dos cuidados convencionais em redes, deve ser resolutiva com capacidade de resolver mais de 85% dos problemas de saúde e ter acesso universal; ser coordenada entre os níveis com garantia de continuidade da atenção e contextualização social; ter uma relação personalizada que perdurasse no tempo, ou seja, uma longitudinalidade; e ser responsável por sua população do território dentro da ideia de integralidade; promover a participação social (STARFIELD, 2002; WHO, 2008; MENDES, 2010; LAVRAS, 2011).

Deve-se lembrar ainda que, a resolução desses problemas, implica o aumento de gastos com a APS, principalmente de recursos provenientes do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde (OPAS, 2011). A OMS, em seu Relatório Mundial de 2008, posiciona o investimento considerável como uma das atuais preocupações na reforma da APS, esclarecendo que não é barato, porém é mais compensador do que qualquer outra alternativa (WHO, 2008).

No Estado brasileiro, a APS começou a se configurar com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da constituição de 1988. Porém, somente em 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (8.080/ 1990) e da lei 1.942/ 1990, quando houve a municipalização do SUS e o financiamento descentralizado, a APS começou a ser estruturada de forma mais uniforme no território nacional (LAVRAS, 2011; PAIM *et al.*, 2011).

As reformas da APS foram organizadas em quatro grupos pela OMS (WHO, 2008): reformas de cobertura universal, reformas da prestação de serviços, reformas de política pública e reformas da liderança. O segundo tipo de reforma preconizado diz respeito à transformação da prestação tradicional dos cuidados de saúde no modelo que otimize a contribuição dos serviços de saúde, seja orientado para as pessoas, tenha abrangência e integração, continuidade e participação social (WHO, 2008).

No âmbito brasileiro, em 1994, os avanços na APS nessa segunda vertente vieram com a proposição do Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, tendo como antecessor o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – PACS (1991). O primeiro passou a ser tratado como uma estratégia prioritária de reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 1997; PAIM *et al.*, 2011), com uma proposta de atenção que se concentra nas famílias e nas comunidades, além de ser necessária a integração da assistência médica com a promoção da saúde e práticas preventivas (PAIM *et al.*, 2011).

Para melhorar o acesso e a qualidade do serviço, o governo publicou, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 (e revisada em 2011), tendo priorizado a ESF como a proposta para expansão e consolidação da ABS. Seus fundamentos e diretrizes descritos foram incorporados aos atributos apresentados na APS. A política ainda menciona aspectos sobre infraestrutura; financiamento; formação, capacitação e atribuições dos recursos humanos e detalha especificidades (BRASIL, 2011a). Apresenta a definição de Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011a).

Convergiendo com o novo modelo de reorientação assistencial e com a PNAB, o Brasil avançou com a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006 (BRASIL, 2010b), com o objetivo de promover qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde. Tem como diretrizes o reconhecimento da promoção da saúde como importante para a busca da equidade, da qualidade de vida e de saúde; o incentivo às ações intersetoriais; o empoderamento individual e comunitário para potencializar a participação social; a mudança da cultura organizacional; o incentivo às pesquisas no tema; e a divulgação de iniciativas entre profissionais, gestores e usuários. Dentro dessa política, a Alimentação Saudável é uma das ações específicas prioritárias (BRASIL, 2010b).

No que diz respeito à terminologia, segundo Sousa & Hamann (2009), o conceito de APS no mundo perpassa sentidos que envolvem desde o primeiro nível de atenção, em que há determinados tipos e filosofias de atendimentos, até uma ideia mais ampla de uma estratégia de organização dos sistemas de saúde. Mencionam o termo tipicamente brasileiro “Atenção Básica” que se refere ao primeiro nível de atenção à saúde orientada pelo princípio da integralidade com articulações das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos e a ESF emerge como proposta de reorientação do modelo de saúde brasileiro. Segundo os autores, os conceitos se dirigem para pontos comuns e as diferenças perpassam especificidades de cunho sócio-cultural e político de cada país. A PNAB aponta que o termo Atenção Básica é atualmente utilizado como equivalente a Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2011a).

O primeiro foi escolhido para ser utilizado ao longo deste trabalho. No próximo tópico, a Estratégia de Saúde da Família será abordada com maior profundidade.

2.3. *A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SEUS PROCESSOS DE TRABALHO*

No contexto da PNAB, atualmente a ESF apresenta-se como porta de entrada do usuário ao SUS e como reversão do modelo assistencial vigente, colocando a família e a comunidade como foco da atenção, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, contextualização social das demandas e necessidades de intervenção impactantes (BRASIL, 1997; BRASIL, 2011a). O seu fortalecimento é essencial para estabelecer a RAS (BRASIL, 2010d).

Sousa (2001) distingue o Programa Saúde da Família (PSF) em relação aos demais programas tradicionais do Ministério da Saúde. Estes quase sempre se constituíram como ações paralelas que poderiam competir com a lógica mais geral do sistema de saúde. Já o PSF nasceu com características de estratégia para reestruturação do modelo tradicional, na lógica de transformação das práticas de saúde, e passa a ser integrante do sistema de saúde local. A família passa a ser o foco de atuação da política de saúde por trazer a dimensão do contexto social e histórico (SOUSA, 2007).

A estratégia tem como ponto central o fortalecimento de vínculos de confiança, compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e comunidade, uma vez que promove a integração e a organização das atividades em um território definido (BRASIL, 1997).

No que diz respeito ao tipo de trabalho da ESF, os elementos centrais são: a clientela adstrita; a programação e a implementação de atividades de acordo com as necessidades; o planejamento e a organização de agenda de trabalho compartilhada com todos os profissionais; o desenvolvimento de ações específicas para os grupos de risco; o acolhimento com escuta qualificada; a visita domiciliar; a integralidade, continuidade e organização das práticas; a participação coletiva nos processos de gestão; o desenvolvimento de ações educativas; a participação no monitoramento e avaliação das ações na equipe, unidade e município; o desenvolvimento de ações intersetoriais; o fomento à participação popular, às estratégias de gestão local e ao controle social; e a equipe multiprofissional (ARAÚJO & ROCHA, 2007; BRASIL, 2011a).

Quanto à composição, suas equipes devem contar com, no mínimo, um médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a essa composição, o

cirurgião dentista e o técnico de saúde bucal (BRASIL, 2011a). Porém, a estruturação das equipes poderá ser modificada de acordo com a realidade local e as ações serão desenvolvidas a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (SOUSA, 2007).

Cada equipe de SF deve ser responsável por 4.000 pessoas, com média recomendada de 3.000. Quanto maior o grau de vulnerabilidade das famílias, menor deve ser o número pessoas por equipe. A carga horária é de 40 horas para todos os profissionais, exceto o médico (BRASIL, 2011a). Com prévia autorização do gestor, os profissionais podem dedicar oito horas para prestação de serviços na rede de urgência, especialização, residência, atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2011a).

A ESF tem ampliado a sua cobertura. Em setembro de 2014, a partir dos dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, havia aproximadamente 287.471 ACS e 39.602 equipes de saúde da família, nos diversos tipos, atendendo em 5.461 municípios brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Mas, embora essa expansão tenha acontecido, ainda há a dificuldade pela presença de muitas unidades tradicionais de AB, muitas vezes na mesma área geográfica da ESF. Esses dois tipos de serviço são distintos e, muitas vezes, não estão integrados e os usuários podem utilizar qualquer atendimento de acordo com sua conveniência ou acesso (PAIM *et al.*, 2011).

O estudo de Escorel *et al.* (2007) mostrou uma sobreposição, pois verificou que os serviços mais procurados em três de oito municípios de grande porte pesquisados foram os outros serviços de ABS, como postos ou centros de saúde. É esperado que haja resistência da população ao novo modelo de atenção em função do costume com o modelo tradicional fragmentado (OPAS, 2011). Elementos essenciais para legitimar socialmente a estratégia são: o envolvimento da comunidade na organização e planejamento das ações das equipes; o acolhimento; a qualidade clínica resolutive e, nos casos em que não consiga resolver, haja possibilidade assegurada de referência; a integração com outras equipes e equipamentos sociais; a qualificação dos recursos humanos e a devolução dos resultados do trabalho em equipe para a comunidade (OPAS, 2011).

A equipe multiprofissional é central na ESF e sua característica seria integrar diferentes processos de trabalho envolvidos para apresentar uma forma potente de estruturar, organizar e aproveitar as habilidades de cada membro, reforçando o

compartilhamento, a interação, a reciprocidade, a valorização do outro e a cooperação em atividades para buscar consensos e objetivos comuns, com uma visão coletiva de trabalho. Essa nova concepção se apresenta com a tentativa de rompimento da ideia de hierarquização em relação à responsabilidade da atenção e do destaque de um saber ou um sujeito em detrimento do outro (RIBEIRO *et al.*, 2004; FORTUNA *et al.*, 2005; ARAÚJO & ROCHA, 2007). Nesse conceito, os norteadores seriam a inter e transdisciplinaridade e a interação baseada na ação comunicativa, em que as relações de poder se enfraquecem quando se prioriza a escuta (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

Há estudos, no entanto, que apontam que a atual proposta de trabalho da ESF ainda é direcionada por um contexto neoliberal, influenciado pelo modelo biomédico e pela concepção taylorista de organização e divisão do trabalho. O rompimento desse paradigma depende das características dos serviços de saúde e dos contextos histórico-estruturais (RIBEIRO *et al.*, 2004; REIS *et al.*, 2007).

Cabe enfatizar também os avanços na nova PNAB que convergiram para fortalecer o novo modelo de assistência, como o aumento do repasse e a mudança do desenho do financiamento federal para fortalecimento por meio da combinação de qualidade e equidade. No que diz respeito à equidade, o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) passou a diferenciar o valor per capita, com maior investimento para municípios pobres ou com população pobre, pequenos e com baixa densidade demográfica. O componente qualidade, por sua vez, tem o intuito de avaliar, valorizar e premiar equipes e municípios com aumento do repasse de recurso conforme a contratualização de compromissos e alcance de resultados (BRASIL, 2011a).

Dentre outros recursos, a Compensação de Especificidades Regionais (CER) é uma modalidade de repasse que procura responder às especificidades dos municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos e que não conseguem ser contemplados em outros componentes de investimento na AB (BRASIL, 2011a).

A proposta do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), instituído em 2011, tem o objetivo de aperfeiçoar a estrutura física para melhorar o desempenho das equipes de saúde, cria um incentivo financeiro fundo a fundo por unidade da federação para reforma, ampliação e construção de UBS, além de ações de informatização dos serviços e qualificação da

atenção à saúde. A aplicação do recurso é objeto de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e Comissão Intergestores Bipartite (BRASIL, 2011a).

Além dos mencionados, passou a ter recursos condicionados à implantação de equipes SF, Saúde Bucal e NASF (BRASIL, 2011a).

Paralelamente ao esforço de expansão da ESF, a partir de 2008, as equipes de saúde da família passaram a ter a possibilidade de contar com Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008a). Esses núcleos foram criados com a finalidade de aumentar a abrangência, e a resolubilidade e os diversos tipos de ações na AB (BRASIL, 2011a). Estes devem atuar de forma colaborativa e integrada com as equipes de saúde da família, as equipes de atenção básica para populações específicas e as academias de saúde, de maneira que haja o compartilhamento de responsabilidades, práticas e saberes na concepção de um processo de trabalho interdisciplinar e multiprofissional com base no apoio matricial. Essa atuação deve abranger os territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da família (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009b, BRASIL, 2014).

Cada modalidade de NASF vincula-se a número variável de equipes de SF ou de AB para população específica. Atualmente, o NASF1 deve se vincular a no mínimo cinco equipes e, no máximo, a nove; o NASF2 deve apoiar de três a quatro equipes. Com a publicação da Portaria 3.124 de 2012, foi criado NASF3 (apoio de uma a duas equipes de SF) que abre a possibilidade de qualquer município aderir ao NASF, desde que tenha pelo menos uma equipe de SF (BRASIL, 2012a). Podem ser compostos por profissionais de diversas formações como nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, de um total de 19 especialistas. A composição de cada NASF deve ser estabelecida pelos gestores municipais em conjunto com as equipes de saúde da família envolvidas, priorizando as necessidades e os dados epidemiológicos (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009b).

As diretrizes que regem o NASF se assemelham às da ESF: território, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde (BRASIL, 2009b).

A responsabilidade da ESF está relacionada à condução longitudinal de casos individuais, familiares ou comunitários. A equipe de apoio se torna corresponsável por esses usuários, podendo atuar diretamente; e, ao mesmo tempo, orientam as próprias equipes de referência para aumentar a capacidade para a resolução dos

problemas (BRASIL, 2014). Outras intervenções diretas dos NASF aos usuários e comunidade incluiriam o desenvolvimento de projetos no território; o apoio a grupos; as ações em parceria com os equipamentos públicos; as atividades educativas e as de inclusão social (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009b). Enfatiza-se então que há um rompimento da tradicional pela personalização da noção de referência e contrarreferência, uma vez que o usuário tem acesso a um serviço matricial, mas a responsabilidade principal da condução do caso continua com a equipe de referência, sendo a equipe de SF ou equipe de Atenção Básica para população específica (CAMPOS, 1999; CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Isso porque a organização e o processo de trabalho diferem em relação ao que é proposto para as equipes de SF. O processo de trabalho do NASF diverge do contexto ambulatorial centrado no agendamento de consultas individuais ou de uma proposta limitada de orientação e transmissão de conhecimentos aos profissionais das equipes de referência (BRASIL, 2014). Nos NASF, há atualmente ferramentas de trabalho que contribuem para a integralidade do cuidado, com o modo de atuar transversal (não específico de uma ocupação) seja as de apoio à atenção e cuidado – como o apoio matricial, o trabalho com grupos, o Projeto de Terapêutico Singular (PTS), o genograma, o ecomapa, o Atendimento domiciliar compartilhado, a Consulta compartilhada e o Projeto de Saúde no Território (PST) – seja a de apoio à gestão, como a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2009b, BRASIL, 2014). É prioritário que as ações do NASF sejam realizadas nos espaços físicos da AB com o intuito de favorecer o trabalho integrado com as demais equipes (BRASIL, 2014).

O apoio matricial seria formado por um conjunto de profissionais que forma uma espécie de rede assistencial especializada e suas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (CAMPOS, 1999; CAMPOS & DOMITTI, 2007; BRASIL, 2009b). Trata-se de um arranjo organizacional e, ao mesmo tempo, uma metodologia de gestão do trabalho. Numa matriz organizacional, as equipes de referência seriam dispostas verticalmente e a linha de apoio matricial estaria no eixo horizontal (CAMPOS, 1999; CAMPOS & DOMITTI, 2007).

O apoio matricial apresenta duas dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A primeira seria aquela prestada diretamente ao usuário e a segunda seria uma ação educativa com e para a equipe de referência, com as ideias de educação permanente, atendimento compartilhado e ações comuns nos territórios de responsabilidade (CAMPOS & DOMITTI, 2007; BRASIL, 2009b).

Além dos itens mencionados relacionados ao processos de trabalho dos NASF, há ainda ações estratégicas temáticas, dentre elas está as ações de Alimentação e Nutrição (AN) (BRASIL, 2009b).

Quanto à Pactuação do Apoio, estariam contempladas: a avaliação conjunta da situação inicial do território entre gestores, equipes de SF e conselhos de saúde para definir a composição dos NASF, por exemplo; e a negociação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre gestores, equipes NASF e equipes de SF (BRASIL, 2009b).

Os trabalhos em grupo constituem um importante recurso com modalidades como grupos abertos de acolhimento, grupos ou oficinas temáticas, grupos terapêuticos e que têm a função de empoderamento, desenvolvimento da autonomia, participação e corresponsabilização dos pacientes (BRASIL, 2014).

Já a clínica ampliada teria a ideia de ajustar os conhecimentos de cada profissional para atender às necessidades dos usuários, permitindo a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, a ampliação do objeto de trabalho, a transformação dos instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais (BRASIL, 2009b).

No que diz respeito ao PTS, os casos individuais ou coletivos são mais complexos a ponto de necessitar de um conjunto de propostas terapêuticas articuladas resultante de uma discussão coletiva e interdisciplinar. Ele se desenvolve em quatro fases: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2014).

O Genograma é um instrumento de visualização rápida com simbologias e abrangente destinado a organizar dados de, pelo menos, três gerações da família e seus processos relacionais. Permite verificar a estrutura e história familiar, composição, problemas de saúde, situações de risco e vulnerabilidade a fim de favorecer a identificação de fatores de estresse, correlações causais do processo saúde-doença e aspectos biológicos e psissociais (BRASIL, 2014).

Em complementação ao Genograma, o Ecomapa é uma ferramenta de planejamento de ações que representa a interação da família com as pessoas, instituições ou grupos sociais em determinado momento. Sua natureza é dinâmica, na medida em que precisa de constantes atualizações referentes aos aspectos sociais, econômicos e culturais no contexto familiar. Para construir, o profissional

deve coletar dados com o paciente, familiares, membros da equipe de saúde como o ACS e discutir previamente o caso entre o NASF e ESF (BRASIL, 2014).

A Atenção Domiciliar Compartilhada é uma atividade que envolve a equipe multiprofissional, o usuário e a família. Podem servir tanto como recurso diagnóstico inicialmente, quanto recurso terapêutico na intervenção ou monitoramento. O vínculo primário se dá com a ESF, os NASF não têm vinculação direta com os usuários (BRASIL, 2014).

A Consulta Compartilhada pode ser considerada uma das intervenções mais frequentes da rotina de um NASF. Essa ferramenta permite o fortalecimento do vínculo usuário-profissional, facilita a comunicação e a coleta de dados por parte do apoiador, favorece a pactuação, possibilita ao profissional do NASF o contato com a realidade do paciente, oportuniza momentos de discussão sobre o caso pré e pós-atendimento (BRASIL, 2014).

Por fim, o PST é baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade com o intuito de desenvolver ações com foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais para atingir a qualidade de vida e promover o empoderamento dos indivíduos e comunidades. Ele inicia-se pela construção do projeto pelas equipes em dois momentos: a identificação de uma área ou população vulnerável e de risco; e segue com a elaboração e consolidação a partir justificativa de priorização, compreensão do contexto, definição de objetivos, estabelecimento de ações e atores sociais ou instituições importantes. Posteriormente, o projeto passa por uma fase de discussão, avaliação e estabelecimento de responsabilidades com a comunidade e sujeitos estratégicos (BRASIL, 2009b).

Dentro dos princípios e diretrizes que regem a ABS, deve haver o cumprimento de algumas funções para contribuir para o funcionamento das RAS. Dentre as funções, a coordenação do cuidado tem o objetivo de contribuir para o princípio da integralidade no âmbito da assistência à saúde. O cumprimento dessa função sugere a elaboração, o acompanhamento e a gestão de projetos terapêuticos singulares e do fluxo dos usuários. Um dispositivo de gestão do cuidado seria a construção de protocolos de atenção na ideia das Linhas de Cuidado (LC) (BRASIL, 2011a).

A portaria n. 4.279 de 2010 aprofunda um pouco mais sobre as LC, sendo abordadas como um caminho de articular recursos e práticas de produção de saúde

na RAS. O grupo técnico é responsável pela implantação e efetivação das LC, com acompanhamento da gestão regional. Os objetivos e pressupostos das LC são:

(...) Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e coresponsabilização das unidades de saúde; interação entre as equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. (BRASIL, 2010d).

As LC é um planejamento que expressa os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às necessidades de saúde. Essa rede pode incluir segmentos que não estejam inseridos no sistema de saúde, tal como entidades comunitárias e de assistência social. Diferencia-se da ideia de referência e contrarreferência, apesar de incluí-la. É apenas uma ferramenta que integrada à rede, mas por si só não garante que a rede irá funcionar. O projeto terapêutico é o fio condutor para o fluxo das LC e é formado pelo conjunto dos atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde (FRANCO *et al.*, 2011).

Um dos pontos importantes para contribuir para a mudança do modelo assistencial é propor uma inversão das tecnologias do cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Na ABS, as tecnologias leve-duras, como o conhecimento técnico, e as tecnologias leves (as tecnologias das relações) devem prevalecer sobre as tecnologias duras, ou seja, as máquinas e os instrumentos (FRANCO & MAGALHÃES JR, 2003; FRANCO, 2007).

O esgotamento de todos os recursos assistenciais na UBS com o uso da interação entre os sujeitos por meio das tecnologias leves está também ligada à resolubilidade do serviço. A pactuação das LC começa na organização dos processos de trabalho na ABS, em que a equipe acolhe, vincula-se à clientela, responsabiliza-se pelo seu cuidado, é gestor do projeto terapêutico e garante acesso aos outros níveis de assistência, assim como seu retorno. Nessa lógica, o usuário é o elemento estruturante de todo o processo de produção em saúde e pode haver LC funcionando internamente na UBS, considerando que a maior parte dos problemas podem ser resolvidos nesse nível de atenção (FRANCO & MAGALHÃES JR, 2003; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003; FRANCO, 2007).

Em relação aos estudos conduzidos com o tema dos NASF, ainda há poucos e estes são geralmente específicos para a atuação de um dos profissionais inseridos. Silva *et al.* (2012) realizaram oficinas de trabalho com profissionais do NASF, ESF, ABS, coordenadores e professores universitários de São Paulo. Observaram uma grande expectativa nos NASF no que diz respeito a sua capacidade de potencializar as ações da ESF e de concretizar a corresponsabilidade pelo cuidado, a interdisciplinaridade, a articulação entre os diversos níveis de atenção, as reuniões com as equipes para discussão de casos, o planejamento do cuidado e das ações compartilhadas e a sua contribuição na formação dos recursos humanos. Além disso, os profissionais evidenciaram a necessidade de se enfatizar a qualidade do cuidado e não somente dados quantitativos e superficiais.

Em seguida, as ações de AN serão abordadas na perspectiva da ABS, principalmente no âmbito da ESF (e NASF).

2.4. AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Até esta seção, foram apresentados o perfil nutricional e de saúde e as mudanças ocorridas na população brasileira nos últimos 40 anos. As ações de enfrentamento pesquisadas estavam, principalmente, pautadas na integralidade dos serviços, principalmente a ABS. A ESF é considerada a proposta oficial de reorientação dos serviços básicos desde 1994 e ganhou reforço nos últimos cinco anos com os NASF. A importância da mudança dos processos de trabalho para garantir a contemplação dos princípios da resolubilidade, corresponsabilidade, territorialidade, integralidade, intersetorialidade, participação social, humanização, promoção da saúde e universalidade foi destacada tanto para a ESF como para os NASF. Neste tópico, a abordagem será especificada para uma temática que contribuirá com o atendimento dos princípios do SUS dentro da AB e que influencia direta e indiretamente nos problemas inicialmente citados: as ações de alimentação e nutrição.

As estratégias de controle da sobreposição da desnutrição, obesidade e DCNT se pautam nos pilares da promoção da saúde, com a responsabilização múltipla, ações Estado, comunidade, indivíduos, dos sistemas de saúde e das parcerias intersetoriais (BUSS, 2000; FERREIRA & MAGALHÃES, 2007).

A Declaração de Adelaide, documento resultante da II Conferência de Promoção da Saúde em 1988, posicionou a Alimentação e Nutrição como área prioritária (FERREIRA & MAGALHÃES, 2007). Sendo a Alimentação Adequada um direito fundamental pactuado na Declaração de Direitos Humanos e consagrado no artigo 6º da Constituição Federal em 2010, cabe ao poder público e a sociedade adotarem políticas que garantam a Segurança Alimentar e Nutricional (FERREIRA & MAGALHÃES, 2007; BRASIL, 2010a).

Coutinho *et al.* (2008) propõem uma agenda única de nutrição com o enfoque no curso da vida e que seja fortalecida enquanto rede institucionalizada no SUS. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) de 1999 já mencionava a importância da construção de uma agenda política para prevenção da obesidade e DCNT (BRASIL, 2003).

Considerando esse desafio, Recine e Vasconcellos (2011) analisaram a articulação das agendas de prioridades da PNAN e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e referem-se à quinta diretriz do segundo eixo do documento resultante da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional de 2007: “fortalecer as ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, de modo articulado às demais políticas de segurança alimentar e nutricional”. A “Promoção da Alimentação Saudável” assume uma posição de eixo estruturante de todas as ações que embasam a PNSAN. Nesse sentido, isso poderá impactar, dentre outras possibilidades, na visibilidade da área de nutrição no SUS. Essa vertente passa a ter uma importância estratégica na garantia de SAN, considerando a esfera dos direitos humanos.

Em sua atualização em 2011, com uma ampla participação de conselheiros, sociedade civil e gestores, a PNAN justifica a agenda comum com os demais setores do governo pelo caráter transversal e intersetorial da AN. No seu propósito, seus instrumentos para garantir a melhora das condições de alimentação incluem a promoção de práticas alimentares saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos (BRASIL, 2012a).

Todas as suas diretrizes perpassarem pelos direcionamentos da PNPS e da PNAB, sendo que a primeira diretriz da PNAN indica a organização da atenção nutricional. O cuidado integral deve ser feito dentro da RAS e a ABS, pela sua capilaridade, teria o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. O processo de organização e gestão teria início com o diagnóstico da situação

alimentar e nutricional da população adstrita por meio da identificação de características do território e dos dados disponíveis no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e em outros sistemas como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e, mais recentemente, a estratégia de reestruturação dos sistemas de informação e-SUS AB. Para identificação de demandas e definição de prioridades a participação dos usuários, gestores e comunidade; o acolhimento com a escuta qualificada; os critérios de risco e vulnerabilidade; a formação de uma rede integradora com os demais níveis de atenção são os norteadores. Na prática, as equipes de referência serão apoiadas pelas equipes multiprofissionais pela metodologia da clínica ampliada e do matriciamento. Nesse ponto, a PNAN se refere ao nutricionista como um instrumentalizador dos demais profissionais de saúde (BRASIL, 2012a).

A prevenção de carências nutricionais por meio dos programas de suplementação, a promoção da alimentação saudável, o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável foram também ações enfatizadas pela PNAN na AB (BRASIL, 2012a). Jaime *et al.* (2011), em seu estudo sobre a experiência do governo brasileiro na organização das ações, adiciona o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família como parte de uma agenda intersetorial na AB e está relacionada também às ações AN.

Para aperfeiçoar as ações governamentais referentes à concretização da PNAN, a Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição na ABS tem o propósito de sistematizar uma série de ações de AN e do cuidado nutricional a fim de integrarem as demais ações da AB. Considera a ESF um espaço potencial e parte integrante da RAS para inserir e consolidar essas ações por meio de uma abordagem transversal (BRASIL, 2009c).

A matriz organiza as ações por público (indivíduo, família e comunidade); por níveis de intervenção, sendo um de gestão (planejamento, direção, controle e organização) e o outro relativo ao cuidado nutricional (diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência/ tratamento/ cuidado); e por caráter, seja ele universal ou específico para uma determinada fase do curso da vida (BRASIL, 2009c).

O nutricionista, neste contexto, tem o papel de contribuir na organização, no planejamento local e na qualificação das ações no serviço, desde o diagnóstico,

identificação das características de disponibilidade de alimentos no território até o atendimento individual (JAIME *et al.*, 2011).

A Matriz disponibiliza uma série de ações prioritárias que fazem parte do conhecimento técnico específico do nutricionista. Mas também elenca ações a serem compartilhadas com os demais profissionais de saúde, tendo o nutricionista como profissional de referência. Um terceiro grupo de atribuições citadas sobre prevenção e promoção da saúde, por fim, são comuns e de responsabilidade do conjunto de profissionais da saúde (BRASIL, 2009c).

Alguns estudos indicam que os enfermeiros e médicos são os principais profissionais que assumem as atribuições de AN (ASSIS *et al.* 2002; PASQUIM, 2002), como na assistência nutricional com gestantes adolescentes (BELARMINO *et al.*, 2009) e na orientação nutricional para hipertensos (BASTOS & BORESTEIN, 2004). Apesar do grande potencial articulador do enfermeiro na lógica intersetorial da ESF (SILVA & RODRIGUES, 2010), há uma limitada capacidade de absorver as atribuições. Isso porque esses profissionais exercem muitas vezes sozinhos as ações que são comuns a todos da equipe, como a coordenação, as atividades administrativas, o planejamento, a integração e a mediação da ESF com a secretaria municipal. Essa disposição acontece com a sobrecarga de trabalho, desgaste e prejuízo à execução de suas funções específicas (SANTOS *et al.*, 2007; PAVONI & MEDEIROS, 2009).

No que diz respeito aos recursos humanos, entre as reformas propostas do relatório da OMS 2008 destaca-se a importância de superar o déficit de profissionais para a reforma da AB. Para o desenvolvimento de competências e atitudes esperadas pelo profissionais da ABS, a OMS sugere a formação em serviço para todos os setores, por meio de tutores e a educação continuada. Além disso, são necessários investimentos importantes para empoderar o pessoal de saúde e criar incentivos que complementam a possibilidade dos indivíduos e instituições otimizarem as competências (WHO, 2008).

É necessário investir para que os cursos de graduação em saúde passem a focar na prática desse nível de atenção, incrementar os processos de educação permanente em tempo protegido, das residências em SF e da educação a distância (OPAS, 2011). Ademais, avanços sobre relações de trabalho mais estáveis e satisfatórias para os profissionais também contribuem para fortalecer a AB (OPAS, 2011).

Algumas iniciativas do Estado brasileiro já começaram a ser realizadas nesse sentido. Uma delas é a criação dos NASF (BRASIL, 2008a) e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O PMAQ tem o objetivo de induzir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da AB. A partir da avaliação de desempenho para subsidiar tomada de decisão e garantir transparência na gestão do SUS, há proposta de enfrentamento de desafios na AB como precariedade da rede física e ambiência das UBS, inadequadas condições de trabalho, insuficiente integração entre os membros das equipes, sobrecarga e elevada rotatividade dos profissionais, falta de pactuação de metas/ resultados entre profissionais e gestão, baixa integralidade e resolubilidade e financiamento insuficiente (BRASIL, 2013a).

Anteriormente ao PMAQ, em 2008, uma portaria do MS foi publicada com a criação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF). O nutricionista passa a ser um dos profissionais requeridos na equipe e seu papel é descrito nesse âmbito.

Embora haja um estudo local, um municipal e hipóteses que apontem a insuficiente inserção do nutricionista na ABS (PÁDUA & BOOG, 2006; CERVATO-MANCUSO *et al.*, 2012; BRASIL, 2010c; VASCONCELLOS, 2011), não há publicações de dados nacionais sobre a evolução do número de profissionais que passaram a atuar nesse campo. Mesmo com o suposto número insuficiente de nutricionistas, as ações AN precisam ser consolidadas na AB, principalmente na ESF. Para isso, os profissionais de saúde devem continuamente ser educados para planejar e executar as ações AN, dentro da lógica de processo da educação permanente (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2012a).

Por fim, contribuindo para os avanços que poderão convergir no fortalecimento da área de nutrição no SUS, convém citar uma diretriz nacional, a Portaria nº 424 de 2013. Essa adere à construção participativa de uma ferramenta de contribuição à integralidade do cuidado. Ela redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. A LC para esse problema deve ser prioritariamente baseada na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. Como atribuições da ABS, o MS discrimina as atribuições: realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional; realizar ações de promoção e prevenção de forma intersetorial, com participação popular; apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável; prestar assistência terapêutica

multiprofissional para pessoas com sobrepeso e obesidade e aos que realizarem procedimento cirúrgico; coordenar o cuidado de indivíduos, quando esgotadas a resolução pela ABS; garantir o acolhimento adequado (BRASIL, 2013b).

A partir dessa revisão da literatura foi possível refletir sobre algumas perguntas de pesquisas que serão apresentadas posteriormente.

3. JUSTIFICATIVA

Este estudo vem em um momento oportuno. O SUS está há mais de 25 anos de fortalecimento; a ESF está há mais de 20 anos de implantação e funcionamento no âmbito SUS; a ABS assume posição de destaque na coordenação do cuidado e na ordenação de redes atenção (OPAS, 2011); e as ações de atenção nutricional na AB, diante da problemática relatada, podem assumir centralidade e contribuem para a discussão atual sobre a concepção da integralidade nos processos de organização e na gestão do cuidado.

Dentro da rede de atenção à saúde, a ABS deve ter a capacidade de resolver cerca 85% dos problemas de saúde da população e a ESF é uma proposta oficial para remodelá-la e tem potencial para garantir que os princípios como integralidade, universalidade, territorialidade, integração, intersetorialidade, participação social, humanização sejam consolidadas. Nesse bojo, a AN se insere como uma abordagem intersetorial e transversal que contribui principalmente para a integralidade e a resolubilidade na ABS. A inserção, consolidação e fortalecimento das ações AN, por meio da organização da atenção nutricional, permitirá aprimorar as ações de controle das carências nutricionais, obesidade e DCNT. As ações devem acontecer com ou sem presença do nutricionista, porém a sua inserção é capaz de potencializá-las.

Foi encontrada uma pesquisa bibliométrica com tema semelhante ao proposto pela revisão estruturada, mas com abrangência para a ABS (CANELLA *et al.*, 2013). Porém, o presente estudo procurou enfatizar as particularidades e as potencialidades da ESF e as ações AN, além de buscar grupos de pesquisa ativos sobre o tema em questão. Tal argumentação sustenta a originalidade do estudo.

Por meio revisão bibliográfica realizada, foram encontrados estudos locais, indicações e dados pontuais sobre a insuficiente inserção do nutricionista no SUS, principalmente na ESF (PÁDUA & BOOG, 2006; CERVATO-MANCUSO *et al.*, 2012;

BRASIL, 2010c; VASCONCELLOS, 2011) e também não foram encontrados estudos qualitativos e com maior abrangência em que os profissionais das equipes de SF discutissem as estratégias para planejar e executar as ações AN.

Portanto, considerando a pertinência e a originalidade dos objetos, foi proposto o presente estudo.

4. PERGUNTAS DE PESQUISA

Pergunta geral: Que aspectos podem estar relacionados à pesquisa acadêmica e aos recursos humanos para contribuir com o entendimento da organização das ações de alimentação e nutrição na ESF?

- a) Qual o perfil dos grupos de pesquisa e que tipos de estudos abordam ações AN no contexto da ESF?
- b) Qual a evolução do quantitativo de profissionais nutricionistas atuantes na ESF e NASF para possibilitar que as ações AN se encaminhem para a consolidação?
- c) Qual a percepção dos profissionais de saúde da ESF e NASF dos municípios brasileiros sobre sua contribuição, dificuldades e potencialidades para consolidar as ações do cuidado nutricional nesse âmbito?

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GERAL

Levantar aspectos da pesquisa acadêmica e dos recursos humanos que contribuem com o entendimento da organização das ações de alimentação e nutrição na ESF em municípios brasileiros.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Traçar o perfil dos grupos de pesquisa e das publicações que apresentem ações relacionadas à alimentação e nutrição no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Brasil a partir do ano de 1994;
- b) Identificar a evolução do quantitativo de nutricionistas envolvidos nas equipes de saúde da família (ESF) ou nos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) dos

municípios brasileiros a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde brasileiros nos anos de 2007 a 2013;

c) Apresentar a percepção dos profissionais da ESF (ou NASF) sobre as ações do cuidado nutricional em municípios brasileiros de 100 mil habitantes no ano de 2010.

O quadro abaixo apresenta as perguntas de pesquisa, os objetivos correspondentes e as hipóteses teóricas ou empíricas.

Quadro 1. Síntese dos elementos teórico-metodológicos do trabalho

Questões de pesquisa	Objetivos	Hipóteses
Questão orientadora	Geral	Téorica
Que aspectos podem estar relacionados à pesquisa acadêmica e aos recursos humanos para contribuir com a organização das ações de alimentação e nutrição na ESF?	Levantar aspectos da pesquisa acadêmica e dos recursos humanos que contribuem para a organização das ações de alimentação e nutrição na ESF em municípios brasileiros.	Apesar de perceberem a importância das ações de alimentação e nutrição dentro da atenção primária (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2012a), há poucos estudos, fragmentação do cuidado com a inexistência da continuidade, foco na assistência, ação reativa à demanda, alta demanda e quantidade insuficiente e desqualificada de profissionais, concepção centrada no cuidado do profissional (WHO, 2008; Mendes <i>et al.</i> , 2010; OPAS, 2011).
Questões norteadoras	Específicos	Teórica/Empírica
Qual o perfil dos grupos de pesquisa e que tipos de estudos abordam ações AN no contexto da ESF?	Traçar o perfil dos grupos de pesquisa e das publicações em bases de dados que apresentem ações relacionadas à alimentação e nutrição no âmbito da ESF no Brasil a partir do ano de 1994.	Há poucos grupos de pesquisa (concentrados regiões) e estudos no Brasil que abordam o tema no âmbito da ESF.
Qual a evolução do quantitativo de profissionais nutricionistas atuantes na ESF e NASF para contribuir para qualificar as ações AN?	Identificar a evolução do quantitativo de nutricionistas envolvidos nas equipes de SF ou nos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) dos municípios brasileiros a partir do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde brasileiros nos anos de 2007 a 2013.	Há evolução positiva em relação ao quantitativo, porém ainda é insuficiente para potencializar as ações no novo modelo de atenção (PÁDUA & BOOG, 2006; BRASIL, 2010c; VASCONCELLOS, 2011; CERVATO-MANCUSO <i>et al.</i> , 2012;)
Que estratégias utilizam e como os profissionais das equipes de SF lidam com as demandas de cuidado nutricional dos territórios?	Apresentar a percepção dos profissionais das equipes de SF (ou NASF) sobre as ações do cuidado nutricional em municípios brasileiros de 100 mil habitantes no ano de 2010.	O modelo de atenção à saúde ainda não conseguiu conciliar o atendimento à alta demanda, há o predomínio de ações individuais e assistenciais sobre as coletivas e de promoção da saúde (PÁDUA & BOOG, 2006; CERVATO-MANCUSO <i>et al.</i> , 2012); há parcerias pontuais e descontínuas; e dificuldades relacionadas à infraestrutura e aos recursos humanos (WHO, 2008; OPAS, 2011).

6. MÉTODOS

Esta seção descreverá três tipos de métodos: o primeiro refere-se à pesquisa documental que deu origem ao artigo “Potencialidades da pesquisa em Alimentação e Nutrição na Estratégia Saúde da Família: uma revisão estruturada”; o segundo foi um estudo quantitativo de dados secundários para elaborar o artigo “Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: O papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”; e o terceiro um estudo qualitativo com dados primários que deu origem ao artigo “Ações do cuidado nutricional em centros urbanos brasileiros: percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família”.

A seguir, cada um dos métodos serão descritos detalhadamente.

6.1. ARTIGO 1: “POTENCIALIDADES DA PESQUISA EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO ESTRUTURADA”

Realizou-se uma revisão estruturada, baseada nos princípios que orientam as revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane. Tais princípios procuram empregar métodos definidos para identificar, selecionar, avaliar criticamente os estudos, além de coletar e analisar dados (CASTRO, 2001). A recomendação é que a revisão sistemática seja feita pela aplicação de sete passos. Esta revisão seguiu os seis primeiros passos abaixo:

- a) Formulação da pergunta: Que tipos de estudos incluem ações AN no contexto da ESF ?
- b) Localização e seleção de estudos: as bases de dados foram *Web of Science*, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (Lilacs, Medline e SciELO) – e *Embase*. Houve inclusão de artigos originais de estudos realizados no Brasil de 1994 até dezembro de 2012, publicados em qualquer idioma. As seguintes palavras-chave e as suas combinações foram utilizadas para busca no título ou no resumo: nutrição/ alimentação; atenção básica/ atenção primária; Estratégia Saúde da Família/ Programa Saúde da Família (em inglês: nutrition/ food; health primary care; family health). Esses termos foram selecionados com referência nos descritores em ciências da saúde, disponíveis na BVS, e os termos similares das demais bases. Cabe ressaltar que as palavras-chave empregadas para a área de AN foram

genéricas para permitir o resgate de periódicos com diversos tipos de ações a serem caracterizadas.

c) Avaliação crítica dos estudos: inicialmente, para selecionar os artigos, foram lidos o título e o resumo, resultando em 151 artigos. Em seguida, foram lidos os métodos para garantir a aplicação dos critérios de inclusão, ou seja, estudos no contexto da ESF que abordassem ações AN. Poderiam ser manuscritos com outros temas da área de saúde como foco, mas possuíam algumas ações pontuais ou transversais que estavam relacionadas à área de AN. Essas são definidas como conjunto de ações, de caráter individual, familiar e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2009c), são atribuições do nutricionista e também podem compor as ações de responsabilidade do conjunto de profissionais de saúde (BRASIL, 2009c). Portanto, selecionaram-se também manuscritos que tinham outros temas da área de saúde como foco, mas possuíam algumas ações pontuais ou transversais que estavam relacionadas à área de AN (Ex.: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na assistência infantil; monitoramento do ganho de peso na assistência pré-natal; referência ao consumo e orientações alimentares, antropometria ou adesão ao tratamento não farmacológico de hipertensos ou diabéticos). Não foram incluídas dissertações ou teses e as revistas dos manuscritos deveriam ter, no mínimo, Qualis Capes B3 para área de Saúde Coletiva (CAPES, 2010). Foram excluídos aqueles em que a população estava sem a cobertura de atendimento da ESF, tais como: estudos com a inserção da população em Unidades Básicas de Saúde (UBS), censo em domicílio ou atendimento tradicional, campanhas de vacinação, policlínicas, Unidades de Referência Especializada, Centro de Desenvolvimento Familiar, instituições e projetos vinculados a Universidades. Os mesmos critérios de exclusão foram aplicados às pesquisas com famílias cobertas somente pela Pastoral da Criança, programas de planos de saúde/ convênios privados ou por programas municipais específicos como Programa de Suplementação Alimentar, Programa do Desnutrido, entre outros. A partir dessa avaliação crítica, selecionaram-se 44 artigos que satisfizeram os critérios. Posteriormente, localizaram-se outros 10 estudos nas referências dos inicialmente selecionados, totalizando 54.

d) Coleta de dados: Em cada artigo foram identificadas variáveis como autor, ano e revista de publicação; local; população, expressa na classificação município de

pequeno, médio, grande porte e metrópole, obtidas a partir das informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007); cobertura da ESF no município, por meio do banco de dados do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007) e classificada em estratos de acordo com as faixas de porcentagem: I – 0 a 20%; II – 20 a 50%, III – 50 a 70%, IV – > 70% (BRASIL, 2008b). Outras variáveis investigadas foram o Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios (IDH-M) (PNUD, 2000), classificado em médio (0,5 a 0,79) ou alto ($\geq 0,80$); o tipo de estudo; métodos; amostra e população-alvo; objetivo/ tema do estudo; a formação acadêmica do primeiro autor, investigada no sistema de Plataforma Lattes no site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, 2012a); o nível de intervenção relacionado ao cuidado nutricional (diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência/ tratamento/ cuidado) ou da gestão (controle, organização, planejamento e direção), segundo definição da Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009c).

e) Análise e apresentação dos dados: os estudos selecionados apresentaram diferentes perfis e foram agrupados e classificados de acordo com o desenho, a ação do cuidado nutricional e as ações da gestão municipal. Tais dados foram expostos em tabelas.

f) Interpretação dos dados: após análise e apresentação dos resultados, foram discutidos os perfis e as aplicabilidades das ações AN no contexto da ESF em diversos tipos de municípios brasileiros; os limites e as potencialidades dos serviços e os recursos humanos envolvidos.

O sétimo passo aborda o aprimoramento e atualização do manuscrito após publicação, o que não se aplica ainda ao presente estudo.

Levantamento dos grupos de pesquisa em Alimentação e Nutrição na Estratégia Saúde da Família

Para a busca de grupos de pesquisa que trabalham com o tema, foram utilizadas as ferramentas de busca textual do Diretório dos Grupos de Pesquisa (DGP) (CNPq, 2012b), baseadas em dados dos censos disponíveis (2000, 2002, 2004, 2006, 2008 e 2010) e na base corrente. Para ambas, foram selecionados os campos de busca “nome do grupo”, “repercussões do grupo”, “nome da linha de pesquisa” e “palavras-chave da linha de pesquisa”. As palavras-chave empregadas foram Saúde coletiva/Saúde pública, Atenção básica/ Atenção primária, Saúde da

família/ Agentes comunitários, combinadas com os termos Alimentação/ Nutrição. Esse procedimento permitiu uma busca mais fidedigna do foco deste estudo, mais além da concepção por área predominante, uma vez que as investigações AN podem perpassar diferentes áreas. Para complementar a busca na base corrente, os grupos também foram rastreados por outro caminho. Utilizaram-se os nomes completos dos autores dos artigos inicialmente selecionados na revisão estruturada, para verificar em quais grupos atuam na condição de líderes ou pesquisadores.

Com a leitura de todas as informações presentes na página do grupo e dos objetivos de uma ou mais linhas de pesquisa, foram selecionados os grupos. Foram excluídos aqueles referentes à alimentação/ nutrição animal, os que tinham o foco de análise da composição química de alimentos, nutrição clínica, administração dos serviços de alimentação ou nutrição esportiva. Quando pelo menos uma das linhas de pesquisa era relacionada ao tema, esse grupo era selecionado.

Para aqueles grupos que tinham como abordagem a AB ou ESF na área AN, foram coletadas informações relativas ao ano de formação, área predominante, instituição de origem do grupo, linhas de pesquisa e palavras-chave.

6.2. *ARTIGO 2: “EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE NUTRICIONISTAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO BRASIL: O PAPEL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA”*

Trata-se de um estudo descritivo com cortes temporais, que utilizou dados secundários, microdados fornecidos pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES). Esse sistema é alimentado por informações enviadas mensalmente pelas Secretarias Municipais e Estaduais e consolidadas em um banco de dados. Foi criado em 1999, tendo como responsável a Coordenação Geral de Sistemas de Informação (CGSI) do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde e DATASUS (OLIVEIRA & MACHADO, 2010). Considerou-se para a pesquisa os dados referentes ao mês de dezembro de cada ano.

Os dados detalhados empregados neste estudo não estão disponíveis no sítio do DATASUS, e, portanto, esses microdados foram solicitados formalmente ao Ministério da Saúde, tendo como base a lei nº 12.527/ 2011, que versa sobre o acesso à informação (BRASIL, 2011b); o Decreto nº 7.724/ 2012, que regulamenta a

lei (BRASIL, 2012c); e a Portaria nº 1.583/ 2012, que estabelece procedimentos e fluxos no âmbito do Ministério da Saúde para garantir esse acesso (BRASIL, 2012d).

As informações eram relativas ao quantitativo de nutricionistas atuantes nos NASF dos municípios brasileiros onde já foram implantados e o número de profissionais daqueles municípios onde o nutricionista foi cadastrado como membro da equipe de Saúde da Família (SF), denominada equipe de referência.

As informações solicitadas foram referentes ao período de 2008, ano em que foi publicada a portaria de criação dos NASF (BRASIL, 2008a), até 2013. Já o quantitativo de nutricionistas das equipes de SF foi solicitado a partir de 1994, que representa o ano de oficialização da Estratégia de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) até 2013. Apesar do CNES ter sido criado em 1999, constatou-se que estes dados não eram disponíveis, pois o cadastramento de equipes passou a existir apenas a partir de julho de 2007. Tal fato não compromete o objetivo do presente estudo, uma vez que o quantitativo de nutricionistas compilados a cada ano é cumulativo.

As variáveis fornecidas pelo Ministério da Saúde incluíram o código do município brasileiro; o código de Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2002) 223710 - nutricionista existente no município; o Cadastro de Pessoa Física (CPF) do profissional, fornecido de forma criptografada; o nome da equipe; o sequencial e a área da equipe; o tipo de equipe NASF; o tipo de equipe de SF e a data de admissão no cargo para cada ano. A partir dessas variáveis, foram criados indicadores como: nutricionistas de SF por município; nutricionistas do NASF por município; tempo no cargo; equipes NASF por município; equipes atendidas pelo nutricionista da equipe de SF; equipes de SF atendidas por nutricionista do NASF.

Para comparar o número de nutricionistas inseridos na proposta do novo modelo de atenção com os nutricionistas pertencentes à AB e aos outros níveis de atenção como um todo, foram solicitados também os dados gerais condizentes ao número de nutricionistas cadastrados por estabelecimento de saúde de 2007 a 2013, para o prestador público. Os estabelecimentos de saúde considerados como pertencentes à AB foram incluídos: Centro de Apoio ao Saúde da Família, Posto de saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS)/ Centros de Saúde (CS), Unidade móvel terrestre, Unidade Móvel Fluvial, Unidade de Vigilância à Saúde, Pólo de Academia da Saúde, Unidade de Atenção à Saúde Indígena, e Secretaria de saúde (unidade gerencial/ administrativa). Os demais estabelecimentos foram excluídos do

quantitativo da AB e eram relativos a hospitais, clínicas, maternidades, unidades de emergência, laboratórios e centros administrativos. Para identificar os nutricionistas dos outros níveis de atenção incluiu-se os estabelecimentos excluídos para a AB.

Há profissionais vinculados a mais de um estabelecimento de saúde. Nestes casos, o nutricionista foi computado somente uma vez a partir da identificação unívoca pelo CPF.

Para caracterizar os municípios onde o nutricionista se fazia presente, a partir do código do município, foram adicionadas as variáveis região brasileira, cobertura da ESF (BRASIL, 2007), porte do município pela contagem da população (IBGE, 2010) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) (PNUD, 2010).

A representação de nutricionistas pertencentes às equipes de SF e aos NASF e, mais amplamente, dentro da AB foi comparada com os parâmetros numéricos de referência previstos na Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas nº 380 (CFN, 2005) e o estabelecido nas definições e redefinições dos parâmetros de vinculação dos tipos de NASF às equipes de SF (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012b). Em relação à resolução do conselho, foram empregadas as referências da AB, incluindo para SF.

A análise dos dados quantitativos foi feita por meio da estatística descritiva (frequências, porcentagens, médias, medianas, desvio padrão e intervalo de confiança de 95%) e testes de hipóteses para variáveis contínuas (teste t de Student, ANOVA), considerando nível de significância igual a 5%. A análise foi feita com o apoio do programa SPSS versão 16.0. Os cartogramas foram elaborados pelo programa Tabwin 32, com base na malha municipal de 2010.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/ UnB) com o parecer nº 714.441, em 09 de julho de 2014, e está em conformidade com os princípios éticos contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012).

6.3. *ARTIGO 3: “AÇÕES DO CUIDADO NUTRICIONAL EM CENTROS URBANOS BRASILEIROS: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”.*

6.3.1. Delimitação do objeto de pesquisa:

No estudo original, que integra a presente pesquisa, o objetivo amplo era analisar a organização da Estratégia Saúde da Família, destacando as ações de alimentação e nutrição na perspectiva da Promoção da Saúde, em municípios acima de 100 mil habitantes. Em seu marco lógico, o projeto elencou objetivos específicos, dentre eles: 1) caracterizar a organização das ações de alimentação e nutrição apontando os fatores condicionantes para sua implantação e execução; 2) Identificar práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família no cuidado nutricional.

Dentre todos os indicadores verificáveis apontados a partir desses objetivos, seguem alguns: 1) Formas de planejamento e operacionalização da oferta de ações identificadas; 2) Práticas de promoção da saúde no cuidado nutricional verificadas e caracterizadas; 3) Ações de promoção da saúde no cuidado nutricional intersetoriais identificadas e caracterizadas; 4) Processo de integração, distribuição de competências e responsabilidades identificados na equipes, Inter-equipes e com outras instâncias; 5) Análise dos fatores de influência, internos e externos ao município (facilitadores ou indutores e dificultadores).

Com base nesse recorte do projeto original, delimitou-se o objeto da presente investigação. Assim, a pergunta foi formulada: qual a percepção dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família e/ ou Núcleos de Apoio, atuantes nos centros urbanos brasileiros, sobre as suas contribuições, dificuldades e potencialidades para consolidar as ações de alimentação e nutrição nesse âmbito?

Tal pergunta de pesquisa se desdobrou na seguinte questão norteadora: Que estratégias utilizam e como os profissionais das equipes de SF lidam com as demandas para o cuidado nutricional dos territórios?

A partir dessas perguntas, foi feita uma revisão da literatura para permitir melhor ordenação e compreensão da realidade empírica. Quando o objeto foi delimitado, inicialmente as palavras-chave foram definidas. Foram escolhidas três (Estratégia Saúde da Família, Promoção da Saúde, Nutrição), dentre 50 encontradas e possíveis. Inicialmente, a escolha de termos foi feita com aqueles que

tivessem qualquer ligação com o estudo, tendo como base a pesquisa das palavras-chaves disponíveis nos descritores em ciências da saúde, disponíveis na BVS, e os termos similares do sítio do Scielo.

A seleção final das três palavras foi feita entre aquelas mais próximas ao objeto de estudo. Essas palavras foram identificadas em artigos de periódicos indexados, presentes nas bases de dados da Capes e *Web of Science*. Deve-se considerar que o termo 'Estratégia Saúde da Família' é mais atualmente aceito, porém foi constatado o uso do termo similar 'Programa Saúde da Família' mesmo em artigos mais recentes e, por vezes, esse termo também foi considerado na busca dos estudos. O descritor 'nutrição' foi termo específico encontrado como mais próximo ao tópico. Ressalta-se que o tema não apresentava uma referência de estudo semelhante e os poucos artigos específicos encontrados contribuíam parcialmente para a proposta de investigação. Foram considerados os autores-chave de cada conteúdo a ser explorado, além do ano de publicação mais recente e, quando antigo, priorizou-se os de maior número de citações. A figura 1 expõe o sumário visual construído a partir das palavras-chave.

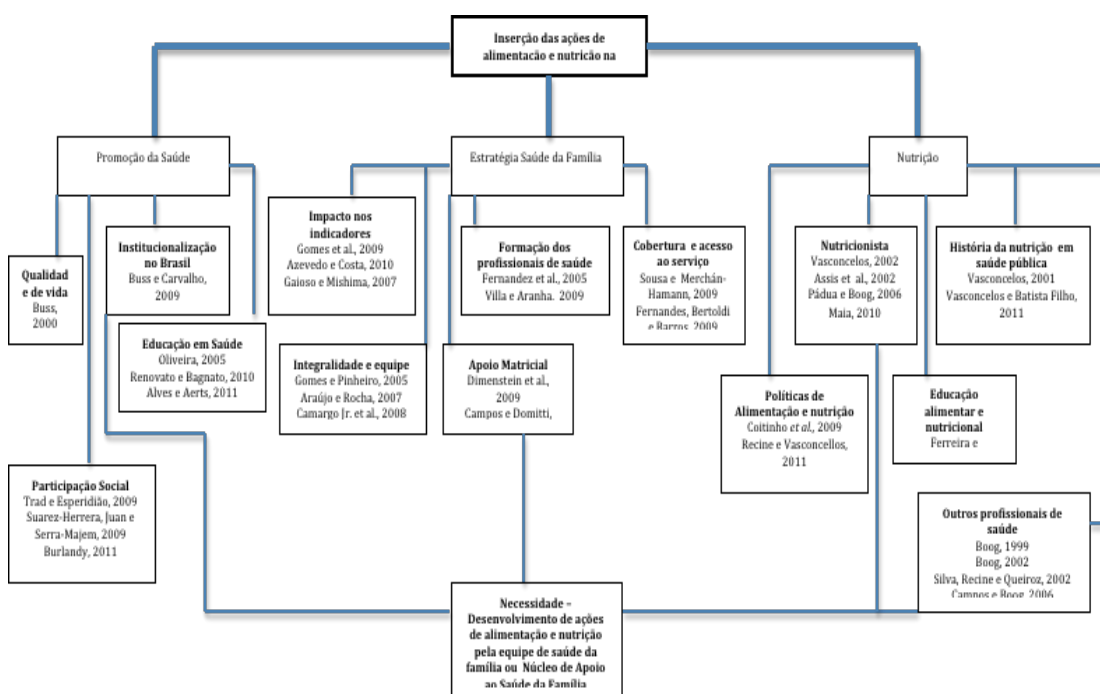


Figura 1. Sumário Visual da literatura.

Além de periódicos indexados, para exploração teórica do objeto foi necessária a busca de legislação e documentos oficiais brasileiros e de organizações

internacionais relacionados ao tema. Assim, o Relatório Mundial da Saúde: “Atenção Primária à Saúde – agora mais do que nunca” (WHO, 2008), “A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção do SUS” (OPAS, 2011), a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a), a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010b), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012a) e a Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2009c) são exemplos de documentos que também foram utilizados como apoio para o referencial teórico-conceitual.

Ademais, a natureza do objeto de investigação demonstrou a necessidade de empregar um método qualitativo. Como descreve Minayo (2006), esse método “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções, das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. Há um discurso teórico comum de que a subjetividade e o simbolismo permeiam a realidade social nesse tipo de pesquisa. A sociologia compreensiva privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, em contraposição aos fenômenos naturais da corrente positivista. Há a crítica positivista de que os fatos humanos não são quantificáveis nem dotados de objetivação, e a compreensão passa a ser específica porque cada fato tem um sentido próprio e particular. A objetivação visa assegurar, no campo de pesquisa, um processo que tenha fundamentos teóricos e, ao mesmo tempo, padrões universais e específicos (MINAYO, 2006).

Contudo, na pesquisa qualitativa, torna-se imprescindível também a objetivação como forma de reduzir a inserção de juízos de valor. A complexidade do objeto exige reconhecimento dessa natureza, a teorização, a revisão crítica do tema, o estabelecimento de conceitos e categorias, o uso de técnicas adequadas e a análise específica e contextualizada (MINAYO, 2006). A seguir, serão apresentados os conceitos principais relacionados ao objeto.

6.3.2. Aspectos teórico-metodológicos e conceituais

O presente estudo requer o entendimento de alguns conceitos e princípios pelos quais a ABS como coordenadora da RAS e atenção nutricional na ABS são estruturadas:

1) Integralidade: atualmente inclui características desejáveis do Sistema Único de Saúde (SUS) e práticas nele exercidas, como: a articulação de tecnologias; as práticas profissionais devem ser contextualizadas e intersubjetivas, com a proposta de enfatizar o vínculo com os usuários e a coletividade com a construção dialógica de projetos terapêuticos individualizados; a organização do processo de trabalho; a abrangência das ações de promoção, prevenção, tratamento ou assistência e reabilitação; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade (CAMPOS, 2003; MATTOS, 2004).

Para alcançar esse princípio na atenção primária, é imprescindível a interpretação das diversas necessidades e demandas do usuário no seu contexto social; a disponibilização de recursos adequados para atendê-las. Esse nível é porta de entrada, mas deve haver a responsabilidade de continuidade do cuidado (STARFIELD, 2002).

Uma primeira dimensão da integralidade seria a capacidade dos profissionais responderem ao sofrimento manifesto da demanda espontânea, de modo articulado à oferta de ações ou procedimentos preventivos. Porém, essa capacidade está associada à postura e à intersubjetividade, pois deve haver uma apreensão ampliada das necessidades do indivíduo, mas também uma contextualização imediata do atendimento ou da vida do outro e o momento mais propício à oferta das ações (MATTOS, 2004).

Em um segundo sentido, a integralidade estaria relacionada como o modo de organizar a atenção com a ideia de longitudinalidade na superação da fragmentação do cuidado (PINHEIRO, 2009). Assim, os profissionais aproveitariam as oportunidades de encontro geradas pelas demandas programadas e espontâneas para aplicação de diagnóstico e identificação de risco, assim como a construção de atividades coletivas junto à comunidade. A longitudinalidade do cuidado, é definida pela PNAB (BRASIL, 2011a) como:

(...) a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2011a).

E, por fim, há um conjunto de sentidos da integralidade em um âmbito maior, relativos às políticas desenvolvidas para atender a um público ou a um problema específico da população (PINHEIRO, 2009).

A PNAB (BRASIL, 2011a) elenca também a integralidade em seus vários aspectos:

(...) integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2011a).

A integralidade das ações pressupõe a necessidade de trabalho em equipe. Esta é conceituada como modalidade de trabalho coletivo que explora a comunicação, a articulação das ações e a cooperação. É construído pelas relações recíprocas, entre as múltiplas intervenção e a interação dos profissionais de diversas áreas. Não se constitui como apenas a justaposição de ações ou um simples agrupamento de profissionais (PEDUZZI, 2009).

Além disso, a integralidade também se intercepta com a ideia de que a atenção deve ser resolutiva. A PNAB (BRASIL, 2011a) também esclarece essa ideia:

(...) identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

2) Ações de Alimentação e Nutrição: Essas são definidas como conjunto de ações, de caráter individual, familiar e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltadas para o diagnóstico, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2009c), são atribuições do nutricionista (CFN, 2005) e também compõem as ações de saúde a

serem realizadas pelos profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2011a). Essas ações incluem também o âmbito da gestão nas diferentes esferas. A contribuição do nutricionista visa à qualificação e melhora da resolubilidade dos serviços (BRASIL, 2009c).

Apesar de algumas ações abrangerem conhecimento técnico específico da formação do nutricionista, outras delas são compartilhadas com os demais profissionais da ESF, podendo o nutricionista tornar-se o profissional de referência (BRASIL, 2009b). Além disso, outras ações englobam a promoção da saúde e prevenção de doenças e dizem respeito ao papel do conjunto de profissionais e já possuem protocolos bem estabelecidos na rede de serviços do SUS (BRASIL, 2009c).

6.3.3. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, em que a unidade de análise abrange os municípios brasileiros de grande porte. Faz parte de um estudo mais amplo concebido pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN) e pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública (UnB), executado por este último e intitulado como: *Estudo sobre o processo de Organização da Atenção Básica no Brasil: análise da inserção do programa saúde da família nos municípios de grande porte e do desenvolvimento de ações estratégicas de alimentação e nutrição*. Esse projeto contou com o financiamento do Ministério da Ciência e Tecnologia.

O objetivo do presente estudo é entender a percepção dos profissionais das ESF ou NASF sobre as ações do cuidado nutricional em municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes no ano de 2010.

6.3.4. Seleção das unidades de análise

A amostra inicial do projeto mais amplo foi prevista em 55 de um universo de 263 municípios brasileiros com população maior ou igual a 100 mil habitantes (fração amostral: 21%), identificados pelo levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007). O universo de cidades de grande porte foi escolhido porque esses municípios apresentam maiores resistências a implantação da ESF, suas redes físicas e culturas organizativas já se mostram estabelecidas e

apresentam maior potencial em termos de recursos e estrutura (SOUSA, 2008; CONILL, 2008; BRASIL, 2008b). Essa amostra era do tipo probabilística estratificada aleatória, em que os estratos foram:

1) Capitais: dentro de cada região brasileira, foram necessariamente selecionadas cidades interioranas e capitais. Essas últimas por entender que eles reúnem maior potencialidade em termos de recursos físicos, humanos e financeiros para implantar a ESF e, conseqüentemente, as ações de alimentação e nutrição. Além disso, dentro o universo de 263 municípios brasileiros de grande porte (IBGE, 2007), a quantidade de capitais se diluem. Esse quesito é uma forma de garantir a representação de capitais. O 1º estrato foi composto por 12 capitais.

2) Cobertura da ESF: das cidades interioranas, seccionadas nas regiões brasileiras, de acordo com a proporção de cidades de grande porte existentes em cada uma delas, foram selecionados também municípios com cobertura maior ou igual e menor a 50%. Esse quesito considerou que quanto maior o acesso ao serviço, maior a possibilidade de mudança do modelo de assistência a saúde (BRASIL, 2008b; SOUSA, 2008). Resultante desse estrato, foram encontradas 43 cidades.

A seleção das unidades de análise do presente artigo, no entanto, foi constituída por 30 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, compondo a fração amostral de 11% em relação ao universo. A distribuição geográfica se constituiu por: 11 cidades da Região Nordeste (37%), dois da Região Norte (7%), quatro da Região Centro-Oeste (13%), oito da Região Sudeste (27%) e cinco da Região Sul (16%), sendo que seis destes municípios são capitais com mais de 1 milhão de habitantes.

A questão da adesão ou não ao NASF determina a possibilidade dos profissionais vivenciarem diferentes processos de trabalho para desenvolverem as ações de cuidado nutricional (BRASIL, 2009b; CAMPOS, 1999; CAMPOS, 2007). Dos municípios selecionados, 43% apresentavam NASF.

Por fim, a presença ou não de nutricionista como profissional de referência poderá influenciar na condução das ações do cuidado nutricional (BRASIL, 2009c; JAIME *et al.*, 2011; BRASIL, 2012a). Das unidades de análise, 57% contavam com nutricionista no apoio das ações, independente da origem desse profissional.

Um esquema sobre a amostra do estudo original e as unidades de análise selecionadas para o presente estudo foi representado no apêndice A. Não houve

diferença significativamente estatística para a maioria dos quesitos considerados na seleção das unidades, exceto pelo quesito cidade interiorana/ capital, o que demonstra a homogeneidade do perfil de municípios realmente estudados mesmo em função da perda ocorrida. As perdas foram decorrentes após sucessivas tentativas de agendar a coleta de dados, sem sucesso, ou por dificuldades relacionadas ao acesso ao município. Em função da grande quantidade de perdas, parte delas foi repostas por municípios com as mesmas características relativas aos critérios de seleção da amostra.

Uma tabela disponibilizada no artigo 3, apresenta a caracterização dos municípios envolvidos nesse estudo segundo os critérios de seleção já mencionados.

6.3.5. Participantes

Participaram do estudo um total de 294 profissionais de saúde distribuídos nos 30 municípios referidos. Em cada município, os participantes envolvidos compuseram, preferencialmente, um grupo de seis a 12 profissionais das mesmas ou diferentes equipes de Saúde da Família (SF) e NASF. Essa variação de profissionais é recomendada por diversos autores para a aplicação da metodologia de grupo focal (LERVOLINO & PELICIONI, 2001; GATTI, 2005; GASKELL, 2011).

Considerando a garantia da organização do serviço no dia de coleta de dados, os gestores da secretaria em articulação com os chefes/ gerentes das unidades de saúde ou coordenadores dos NASF foram responsáveis por convidar os profissionais disponíveis para participarem da pesquisa. Os pesquisadores solicitaram, no entanto, que a composição de profissionais fosse a mais variada possível em relação à formação. Todos os profissionais de saúde de nível médio ou superior foram escolhidos como possíveis informantes uma vez que as ações de alimentação e nutrição devem ocorrer mesmo que não haja um profissional com formação específica para realizá-las.

Além disso, não houve exigência dos pesquisadores para que os profissionais pertencessem à mesma equipe de SF, uma vez que isso poderia prejudicar a rotina de trabalho e atendimento aos usuários de um território. Esse desprendimento possibilitou também ter profissionais representando diferentes distritos/ regionais de

cada município, permitindo maior exploração e desenvolvimento de idéias e significados de várias realidades.

Convém reforçar que as equipes de SF são compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e três ACS (BRASIL, 2011a). Alguns municípios podem, por ventura, contar com membros de outras formações na equipe de acordo com realidade epidemiológica local, institucional e em função das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011a). Com a criação dos NASF pela portaria nº. 154 de 2008, diversas categorias profissionais passaram a fazer parte das ações das equipes de SF com delineamento do apoio matricial (BRASIL, 2008a).

O perfil dos profissionais que participaram do estudo pode ser visualizado no artigo 3.

6.3.6. Instrumentos

Para traçar o perfil dos participantes dos grupos focais, foi solicitado o preenchimento de um questionário autoadministrado. As variáveis do questionário eram: escolaridade, data de nascimento, cargo/ função, classificação por poder de compra (ABEP, 2008) e tempo de trabalho na ESF. O questionário pode ser visualizado no apêndice B.

De forma a direcionar o debate proposto na metodologia de grupo focal, foi construído um roteiro de perguntas semi-estruturado (apêndice C). Esse guia ou protocolo pode conter cabeçalho; instruções para o entrevistador (declaração de abertura); uma sequência de indagações abertas, separadas por blocos temáticos; e instruções para aprofundar as principais perguntas (CRESWELL, 2007). Adicionalmente a cada pergunta, foram incluídas instigações na forma de questões pontuais, que eram utilizadas quando as discussões não surgiam de maneira espontânea e permitiam maior interação entre os participantes e a possibilidade de complementar a informação.

Além do moderador, com papel de norteador da discussão a partir do roteiro pré-definido, apresentava-se o observador que tinha possibilidade de registrar comentários, notas e aspectos percebidos e refletidos.

Segundo Gaskell (2011) e Kronberger e Wagner (2011), as indagações de uma pesquisa qualitativa, diferentemente da abordagem quantitativa, representam fácil

acesso à compreensão espontânea e um convite ao entrevistado a falar indefinidamente sobre o assunto, com formulação própria de ideias, com tempo para refletir e com esclarecimentos imediatos feitos pelo pesquisador.

A condução das sessões foi baseada nas seguintes temáticas: 1) Significados e percepções da equipe de SF no município; 2) Atenção nutricional: importância, demandas, estratégias realizadas, integração com as equipes e parcerias; 3) Sentimentos, significados e percepções sobre valorização, motivação e condições de trabalho para realizar as ações AN; 4) Desafios: limites e potencialidades.

A construção do roteiro foi feita dos temas mais gerais para os mais específicos. O primeiro tema abrangeu aquilo que tinha mais proximidade com a prática dos profissionais, ou seja, o trabalho no Saúde da Família do município. Na verdade, foi inserido com o objetivo de introduzir uma conversa com os respondentes, deixá-los mais à vontade e com respostas mais espontâneas, como uma proposta de preparação para as perguntas que tinham a ver com o objeto de estudo (KRONBERGER & WAGNER, 2011).

Para construí-lo contou-se com a experiência dos pesquisadores do grupo de pesquisa, da literatura científica sobre o assunto, além de ter sido feito um pré-teste. Anteriormente, os instrumentos de coleta foram aplicados em três municípios de pequeno porte (10% da amostra) convenientemente próximos à cidade onde os pesquisadores residem (Formosa-GO, Planaltina-GO e Valparaíso-GO) e que não constituíam a amostra selecionada. Aspectos como modo de conduzir as perguntas, linguagem empregada, entendimento dos participantes, direcionamento para o objeto de pesquisa, categorias prévias e tempo de aplicação foram identificados a partir dos roteiros de entrevista e grupo focal e da pré-análise do conteúdo gravado.

6.3.7. Procedimentos de coleta de dados

Na fase de planejamento da pesquisa, foram previstas as dificuldades que a equipe teria na fase de coleta de dados. Um dos possíveis obstáculos seria a logística, constituída pelo envio do convite para participação, a adesão do estudo pelo município e a visita e locomoção dos pesquisadores *in loco*. Por isso, foi solicitado previamente o apoio do coordenador do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), formalizado por uma carta (Anexo B). Além

disso, o CONASEMS também forneceu uma lista de contatos telefônicos das secretarias de saúde de cada município selecionado.

Inicialmente, foram contatados os secretários de saúde, os coordenadores da atenção básica/ saúde da família e os coordenadores das ações de alimentação e nutrição. Posteriormente, receberam um e-mail explicativo e formal sobre a pesquisa. No anexo do e-mail, foram encaminhados um arquivo com o protocolo da pesquisa e a carta de apoio do CONASEMS. Uma vez que a execução do estudo fosse aceita pelo município e os procedimentos e os passos fossem reforçados, a visita foi marcada.

Apesar do estudo ter sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, dois municípios exigiram a submissão do projeto a um CEP local antes do aceite à participação na pesquisa. Esse procedimento foi cumprido pelo grupo de pesquisa.

Após o contato e aceite, foi acordada com coordenadores de cada município a responsabilidade para articular, organizar e sensibilizar os profissionais a participarem. Assim, o gestor escolheu quantos e quais profissionais de cada equipe poderiam se ausentar sem que o serviço fosse prejudicado.

Cada visita foi feita sempre por uma dupla de pesquisadores. Ao todo, o projeto contou com a participação de seis pesquisadores treinados e dois coordenadores. O tempo de permanência no município variou de um a dois dias, a depender do agendamento de cada um dos procedimentos do projeto como um todo. A coleta de dados foi feita entre dezembro de 2009 e julho de 2010.

A técnica de coleta de dados, como recorte da pesquisa maior, constituiu-se por um grupo focal com os profissionais das equipes de SF. A técnica de grupo focal conserva o caráter qualitativo, utiliza a interação grupal e a oportunidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo para produzir informações mais complexas, que dificilmente seriam conseguidas por entrevistas individuais. Assim, possibilita conhecer processos de construção da realidade de grupos sociais, práticas rotineiras, ações e reações diante de fatos, comportamentos e atitudes por meio das representações, percepções, crenças, valores, simbologias e linguagens predominantes em pessoas que partilham uma experiência comum (KIND, 2004; GATTI, 2005).

Passa a ser mais do que a soma das partes, o grupo se torna uma entidade em si mesmo, em que podem ocorrer processos próprios da interação como a

subdivisão em facções que contrapõem suas idéias ou a submersão de uma liderança das opiniões; podem trazer maior nível de emotividade, espontaneidade, humor e intuições criativas, o que é difícil de vivenciar numa interação feita em uma entrevista em profundidade (GASKELL, 2011).

No e-mail explicativo, foram dadas instruções gerais sobre como a aplicação do grupo focal ocorreria, inclusive informando a intenção de gravação das falas pelos pesquisadores. Foi solicitada uma sala silenciosa com cadeiras móveis para organizar a sessão em círculo, de modo que possa haver um contato frente a frente entre cada um (GASKELL, 2011).

Uma vez no município, antes de iniciar o grupo focal, os entrevistados liam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) e aqueles que aceitavam participar preenchiam o questionário autoadministrado de caracterização pessoal. Em todos os municípios foi perguntado se alguém era contrário à gravação da discussão e, somente após consentimento de todos, era ligado o equipamento.

Em seguida, eram dados esclarecimentos de eventuais dúvidas acerca do projeto de pesquisa. Quando ligado o gravador, era feita uma breve apresentação dos participantes do grupo focal (nome, cargo/ função na atenção básica, número de anos de trabalho no atual cargo). O grupo ficava disposto em formato de ferradura ou meia-lua, sendo que o moderador ficava disposto na abertura e o observador logo atrás deste, de forma que não permita o contato visual entre os dois e não inibissem os participantes. Os pesquisadores distribuíram folhas em branco, caso os participantes quisessem fazer anotações. Essas folhas foram recolhidas ao final para ajudar como fontes de informação complementares ao que foi dito no grupo.

6.3.8. Plano de Análise

Os dados de caracterização dos participantes dos grupos focais foram tabulados e analisados no *SPSS*. A análise dos dados quantitativos, referentes ao perfil, foi feita por meio da estatística descritiva (frequências, porcentagens, médias, medianas, desvio padrão e intervalo de confiança de 95%).

Para os dados qualitativos fez-se a transcrição em *verbatim*, ou seja, palavra por palavra do material gravado foi detalhado, exceto por algumas correções gramaticais ou marcas regionais omitidas por decisão da equipe. Esse procedimento foi adotado para evitar segregações entre os diferentes profissionais de saúde e

também para não comprometer a identificação de palavras similares pelo *software* (GIBBS, 2008; CAMARGO, 2005). As regras estabelecidas pelo *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte*) foram utilizadas para formatar o texto, uma vez que foi realizada a análise lexical para a transcrição dos grupos focais. Esse padrão de organização do *corpus*, exigido pelo *software*, pode ser encontrado no anexo C.

O ALCESTE pode ser aplicado a materiais bem volumosos, para seu funcionamento ótimo o *corpus* deve conter pelo menos 1000 linhas (CAMARGO, 2005). Proporciona economia de tempo (NASCIMENTO & MENANDRO, 2006) e maior imparcialidade na análise, já que a classificação é definida pelo programa por meio da análise lexical. Já a Análise de Conteúdo Clássica está sujeita à interferência de intenções particulares ou compreensões a partir do texto durante o processo de codificação. Na última, os dados precisam ser válidos, ou seja, precisam representar o corpo inteiro do texto; e a codificação dos conteúdos precisa ser fidedigna e, para isso, é necessária a participação e concordância de outros intérpretes (BAUER, 2011). A análise no ALCESTE pode ser aplicada às transcrições de questões abertas de levantamentos, entrevistas, grupos focais, capítulos de livros, reportagens (ALLUM, 1998; ALBA, 2004).

Do ponto de vista teórico, há pontos de convergência entre os pressupostos epistemológicos do ALCESTE e as representações sociais. No contexto do programa, a busca do sentido do discurso oscila entre vários mundos lexicais possíveis que contradizem-se ou associam-se, em que o indivíduo expressa uma dinâmica de sentidos que encontra coerência com o conjunto (e não um específico) de mundos lexicais. O idealizador do ALCESTE enfatiza também que o mundo lexical é ligado à memória individual e coletiva e que todo discurso põe em jogo um sistema de mundos lexicais por meio do qual se organiza a racionalidade, em que algo se objetiva ou se constrói. Essa busca de sentidos; as reconstruções sociais baseadas no presente em função de normas e valores que também são ancoradas no passado; e a objetivação são características do senso comum, que tem centralidade no conceito das representações sociais (ALBA, 2004).

O *software* ALCESTE foi desenvolvido por Max Reinert na década de 1970 na França e foi introduzido no Brasil em 1998. Ele conjuga uma série de procedimentos estatísticos para analisar co-ocorrências localizadas de palavras do *corpus* textual (CAMARGO, 2005; KRONBERGER E WAGNER, 2011), como a Classificação

Hierárquica Descendente (CHD), combinando a segmentação, classificação hierárquica e dicotomização, análise de correspondência e a teoria das “nuvens dinâmicas” (KRONBERGER & WAGNER, 2011). Apesar de ser um programa francês, possui dicionário de língua portuguesa e possibilidade de acrescentar manualmente determinadas palavras (CAMARGO, 2005; KRONBERGER & WAGNER, 2011).

A ideia seria interpretar o sentido das proposições e sentenças a partir da identificação de palavras que apareçam juntas nas frases e são relatadas pelo maior número de respondentes da pesquisa, resultando no encontro de classes temáticas (NASCIMENTO & MENANDRO, 2006; KRONBERGER & WAGNER, 2011). Dispensa a criação de categorias *a priori* e é útil para materiais com grande volume, em que a análise manual seria exaustiva e mais sujeita a erros (KRONBERGER & WAGNER, 2011).

A abordagem teórica que fundamenta o uso do programa remonta da psicanálise, filosofia e da semiologia (ALLUM, 1998; LIMA, 2008). A teoria racional de Reinert utilizada no ALCESTE se origina da ideia de livre associação de palavras e análises dos sonhos das tradições psicanalíticas Freudianas e Jungianas (ALLUM, 1998). Na psicanálise de Freud, o paciente era convidado a falar livremente sobre qualquer coisa que viesse à mente e isso podia revelar a presença de pensamentos e intenções inconscientes que se evidenciam durante a conversa. O conteúdo expresso na fala poderia então ser manifesto ou latente. Jung sugeriu que parte do inconsciente, ou seja o inconsciente coletivo, contém elementos próximos aos temas encontrados em mitos, lendas e contos que são compartilhados por todos dentro de um mesmo meio cultural. O método de associação livre de palavras então poderia prover um entendimento aprofundado (ALLUM, 1998).

Apesar de utilizar principalmente as palavras plenas (adjetivo, verbo, substantivo etc.) como foco da análise, o método não se restringe à análise da significação linguística de um *corpus*, mas se volta ao rastreamento da atividade ou passagem de um sujeito enunciadador. Esses vestígios encontrados nos discursos construídos se referem ao indivíduo psíquico, oscilando do sujeito ao seu objeto e do sujeito ao seu vir-a-ser. Essa dupla referência permite formar a representação de um objeto e essas repetições de representações em diversos indivíduos gera um contexto típico de um grupo, de um inconsciente coletivo, o que Reinert chama de “Mundo lexical” (NASCIMENTO & MENANDRO, 2006; LIMA, 2008). Assim, esses

“mundos” ficam repletos de características sociais e os lugares se tornam uns tipos de lugares comuns. Esse lugar apresenta hábitos linguísticos e sociocognitivos que são compartilhados e que possuem o sentido estabilizado. O léxico passa a ser próprio do “mundo”, que se distingue por repetições e combinações de certas expressões. O ALCESTE consegue então identificar por meio da separação em classes, os lugares do discurso no qual o sujeito coletivo se manifesta (LIMA, 2008).

Tais “mundos lexicais” só podem ter significação se houver um outro “mundo lexical” que o defina por contraste ou complementaridade. Então o uso de um vocabulário específico, um campo contextual – o que Reinert chama de “fundo tópico”, representado pela co-ocorrência de “palavras plenas” – é visto como uma maneira de detectar os pensamentos sobre um objeto (NASCIMENTO & MENANDRO, 2006; LIMA, 2008). Na prática, o ALCESTE tem a função de distinguir classes de palavras que representam diferentes tipos de discurso, dado seu contexto.

Antes de descrever a operacionalização da análise feita pelo programa, é necessário apresentar algumas definições. O *corpus* foi dividido em Unidades de Contexto Iniciais (UCI), que diz respeito a uma organização prévia feita pelo pesquisador com definição de variáveis que não estão presentes no conteúdo dos discursos, informações externas. É a unidade a partir da qual o programa executará a fragmentação inicial (NASCIMENTO & MENANDRO, 2006). Para o presente estudo, cada grupo focal constituirá uma UCI e as variáveis utilizadas para codificá-los foram: município, região brasileira, estrato de cobertura da ESF, se há nutricionista, se há NASF e classificação de acordo com o tamanho da população do município (grande porte ou metrópole).

As Unidades de Contexto Elementar (UCE) são fragmentos do *corpus* feitos pelo programa, de acordo com critério de tamanho do texto (número de palavras analisadas) e pontuação decididos pelo *software*. As matrizes de classificação são organizadas a partir do pertencimento das palavras a uma UCE (NASCIMENTO & MENANDRO, 2006).

Por fim, a Unidade de Contexto (UC) se refere ao agrupamento de UCE dentro de uma mesma UCI até que o número de palavras seja superior ao limiar estabelecido proporcionalmente ao número de palavras analisadas (NASCIMENTO & MENANDRO, 2006).

A análise do programa seguem os quatro passos (NASCIMENTO & MENANDRO, 2006; CAMARGO, 2005) expostos no quadro a seguir.

Quadro 1. Etapas e operações da análise feita pelo *Software ALCESTE*

Etapa	Definição	Operações
1. Leitura do texto e cálculos dos dicionários	Preparação do <i>corpus</i> com reconhecimento das UCI, agrupamento das ocorrências, cálculo da frequência das formas reduzidas.	a. Reformatação e divisão do <i>corpus</i> em segmentos semelhantes (UCE); b. Pesquisa de vocabulário e redução das palavras em radicais (formas reduzidas); c. Criação de dicionário das formas reduzidas
2. Cálculo das matrizes de dados e diferenciação das UCE	Classificação das UCE, diferenciando as palavras plenas (conteúdo), cruzamento e classificação para obtenção de classes de UCE que apresentem vocábulos similares entre si, mas, ao mesmo tempo, diferentes das UCE de outras classes (qui-quadrado ou coeficiente de Pearson – Phi, como medida de relação entre as palavras).	a. Seleção das UCE a serem consideradas, por tamanho ou pontuação; b. Cruzamentos: todas formas reduzidas e UCE; UC tamanho 1 e formas reduzidas selecionadas; UC tamanho 2 e formas reduzidas selecionadas; c. Cálculo das matrizes de dados; d. Classificação Hierárquica Descendente (CHD)
3. Descrição de classes de UCE escolhidas	Trata-se da etapa mais importante em que o programa apresenta um dendograma de relação entre as classes, fornecimento de resultados de descrição de cada classe a partir do vocabulário e das variáveis; além da apresentação da relação entre classes e variáveis a partir de um plano fatorial.	a. Definição das classes escolhidas; b. Descrição das classes; c. Análise Fatorial de Correspondência (AFC).
4. Cálculos complementares	É uma extensão da 3ª etapa de análise.	a. Seleção da UCE mais características de cada classe; b. Pesquisa dos segmentos repetidos por classe; c. Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) – associação de uma mesma classe e UCE da classe associada; d. Seleção de palavras mais características das classes para apresentação de um <i>Index</i> de contexto de ocorrência; e. Exportação para outros programas de <i>subcorpus</i> de UCE por classe.

Fontes: Camargo, 2005; Nascimento & Menandro, 2006.

UCI = Unidades de Contexto Inicial; UCE = Unidades de Contexto Elementar; UC = Unidades de Contexto; AFC = Análise Fatorial de Correspondência; CHD = Classificação Hierárquica Descendente; CHA = Classificação Hierárquica Ascendente

Como resultado, o ALCESTE gera um relatório que fornece: o número, as relações e as UCE de cada classe; as formas reduzidas; e o contexto semântico. A partir dessas indicações dadas pela análise, o pesquisador tem a possibilidade de nomear e interpretar cada classe de acordo com a literatura do tema em questão e sua experiência prévia.

Adicionalmente, como forma de ilustrar cada classe temática foram apresentadas algumas UCE significativas.

7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O conteúdo sigiloso e dados pessoais fornecidos pelos participantes exige a necessidade de aprovação prévia de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), apesar da investigação ser considerada de baixo risco.

O grupo focal, técnica utilizada no 3º artigo, foi gravado após ciência e concordância de todos os envolvidos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Considerando que um possível chefe seja o organizador para a realização do grupo focal com os profissionais e que isso poderia colocar os participantes em situação de influência de autoridade, antes da aplicação foi feito um esclarecimento prévio sobre a pesquisa e suas repercussões, a não obrigatoriedade de participação, a importância da gravação e sanadas possíveis dúvidas.

Foi garantida a liberdade de consentimento, seja antes, durante ou após coleta das informações. No 3º artigo, os nomes dos participantes não foram citados e, mesmo para fins de comparação, foi evitado mencionar o nome do município.

A pesquisa, referente ao 3º artigo, foi aprovada no CEP da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/ UnB) com o parecer 107/09 (ver anexo A) e está em conformidade com os princípios éticos contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996). Como indagado, apesar da apreciação em um CEP na instituição que originou o estudo ser suficiente para realizar a investigação em qualquer município brasileiro, o protocolo de pesquisa foi submetido a um CEP local da secretaria de saúde de dois municípios brasileiros que exigiram. Neste caso, foi encaminhado o protocolo acompanhado do parecer favorável do CEP FS/ UnB.

Para a análise dos dados secundários do 2º artigo, referentes ao quantitativo de nutricionistas na ESF/ NASF, um plano de pesquisa detalhado foi submetido ao CEP da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, do Distrito Federal. O plano foi aprovado parecer nº 714.441/ 2014, e foi concedida a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme prevê a Resolução N.º 466/2012, referente à pesquisa envolvendo seres humanos, já que a pesquisa se enquadra no caso em que é impossível obter o TCLE (IV.4.c) e quer utilizar dados de domínio público (CNS, 2012).

A pesquisa utilizou dados fornecidos pelo setor responsável do Ministério da Saúde, relativos à gestão dos municípios brasileiros. Parte desses dados são de

domínio público, disponíveis no site governamental. Porém, alguns detalhamentos (microdados) foram solicitados por ofício enviado junto com um termo de responsabilidade (Apêndice E e Anexo C).

A instituição coparticipante, Ministério da Saúde, publicou em 19 de julho de 2012 a portaria nº. 1583, que dispõe sobre a execução da Lei nº. 12.427/ 2011 sobre a Lei de Acesso à informação (BRASIL, 2011b). Consideram como informação dados, processados ou não, que podem ser utilizados para produção e transmissão de conhecimento, contidos em qualquer meio, suporte ou formato. Qualquer pessoa, natural ou jurídica, pode formular pedido de acesso à informação às unidades do Ministério da Saúde por meio dos respectivos Serviços de Informação ao Cidadão. Nota-se que as informações solicitadas para análise do presente estudo não eram consideradas como imprescindíveis à segurança da sociedade ou do Estado, conforme menciona o artigo 9º da portaria.

2ª PARTE - RESULTADOS

CAPÍTULO 1

POTENCIALIDADES DA PESQUISA EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO ESTRUTURADA*.

Research potential of food and nutrition in the Family Health Strategy: A structured review

*Publicado na versão em inglês na Revista de Nutrição, volume 27, número 1, jan/fev, 2014.

Ivana Aragão Lira Vasconcelos¹

Leonor Maria Pacheco Santos²

1. Doutoranda. Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana. Departamento de Nutrição, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília-DF, Brasil.

2. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília-DF, Brasil.

Título abreviado: Pesquisa de Nutrição na Saúde da Família

Nutrition Research in Family Health

COLABORADORES

IAL Vasconcelos fez a busca das referências bibliográficas e grupos de pesquisa no DGP, a redação do artigo e a organização das referências.

LMP Santos participou como orientadora, realizou a revisão de trabalhos publicados e direcionou a busca no DGP, participou da redação e revisão do manuscrito.

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil dos grupos de pesquisa e das publicações que apresentem ações relacionadas à alimentação e nutrição no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Brasil a partir do ano de 1994. **Métodos:** Dois procedimentos foram explorados: a revisão estruturada e a busca de grupos de pesquisa. A primeira explorou as bases *Web of Science*, Medline, Lilacs, SciELO e *Embase*, seguiu os princípios que orientam as revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane. Foram ainda consultadas as referências dos artigos selecionados. A busca de grupos de pesquisa foi feita por meio do Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Resultados:** Foram encontrados 54 artigos originais, sendo 10 identificados na lista de referências, publicados entre os anos de 2002 a 2012 em 20 diferentes periódicos. Sua maior parte foi realizada na Região Sudeste, sob coordenação de nutricionistas, enfermeiros e médicos, com crianças como sujeitos de pesquisa. *Diabetes Mellitus*, Hipertensão arterial e Aleitamento materno foram os temas mais encontrados (n=23). Foram identificados 42 artigos de pesquisa quantitativa, em sua maioria sobre diagnóstico. Foram encontrados apenas cinco grupos de pesquisa com o tema na Estratégia Saúde da Família, ainda que haja aumento de pesquisas na área ao longo dos anos. **Conclusão:** Embora a produção seja crescente, os achados desta revisão estruturada indicaram poucos estudos com foco em alimentação e nutrição no contexto da Saúde da Família, provavelmente devido à existência de poucos grupos de pesquisa no país. É necessário fomentar estudos sobre o tema de maneira mais ampla e consistente.

Termos de indexação: Saúde da Família. Alimentação. Nutrição em Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Grupos de Pesquisa. Literatura de Revisão como Assunto.

ABSTRACT

Objective: Determine the profile of research groups and publications with food and nutrition-related actions promoted by the Family Health Strategy in Brazil since 1994.

Methods: Two procedures were used: structured review and research group search. The former searched the databases Web of Science, Medline, Lilacs, SciELO and Embase, and followed the principles that guide systematic reviews in the Cochrane Collaboration. The references of the selected articles were also consulted. The research groups were searched in the Research Group Directory of the National Council for Scientific and Technological Development. **Results:** A total of 54 articles published between 2002 and 2012 in 20 different journals were identified. Ten of these were retrieved from the references section of other articles. Focusing mostly on children from the Southeast region, these studies were coordinated by dietitians, nurses, and physicians. Diabetes *Mellitus*, high blood pressure, and breastfeeding were the most common topics (n=23). The quantitative methodology was employed by 42 articles, most about diagnoses. Only five research groups studied the Family Health Strategy, despite the growing number of studies in the area over the years.

Conclusion: Despite the growing scientific production, the findings of this structured review indicate that few studies focused on food and nutrition in the Family Health Strategy, probably because of the existence of few research groups in the country. More comprehensive and consistent studies on the topic are needed.

Indexing terms: Family health. Feeding. Nutrition public health. Primary health care. Research groups. Review literature as topic.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas quatro décadas, a população brasileira mudou o seu perfil nutricional com redução progressiva da desnutrição infantil (ainda persistente em famílias com baixos rendimentos da Região Norte); diminuição do déficit de peso em adolescentes e adultos; redução da prevalência do déficit de altura; aumento acelerado do excesso de peso em todas as regiões brasileiras, principalmente na última década, e em todos os estratos de renda¹. A coexistência desses agravos com persistência de altas prevalências das carências nutricionais em crianças menores de cinco anos e mulheres em idade reprodutiva, como a hipovitaminose A (17,4% e 12,3%) e anemia (20,9% e 29,4%)², caracteriza a transição nutricional e a dupla carga de doenças³.

Tal panorama pode ser explicado pelas transformações sociais e econômicas que repercutiram nos modos de vida, como o consumo alimentar e a redução da prática de atividade física. Uma avaliação estimada feita pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009⁴ verificou uma combinação da dieta tradicional brasileira com alimentos de teor reduzido de nutrientes e alto valor calórico, baixo consumo de frutas e hortaliças em mais de 90% da população e alimentação com alto teor de açúcar, sódio e gordura saturada em 60-80%⁴. Por outro lado, com a consolidação de políticas e programas de incentivo e apoio, constataram-se avanços na prática do aleitamento materno, com aumento das crianças que iniciaram a prática e aumento na duração do aleitamento materno exclusivo e total².

Paralelamente, houve redução da prevalência da situação de insegurança alimentar em relação ao apresentado na Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílios – PNAD – 2004: a moderada indicou prevalência de 6,5% e a grave mostrou 5,0%, na PNAD 2009⁵. Essa queda confirmou-se com o apontamento da POF 2008-2009 sobre a melhora sutil da satisfação das famílias em relação à quantidade e à qualidade de alimentos (64,5% e 35%) quando comparado a 2002-2003 (53% e 26,5%)⁶.

Aliado ao consumo inadequado, a PNAD 2008 verificou o relato de praticar atividade física em apenas 28,2% da população acima de 14 anos⁶. No Vigitel 2011, foi constatada a prática de atividade no tempo livre em cerca de 30% nos adultos; e para atividade física de deslocamento, o relato de 17% dos adultos⁷.

Diante da complexidade do cenário nutricional brasileiro, que apresenta risco para aumento na prevalência e na incidência de doenças crônicas não transmissíveis^{8,9}, há necessidade de qualificar a atenção à saúde com a garantia de um modelo pautado na integralidade¹⁰⁻¹². As ações de alimentação e nutrição (AN) contribuem para isso e se apresentam como capazes de favorecer também a inclusão da promoção da saúde na agenda política¹⁰⁻¹².

Nessa linha, o Estado brasileiro tem avançado, oficialmente, a partir da aprovação das seguintes políticas públicas: da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006¹³, com o objetivo de promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde; da Política Nacional de Atenção Básica em 2006¹⁴, tendo priorizado a Estratégia de Saúde da Família como a proposta consolidada de reorientação do sistema de saúde; e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição de 1999, revisada em 2010¹⁵, com o propósito da melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde, por meio da promoção das práticas alimentares, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos.

Considerando os diversos determinantes e a combinação ou sobreposição dos problemas relacionados à alimentação e nutrição da população, as ações de enfrentamento devem considerar a abordagem integral no cuidado e a resolutividade em detrimento das práticas convencionais e fragmentadas^{11,16}. Além disso, também se deve considerar o fortalecimento da rede institucional de nutrição no Sistema Único de Saúde, tendo a Atenção Básica (AB) como um espaço potencial para o desenvolvimento de ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física¹².

No contexto da AB, visando o princípio da integralidade, a Estratégia de Saúde da Família (SF), em 1994, emerge como proposta de reorganização do modelo, inovadora e capaz de concretizar o ideário da promoção da saúde, desde que haja um estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulação interdisciplinar das ações de assistência, prevenção e promoção; trabalho em equipe incentivado desde a formação dos profissionais e destaque da educação em saúde como estratégia de reflexão-ação promotora da cidadania e da solidariedade¹⁷.

Esses desafios indicam a importância da SF como proposta de novo modelo de atenção, além de ser um espaço potencial e coerente para inserir e consolidar as ações de AN por meio de uma abordagem transversal¹⁰. Por isso, a proposta deste estudo foi traçar o perfil dos grupos de pesquisa e das publicações que apresentem

intervenções, diagnóstico ou avaliação relacionados à alimentação e nutrição no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Brasil a partir do ano de 1994.

2. MÉTODOS

2.1. REVISÃO ESTRUTURADA

Realizou-se uma revisão estruturada, baseada nos princípios que orientam as revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane. Tais princípios procuram empregar métodos definidos para identificar, selecionar, avaliar criticamente os estudos, além de coletar e analisar dados¹⁸. A recomendação é que a revisão sistemática seja feita pela aplicação de sete passos. Esta revisão seguiu os seis primeiros passos abaixo:

- a) Formulação da pergunta: Que tipos de estudos incluem ações da Alimentação e Nutrição no contexto da Estratégia de Saúde da Família?
- b) Localização e seleção de estudos: as bases de dados utilizadas foram *Web of Science*, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (Lilacs, Medline e SciELO) e *Embase*. Houve inclusão de artigos originais de estudos realizados no Brasil de 1994 até dezembro de 2012, publicados em qualquer idioma. As seguintes palavras-chave e as suas combinações foram utilizadas para busca no título ou no resumo: nutrição/ alimentação; atenção básica/ atenção primária; Estratégia Saúde da Família/ Programa Saúde da Família (em inglês: *nutrition/ food; health primary care; family health*). Esses termos foram selecionados com referência nos descritores em ciências da saúde, disponíveis na BVS, e os termos similares das demais bases. Cabe ressaltar que as palavras-chave empregadas para a área de alimentação e nutrição foram genéricas para permitir o resgate de periódicos com diversos tipos de ações a serem caracterizadas.
- c) Avaliação crítica dos estudos: inicialmente, para selecionar os artigos objetos da revisão, foram lidos o título e o resumo, resultando em 151 artigos. Em seguida, foram lidos os métodos para garantir a aplicação dos critérios de inclusão, ou seja, estudos no contexto da Estratégia de Saúde da Família que abordassem ações de AN. Essas são definidas como conjunto de ações, de caráter individual, familiar e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação¹⁰, são atribuições do nutricionista e também podem compor as ações de responsabilidade

do conjunto de profissionais de saúde¹⁰. Portanto, selecionaram-se também manuscritos que tinham outros temas da área de saúde como foco, mas possuíam algumas ações pontuais ou transversais que estavam relacionadas à área de AN (Ex.: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na assistência infantil; monitoramento do ganho de peso na assistência pré-natal; referência ao consumo e orientações alimentares, antropometria ou adesão ao tratamento não farmacológico de hipertensos ou diabéticos). Não foram incluídas dissertações ou teses e as revistas dos manuscritos deveriam ter, no mínimo, *Qualis Capes* B3 para área de Saúde Coletiva. Foram excluídos os estudos em que a população estava sem a cobertura de atendimento da SF, tais como: estudos com a inserção da população em Unidades Básicas de Saúde (UBS), censo em domicílio ou atendimento tradicional, campanhas de vacinação, policlínicas, Unidades de Referência Especializada, Centro de Desenvolvimento Familiar, instituições e projetos vinculados a Universidades. Os mesmos critérios de exclusão foram aplicados às pesquisas com famílias que eram cobertas somente pela Pastoral da Criança, programas de planos de saúde/ convênios privados ou por programas municipais específicos como Programa de Suplementação Alimentar, Programa do Desnutrido, entre outros. A partir dessa avaliação crítica, foram selecionados 44 artigos que satisfizeram os critérios. Posteriormente, foram localizados outros 10 estudos nas referências dos primeiros selecionados, totalizando 54.

d) Coleta de dados: Em cada artigo foram identificadas variáveis como autor, ano e revista de publicação; local; população, expressa na classificação município de pequeno, médio, grande porte e metrópole, obtidas a partir das informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁹; cobertura da SF no município, por meio do banco de dados do Sistema Único de Saúde²⁰, e classificada em estratos de acordo com as faixas de porcentagem: I – 0 a 20%; II – 20 a 50%, III – 50 a 70%, IV → 70%²¹. Outras variáveis investigadas foram o Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios (IDH-M)²², classificado em médio (0,5 a 0,79) ou alto (\geq 0,80); o tipo de estudo, métodos, amostra e população-alvo; objetivo/ tema do estudo; a formação acadêmica do primeiro autor do artigo, investigada no sistema de *Plataforma Lattes* no site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)²³; o nível de intervenção relacionado ao cuidado nutricional (diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência/ tratamento/

cuidado) ou da gestão (controle, organização, planejamento e direção), segundo definição da Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde¹⁰.

e) Análise e apresentação dos dados: os estudos selecionados apresentaram diferentes perfis e foram agrupados e classificados de acordo com o desenho, a ação do cuidado nutricional e as ações da gestão municipal. Tais dados foram expostos em tabelas.

f) Interpretação dos dados: após análise e apresentação dos resultados, foram discutidos os perfis e as aplicabilidades das ações AN no contexto da SF em diversos tipos de municípios brasileiros; os limites e as potencialidades dos serviços nesse contexto e os recursos humanos envolvidos.

O sétimo passo aborda o aprimoramento e a atualização do manuscrito após publicação, o que não se aplica ainda ao presente estudo.

2.2. LEVANTAMENTO DOS GRUPOS DE PESQUISA EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para a busca de grupos de pesquisa que trabalham com o tema, foram utilizadas as ferramentas de busca textual do Diretório dos Grupos de Pesquisa (DGP) do CNPq²⁴, baseadas em dados dos censos disponíveis (2000, 2002, 2004, 2006, 2008 e 2010) e na base corrente de dados. Para ambas, foram selecionados os campos de busca “nome do grupo”, “repercussões do grupo”, “nome da linha de pesquisa” e “palavras-chave da linha de pesquisa”. As palavras-chave empregadas foram Saúde coletiva/ Saúde pública, Atenção básica/ Atenção primária, Saúde da família/ Agentes comunitários, combinadas com os termos Alimentação/Nutrição. Esse procedimento permitiu uma busca mais fidedigna do foco deste estudo, mais além da concepção por área predominante, uma vez que as investigações de alimentação e nutrição podem perpassar diferentes áreas. Para complementar a busca na base corrente, os grupos também foram rastreados por outro caminho. Utilizaram-se os nomes completos dos autores dos artigos inicialmente selecionados na revisão estruturada, para verificar em quais grupos atuam na condição de líderes ou pesquisadores.

Com a leitura de todas as informações presentes na página do grupo e dos objetivos de uma ou mais linhas de pesquisa, foram selecionados os grupos. Foram excluídos aqueles referentes à alimentação ou nutrição animal, os que tinham o foco de análise da composição química de alimentos, nutrição clínica, administração dos

serviços de alimentação ou nutrição esportiva. Quando pelo menos uma das linhas de pesquisa era relacionada ao tema, esse grupo era selecionado.

Para aqueles grupos que tinham como abordagem a AB ou SF na área de AN, foram coletadas informações relativas ao ano de formação, área predominante, instituição de origem do grupo, linhas de pesquisa e palavras-chave.

3. RESULTADOS

3.1. *PESQUISA EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*

Foram analisados 54 artigos de estudos originais que abordavam algum tipo de ação na área de AN no âmbito da SF, sendo dois em língua inglesa e os demais em português. Embora o rastreamento tenha incluído os estudos publicados a partir do ano de 1994, encontraram-se investigações publicadas entre os anos de 2002 a 2012, a maior parte (n=40, 74%) referente aos últimos seis anos. Em relação ao período das coletas de dados, pesquisadores de apenas 40 artigos relataram essa informação. Dos que a mencionaram, em geral, houve uma diferença que variou de um a seis anos entre o ano de término da coleta de dados e o ano de publicação. Apenas um estudo apresentou uma diferença de 12 anos.

Os artigos foram publicados em 20 diferentes revistas, sendo 17 nacionais. Sessenta e um por cento dos manuscritos (n=33) pertenciam a periódicos da área de Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Epidemiologia. Cinco do total de revistas eram da área de enfermagem, que abrangeu 24,1% das publicações (n=13). Apenas quatro publicações eram de duas revistas distintas da área de nutrição e quatro eram de revistas específicas da Medicina.

Os estudos foram realizados, em sua maioria, na Região Sudeste (n=27, 50%), principalmente nos estados de Minas Gerais e São Paulo. Mas também foram encontrados artigos das Regiões Nordeste (n=18, 33%), Sul (n=7, 13%), Centro-Oeste (n=1, 2%) e Norte (n=1, 2%). Nos artigos, 44 municípios foram investigados, sendo que apenas três estudos abrangeram mais de um município, (1º = 10; 2º = 4 e 3º = 2). Em dois manuscritos, não foram mencionados os municípios pesquisados. A população dessas cidades oscilou de três mil a dez milhões de habitantes. Sete municípios eram metrópoles (pop.> 900mil habitantes), 18 eram de grande porte (pop.: 100mil – 900mil), dois foram classificados como médio porte (pop.: 50 mil a

100mil) e 17 eram de pequeno porte, com população até 20 mil habitantes. Ainda com relação à caracterização dos municípios das pesquisas, 34 apresentaram o IDH-M considerado médio (0,500-0,799) e dez cidades tinham IDH-M alto ($\geq 0,800$)²². Quanto à abrangência da Estratégia de Saúde da Família, 31 cidades tinham uma cobertura acima de 50%, segundo dados do DATASUS²⁰. Destas, 20 cidades possuíam mais de 70% de cobertura.

Foi verificada a formação acadêmica do primeiro autor de cada estudo desta revisão estruturada. Os nutricionistas coordenaram 16 investigações; seguidos pelos enfermeiros (n=14) e médicos (n=12). Os demais profissionais envolvidos nas publicações foram: um biólogo, dois fisioterapeutas, um terapeuta ocupacional, dois odontólogos, dois educadores físicos, três psicólogos e um farmacêutico bioquímico.

Os sujeitos de pesquisa estudados incluíram crianças (n=14), profissionais de saúde (n=12), idosos (n=5), gestantes (n=3), mães (n=3), adultos (n=2), mulheres em idade reprodutiva (n=2). As demais investigações combinaram mais de um público como adultos e idosos (n=8); mães e crianças (n=2); mães e profissionais (n=1); e profissionais e gestantes (n=1). Foi detectado um estudo que em que o pai da criança era o foco.

A partir dos objetivos dos manuscritos e da matriz das ações de AN na AB¹⁰, é possível categorizar alguns temas. Hipertensão arterial ou *Diabetes Mellitus* foi o tema mais encontrado (n=12, 22,2%), seguido pelo Aleitamento materno (n=11), avaliação do estado nutricional (antropometria, n=9), Saúde da Criança ou Puericultura (n=7), Assistência pré-natal (n=6), carências de micronutrientes (n=5), atuação profissional (n=2), Programa de Transferência de Renda (n=1) e tema geral de AN (n=1). Não foram encontrados artigos sobre Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Os métodos empregados nos estudos analisados variaram: entrevistas estruturadas ou semiestruturadas com usuários ou profissionais, questionários autoadministrados, exames de sangue venoso ou capilar e fezes, mensuração direta de dados antropométricos e pressão arterial, avaliação de consumo alimentar, diário de campo, observação direta da estrutura das unidades de saúde, aplicação de escalas e testes de desenvolvimento da criança e de desenvolvimento motor em idosos. Já as intervenções estavam relacionadas à suplementação de ferro; à prática de exercício físico; às ações relacionadas à SF; à aplicação de atendimento individual, domiciliar e em grupo; à Atenção Integral a Doenças Prevalentes na

Infância (AIDPI); à Unidade Básica Amiga da Amamentação e à Assistência pré-natal. As propostas de intervenções educativas utilizaram preleção dialogada, demonstração, prática em serviço, palestras, dinâmicas e estudos de caso.

Os estudos foram distribuídos nas tabelas 1, 2 e 3. A primeira aborda estudos quantitativos (ou predominantemente quantitativos) com ações do cuidado nutricional, que incluem diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência/ tratamento/ cuidado. A segunda tabela aborda também as pesquisas quantitativas, porém com ações de alimentação e nutrição próprias da gestão local ou municipal. E a terceira tabela apresenta as pesquisas qualitativas, e as ações incluem tanto o cuidado nutricional como a gestão.

Foram encontradas 42 pesquisas quantitativas, duas delas predominantemente quantitativa com alguns dados qualitativos. Dentre essas, 26 se referiam às ações de cuidado nutricional (tabela 1) e 16 às ações de gestão local ou municipal (tabela 2). Dentre os estudos da tabela 1, foram identificados cinco com propostas interventivas, 20 eram pesquisas transversais e um era coorte. Os cinco estudos de intervenção se caracterizaram como avaliação de efetividade^{26,34,39,47,50}.

Três manuscritos com informações retrospectivas envolviam a organização de dados secundários (destes, uma combinava dados primários e secundários) e contaram com informações coletadas em prontuários e dados de sistemas de informação em saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB). Treze desses estudos da tabela 1 abrangiam amostras locais (sujeitos de um Distrito, uma Unidade de Saúde) e treze incorporaram uma população específica ou profissionais das equipes em amostras representativas do município.

A maior parte dos estudos quantitativos (n=20) incorporava ações no cuidado nutricional com a realização do diagnóstico nutricional (avaliação de consumo, avaliação antropométrica, tempo de aleitamento materno, deficiência de micronutrientes). Embora predominantemente quantitativos, dois estudos apresentaram também dados psicossocioculturais (percepções, práticas dos profissionais e práticas culturais). Quatro abordaram o âmbito da prevenção de doenças (suplementação de ferro profilática, prática de atividade física em crianças obesas ou idosos), um era sobre promoção da saúde (Educação nutricional para hipertensos) e um abrangeu a assistência/ cuidado/ tratamento (Assistência aos diabéticos).

Tabela 1. Perfil dos estudos quantitativos – ou predominantemente quantitativo – nos âmbitos do diagnóstico, prevenção de doenças, promoção da saúde e assistência à saúde. Brasil, 2003 a 2012.

Autor, ano	Municípios (n), Região	Porte ^a	COB. SF ^b	IDH-M ^c	Amostra	Tema	Âmbito ^d	Formação 1º autor
Borges & Philippi, 2003 ²⁵	(1), SE	M	II	Alto	41 nutrízes	Aleitamento Materno	D	Enfermeira
Ferreira <i>et al.</i> , 2003 ²⁶	(1), NE	GP	III	Médio	293 crianças de 6 a 23 meses	Carência de micronutrientes	Pr	Enfermeira
Sousa & Araújo, 2004 ²⁷	(1), NE	GP	III	Médio	371 crianças de 6 a 60 meses	Carência de micronutrientes	D	Enfermeira
Mano & Pierin, 2005 ²⁸	(1), SE	M	II	Alto	226 prontuários de hipertensos do PSF ou não	HAS/ DM	D	Enfermeira
Parada <i>et al.</i> , 2005 ²⁹	(1), SE	PP	IV	Médio	166 crianças < 1 ano	Aleitamento Materno	D	Enfermeira
Barbosa <i>et al.</i> , 2006 ³⁰	(1), NE	GP	IV	Médio	284 idosos	Carência de micronutrientes	D	Nutricionista
Maria-Mengel & Linhares, 2007 ³¹	(1), SE	GP	I	Alto	120 crianças de 6 a 44 meses	Assistência/ saúde infantil	D	Psicóloga
Melo <i>et al.</i> , 2007 ³²	(1), NE	GP	II	Médio	115 gestantes	Estado Nutricional	D	Médica
Nascimento <i>et al.</i> , 2007 ³³	(1), NE	GP	IV	Médio	315 idosos	Carência de micronutrientes	D	Nutricionista
Alves <i>et al.</i> , 2008 ³⁴	(1), NE	M	III	Médio	68 crianças dos 5 aos 10 anos com IMC ≥ 85th	Estado Nutricional	Pr	Médico
Azerego <i>et al.</i> , 2008 ³⁵	(1), SE	PP	IV	Médio	36 profissionais e 137 mães de bebês até 24 meses	Aleitamento Materno	D	Nutricionista
Assunção & Ursine, 2008 ³⁶	(1), SE	M	III	Alto	164 diabéticos > 18 anos	HAS/DM	ACT	Fisioterapeuta
Cotta <i>et al.</i> , 2009 ³⁷	(1), SE	PP	IV	Médio	150 com HAS, 5 com DM e 25 com DM e HAS	HAS/DM	D	T.ocupacional
Giroto <i>et al.</i> , 2009 ³⁸	(1), S	GP	III	Alto	385 hipertensos adulto/ idoso	HAS/DM	D	Farmacêutico
Azerego <i>et al.</i> , 2010 ³⁹	(1), SE	MP	III	Alto	103 crianças anêmicas	Carência de micronutrientes	Pr	Nutricionista
Brecaljo <i>et al.</i> , 2010 ⁴⁰	(1), S	GP	III	Médio	426 crianças até 2 anos	Aleitamento Materno	D	Nutricionista
Felisbino-Mendes <i>et al.</i> , 2010 ⁴¹	(1), SE	PP	IV	Médio	1332 crianças < 10 anos	Estado Nutricional	D	Enfermeira
Silva <i>et al.</i> , 2010 ⁴²	(1), SE	GP	I	Alto	43 idosos diabéticos	HAS/DM	D	Enfermeira
Cristovão <i>et al.</i> , 2011 ⁴³	(1), SE	M	II	Alto	298 mulheres adultas	Estado Nutricional	D	Enfermeira
Garcia <i>et al.</i> , 2011 ⁴⁴	(1), N	PP	IV	Médio	164 crianças de 6 a 24 meses	Estado Nutricional	D	Nutricionista
Cunha <i>et al.</i> , 2012 ⁴⁵	(1), CO	PP	IV	Médio	80 matriculados no HiperDia	HAS/ DM	D	Educador Físico/ Fisioterapeuta
Marinho <i>et al.</i> , 2012 ⁴⁶	(1), NE	GP	IV	Médio	419 adultos não diabéticos	Estado nutricional	D	Enfermeiro
Ribeiro <i>et al.</i> , 2012 ⁴⁷	(1), SE	PP	IV	Médio	27 mulheres hipertensas	HAS	PS	Nutricionista
Soares <i>et al.</i> , 2012 ⁴⁸	(1), NE	GP	III	Médio	235 idosos	Estado nutricional	D	Fisioterapeuta
Ferreira-Marim <i>et al.</i> , 2012 ⁴⁹	(1), SE	GP	I	Alto	155 pré-escolares de 2 a 5 anos	Estado nutricional	D	Nutricionista
Vianna <i>et al.</i> , 2012 ⁵⁰	(1), SE	PP	IV	Médio	70 idosos	Estado nutricional	Pr	Educador físico

a. Fonte: IBGE, 2007, sendo PP = pequeno porte; MP = médio porte; GP = grande porte, M = metrópole;

b. Fonte: DATASUS, 2007, sendo a COB. SF = Cobertura da Saúde da Família, classificada em estratos: I – 0 a 20%; II – 20 a 50%, III – 50 a 70%, IV - > 70%;

c. Fonte: PNUD, 2000. IDH –M= Índice de Desenvolvimento Humano do Município, classificado em: médio (0,5 a 0,799) e alto (≥0,80);

d. Âmbito das ações de alimentação e nutrição, classificação baseada na fonte: Brasil, 2009, sendo D = diagnóstico; PS = promoção da saúde; Pr = Prevenção de doenças; ACT = Assistência/ cuidado/ tratamento nutricional; G = gestão; SF = Saúde da Família; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; DM = Diabetes Mellitus.

Tabela 2. Perfil dos estudos quantitativos que abordam as ações de alimentação e nutrição no âmbito das atividades da gestão local ou municipal. Brasil, 2002 a 2012.

Autor, ano	Municípios	Porte ^a	COB. SF ^b	IDH –M ^c	Amostra	Tema	Âmbito de gestão ^d	Formação 1º autor
Cesar <i>et al.</i> , 2002 ⁵¹	(2), SE	2 PP	2 IV	2 Médio	409 crianças	Assistência/ saúde infantil	Controle	Médico
Ciconi <i>et al.</i> , 2004 ⁵²	(1), SE	GP	II	Médio	61 profissionais	Aleitamento Materno	Organização	Bióloga
Dubeux <i>et al.</i> , 2004 ⁵³	(1), NE	GP	II	Médio	40 equipes	Aleitamento Materno	Controle	Odontóloga
Faleiros <i>et al.</i> , 2005 ⁵⁴	(1), S	GP	II	Alto	112 crianças	Aleitamento Materno	Controle	Médico
Roncalli & Lima, 2006 ⁵⁵	(4), NE	-	-	-	2.144 crianças < 5 anos com e sem PSF	Assistência/ saúde infantil	Controle	Odontólogo
Araújo & Guimarães, 2007 ⁵⁶	(1), NE	M	I	Alto	135 adultos/ idosos com HAS	HAS/DM	Controle	Médico
Caldeira <i>et al.</i> , 2007 ⁵⁷	(1), SE	GP	II	Médio	Profissionais: 41 nível superior e 152 médio	Aleitamento Materno	Organização e controle	Médico
Lima <i>et al.</i> , 2007 ⁵⁸	(1), SE	PP	IV	Médio	49 puérperas e 26 recém-nascidos	Assistência/ saúde infantil	Controle	Enfermeira
Caldeira <i>et al.</i> , 2008 ⁵⁹	(1), SE	GP	II	Médio	Cerca de 1400 mães	Aleitamento Materno	Organização	Médico
Cesar <i>et al.</i> , 2008 ⁶⁰	(1), S	GP	II	Médio	361 gestantes	Assistência pré-natal	Controle	Médico
Costa <i>et al.</i> , 2009 ⁶¹	(1), SE	PP	IV	Médio	33 gestantes e 35 profissionais	Assistência pré-natal HAS/DM	Organização e Controle	Nutricionista
Lima <i>et al.</i> , 2009 ⁶²	(1), SE	M	I	Alto	472 hipertensos		Planejamento e Controle	Médica
Niquini <i>et al.</i> , 2010 ⁶³	(1), SE	M	I	Alto	7 USF e 230 gestantes	Assistência pré-natal	Organização	Nutricionista
Niquini <i>et al.</i> , 2012 ⁶⁴	(1), SE	M	I	Alto	230 gestantes	Assistência pré-natal	Controle	Nutricionista
Cervato-Mancuso <i>et al.</i> , 2012 ⁶⁵	(1), SE	M	II	Alto	123 nutricionistas da rede Básica e 51 do NASF	Atuação profissional	Planejamento e Organização	Nutricionista
<i>et al.</i> , 2012 ⁶⁶	(1), SE	GP	II	Médio	2395 mães	Assistência pré-natal	Controle	Médio

a. Fonte: IBGE, 2007, sendo PP = pequeno porte; MP = médio porte; GP = grande porte, M = metrópole;

b. Fonte: DATASUS, 2007, sendo a COB. SF = Cobertura da Saúde da Família, classificada em estratos: I – 0 a 20%; II – 20 a 50%, III – 50 a 70%, IV - > 70%;

c. Fonte: PNUD, 2000. IDH-M = Índice de Desenvolvimento Humano do Município, classificado em: médio (0,5 a 0,799) e alto ($\geq 0,80$);

d. Âmbito das ações de alimentação e nutrição, classificação baseada na fonte: Brasil, 2009, sendo D = diagnóstico; PS = promoção da saúde; Pr = Prevenção de doenças; ACT = Assistência/ cuidado/ tratamento nutricional; G = gestão. No âmbito da gestão local/ municipal podem ser identificados os seguintes elementos: planejamento, organização, direção e controle. ACS = agentes comunitários de saúde; USF = Unidade de Saúde da Família; SF = Saúde da Família; PSF = Programa de Saúde da Família; NASF = Núcleo de Apoio a Saúde da Família; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; DM = Diabetes Mellitus

Na tabela 2, observam-se publicações que tiveram ações caracterizadas próximas às atribuições de gestão. Foram identificados 16 estudos quantitativos, sendo quatro de intervenção, dez transversais, uma coorte e um ensaio comunitário. Cinco dessas pesquisas envolviam dados secundários (dois tinham natureza retrospectiva), provenientes de fontes como cartão da criança, prontuários, cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, secretaria municipal e cartão da gestante.

A maioria das pesquisas do âmbito da gestão (n=15) consistia em avaliações. Cinco estudos apresentaram avaliações de impacto^{51,54-56,60}; um abrangeu a avaliação de efetividade⁵⁹. Nove correspondiam a avaliações dos serviços: um

combinou estrutura, processo e resultado⁶¹; três estudos tratavam apenas de duas dessas dimensões^{53,57,62}; e cinco avaliaram apenas uma das dimensões^{52,58,63-65}. Um estudo, o único que não era de avaliação, consistia em uma análise da atuação do nutricionista e na adequação quantitativa desse profissional em um município⁶⁶.

Onze dos estudos tinham amostra com representatividade municipal^{51-53,57,59-61,63-66}, quatro continham amostras locais (Centro de Saúde ou Distrito Sanitário)^{54,56,58,62} e um abrangia amostra de quatro municípios de dois estados do nordeste brasileiro, com abrangência regional⁵⁵.

No que diz respeito às ações de gestão (tabela 2), nove publicações tiveram como elemento o controle; três contiveram ações específicas de organização; dois combinaram ações de organização e controle; e dois combinaram ações de planejamento e controle.

A tabela 3 apresenta os doze estudos de cunho qualitativo, nos quais foram combinados vários tipos de ações do cuidado nutricional e de gestão. Ainda que sejam estudos qualitativos, dois deles tinham amostras representativas: do primeiro participaram coordenadores e profissionais de 10 municípios de um estado do nordeste brasileiro⁶⁷; e do segundo participaram médicos de um município⁷⁴.

Poucas pesquisas desta tabela consistiam em avaliações. Foram encontradas uma avaliação de estrutura⁶⁸; duas incluem avaliações do processo^{69,77} e uma aborda avaliação de estrutura e processo⁶⁷. Um desses estudos utilizou fontes de dados secundários, provenientes das declarações de nascidos vivos e de prontuários⁷¹.

Daqueles estudos que citaram a implantação da SF, referentes às tabelas 1,2 e 3, esta foi iniciada nos municípios em 1997^{35,39}, 1998⁷⁴, 2000^{29,52}, 2001^{51,70}, 2002^{40,54,62}.

Tabela 3. Caracterização dos estudos qualitativos no âmbito do diagnóstico, promoção da saúde, assistência/ cuidado e gestão. Brasil, 2003 a 2012.

Autor, ano	Municípios	Porte ^a	COB. SF ^b	IDH-M ^c	Amostra	Tema	Âmbito	Formação 1º autor
Felisberto <i>et al.</i> , 2002 ⁶⁷	(10), NE	6 PP; 1 MP; 3GP	2 III e 8 IV	10 médio	10 coordenadores e 146 profissionais	Assistência/ saúde infantil	G – controle	Médico
Fernandez <i>et al.</i> , 2005 ⁶⁸	(1), SE	M	II	Alto	8 médicos, 8 enfermeiros, 45 ACS, 16 aux. de enfermagem	Alimentação e Nutrição	G – organização	Nutricionista
Alves e Nunes, 2006 ⁶⁹	(3), NE	-	-	-	50 consultas com 10 médicos da SF	HAS/DM	PS	Psicóloga
Bustamante e Trad, 2007 ⁷⁰	(1), NE	M	I	Alto	6 famílias com crianças pequenas	Assistência/ saúde infantil	D	Psicóloga
Slomp <i>et al.</i> , 2007 ⁷¹	(1), S	GP	III	Médio	90 recém-nascidos	Assistência/ saúde infantil	ACT	Enfermeira
Frota <i>et al.</i> , 2009 ⁷²	(1), NE	PP	IV	Médio	15 mães de crianças < 1 ano	Aleitamento materno	D	Enfermeira
Pontes <i>et al.</i> , 2009 ⁷³	(1), NE	M	III	Médio	17 casais e pais de crianças de 6 a 8 meses	Aleitamento materno	D	Enfermeira
Silva <i>et al.</i> , 2009 ⁷⁴	(1), SE	GP	II	Médio	15 médicos	Assistência pré-natal/ infantil	ACT	Médica
Araújo <i>et al.</i> , 2010 ⁷⁵	(1), NE	PP	IV	Médio	11 enfermeiros	HAS/DM	ACT	Enfermeira
Pinto & Bosi, 2010 ⁷⁶	(1), NE	M	I	Médio	8 mulheres obesas adultas	Estado nutricional	D	Nutricionista
Ramos & Cuervo, 2012 ⁷⁷	(1), S	M	I	Alto	11 coordenadores de UBS ou USF e 12 profissionais	Programa de transferência de renda/ DHAA	G – planejamento e organização	Nutricionista
Camossa <i>et al.</i> , 2012 ⁷⁸	(1), SE	GP	II	Alto	21 profissionais de 2 equipes, 6 residentes e 1 gestor	Atuação profissional	G – planejamento e organização	Nutricionista

a. Fonte: IBGE, 2007, sendo PP = pequeno porte; MP = médio porte; GP = grande porte, M = metrópole;

b. Fonte: DATASUS, 2007, sendo a COB. SF = Cobertura da Saúde da Família, classificada em estratos: I - 0 a 20%; II – 20 a 50%, III – 50 a 70%, IV - > 70%;

c. Fonte: PNUD, 2000. IDH-M = Índice de Desenvolvimento Humano do Município, classificado em: médio (0,5 a 0,799) e alto ($\geq 0,80$);

d. Âmbito das ações de alimentação e nutrição, classificação baseada na fonte: Brasil, 2009, sendo D = diagnóstico; PS = promoção da saúde; Pr = Prevenção de doenças; ACT = Assistência/ cuidado/ tratamento nutricional; G = gestão. No âmbito da gestão local/ municipal podem ser identificados os seguintes elementos: planejamento, organização, direção e controle. SF = Saúde da Família; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; DM = Diabetes Mellitus; UBS = Unidade Básica de Saúde; USF = Unidade de Saúde da Família; DHAA = Direito Humano à Alimentação Adequada.

3.2. GRUPOS DE PESQUISA

No que diz respeito à busca dos grupos de pesquisa, a tabela 4 apresenta essa distribuição encontrada nos censos a partir de 2000. Nota-se que a capacidade instalada de pesquisa na área aumentou ao longo dos anos. A leitura e análise das informações disponíveis permitiram identificar grupos, dentre os apresentados na tabela, que explicitaram a Atenção básica/ primária como campo de estudo em AN, que totalizaram: dois grupos em 2000, oito em 2002, 11 em 2004, 18 em 2006, 22 em 2008, 24 em 2010 e 26 na base corrente. Nessa contagem, por sua vez, foram

identificados grupos que apresentaram pelo menos uma linha de pesquisa com foco na AN com a SF: um grupo em 2002, dois em 2004, três em 2006, quatro em 2008, sete em 2010 e quatro na base corrente.

Tabela 4. Distribuição dos números de grupos de pesquisa de acordo com as palavras-chave utilizadas. Brasil, 2000 a 2012.

Palavras-chave	2000	2002	2004	2006	2008	2010	Base corrente*
SC + Nut	7	19	24	24	21	34	42
SC + Ali	0	2	9	11	10	18	27
SC + Nut + Ali	0	2	8	11	9	18	27
SP + Nut	6	16	23	26	27	33	35
SP + Ali	0	6	10	12	12	14	21
SP + Nut + Ali	0	5	9	10	10	12	19
AB + Nut	0	1	2	2	6	8	9
AB + Ali	0	1	2	2	5	6	5
AB + Nut + Ali	0	1	2	2	4	5	5
AP + Nut	0	2	2	1	1	5	10
AP + Ali	0	2	2	4	3	5	10
AP + Nut + Ali	0	0	0	1	1	3	7
SF + Nut	2	3	4	9	11	11	10
SF + Ali	0	1	1	6	8	6	7
SF + Nut + Ali	0	0	0	3	5	4	5
ACS + Nut	0	0	1	1	1	1	1
ACS + Ali	0	0	0	0	0	0	1
ACS + Nut + Ali	0	0	0	0	0	0	1

*número de grupos de pesquisa encontrados na base corrente durante o período pesquisado.

Nut = Nutrição; Ali = Alimentação; SC = Saúde Coletiva; SP = Saúde Pública; AB = Atenção Básica; AP = Atenção primária; SF = Saúde da Família; ACS = Agentes Comunitários.

Tabela 5. Distribuição dos grupos de pesquisa da base corrente segundo o ano de formação, região da instituição e área predominante. Brasil, 2012.

	Ano de formação (n)		Região Brasileira da Instituição		Área predominante	
	AB*	SF*	AB*	SF*	AB*	SF*
Base corrente	1976 (1) 1982 (1) 1989 (1) 1990 (2) 1992 (2) 1995 (1) 1996 (1) 1997 (1) 1999 (1) 2000 (7) 2001 (1) 2002 (1) 2004 (6) 2005 (3) 2006 (5) 2007 (2) 2008 (3) 2009 (2) 2010 (4) 2011 (5) 2012 (4)	1999 (1) 2002 (1) 2007 (1) 2009 (2)	SE (22)** NE (15) S (11) CO (5) N (1)	SE(3) CO (1) NE (1)	Nutrição (23) Saúde coletiva (16) Medicina (10) Outros (5)	Saúde Coletiva (2) Nutrição (2) Medicina (1)
Total	54	5	54	5	54	5

*AB = Atenção Básica; SF = Saúde da Família

** SE = Sudeste; NE = Nordeste; CO = Centro-Oeste; S = Sul; N = Norte.

Por outro lado, a busca manual, feita por meio do rastreamento dos autores dos artigos na base corrente, indicou um adicional de 30 grupos de pesquisa em Alimentação e Nutrição na AB (totalizando 54 grupos, quando adicionado aos grupos encontrados na pesquisa por palavras-chave) e apenas mais dois grupos com foco na SF (totalizando 5 grupos de pesquisa). As linhas de pesquisa distribuídas nos grupos abrangeram 82 para a AB e oito para SF. A tabela 5 apresenta as características dos grupos de pesquisa encontradas na base corrente (pesquisa por palavras-chave e pesquisa por rastreamento de autores). Nota-se que o ano de formação dos grupos com foco geral na AB é bem variado, sendo a maior concentração a partir dos anos 2000. Já o mesmo quesito para o foco em SF demonstra que a formação dos grupos é relativamente recente.

Em relação às regiões brasileiras onde estão situadas as instituições dos grupos, observou-se que a Região Sudeste (n=25), Nordeste (n=16) e Sul (n=11) prevaleceram em relação às demais. No aspecto área predominante dos grupos de pesquisa, foram identificadas as áreas de Nutrição (n=25), Saúde Coletiva (n=18) e Medicina (n=11).

4. DISCUSSÃO

Os resultados do levantamento de produção científica mostraram a escassez de estudos da SF com foco na área de AN. Deve-se enfatizar, porém, que podem existir outros estudos, já que essa revisão tem o propósito de buscar publicações em revistas científicas conceituadas. Além disso, é possível que existam municípios em que a gestão faça diagnósticos e avaliações rotineiras ou eventuais, divulgadas em publicações técnicas e não científicas.

Em relação à implantação da SF, citada nos resultados, constatou-se que foi iniciada de quatro a oito anos após o início do convênio do Ministério da Saúde com estados e municípios para construção de um novo modelo (1994). Ademais, a cobertura do serviço ainda se mostrou bem variável, sendo de 14,5% a 94% entre essas cidades. Mesmo com a alta cobertura de alguns municípios, não é garantido que o grau de implantação das ações das áreas estratégicas mínimas da AB seja total⁷⁹.

Há um padrão de expansão acelerada da cobertura da SF em municípios brasileiros de pequeno porte quando comparado aos municípios de médio e grande

porte. Os primeiros têm maior facilidade porque não dispõem de rede de serviços previamente estruturada^{68,80} e os últimos necessitam de maior disponibilidade de recursos de ordem organizacional, política e financeira para atingir uma boa cobertura, além de não atenderem apenas as demandas da população interna ao município^{21,80,81}, o que explica a diferença. Nos artigos selecionados, os 13 municípios com cobertura da SF menor que 50% eram de grande porte ou metrópoles e dos 21 municípios com cobertura maior que 70%, 17 eram de pequeno porte. Isso confirma os achados da literatura.

Em geral, os menores IDH-M foram encontrados nos municípios de pequeno porte e com maior cobertura da SF, já que se trata de um critério prioritário estabelecido pelo Ministério da Saúde para implantar a estratégia²¹. No que diz respeito ao local de realização da pesquisa, foi verificado o predomínio de estudos referentes aos municípios da Região Sudeste, em sua maioria com baixa cobertura da SF. Em seguida, aparece a Região Nordeste com maior número de estudos e considerada a região com maior cobertura média da SF²¹. Como a abordagem se refere à combinação dos temas de AN e SF, a predominância dos artigos da Região Sudeste pode ser devido à maior quantidade de grupos de pesquisas dessa localidade. A busca no DGP confirmou a Região Sudeste na liderança da quantidade de instituições com grupos relacionados à AB e SF (tabela 5). Porém, nota-se que há também uma quantidade expressiva de grupos na Região Nordeste e Sul do país.

As informações encontradas na busca de grupos e linhas de pesquisa corroboram a escassez de estudos. Mesmo tendo sido encontrada uma quantidade razoável de grupos que abordam a AN na AB, ainda há poucos grupos que trabalham especificamente com a SF. Contudo, é provável que esse direcionamento dentro da AB seja despertado e aprimorado, já que há uma tendência progressiva de implantação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e tendência à maior inserção de nutricionistas em municípios brasileiros por meio da Portaria nº 154/2008⁸².

Cabe também apontar algumas limitações da pesquisa por DGP. A seleção dos grupos é dependente da descrição detalhada dos pesquisadores e das palavras-chave que utilizam, e estas últimas são, muitas vezes, repetidas para todas as linhas de pesquisa. Por isso, é possível que haja grupos que tenham sido classificados com o foco na AB e, na verdade, terem linhas de pesquisa que trabalhem mais

especificamente com SF. Outra possibilidade é não terem sido contabilizados em nenhuma das linhas por não terem informação completa nos campos disponíveis.

O aspecto temporal também é um limitante, mesmo que se considere a pesquisa por censos, uma vez que um grupo desaparece ou aparece em um censo seguinte se todo o grupo for desativado ou certificado por uma instituição. Porém, para cada linha de pesquisa, não é possível diferenciar as que já foram concluídas daquelas que estão em andamento, a não ser que haja uma atualização periódica pelos pesquisadores envolvidos. Apesar dessas fragilidades e necessidade de aperfeiçoamento, considera-se essa ferramenta de busca imprescindível para indicar o perfil da pesquisa de AN no Brasil.

No que se refere à pesquisa dos artigos, constatou-se que a maior parte dos estudos é de cunho quantitativo, o que remete ainda à predominância da abordagem positivista sobre as correntes compreensivistas como forma de legitimação científica dentro da área de saúde coletiva⁸³. Porém, observou-se uma quantidade importante de pesquisas qualitativas ou mistas com metodologias bem sustentadas, o que demonstra o esforço acadêmico (aqui particularmente brasileiro) em inserir cada vez mais a análise em profundidade na área da saúde⁸³.

Apesar disso, na maioria dos estudos encontrados, as ações AN eram pequenas e aplicadas de forma local, como demonstram os dados de amostra na tabela 1, 2 e 3. Tal situação pode ser refletida na prática dos profissionais que as conduzem. Apesar de vários artigos terem o nutricionista como primeiro autor, a quantidade de enfermeiros e de médicos que coordenaram as investigações foi considerável.

O enfermeiro é um profissional que tem sido protagonista na consolidação da SF. Mas, ao mesmo tempo, acumula diversas funções, inclusive de organização do trabalho das equipes, atividades administrativas e gerenciais⁷⁵. As ações educativas em AN feitas por eles, portanto, surgem eventualmente⁷⁵. Boog *et al.*⁸⁴ citam ainda que médicos e enfermeiros apresentam dificuldades em realizar atividades de educação nutricional por não terem formação adequada para essa função e não conseguirem lidar com os aspectos subjetivos que permeiam a alimentação.

Poucos estudos citaram o nutricionista fazendo parte ou dando apoio à equipe de SF das localidades^{35,42,47,77}, não obstante outros estudos tenham recomendado a inserção dele na equipe ou sua ação simultânea^{56,78,85}. A limitação da formação no tema AN, a sobrecarga do enfermeiro na SF e a ausência do nutricionista podem

sugerir o porquê das ações AN aparecerem diluídas, dentro de outras ações com maior interface com a área de atuação do enfermeiro ou do médico.

Quanto aos temas e públicos abordados, há predominância dos estudos relativos aos temas *Diabetes mellitus* e Hipertensão arterial. Porém, muitas vezes, foram apresentados em ações que focalizavam avaliação antropométrica, orientações para restrição de sal/ açúcar e recomendações prescritivas, feitas principalmente por médicos ou enfermeiros^{38,42,46,56,69,75}. Apesar de não ser prática no serviço, a educação para a adoção de hábitos alimentares e estilo de vida mais saudáveis foi citada como estratégia primária mais favorável – e, por vezes, única – para o controle^{28,38,42,46,62}. Em que pese a importância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no quadro nosológico brasileiro, foram escassos os estudos que apresentaram de maneira ampla e multissetorial essas doenças.

O tema amamentação e puericultura foi o segundo mais encontrado. A assistência materno-infantil é priorizada na saúde pública desde a década de 1940, por interesse unilateral do Estado, e a partir da década de 1980, quando envolveu a pressão popular na formulação e consolidação de políticas⁸⁶. Em 2006, a Saúde da Criança passa oficialmente a ser uma área estratégica da PNAB¹⁴. Deve-se considerar também que as ações de AN relativas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, incluindo o incentivo ao aleitamento materno, são de responsabilidade do conjunto de profissionais de saúde¹⁰, ampliando a possibilidade de interesse nesse tema. Por outro lado, a atenção à saúde da mulher ainda não se equipara à qualidade da atenção à saúde infantil. O número de consultas de pré-natal, a qualidade e a integralidade nesse tipo de assistência ainda não estão adequados, o que se reflete na persistência de índices elevados na mortalidade materna⁸⁶. Foram identificados poucos estudos para essa fase do ciclo da vida.

Os adolescentes não foram abordados nos manuscritos, provavelmente porque as políticas públicas de saúde direcionadas a esse público foram consolidadas na AB recentemente. Em 2007, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, criou a possibilidade de direcionar ações de saúde por meio do Programa Saúde na Escola (PSE)⁸⁷ e, em 2009, estabeleceu um guia e uma caderneta para o atendimento⁸⁸. Em 2012, teve início a Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola, com o tema de prevenção da obesidade, representando a inauguração das ações do PSE⁸⁹. A partir de então, pode surgir o interesse de realizar estudos sobre AN na SF direcionados a esse público.

Embora constituam as diretrizes da PNAN¹⁵, o tema SISVAN não foi identificado e os temas sobre Programas de Transferência de Renda (PTR) e Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) foram apresentados em apenas um estudo. O contexto atual é a persistência da insegurança alimentar⁵; o sentimento de impotência, o desconhecimento da atuação e a percepção de incapacidade de concretizar articulações intersetoriais pelos profissionais de saúde quando se deparam com essa realidade⁹⁰; e o desafio organizacional de articular os PTR àqueles programas que incentivam o acesso aos direitos sociais⁹¹. Por outro lado, tem-se o potencial de capilaridade e a relevância da SF no acesso dos profissionais às necessidades da população¹⁵ que precisam ser mais explorados nos estudos.

Em relação ao tipo das ações, quase todos os manuscritos sobre gestão eram de avaliação e, por isso também, são interligados ao elemento controle (funcionamento dos serviços, grau de implantação das ações e monitoramento dos indicadores da população assistida) ou organização (capacitação e estrutura)¹⁰. Aspectos sobre planejamento e direção foram pouco encontrados nesses estudos. É fundamental o equilíbrio entre esses quatro elementos para conduzir o cuidado nutricional de forma planejada e articulada entre os diferentes níveis de atenção, unidades e equipes¹⁰.

Os outros níveis de intervenção definidos pela Matriz¹⁰ foram identificados, em sua maior parte, no diagnóstico nutricional. Tal situação indica como as ações de AN são restritas a resolução imediata dos problemas de saúde e pouco abrangentes para implantar mudanças consistentes baseadas na promoção da saúde. Assim, o princípio da integralidade como eixo norteador de ações de educação em saúde, em que o sujeito é visto como emancipador e a articulação das ações flui de forma intersetorial¹⁷, ainda não é um aspecto explorado e, provavelmente, pode refletir na prática escassa dentro do contexto da AB e SF.

Um estudo recente⁹² que mapeou, sistematizou e avaliou a produção científica da nutrição, encontrou resultados semelhantes ao presente artigo, ainda que o foco tenha sido na AB. Foram selecionados 117 manuscritos, em sua maior parte com método quantitativo de pesquisa (n=106), publicados na última década (n=75), realizados nas regiões Sudeste e Sul do país (n= 69), com objeto de estudo focado na realização do diagnóstico por meio da avaliação nutricional (n=43) e tendo crianças como sujeitos mais estudados (n=45). Não foram encontrados artigos sobre DHAA ou PTR.

5. CONCLUSÃO

Os achados desta revisão estruturada indicaram poucos estudos com foco em AN no contexto da SF, provavelmente resultantes dos poucos grupos de pesquisa, no país, que exploram o tema. O perfil dos manuscritos encontrados indicou que as ações de AN são restritas e locais. Há um interesse maior em estudos com temas relacionados à saúde da criança. Em geral, a maior parte dos estudos que abordaram ações AN no âmbito da gestão explorou o controle e a organização; e as pesquisas que enfatizaram o âmbito do cuidado nutricional concretizaram o diagnóstico.

Sendo assim, percebe-se a necessidade de fomentar estudos que busquem ações de AN mais amplas e consistentes no contexto da SF, em que o princípio da integralidade e a abordagem familiar e coletiva sejam desenvolvidos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e avaliação do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [acesso 2012 jun]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf>.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso 2012 jun]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>.
3. Batista Filho M, Rissin A. Transição Nutricional: tendências regionais e temporais. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19 (sup. 1): S181:S191. doi: 10.1590/S0102-311X2003000700019.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. [acesso 2012 jun]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf>.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar 2004/2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [acesso 2013 jan]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2004_2009/pnadalimentar.pdf>.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Pesquisa por Amostra de Domicílios – Um Panorama da Saúde no Brasil: Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 256p. [acesso 2012 jun]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnad_2008_saude_final.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 132 p. [acesso 2013 out]. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/Dant/VIGITEL-2011.pdf>>.
8. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19 (sup. 1): S29-S36. doi: 10.1590/S0102-311X2003000700004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 12 - Obesidade. Série Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [acesso 2012 jun]. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Acesso 2012 abr]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_alimentacao_nutricao.pdf>.
11. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. Cadernos de Saúde Pública 2007; 23 (7): 1674-1681. doi: 10.1590/S0102-311X2007000700019.
12. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e Obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cadernos de Saúde Pública 2008; 24 (sup. 2): S332-S340. doi: 10.1590/S0102-311X2008001400018.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [Acesso 2012 jul] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Série Pactos pela Saúde 2006. [Acesso 2012 jul] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Série B. Textos Básicos de Saúde. [Acesso 2012 jul] Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>.
16. Escoda MSQ. Para a crítica da transição nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7 (2): 219-226. doi: 10.1590/S1413-81232002000200002.
17. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12 (2): 335-342. doi: 10.1590/S1413-81232007000200009.
18. Castro AA. Revisão Sistemática e Meta-análise, 2001. In: *Elaboração e Apresentação de Comunicação Científica*. São Paulo: 2001-2011. [Acesso 2012 out]. Disponível em: <www.metodologia.org>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem da População 2007*. Rio de Janeiro: IBGE; 2007. [Acesso 2012 out]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/>>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2007*. [Acesso 2012 jun]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2006/cnv/pacbr.def>>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/ 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 200p. [acesso 2012 nov]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_in_dicadores_selecionados_1998_2006.pdf>.
22. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2000*. [Acesso 2012 jun]. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>.
23. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). *Plataforma Lattes. Currículo Lattes*. [Acesso 2012 jun]. Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/>>.
24. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ. *Plataforma Lattes. Diretório dos Grupos de Pesquisa*. [Acesso 2012 jul]. Disponível em: <<http://dgp.cnpq.br/>>.
25. Borges ALV, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma Unidade de Saúde da Família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 2003; 11(3):287-292. doi: 10.1590/S0104-11692003000300004.
26. Ferreira MLM, Ferreira LOC, Silva AA, Batista Filho M. Efetividade da aplicação do sulfato ferroso em doses semanais no Programa Saúde da Família em Caruaru, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (2): 375:381. Doi: 10.1590/S0102-311X2003000200004.
27. Sousa FGM, Araújo TL. Fatores de risco para carência nutricional de ferro em crianças de seis a sessenta meses na perspectiva do Modelo Campo de Saúde. *Revista Texto & Contexto Enfermagem* 2004; 13 (3): 420-6. doi: 10.1590/S0104-07072004000300012.

28. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa de Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paulista de Enfermagem* 2005; 18 (3):269-275. doi: 10.1590/S0103-21002005000300007.
29. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do Aleitamento Materno em população assistida pelo Programa Saúde da Família-PSF. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 2005; 13 (3): 407-414. doi: 10.1590/S0104-11692005000300016.
30. Barbosa DL, Arruda IKG, Diniz AS. Prevalência e caracterização da anemia em idosos do Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia* 2006; 28 (4): 288-292. doi: 10.1590/S1516-84842006000400014.
31. Maria-Mengel MRS, Linhares MBM. Risk factors for infant development problems. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 2007; 15 (número especial): 837-842. doi: 10.1590/S0104-11692007000700019.
32. Melo ASO, Assunção PL, Gondim SSR, Carvalho DF, Amorim MMR, Benicio MHD et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2007; 10 (2): 249-257. doi: 10.1590/S1415-790X2007000200012.
33. Nascimento AL, Diniz AS, Arruda IKG. Deficiência de vitamina A em idosos do Programa Saúde da Família de Camaragibe, PE, Brasil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 2007; 57 (3): 213-218.
34. Alves JGB, Galé CR, Souza E, Batty GD. Efeito do exercício físico sobre peso corporal em crianças com excesso de peso: ensaio clínico comunitário randomizado em uma favela no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24 (sup. 2): S353-S359. doi: 10.1590/S0102-311X2008001400020.
35. Azeredo CM, Maia TM, Rosa TCA, Silva FF, Cecon PR, Cotta RMM. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. *Revista Paulista de Pediatria* 2008; 26 (4): 336-44. doi: 10.1590/S0103-05822008000400005.
36. Assunção TS, Ursine PGS. Estudo dos fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13 (supl 2): 2189-2197. doi: 10.1590/S1413-81232008000900024.
37. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF et al. Perfil Sociossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeiras, MG. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14 (4):1251-1260. doi: 10.1590/S1413-81232009000400031.
38. Giroto E, de Andrade SM, Cabrera MAS, das Gracas Ridão E. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em Unidade de Saúde da Família. *Acta Scientiarum - Health Sciences* 2009; 31 (1): 77-82. doi: 10.4025/actascihealthsci.v31i1.4492.
39. Azeredo CM, Cotta RMM, Sant'Anna LFR, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Lamounier JA et al. Efetividade superior do esquema diário de suplementação de ferro em lactentes. *Revista de Saúde Pública* 2010; 44 (2): 230-9. doi: 10.1590/S0034-89102010000200002.
40. Brecaillo MK, Corso ACT, Almeida CCB, Schmitz BAS. Fatores Associados ao Aleitamento Materno Exclusivo em Guarapuava, Paraná. *Revista de Nutrição* 2010; 23 (4): 553-563. doi: 10.1590/S1415-52732010000400006.
41. Felisbino-Mendes MS, Campos MD, Lana FCF. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2010; 44 (2): 257-265. doi: 10.1590/S0080-62342010000200003.

42. Silva LMC, Palha PF, Barbosa GR, Protti ST, Ramos AS. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo – Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2010; 44 (2): 462-468. doi: 10.1590/S0080-62342010000200031.
43. Cristovão MF, Sato APS, Fujimori E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidade da Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2011; 45(Esp. 2): 1667-1672. doi: 10.1590/S0080-62342011000800005.
44. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cadernos de Saúde Pública* 2011; 27 (2): 305-316. doi: 10.1590/S0102-311X2011000200012.
45. Cunha RM, Souza COS, Silva JF, Silva MA. Nível de Atividade Física e índices antropométricos de hipertensos e/ ou diabéticos de uma cidade do Brasil. *Revista de Salud Pública* [internet]. 2012 [Acesso 2013 out]; 14 (3): 429-437. Disponível em: < <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/download/27762/40262>>.
46. Marinho NBP, Vasconcelos HCA, Alencar AMPG, Almeida PC, Damasceno MMC. Diabetes mellitus: fatores associados entre usuários da estratégia saúde da família. *Acta Paulista de Enfermagem* 2012; 25 (4): 595-600. doi: 10.1590/S0103-21002012005000018.
47. Ribeiro AG, Cotta RMM, Silva LS, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Mitre SM *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. *Revista de Nutrição* 2012; 25 (2): 271-282. doi: 10.1590/S1415-52732012000200009.
48. Soares LDA, Campos FACS, Araújo MGR, Falcão APST, Lima BRDA, Siqueira DF *et al.* Análise do desempenho motor associado ao estado nutricional de idosos cadastrados no Programa Saúde da Família, no município de Vitória de Santo Antão-PE. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17 (5): 1297-1304. doi: 10.1590/S1413-81232012000500023.
49. Ferreira-Marim MM, Fabbro ALD. Estado Nutricional avaliado por medidas antropométricas em pré-escolares atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2012; 45 (1): 23-30. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v45i1p.
50. Vianna MVA, Cáder SA, Gomes ALM, Guimarães AC, Seixas-da-Silva IA, Rêgo ARON *et al.* Aerobic conditioning, blood pressure (BP) and body mass index (BMI) of older participants of the Brazilian Family Health Program (FHP) after 16 weeks of guided physical activity. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012; 54 (1): 210-213. doi: 10.1016/j.archger.2011.02.013.
51. Cesar JA, Cavaleti MA, Holthausen RS, Lima LGS. Mudanças em Indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18 (6): 1647-1654. doi: 10.1590/S0102-311X2002000600019
52. Ciconi RCV, Venancio SI, Escuder MML. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2004; 4 (2): 193-202. doi: 10.1590/S1519-38292004000200010.
53. Dubeux LS, Frias PG, Vidal SA, Santos DM. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* 2004; 4 (4): 399-404. doi: 10.1590/S1519-38292004000400009.
54. Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP, Laque Jr. PA, Santos IS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21 (2): 482-489. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200014.

55. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre os indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da Região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (3): 713-724. doi: 10.1590/S1413-81232006000300018.
56. Araújo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41 (3): 368-374. doi: 10.1590/S0034-89102007000300007.
57. Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23 (8): 1965-1970. doi: 10.1590/S0102-311X2007000800023.
58. Lima CC, Cavalcante AAM, Cotta RMM, Martins PC. Avaliação da Assistência Materno-infantil prestada por uma equipe rural do Programa Saúde da Família. Escola Anna Nery *Revista de Enfermagem* 2007; 11 (3): 452-458. doi: 10.1590/S1414-81452007000300009.
59. Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. *Revista de Saúde Pública* 2008; 42 (6): 1027-33. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.
60. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Ulmi EF, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24 (11):2614-2622. doi: 10.1590/S0102-311X2008001100016.
61. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14 (sup.1): 1347-1357. doi: 10.1590/S1413-81232009000800007.
62. Lima SML, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Brito C *et al.* Utilização das diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25 (9): 2001-2011. doi: 10.1590/S0102-311X2009000900014.
63. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta de assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2010; 10 (supl. 1): 561-568. doi: 10.1590/S1519-38292010000500006.
64. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17 (10): 2805-2816. doi: 10.1590/S1413-81232012001000028.
65. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17 (12): 3289-3300. doi: 10.1590/S1413-81232012001200014.
66. Cesar JA, Sutil AT, Santos GB, Cunha CF, Mendoza-Sassi RA. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2012; 28 (11): 2016-2114. doi: 10.1590/S0102-311X2012001100010.
67. Felisberto E, Carvalho EF, Maggi RS, Samico I. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18 (6): 1737-1745. Doi: 10.1590/S0102-311X2002000600028.

68. Fernandez PMF, Voci SM, Kamata LH, Najas MS, Souza ALM. Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10 (3): 749-755. doi: 10.1590/S1413-81232005000300031.
69. Alves VS, Nunes M. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde na Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2006; 10 (9): 131-147. doi: 10.1590/S1414-32832006000100010.
70. Bustamante V, Trad LAB. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12 (5): 1175-1184. doi: 10.1590/S1413-81232007000500014.
71. Slomp FM, Mello DF, Scochi CGS, Leite AM. Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2007; 41 (3): 441-446. doi: 10.1590/S0080-62342007000300014.
72. Frota MA, Mamede ALS, Vieira LJES, Albuquerque CM, Martins MC. Práticas Culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2009; 43 (4): 895-901. doi: 10.1590/S0080-62342009000400022.
73. Pontes CM, Alexandrino AC, Osório MM. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil* 2009; 9 (4): 399-408. doi: 10.1590/S1519-38292009000400003.
74. Silva ACMA, Villar MAM, Wuillaume SM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidados propostas pela Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25 (2): 349-358. doi: 10.1590/S0102-311X2009000200013.
75. Araújo JL, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e o cuidado de saúde na Hipertensão Arterial realizado por enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2010; 14 (3): 560-566. doi: 10.1590/S1414-81452010000300018.
76. Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que PE(n)Sam: percepções e experiências a cerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2010; 20 (2): 443-457. doi: 10.1590/S0103-73312010000200006.
77. Ramos CI, Cuervo MRM. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17 (8): 2159-2168. doi: 10.1590/S1413-81232012000800026.
78. Camossa ACA, Terarolli Junior R, Machado MLT. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. *Revista de Nutrição* 2012; 25 (1): 89-106. doi: 10.1590/S1415-52732012000100009.
79. Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Análise de implantação das áreas estratégicas da Atenção Básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* 2006; 6 (4): 437-445. doi: 10.1590/S1519-38292006000400011.
80. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à Atenção Básica. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2008; 61 (2): 153-158. doi: 10.1590/S0034-71672008000200002.
81. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para organização dos serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em Centros Urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008 24 (supl. 1): S7-S27. doi: 10.1590/S0102-311X2008001300002.

82. Brasil. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. DOU de 04.03.2008.
83. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.
84. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência & Saúde* [internet]. 2008 [acesso 2013 out]; 1 (1): 33-42. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/3860/2932>>.
85. Araújo LAO, Bachion MM. Diagnóstico de Enfermagem do Padrão Mover Idosos de uma comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2005; 39 (1): 53-61. doi: 10.1590/S0080-62342005000100007.
86. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e Sociedade* 2008 17 (2):107-119. doi: 10.1590/S0104-12902008000200011.
87. Brasil. Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola e cria outras providências. DOU de 06.12.2007.
88. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde do Adolescente 2009. [Acesso 2012 dez] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cardeneta_meninos.pdf>.
89. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Passo a passo adesão a Semana Saúde na Escola. Brasília, 2013. [Acesso 2013 out]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_adesao_semana_saude_escola.pdf>.
90. Pasquim EM. Nutrição no Programa de Saúde da Família [Especialização em Saúde Coletiva]. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.
91. Santos LMP, Pasquim EM, Santos SMC. Programa de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16 (3): 1821-1834. doi: 10.1590/S1413-81232011000300018.
92. Canella DS, Silva ACF, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva* 2013 18 (2): 297-308. doi: 10.1590/S1413-81232013000200002.

CAPÍTULO 2

EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE NUTRICIONISTAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO BRASIL: O PAPEL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA*.

Increase of dietitians number in Brazil's Primary Health Care: the role of the Support Centers for Family Health.

Ivana Aragão Lira Vasconcelos¹

Maria Fátima de Sousa²

Leonor Maria Pacheco Santos²

Esse artigo será submetido à revista de nutrição.

1. Doutora. Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana. Departamento de Nutrição, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília-DF, Brasil.

2. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília-DF, Brasil.

* Artigo parte da tese defendida em setembro de 2014: Elementos para a organização das ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família.

RESUMO

Objetivo: identificar a evolução do quantitativo de nutricionistas atuantes na Atenção Básica, com ênfase nas Equipes de Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família dos municípios brasileiros. **Métodos:** estudo descritivo com cortes temporais, que utilizou dados secundários referentes ao número de nutricionistas, ao tempo no serviço, aos tipos de equipes, aos estabelecimentos onde são cadastrados e ao perfil dos municípios brasileiros, fornecidos pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil no período de 2007 a 2013. **Resultados:** O número de nutricionistas aumentou ao longo dos anos em função do aumento de municípios brasileiros que o inseriram, sendo mais acentuado (cerca de 700% entre 2008 e 2013) para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em que o profissional é o 3º mais presente. Uma pequena parcela dos profissionais (6-15%), a depender do ano e da equipe, ficaram no cargo por mais de cinco anos. Os municípios de pequeno porte, nordeste e com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal médio foram os que prevaleceram no perfil de inserção do profissional. Por outro lado, a assistência tradicional teve um aumento mais sutil nos anos de abrangência do estudo. **Conclusão:** Mesmo com o aumento considerável de nutricionistas nos núcleos, abrangendo cerca de um terço dos municípios brasileiros, é importante constatar como a inserção desse profissional no novo modelo de atenção se apresenta para contribuir com a integralidade e resolubilidade na Atenção Básica.

Termos de indexação: Nutricionistas. Atenção primária à saúde. Estratégia Saúde da família. Nutrição em saúde pública. Brasil.

ABSTRACT

Objective: Identify the increase of the dietitians number in Primary Health Care, focusing on Family Health Teams and Support Centers for Family Health of Brazilian municipalities. **Methods:** Descriptive study with cross-sectional times that used indirect data: dietitians number, months number in the role, type of team, establishments which are registered and Brazilian municipalities profile. The data are from National Register of Health Establishments in the period 2007-2013. **Results:** the dietitians number increased over the years because of the increase Brazilian municipalities with their inclusion. The increase was greater (700% between 2008 and 2013) in the Support Centers for Family Health, in which the dietitians are the third most common professional. A small proportion of dietitians (6-15%) kept the position for more than five years, according to the year and the team. The municipalities that included dietitians had small-sized, were mostly from the northeast region and had medium Human Development Index. On the other hand, the traditional care presented a lower increase, during the years. **Conclusion:** Even with a substantial increase of dietitians in the Support Centers for Family Health (about a third of Brazilian municipalities), it's necessary to assess if the professional inclusion contributes to comprehensiveness and effectiveness of Primary Health Care.

Indexing terms: Nutritionists. Primary Health Care. Family Health Strategy. Nutrition Public Health. Brazil.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 40 anos, ocorreram transformações nos modos de vida e de consumo que resultaram em um complexo cenário nutricional brasileiro com a sobreposição da alta prevalência das carências nutricionais, persistência de desnutrição em algumas regiões e com o aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), incluindo a obesidade^{1,2}.

Esse panorama traz diversas consequências, dentre elas o aumento do custo econômico direto da obesidade e comorbidades, como o tratamento e os procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), e custo indireto, que se refere à perda de produtividade e de qualidade de vida da população. O estudo de Oliveira *et al.*³ estimou o custo direto da obesidade e suas comorbidades no Brasil em 2011 e encontrou um gasto anual de cerca de meio bilhão de reais (cerca de 2% dos gastos do SUS), entre gastos hospitalares (59,2%) e ambulatoriais na média e alta complexidade. O custo da obesidade mórbida foi 4,3 vezes maior que o da obesidade e os atribuíveis foram mais altos nas doenças isquêmicas do coração, seguidas do câncer de mama, da insuficiência cardíaca congestiva e do diabetes³.

Considerando a gravidade e a magnitude dessas consequências e na busca de estratégias para controlar os novos desafios, a situação de predomínio da obesidade e das DCNT não consegue ser respondida por sistemas de saúde que priorizam o tratamento de complicações e seus desdobramentos e que se organizam de forma fragmentada. Dentro da proposta de Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é um componente da estrutura operacional das RAS que deve ser resolutiva, com capacidade de resolver mais de 85% dos problemas de saúde sendo coordenada e responsável por sua população do território⁴.

No contexto brasileiro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2011⁵, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta-se como porta de entrada do usuário ao SUS e como reversão do modelo assistencial vigente. Então, a família e a comunidade passam a ser o foco da atenção, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde e doença, das demandas e necessidades de intervenção impactantes^{5,6}.

Essa potencialidade se coaduna com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) de 2006, com o objetivo de promover qualidade de vida e reduzir

vulnerabilidade e riscos à saúde⁷. Tem sinergia também com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) de 1999, revisada em 2011⁸, com o propósito da melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde, por meio da promoção das práticas alimentares, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos⁸.

Apesar da Atenção Básica (AB) ser um espaço importante na atuação do nutricionista no SUS, já que os princípios de promoção da saúde e a integralidade do cuidado incluem as práticas nutricionais como prioridades⁹, a presença desse profissional é incipiente. A inserção do nutricionista em algumas localidades do país têm se mostrado insuficiente frente à demanda existente¹⁰⁻¹².

Até 2008, a inserção do nutricionista na AB ficava a cargo dos gestores se sensibilizarem sobre a importância desse profissional nesse âmbito. A partir de 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), sua presença e seu papel nesse nível passam a ser determinados e sua inserção passa a depender de uma avaliação conjunta entre gestores e profissionais de saúde¹³.

Jaime *et al.*¹⁴ propõem uma organização do município para implantar e consolidar as ações de alimentação e nutrição na AB. Dentre os direcionamentos, mencionam que, apesar de outros profissionais precisarem se apropriar dessas ações e serem capacitados, a expansão dos NASF, principalmente com a inserção do nutricionista, é necessária para melhorar a resolubilidade dos agravos nutricionais¹⁴⁻¹⁶. O nutricionista, neste contexto, tem o papel de contribuir na organização, no planejamento local e na qualificação das ações no serviço. Isso abrange desde o diagnóstico, a identificação das características de disponibilidade de alimentos no território até o atendimento individual¹⁴.

Embora haja um estudo local, um municipal e hipóteses que apontem a insuficiente inserção do nutricionista na AB¹⁰⁻¹², não há publicações de dados nacionais sobre a evolução do número de profissionais que passaram a atuar nesse campo. Assim, o objetivo desse trabalho foi identificar a evolução do quantitativo de nutricionistas envolvidos na AB, com ênfase nas Equipes de Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família dos municípios brasileiros segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde no período de 2007 a 2013.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com cortes temporais, que utilizou dados secundários, microdados fornecidos pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES). Esse sistema é alimentado por informações enviadas mensalmente pelas Secretarias Municipais e Estaduais e consolidadas em um banco de dados. Foi criado em 1999, tendo como responsável a Coordenação Geral de Sistemas de Informação (CGSI) do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde e DATASUS¹⁷. Considerou-se para a pesquisa os dados referentes ao mês de dezembro de cada ano.

Os dados detalhados empregados neste estudo não estão disponíveis no sítio do DATASUS, e, portanto, esses microdados foram solicitados formalmente ao Ministério da Saúde, tendo como base a lei nº 12.527/ 2011, que versa sobre o acesso à informação¹⁸; o Decreto nº 7.724/ 2012, que regulamenta a lei¹⁹; e a Portaria nº 1.583/ 2012, que estabelece procedimentos e fluxos no âmbito do Ministério da Saúde para garantir esse acesso²⁰.

As informações eram relativas ao quantitativo de nutricionistas atuantes nos NASF dos municípios brasileiros onde já foram implantados e o número de profissionais daqueles municípios onde o nutricionista foi cadastrado como membro da equipe de Saúde da Família (SF), denominada equipe de referência.

As informações solicitadas foram referentes ao período de 2008, ano em que foi publicada a portaria de criação dos NASF (Ministério da Saúde, 2008), até 2013. Já o quantitativo de nutricionistas das equipes de SF foi solicitado a partir de 1994, que representa o ano de oficialização da Estratégia de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde⁶ até 2013. Apesar do CNES ter sido criado em 1999, constatou-se que estes dados não eram disponíveis, pois o cadastramento de equipes passou a existir apenas a partir de julho de 2007. Tal fato não compromete o objetivo do presente estudo, uma vez que o quantitativo de nutricionistas compilados a cada ano é cumulativo.

As variáveis fornecidas pelo Ministério da Saúde incluíram o código do município brasileiro; o código de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) a partir de 2002 para o nutricionista – 223710; o Cadastro de Pessoa Física (CPF) do profissional, fornecido de forma criptografada; o nome da equipe; o sequencial e a área da equipe; o tipo de equipe NASF; o tipo de equipe de SF e a data de admissão

no cargo para cada ano. A partir dessas variáveis, foram criados indicadores como: nutricionistas de SF por município; nutricionistas do NASF por município; tempo no cargo; equipes NASF por município; equipes atendidas pelo nutricionista da equipe de SF; equipes de SF atendidas por nutricionista do NASF.

Para comparar o número de nutricionistas inseridos na proposta do novo modelo de atenção com os nutricionistas pertencentes à AB e **aos outros níveis de atenção** como um todo, foram solicitados também os dados gerais condizentes ao número de nutricionistas cadastrados por estabelecimento de saúde de 2007 a 2013, para o prestador público. Os estabelecimentos de saúde considerados como pertencentes à AB foram incluídos: Centro de Apoio ao Saúde da Família, Posto de saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS)/ Centros de Saúde (CS), Unidade móvel terrestre, Unidade Móvel Fluvial, Unidade de Vigilância à Saúde, Pólo de Academia da Saúde, Unidade de Atenção à Saúde Indígena, e Secretaria de saúde (unidade gerencial/ administrativa). Os demais estabelecimentos foram excluídos do quantitativo da AB e eram relativos a hospitais, clínicas, maternidades, unidades de emergência, laboratórios e centros administrativos. Para identificar os nutricionistas dos outros níveis de atenção incluiu-se os estabelecimentos excluídos para a AB.

Há profissionais vinculados a mais de um estabelecimento de saúde. Nestes casos, o nutricionista foi computado somente uma vez a partir da identificação unívoca pelo CPF.

Para caracterizar os municípios onde o nutricionista se fazia presente, a partir do código do município, foram adicionadas as variáveis região brasileira, cobertura da ESF²¹, porte do município pela contagem da população²² e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)²³.

A representação de nutricionistas pertencentes às equipes de SF e aos NASF e, mais amplamente, dentro da AB foi comparada com os parâmetros numéricos de referência previstos na Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas nº 380²⁴ e o estabelecido nas definições e redefinições dos parâmetros de vinculação dos tipos de NASF às equipes de SF^{5,13,25}. Em relação à resolução do conselho, foram empregadas as referências da AB, incluindo para SF.

A análise dos dados quantitativos foi feita por meio da estatística descritiva (frequências, porcentagens, médias, medianas, desvio padrão e intervalo de confiança de 95%) e testes de hipóteses para variáveis contínuas (teste t de Student, ANOVA), considerando nível de significância igual a 5%. A análise foi feita

com o apoio do programa *SPSS versão 16.0*. Os cartogramas foram elaborados pelo programa Tabwin 32, com base na malha municipal de 2010.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/ UnB) com o parecer nº 714.441, em 09 de julho de 2014, e está em conformidade com os princípios éticos contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde²⁶.

3. RESULTADOS

O quantitativo de nutricionistas na SF e NASF pode ser visualizado na Tabela 1. De 2007 a 2013, observou-se um crescimento total de 176% de nutricionistas na SF. A quantidade de municípios que inseriram o profissional na equipe de referência cresceu praticamente na mesma proporção, cerca de 200% no total. Houve manutenção da média do número de nutricionistas por município durante esses sete anos.

Em relação ao número de equipes atendidas por um profissional, pode-se observar que foi mantida, ao longo do tempo, cerca de uma a duas equipes por profissional. Foi constatado ainda que o número de equipes vinculadas ao nutricionista extrapolava o recomendado pelo CFN em cerca de 10% dos casos, proporção mantida ao longo dos anos.

No que diz respeito ao tempo de serviço, houve uma manutenção da média no decorrer do tempo, com uma variação maior em 2012. De 2007 a 2013, grande parte dos nutricionistas cadastrados nas equipes se manteve no cargo por até um ano (variação de 31 a 45% dos profissionais), até dois anos (variação de 16 a 29%) ou até três anos (variação de 8 a 20%). Uma pequena parcela dos profissionais ficavam no cargo por mais de cinco anos (6 a 10%).

Quanto ao perfil, em 2007, as Regiões Sudeste, Sul e Nordeste predominavam com 30%, 29% e 28% dos municípios, respectivamente. Durante esses anos, houve pequeno aumento em cidades da Região Nordeste e Centro-Oeste e redução da contribuição da Região Norte, de modo que, em 2013, a predominância esteve com as Regiões Sul (40%) e Sudeste (34%).

Tabela 1. Distribuição dos nutricionistas pertencentes às Equipes de Saúde da Família e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e tempo de serviço, segundo o ano em municípios brasileiros, 2007 a 2013.

Ano base	N nut	N municípios c/ nut	Municípios s/nut no NASF N (%)	Nut por município (média±DP, IC 95%) Mediana	Equipes SF atendidas por nut (média±DP, IC 95%) Mediana	Tempo no serviço (meses) (média±DP, IC 95%) Mediana
Equipes de Saúde da Família						
2007	123	87	-	1,4± 1,4 (1,1-1,7) 1,0	2,3±2,2 (1,8-2,7) 1,0	25,6±21,7 (21,7-29,5) 19,0
2008	160	114	-	1,4 ±1,4 (1,1-1,7) 1,0	2,2±1,9 (1,9-2,5) 1,0	25,6±22,8 (22,0-29,1) 19,5
2009	206	148	-	1,4±1,4 (1,2-1,6) 1,0	2,0± 1,7 (1,7-2,2) 1,0	24,0±23,8 (20,7-27,2) 16,0
2010	263	202	-	1,3± 1,1 (1,1-1,5) 1,0	1,9±1,9 (1,7-2,1) 1,0	24,0±23,7 (21,1-26,9) 17,0
2011	291	228	-	1,3±1,0 (1,1-1,4) 1,0	1,8±1,6 (1,6-2,0) 1,0	28,7±25,7 (25,9-31,7) 21,0
2012	310	239	-	1,3±1,1 (1,2-1,4) 1,0	1,5±1,2 (1,3-1,6) 1,0	30,3±26,4 (27,3-33,2) 24,0
2013	340	264	-	1,3±1,0 (1,2-1,4) 1,0	1,7±1,7 (1,5-1,9) 1,0	26,0±25,9 (23,2-28,7) 16,0
Núcleos de Apoio à Saúde da Família						
2008	327	221	77 (25,8%)	1,5±2,1 (1,2-1,75) 1,0	-	4,3±1,8 (4,1-4,5) 5,0
2009	767	545	143 (20,8%)	1,4±1,9 (1,2-1,6) 1,0	-	7,8±5,7 (7,4-8,2) 6,0
2010	1048	718	188 (20,7%)	1,5±2,3 (1,3-1,6) 1,0	-	13,2±8,7 (12,6-13,7) 12,0
2011	1234	861	201 (18,9%)	1,4±2,1 (1,3-1,6) 1,0	-	16,8±12,1 (16,1-17,5) 15,0
2012	1569	1075	290 (21,2%)	1,5±2,5 (1,3-1,6) 1,0	-	19,4±15,0 (18,7-20,2) 16,0
2013	2476	1777	498 (21,9%)	1,4±2,2 (1,3-1,5) 1,0	-	14,6±15,9 (13,9-15,2) 8,0

Nut: nutricionistas; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; SF: Saúde da Família
 Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos microdados do SCNES, 2007 a 2013.

Dentre os municípios que possuíam nutricionistas nas equipes de SF, cerca de 70% dos casos tinham cobertura acima de 70% (2007: média 77,3, DP: 30,9; IC 95% 70,7-83,9; mediana: 87,8; 2013: média 79,4, DP: 36,9; IC 95% 74,9-83,9; mediana: 87,4). A maioria dos municípios tinha IDH-M médio pela classificação do PNUD de 2010 (cerca de 98%). No que diz respeito à população das cidades, a maior parte (variação de 73 a 84% entre os anos) era de pequeno porte.

Em todos os anos, o número de nutricionistas também aumentou de forma diretamente proporcional ao porte do município. A partir de 2008, a diferença passou a ser estatisticamente significativa entre os de pequeno e grande porte (ANOVA One-Way $F=7,661$, $p=0,001$; Post Hoc teste Tukey entre pequeno e grande $p=0,001$). A partir de 2011, a diferença entre o pequeno e o médio porte também apresentou-se como significativa (ANOVA $F=12,829$, $p=0,000$; Post Hoc teste Tukey, resultados das combinações: $p=0,002$; $p=0,000$). E, por fim, a partir de 2012, com a entrada das metrópoles (acima de 900 mil habitantes) nesse perfil, as diferenças

significativas das médias de nutricionistas das metrópoles em relação aos demais apareceram. Com exceção de 2007, todos os anos apresentaram diferenças estatisticamente significativas para as médias de nutricionistas dos municípios que tinham de 20 a 50% de cobertura em relação aos de cobertura acima dos 70% (maior para os primeiros).

Já na segunda parte da tabela 1, apresenta-se o quantitativo de nutricionistas nos NASF brasileiros de 2008 a 2013. No primeiro ano, referente à publicação da portaria da criação dos NASF, o número de nutricionistas se apresentava próximo ao último ano analisado para as equipes de SF. O crescimento tanto em quantidade de profissionais como para os municípios que aderiram ao NASF com o nutricionista também foi maior no período.

No que diz respeito à quantidade de nutricionistas, o crescimento total, durante os seis anos, foi de 7,6 vezes (crescimento cerca de 660%). O número de municípios que aderiu cresceu aproximadamente 700%, ou seja, quase na mesma proporção do quantitativo. Isso se refletiu na manutenção da quantidade desses profissionais habilitados por município.

Em 2008, 77 municípios que tinham NASF (25,8%) não apresentavam o profissional nutricionista. A quantidade de municípios que não inseriram o nutricionista no NASF aumentou, mas a proporção diminuiu de 2008 a 2011, praticamente se mantendo até 2013.

O perfil dos municípios indica que uma variação de 65-75%, ao longo dos anos, tinham cobertura de SF acima de 70%; e 14-17% entre 50 a 70%. De acordo com PNUD 2010, 98% das cidades tinham IDH-M médio. No que diz respeito ao porte desses municípios, cerca de 70% era pequeno, 16-19% médio, até 2012. Em 2013, a proporção de municípios de pequeno porte aumentou para 83%.

No que se refere ao tempo de serviço, observou-se que houve uma certa manutenção da média de 2010 a 2012, com queda em 2013, momento com maior inserção de novos profissionais. A maior parte dos profissionais ficaram por até um ano no cargo (variação de 45-76% de 2009 a 2013), até dois anos (14-35% de 2009 a 2013) ou até três anos (8-20% de 2010 a 2013). Apenas 15,6% dos que começaram como nutricionistas dos NASF em 2008, permaneceram por pelo menos cinco anos.

Ao longo desses anos, a variação da distribuição do número de nutricionistas entre municípios com NASF mostrou que destes, 48-52% eram do Nordeste, 21-

29% eram do Sudeste, 9-11% eram do Sul, 7-9% pertenciam à Região Norte e 6-8% eram do Centro-Oeste. O Espírito Santo e o Distrito Federal aderiram ao NASF com nutricionista apenas em 2010. Minas Gerais foi o estado com maior número de nutricionistas distribuídos nos NASF dos municípios.

Dentre os municípios que possuíam nutricionistas nos NASF, foi encontrada uma variação de 65-75% dos casos com cobertura acima de 70% (2008: média 84,8, DP: 22,8; IC 95% 81,8-87,8; mediana: 87,8; 2013: média 79,4, DP: 36,9; IC 95% 74,9-83,9; mediana: 90,8). Pela classificação IDH-M 2010, no entanto, o IDH médio prevaleceu em 98% dos casos. No que diz respeito à população das cidades, a maior parte (variação de 68 a 83% entre os anos) era de pequeno porte.

Em todos os anos, o número de nutricionistas também aumentou de forma diretamente proporcional ao porte do município. Em todos os anos, a diferença da média de nutricionistas foi estatisticamente significativa entre todos os tipos de porte, exceto entre pequeno e médio porte (ANOVA One-Way: $p=0,000$; Post Hoc teste Tukey entre os portes $p=0,0000$). E, por fim, a partir de 2009, com maior incorporação das metrópoles nesse perfil, as diferenças significativas das médias de nutricionistas das metrópoles em relação aos demais apareceram (Post Hoc, teste Tukey: $p=0,000$). As diferenças entre as médias de nutricionistas dos municípios em relação às coberturas variaram conforme o ano de análise.

Tabela 2. Distribuição dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família com nutricionistas e das equipes de Saúde da Família vinculadas a estes, segundo o ano em municípios brasileiros, 2008 a 2013.

Ano base	N de NASF c/ nut	NASF c/ nut por município (média±DP, IC 95%) mediana	Equipes SF vinculadas ao NASF (média±DP, IC 95%) mediana	Equipes SF vinculadas ao NASF por tipo (média±DP, IC 95%) mediana
2008	NASF1: 304 NASF2: 22	1,5±2,0 (1,2-1,7) 1,0	8,9±2,3 (8,7-9,2) 9,0	NASF1: 9,3±1,9 (9,0-9,5) 9,0 NASF2: 4,1±1,8 (3,3-4,9) 3,0
2009	NASF1: 710 NASF2: 57	1,4±1,9 (1,3-1,6) 1,0	8,7±2,5 (8,5-8,9) 8,0	NASF1: 9,1±2,1 (9,0-9,3) 8,0 NASF2: 3,8±1,1 (3,5-4,0) 3,0
2010	NASF1: 966 NASF2: 82	1,5±2,3 (1,3-1,7) 1,0	8,6±2,5 (8,4-8,7) 8,0	NASF1: 9,0±2,1 (8,8-9,1) 8,0 NASF2: 3,6±1,1 (3,4-3,9) 3,0
2011	NASF 1: 1135 NASF2: 99	1,5±2,3 (1,3-1,6) 1,0	8,4±2,6 (8,3-8,6) 8,0	NASF1: 8,8±2,1 (8,7-9,0) 8,0 NASF2: 3,6±1,0 (3,4-3,8) 3,0
2012	NASF 1: 1302 NASF 2: 258	1,5±2,6 (1,3-1,6) 1,0	7,9±2,4 (7,8-8,0) 8,0	NASF1: 8,7±1,8 (8,6-8,8) 8,0 NASF2: 3,9±1,1 (3,8-4,1) 4,0
2013	NASF1: 1766 NASF2: 423 NASF 3: 273	1,4±2,2 (1,3-1,5) 1,0	5,9±2,5 (5,8-6,0) 6,0	NASF1: 7,1±1,7 (7,0-7,2) 7,0 NASF2: 3,4±0,7 (3,4-3,5) 3,0 NASF3: 1,6±0,9 (1,5-1,7) 1,0

Nut: nutricionistas; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; SF: Saúde da Família

Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos microdados do SCNES, 2007 a 2013.

A tabela 2 apresenta a caracterização das equipes NASF e as equipes de SF vinculadas a essas. Até 2011, a proporção de 90% de municípios que optaram por NASF1 se manteve, mas reduziu para 76% e para 61% em 2012 e 2013, respectivamente. Em 2013, 23% dos municípios optaram por NASF2 e 16% por NASF3. Quase todos os municípios que tinham NASF2 e NASF3 inseriram apenas um nutricionista e a maior parte deles era de pequeno porte.

De 2008 a 2011, foram encontradas inadequações em 4%, 5%, 10% e 15% das equipes NASF1 quanto ao número de equipes de SF vinculadas, sendo referentes à vinculação de menos oito equipes de SF. Nos mesmos anos, para o NASF 2, constataram-se 9%, 0%, 2% e 3% de equipes com inadequações referentes a mais de sete equipes de SF vinculadas. Em 2012, 8% e 0,2% das equipes NASF1 estavam inadequadamente vinculadas a menos de oito e a mais de 15 equipes de SF, respectivamente. Nenhuma equipe NASF2 apresentou-se diferentemente dos padrões estabelecidos. E, por fim, em 2013, próximo a 2% de NASF1, de NASF2 e de NASF3 apoiavam mais de nove, mais de quatro e mais de duas equipes SF, respectivamente.

Quanto ao número de NASF intermunicipais com nutricionistas foram encontrados 22 (7%), 67 (8,7%), 89 (8,5%), 117 (9,5%), 107 (6,9%) e 42 (1,7%), correspondente a cada ano. Deve-se observar que um declínio considerável aconteceu principalmente no ano de inserção dos NASF3. A maior parte desses NASF intermunicipais era proveniente do estado de Minas Gerais e, em segunda ordem, da Paraíba.

A tabela 3 expõe a quantidade de nutricionistas em relação à proporção de profissionais de outra formação na composição dos NASF. Observa-se que o nutricionista é o terceiro profissional mais frequente desde o início da implantação dos NASF, sendo menor somente em relação ao quantitativo de psicólogos e fisioterapeutas. Essa posição se manteve ao longo do período verificado.

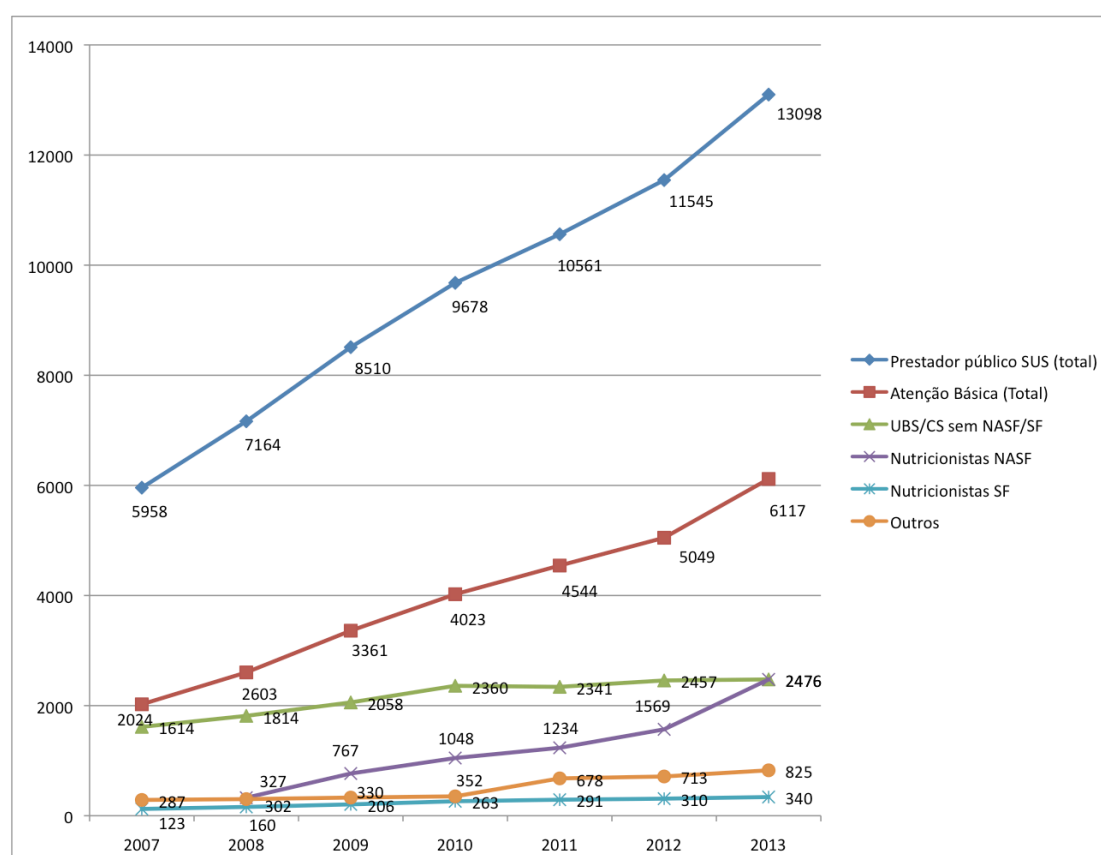
Na figura 1 apresenta-se o total de nutricionistas atuando na AB e o quantitativo segundo o tipo de inserção na AB: UBS/CS, NASF, ESF e outros. O grupo "outros" foi constituído pelos nutricionistas em estabelecimentos como unidade de vigilância em saúde, secretaria de saúde, pólos de academia em saúde, unidades móveis terrestre, unidade de atenção à saúde indígena e unidade móvel fluvial. Os dados indicam aumento em todos os quantitativos, sendo mais acentuado na composição dos NASF.

Tabela 3. Distribuição do quantitativo de profissionais dos NASF de acordo com a formação, segundo o ano. Brasil, 2008 a 2013.

Profissionais	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Psicólogo	373	12,8	868	16,0	1160	16,3	1363	16,6	1840	14,9	2823	15,9
Fisioterapeuta	671	23,0	822	15,2	1116	15,6	1303	15,9	2817	22,9	4036	22,8
Nutricionista	327	11,2	767	14,2	1048	14,7	1234	15,1	1569	12,7	2476	14,0
Assistente social	299	10,3	674	12,5	861	12,1	1008	12,3	1306	10,6	1979	11,2
Profis. Educ. Física*	237	8,1	525	9,7	738	10,3	900	11,0	1263	10,3	1832	10,3
Fonoaudiólogo	170	5,8	428	7,9	574	8,0	697	8,5	885	7,2	1332	7,5
Farmacêutico	220	7,5	431	8,0	559	7,8	620	7,6	803	6,5	1119	6,3
Pediatra	195	6,7	310	5,7	347	4,9	337	4,1	431	3,5	438	2,5
Ginecologista	198	6,8	288	5,3	336	4,7	307	3,7	366	3,0	388	2,2
Ter. Ocupacional	122	4,2	160	3,0	233	3,3	303	3,7	545	4,4	601	3,4
Psiquiatra	67	2,3	101	1,9	125	1,8	103	1,3	159	1,3	185	1,0
Outros	38	1,3	35	0,6	36	0,5	19	0,2	326	2,6	516	2,9
Total	2917		5409		7133		8194		12310		17725	

* inclui avaliador físico, preparador físico, treinador, ludomotricista, técnico desportivo e professor de educação física.

Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos microdados do SCNES, 2007 a 2013.



SF: Saúde da Família; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde; CS: Centro de Saúde.

Figura 1. Distribuição do total de nutricionistas atuando na Atenção Básica, segundo o tipo de inserção. Brasil, 2007 a 2013.

Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos microdados do SCNES, 2007 a 2013.

A figura 1 ainda aponta que, ao longo dos cortes temporais analisados (sete anos), a diferença entre o quantitativo de nutricionistas incorporados no novo modelo de atenção proposto (SF/ NASF) e na rede AB tradicional diminuiu. Sendo mantidas as tendências apontadas na figura 1 – notadamente um rápido incremento dos nutricionistas nos NASF –, nos próximos anos, haverá possibilidade de que o número de profissionais na SF/ NASF ultrapasse o das que atuam nas UBS/ CS. O total de nutricionistas no SUS também apresentou aumento, referente ao incremento dos profissionais na AB, adicionando-se o aumento de 46% nos outros níveis de atenção. Há uma tendência comparativa a reduzir a proporção de inserção dos nutricionistas dos outros níveis em relação a AB, caso o aumento a ser detectado na AB nos próximos anos seja tão amplo como no último ano do presente estudo.

Os cartogramas da figura 2 mostram a distribuição do número de nutricionistas no território brasileiro na AB, de acordo com a modalidade de atenção (tradicional ou novo modelo). Em todos os anos e em ambas modalidades, a maior parte dos municípios inseriu um pequeno número de profissionais. Em 2009, observa-se uma menor quantidade de municípios que inseriram o profissional na ESF/ NASF quando comparado à atenção tradicional. Essa inserção esteve concentrada na Região Nordeste, no primeiro caso, e nas Regiões Sudeste e Sul, no segundo caso. As Regiões Norte (esta com municípios de grande extensão territorial) e Centro-Oeste tiveram menor representação. Nos demais anos, visualiza-se um aumento gradativo do número de nutricionistas da ESF/ NASF e, em menor grau, na atenção tradicional.

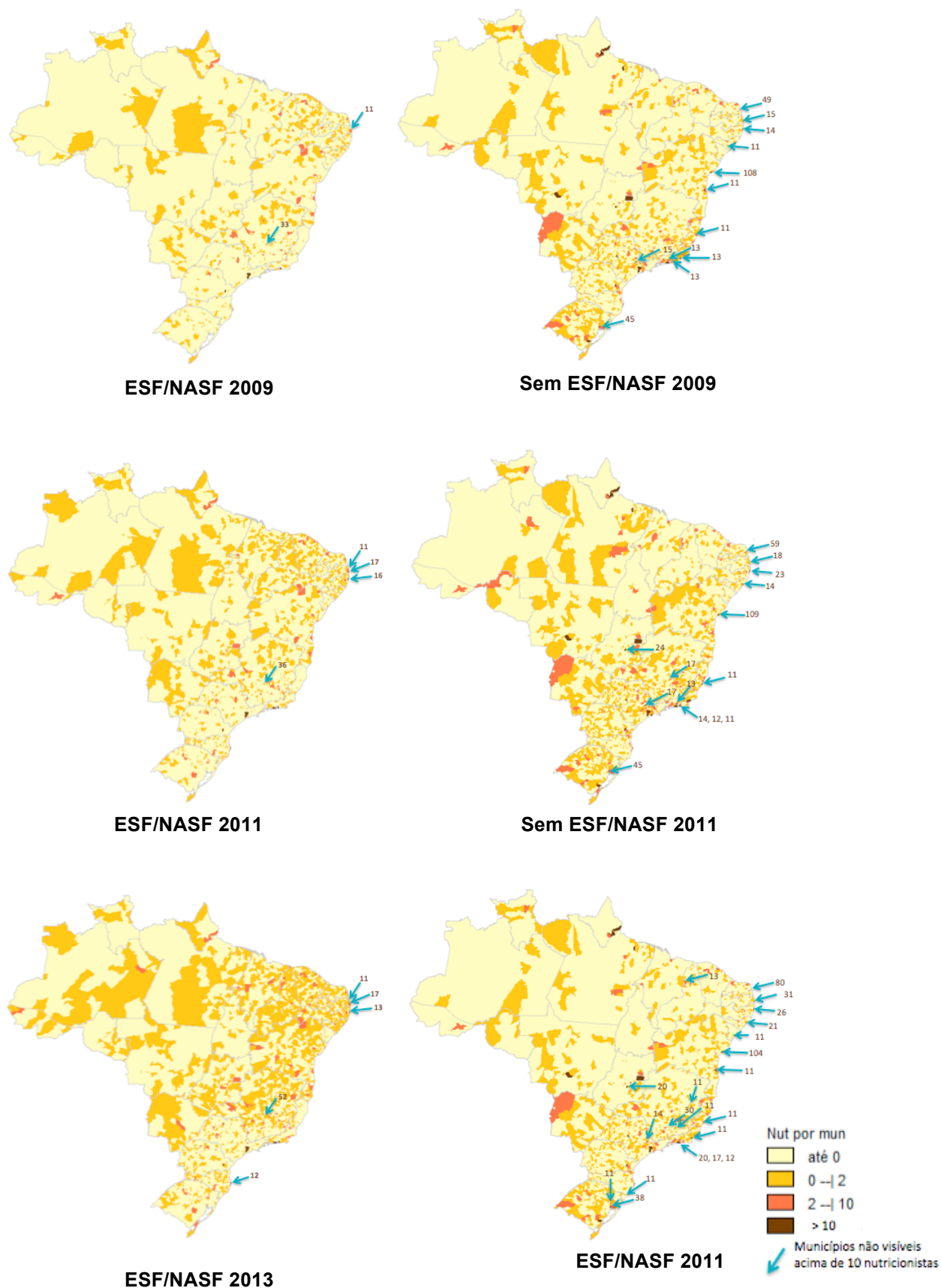


Figura 2. Distribuição do número de nutricionistas na Atenção Básica por município no território brasileiro segundo o ano e a modalidade de atenção, 2009, 2011 e 2013.
Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos microdados do SCNES, 2013.

4. DISCUSSÃO

É inegável que, nos últimos sete anos, tenha tido um aumento consistente no quantitativo de nutricionistas atuando na Rede Básica de Saúde, principalmente após a implantação da portaria de criação dos NASF¹³. Há que se considerar, porém, que há limitações no uso do CNES. Ele nem sempre se refere ao quantitativo real da força de trabalho que atua nos serviços de saúde porque os gestores priorizam a atualização do cadastro com as informações obrigatórias referentes aos profissionais que realizaram procedimentos geradores de pagamento, com possibilidade de exclusão de alguns profissionais das secretarias estaduais e municipais. Ainda pode haver falta de atualização, com cadastro de profissionais em vários estabelecimentos que efetivamente não trabalham. No entanto, trata-se de uma ferramenta imprescindível para contribuir com o conhecimento da realidade da rede assistencial e no planejamento em saúde¹⁷.

Foi constatado que o nutricionista está pouco incorporado às equipes de referência. Porém, deve-se salientar que esse profissional não está previsto na composição mínima dessas equipes e que, portanto, sua inserção nesse espaço não conta com o financiamento federal. Então, para os gestores decidirem sobre a sua inserção, além de considerar a real necessidade do profissional frente às demandas existentes, também seria preciso avaliar a viabilidade e ordenar as prioridades de gastos estabelecidos para a área de saúde do município.

Alguns estudos indicam que os enfermeiros são os principais profissionais que assumem suas atribuições nesse âmbito, seja nas ações do cuidado nutricional seja na capacitação de profissionais sobre o tema^{27,28}. Contudo, o enfermeiro também acumula funções administrativas e gerenciais, de planejamento e integração nesse âmbito. A falta de integração do enfermeiro com os outros profissionais da equipe, a sobrecarga e a desmotivação leva-o a reproduzir um modelo focado na organização da atenção individual verticalizada e com pouco diálogo, em detrimento das ações coletivas^{29,30}.

Até 2013, 1777 e 498 municípios passaram a contar com NASF com e sem nutricionistas, respectivamente. Isso representa 32% e 9% do total de cidades brasileiras, com base na contagem feita pelo IBGE²². No entanto, essa incorporação do profissional no NASF inicialmente se deu nos municípios de pequeno porte, com cobertura SF acima de 70%, IDH-M médio e pertencentes à Região Nordeste.

Esse perfil se assemelha aos primeiros anos da implantação da SF³¹. Municípios de pequeno porte com os menores IDH-M apresentavam a maior cobertura da SF, já que aqueles municípios mais vulneráveis faziam parte de um critério prioritário estabelecido pelo Ministério da Saúde para implantar a estratégia³². Além disso, a Região Nordeste é considerada a de maior cobertura da SF³³.

Em relação à AB como um todo, a partir da visualização dos cartogramas de 2013, verificou-se que há municípios no Sudeste e Sul em que os nutricionistas estão presentes e, ao mesmo tempo, estavam no NASF/ESF. Depreende-se disto que esses profissionais estão fazendo parte tanto da rede de assistência tradicional como da ESF. O novo modelo de reorientação da AB encontra dificuldade de se instalar e expandir principalmente em grandes centros urbanos, uma vez que a ESF não é vista como substitutiva do modelo vigente, sendo encarada como apenas uma expansão dos cuidados de saúde e voltada para população mais vulnerável³¹.

No estudo de Cervato-Mancuso *et al.*¹², realizado no município de São Paulo, foi constatado que o nutricionista alocado na UBS tem suas atividades mais relacionadas ao atendimento individual de adultos e idosos com foco no tratamento dietético para os portadores de DCNT, o que pode mostrar que esse tipo de cuidado não consegue abranger o princípio da integralidade e está distante de ser resolutivo.

Os municípios de pequeno porte têm maior facilidade para expansão da cobertura da SF porque não dispõem de rede de serviços previamente estruturada^{34,35}. Já os de grande porte necessitam de maior disponibilidade de recursos de ordem organizacional, política e financeira para atingir uma boa cobertura, apresentam a atenção fortemente centrada nos hospitais, tratam a SF como uma estratégia de cuidados básicos para população de baixa renda³¹, além de não atenderem apenas as demandas da população interna ao município^{33,35,36}.

Quanto à representação dos médios e grandes centros urbanos brasileiros em 2013, 58% dos municípios com população entre 50 a 100 mil habitantes, 48% daqueles entre 100 e 900 mil habitantes e 75% daqueles com mais de 900mil aderiram ao NASF com nutricionista até 2013²². Mas, apesar da adesão de grande parte desses municípios ao NASF, deve-se pontuar que, com a menor cobertura da SF, é possível que a quantidade de equipes com o profissional e essa atenção não estejam distribuídas de forma homogênea em todo o território do município.

Um estudo de 2012¹², realizado no município de São Paulo, analisou a quantidade de nutricionistas atuantes na rede básica de saúde registrada por dados da Secretaria Municipal de Saúde de 2010. Encontrou um total de 123 profissionais e verificou que, em todas as regiões do município, o número de nutricionistas foi menor que o recomendado pelo CFN, principalmente nas regiões socialmente mais vulneráveis. Além disso, os profissionais estavam inseridos em 57,3% dos NASF do município e, neste caso, com maior quantidade em regiões socialmente vulneráveis. Os autores concluem que, em função da quantidade insuficiente de profissionais, as ações de alimentação e nutrição podem estar inadequadas ou insuficientes diante das necessidades e condicionadas à definição de prioridades do profissional ou da equipe¹².

Percebe-se que tanto para os nutricionistas das equipes de SF como dos NASF, o aumento foi mais relacionado ao número de municípios que inseriram o profissional e, em menor grau, o aumento do quantitativo no mesmo município. Nas equipes de SF foi encontrada uma média de duas equipes para cada profissional. Os parâmetros recomendados pelo CFN referem que um nutricionista é suficiente para atender a cada duas equipes SF, caso a carga horária seja de 40 horas²⁴. Porém, os dados também mostraram que a média de profissionais em cada município está próximo a um. Então se um município de médio ou grande porte contar com mais de duas equipes de SF, é possível que uma pequena parcela do território o tenha como apoio ou referência.

Outro ponto observado foi a curta permanência dos nutricionistas em cargos das equipes de referência e NASF. Essa situação é preocupante, sugerindo que o vínculo de contratação seja temporário ou precário. E a alta rotatividade poderá também interferir na continuidade das ações do cuidado nutricional. Os sistemas fragmentados caracterizam-se, conforme Mendes *et al.*⁴, dentre outros aspectos, pela inexistência da continuidade da atenção em função dos tipos de contratos dos profissionais.

O estudo de Escorel *et al.*³⁷ menciona a questão dos contratos temporários e vínculos precários como algo que pode comprometer a sustentabilidade da SF. Uma avaliação normativa feita com mais de 13.500 equipes de saúde da família verificou, dentre outras informações, o vínculo contratual dos profissionais. Entre médicos e enfermeiros, apenas 25,4% e 28,6% apresentavam contratos estáveis, respectivamente. Em todas as regiões, exceto a Região Sul, predominaram os

contratos temporários ou precários. Apenas no Estado de São Paulo, Distrito Federal, Rondônia apresentavam maior proporção desses profissionais com contratos estatutários e CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). As porcentagens foram semelhantes para os cirurgiões-dentistas nos municípios providos com cerca de 2.500 equipes de saúde bucal³⁸.

No que diz respeito à vinculação dos nutricionistas dos NASF às equipes de SF, observou-se uma manutenção na média geral até 2012. Com a inserção dos NASF3 em 2013, essa média diminuiu. Deve-se pontuar também que os parâmetros de apoio dos NASF às equipes SF mudaram em 2011⁵ e 2012²⁵ em relação à portaria de criação¹³. Os NASF1 tinham que apoiar oito a 20 equipes em 2008, oito a 15 equipes de SF em 2011 e passaram a ter que se vincular com cinco a nove equipes em 2012. Já os NASF2 deveriam apoiar de três a sete equipes em 2008 e 2011 e os parâmetros alteraram para três a quatro equipes em 2012.

Nota-se, pela proporção de nutricionistas em relação à adesão aos outros profissionais do NASF (3º profissional em maior número), a importância que se tem percebido em relação ao cuidado nutricional e ao aumento na demanda do profissional. A proposta e as diretrizes do NASF, contudo, sugerem a ampliação da abrangência, resolubilidade, territorialização e regionalização da ESF por meio do apoio às equipes. Essa proposta vai além do simples aumento na quantidade e variedade de profissionais¹⁵. Esse apoio seria concretizado com a prioridade para o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com ferramentas de trabalho como o Projeto Terapêutico Singular, o Genograma, o Ecograma, a Visita Domiciliar Compartilhada e o Atendimento Compartilhado. Então, a organização adequada dos processos de trabalho do nutricionista neste âmbito é dependente da sensibilidade do gestor e seus profissionais e da apropriação sobre o eixo orientador dos NASF, com a definição e pactuação das atividades e objetivos prioritários^{15,39}.

O papel do nutricionista abrange algumas ações que exigem um conhecimento técnico específico, mas ele também deve ser o profissional de referência para outras ações compartilhadas com os demais profissionais da SF¹⁵. Além disso, outras ações que englobam a promoção da saúde e a prevenção de doenças compreendem o papel do conjunto de profissionais e já possuem protocolos bem estabelecidos na rede de serviços do Sistema Único de Saúde¹⁶. A contribuição do nutricionista visa à qualificação e melhora da resolubilidade dos serviços¹⁶.

O estudo qualitativo de Camossa *et al.*⁴⁰ sobre as representações sociais dos profissionais das SF em relação ao fazer teórico-prático do nutricionista concluiu que este profissional é necessário nas Unidades de Saúde da Família (USF). Porém, a presença dele ainda é vista como primordial para as demandas de atendimento individual em detrimento das práticas promocionais. A ausência do nutricionista na equipe foi atribuída à falta de reconhecimento governamental e social, falta de recursos financeiros, desvalorização, pouco tempo de existência da profissão, desconhecimento sobre seu papel e a persistência do modelo médico-hegemônico. Porém deve-se também explorar qual o impacto que a maior inserção desse profissional tem gerado na AB.

No nível primário, essa inserção indica a necessidade de empenhar esforços na formação, incluindo a graduação e a educação permanente. Há a recomendação de que os cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde devam inserir, como eixo estruturante, os princípios orientadores do SUS e da PNAN para que os profissionais consigam atender aos desafios relacionados à AN⁸. O Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional (Pró-saúde)⁴¹ procura estimular que Instituições de Ensino Superior (IES) estejam integradas e se aproximem ao serviço público de saúde na ideia de formar profissionais generalistas, com visão humanística, integral e resolutiva dos cuidados para contribuir com o fortalecimento o SUS dentro das necessidades da AB, principalmente da SF⁴¹.

Embora as diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Nutrição, de 2001, enfatizem a formação do nutricionista com abordagem das necessidades sociais tendo o SUS como central⁴², há estudos que indicam que nem todos os cursos do país se adaptaram a esse contexto. A pesquisa de Recine *et al.*⁴³ fez levantamento de 65 cursos de nutrição (60% instituições particulares) dos 296 do país que já formavam nutricionistas em 2010. Constatou que apenas cinco cursos ofereciam a disciplina *Nutrição em Saúde da Família*; nenhum citou alguma disciplina que tratasse explicitamente sobre segurança alimentar e nutricional; e houve o predomínio de matérias técnicas específicas com pouca interface com outros campos de conhecimento.

Outro estudo sobre outra abordagem com essa temática foi o de Pinheiro *et al.*⁴⁴ que aplicaram questionários com 197 estudantes ou recém-formados do curso de nutrição e verificaram que, dentre as publicações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, 42% dos alunos citaram ter estudado, durante o curso, a Matriz das Ações

de Alimentação e Nutrição na AB e as portarias dos NASF nº 154 de 2008 e nº 424 de 2009. O estudo também aplicou a técnica de grupo focal com nove indivíduos (oito docentes e um nutricionista fiscal do CFN) e, dentre outros resultados, abordou a dificuldade de integração do campo de práticas nos serviços e a universidade (distância entre teoria e prática), além da pequena inserção do nutricionista na AB. Sem o profissional há fragilidade na formação; os professores acabam assumindo o serviço para proporcionar o espaço de prática; e a comunidade fica descoberta nos períodos não letivos⁴⁴.

E, por fim, o estudo de Ricardi e Sousa⁴⁵, feito em 28 municípios brasileiros de grande porte sobre a realização de ações de Educação Permanente (EP) em AN na ESF. Os autores entrevistaram 44 gestores municipais responsáveis pelas ações de AN e concluíram que, ainda que os municípios tenham iniciativas, não houve reconhecimento de um plano de natureza permanente e incorporada às práticas diárias. Como fatores facilitadores foram citadas as parcerias, principalmente com a universidade; e a disponibilidade de recursos, sendo o Fundo de Alimentação e Nutrição o mais citado. Os fatores que dificultaram foram os mais mencionados: incompatibilidade de agenda devido ao grande número de atividades sob responsabilidade dos profissionais; falta de gestores específicos para planejar ações AN; falta de nutricionista como apoio técnico para as capacitações pontuais; falta de estratégia de EP; alta rotatividade e falta de adesão dos profissionais; dificuldades burocráticas para conduzir os recursos financeiros; falta de infraestrutura; formação acadêmica do profissional insuficiente para atender aos princípios do SUS e da PNAN; e a falta de aplicabilidade para a realidade do serviço. Foram também referidas estratégias como a realização de ações educativas em nível local, com metodologias mais ativas e a necessidade de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de EP⁴⁵.

5. CONCLUSÃO

Na abrangência de tempo do estudo, houve um aumento considerável de nutricionistas na Rede Básica de Saúde, principalmente nos NASF. O número desses profissionais posicionou a categoria no 3º lugar dos que mais aumentou no NASF, durante esses anos do estudo. A adesão do NASF com nutricionista representou um terço dos municípios brasileiros em 2013. A incorporação foi feita

principalmente nos municípios de pequeno porte, com cobertura SF acima de 70%, IDH-M entre baixo e médio e pertencentes à Região Nordeste, características similares aos municípios que inicialmente aderiram à ESF.

Os nutricionistas das equipes de referência e dos serviços paralelos à ESF aumentaram também, porém em menor proporção. Os resultados do estudo indicam que há uma tendência para a quantidade de nutricionistas que trabalham no novo modelo de atenção ultrapassar o número de profissionais da assistência tradicional. Apesar do investimento do Estado Brasileiro na AB, comparativamente com outros níveis de atenção, o aumento de nutricionistas na AB indica ser próximo. Porém, há uma tendência comparativa a reduzir a proporção de inserção dos nutricionistas dos outros níveis em relação a AB, caso o aumento a ser detectado na AB nos próximos anos seja tão amplo como no último ano do presente estudo.

Contudo, é necessário o fomento de estudos de grande abrangência que investiguem como esses profissionais estão atuando, principalmente nos NASF, já que essa proposta vai além do simples aumento na quantidade e variedade de profissionais. Esse apoio à SF será concretizado se priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JC, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004 9 (4): 897-908. Doi: 10.1590/S1413-81232004000400011.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e avaliação do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [Acesso 2012 jun 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf>.
3. Oliveira, ML. Estimativas dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde no Brasil [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010 15 (5): 2297-2305. Doi: 10.1590/S1413-81232010000500005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N. 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [Acesso 2012 jul 9]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.
6. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. [Acesso 2013 mar 13]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>.
7. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [Acesso 2012 jul 15] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>.
8. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Série B. Textos Básicos de Saúde. [Acesso 2012 jul 9] Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>.
9. Ferreira VA & Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cadernos de Saúde Pública* 2007 23 (7): 1674-1681. Doi: 10.1590/S0102-311X2007000700019.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Documento-base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS. Brasília: MS; 2010 [acesso 2013 mar 13]. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/documentobase_semi_estadual.pdf>
11. Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Revista de Nutrição* 2006 19 (4):413-424. Doi: 10.1590/S1415-52732006000400001.
12. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012 17 (2): 3289-3300. Doi: 10.1590/S1413-81232012001200014.
13. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008: cria os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família. [Acesso em: 2013 jan]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf>.

14. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: a experiência de organização no governo brasileiro. *Revista de Nutrição* 2011 24 (6): 809-824. Doi: 10.1590/S1415-52732011000600002.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica* n. 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [Acesso 2013 mar 22]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Acesso 2012 abr 7]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_alimentacao_nutricao.pdf>.
17. Oliveira ES, Machado MH. Para medir o trabalho em saúde no Brasil: principais fontes de informações. *Divulgação em Saúde para Debate* 2010 45: 105-125.
18. Brasil. Lei n.12.527, de 18 de novembro de 2011: Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. [Acesso 2014 Ago 11] Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>.
19. Brasil. Decreto n. 7.724, de 16 de maio de 2012: Regulamenta a Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição. [Acesso 2014 Ago 11]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/D7724.htm>.
20. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.583, de 19 de julho de 2012: Dispõe, no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas, sobre a execução da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que versa sobre a Lei de Acesso à Informação, e do Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012, que a regulamenta. [Acesso 2014 Ago 11] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1583_19_07_2012.html>.
21. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2007. [Acesso 2012 jun 13]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2006/cnv/pacbr.def>>.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População 2007. Rio de Janeiro: IBGE; 2007. [Acesso 2012 out 17]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/>>.
23. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2010. [Acesso 2014 fev 27]. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>.
24. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução n. 380 de 2005: Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. [Acesso 2013 abr 30]. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>>.
25. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.124, 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. [Acesso 2012 abr 20]. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>.

26. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Acesso 2014 mar 22]. Disponível em: <
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

27. Belarmino GO, Moura ERF, Oliveira NC, Freitas GL. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem* 2009 22 (2): 169-175, 2009. Doi: 10.1590/S0103-21002009000200009.

28. Bastos DS, Borenstein MS. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de Saúde. *Texto & Contexto de Enfermagem* 2004 13 (1): 92-99.

29. Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação de trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* 2007 41 (esp.): 777-781. doi: 10.1590/S0080-62342007000500006.

30. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na Equipe Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2009 62 (2): 265-271. Doi: 10.1590/S0034-71672009000200015.

31. Sousa MF. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002.

32. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso 2012 jun 12]. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/ 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 200p. [acesso 2012 nov 4]. Disponível em: <
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_indicadores_selecionados_1998_2006.pdf>.

34. Fernandez PMF, Voci SM, Kamata LH, Najas MS, Souza ALM. Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005 10 (3): 749-755. doi: 10.1590/S1413-81232005000300031.

35. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à Atenção Básica. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2008 61 (2):153-158. doi: 10.1590/S0034-71672008000200002.

36. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para organização dos serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em Centros Urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008 24 (supl. 1): S7-S27. doi: 10.1590/S0102-311X2008001300002.

37. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2007 21 (2-3): 164-176. Doi: 10.1590/S1020-49892007000200011.

38. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140p. [Acesso 2013 abr 13]. Disponível em: <

http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/avaliacao_normativa_psf>.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas de gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica nº 39. Brasil: Ministério da Saúde, 2014. [Acesso 2014 outubro 01]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Caderno_de_Atencao_Basica_NASF_n_39.pdf>.

40. Camossa ACA, Telarolli Júnior R, Machado MLT. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia de saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. Revista de Nutrição 2012 25 (1): 89-106. Doi: 10.1590/S1415-52732012000100009.

41. Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 77p. [acesso 2014 jun 2]. Disponível em: < http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf>

42. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 5, de novembro de 2001: Institui diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em nutrição. [acesso 2014 jun 4]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>>.

43. Recine E, Gomes RCF, Fagundes AA, Pinheiro ARO, Teixeira BA, Sousa JS *et al.* A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. Revista de Nutrição 2012 25 (1): 21-33. Doi: 10.1590/S1415-52732012000100003.

44. Pinheiro ARO, Recine E, Alencar B, Fagundes AA, Sousa JS, Monteiro RA *et al.* Percepção de professores e estudantes em relação ao perfil de formação do nutricionista em saúde pública. Revista de Nutrição 2012 25 (5): 631-643. Doi: 10.1590/S1415-52732012000500008.

45. Ricardi LM, Sousa MF. Educação Permanente em Alimentação e Nutrição na Estratégia Saúde da Família: Encontros e Desencontros em Municípios Brasileiros de Grande Porte. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2014. [acesso 2014 jun 2] Disponível on line: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14958>.

CAPÍTULO 3

AÇÕES DO CUIDADO NUTRICIONAL EM CENTROS URBANOS BRASILEIROS: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA*.

Nutritional Care actions in brazilian cities over 100 thousand inhabitants: Perception of Family Health Strategy professionals.

Ivana Aragão Lira Vasconcelos¹

Ana Valéria Machado Mendonça²

Maria Fátima de Sousa²

1. Doutora. Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana. Departamento de Nutrição, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília-DF, Brasil. E-mail: ivanaunb@gmail.com
2. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília-DF, Brasil.

* Artigo parte da tese defendida em setembro de 2014: Elementos para a organização das ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família.

ARTIGO SERÁ ENVIADO PARA REVISTA PANAMERICANA DE SAÚDE PÚBLICA

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção dos profissionais das equipes de Saúde da Família ou dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) sobre o atendimento das demandas do cuidado nutricional em municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes. **Métodos:** trata-se de estudo qualitativo descritivo realizado, em 2010, com 294 profissionais das equipes de 30 municípios. Grupos focais foram aplicados baseados em um roteiro previamente elaborado com os temas: atenção nutricional na Estratégia Saúde da Família; motivação e condições de trabalho para realizar as ações de Alimentação e Nutrição; e desafios. Os discursos foram formatados e analisados no ALCESTE 2012. **Resultados:** Dos municípios, 43% já tinham aderido ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família e 63% contavam com nutricionista. A análise do *corpus* mostrou seis classes estáveis distribuídas em dois eixos temáticos, em que as maiores representações estiveram em três classes do 1º eixo. Temas relacionados às dificuldades enfrentadas na rotina de trabalho (Classe 1); à transição dessas condições e processo de trabalho (Classe 2); e às atividades em grupo, integração intra e intersetoriais das equipes (Classe 3) compuseram 20%, 25% e 19% do *corpus*. Discursos de participantes pertencentes aos municípios com núcleos de apoio tiveram maior contribuição nas Classes 2 e 3. **Conclusão:** Apesar dos desafios persistentes, a inserção do NASF pode estar influenciando no papel e no processo de trabalho dos profissionais frente às demandas de Alimentação e Nutrição.

Termos de indexação: Alimentação. Prática profissional. Programas e Políticas de Alimentação e Nutrição. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da família. Nutrição em Saúde Pública. Brasil.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of professionals that belong to the Family Health teams or Support Centers for Family Health (NASF, in Portuguese) about the meet the demands of nutritional care in Brazilian cities above 100.000 inhabitants.

Methods: descriptive and qualitative study was conducted with 294 professionals from 30 municipalities in 2010. Focus groups were used and they were based on a previously prepared script, divided into these themes: nutritional care in the Family Health Strategy; motivation and working conditions to carry out food and nutrition actions; and challenges. The discourses were formatted and analyzed in ALCESTE 2012. **Results:** 43% of municipalities had already assumed NASF and 63% had nutritionists. Corpus analysis revealed six stable classes, distributed into two thematic axes. The largest representations were in three classes of the 1st axis. Themes related to difficulties in daily work (Class 1); to transition of conditions and working process (Class 2); and to group activities, intra and intersectoral integration teams (Class 3) constituted 20%, 25% e 19% of corpus. Speeches of NASF professionals had greater contributed in the Classes 2 and 3. **Conclusion:** Despite continuous challenges, the insertion of NASF may be affecting the professionals' role and working process regarding to the demands of food and nutrition.

Indexing terms: Feeding. Professional Practice. Nutrition Programs and Policies. Nutrition, Public Health. Primary Health Care. Family Health Strategy. Brazil.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser um componente da estrutura operacional, coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), resolutive com capacidade cognitiva e tecnológica para resolver mais de 85% dos problemas de saúde e com acesso universal. Deve ser coordenada entre os níveis com garantia de continuidade da atenção e contextualização social, ter longitudinalidade, ser responsável por sua população do território dentro da ideia de integralidade, e promover a participação social¹⁻⁵.

Segundo Sousa & Hamann⁶, o conceito de Atenção Primária no mundo perpassa sentidos que envolvem desde o primeiro nível de atenção, em que há determinados tipos e filosofias de atendimentos, até uma ideia mais ampla de uma estratégia de organização dos sistemas de saúde. Os autores, por outro lado, mencionam o termo tipicamente brasileiro Atenção Básica que se refere ao primeiro nível de atenção à saúde orientada pelo princípio da integralidade com articulações das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos. A Estratégia Saúde da Família (ESF) emergiu como proposta de reorientação do modelo de saúde brasileiro. Atualmente, AB é equivalente ao termo APS⁷.

Nesse sentido, o Estado brasileiro tem avançado, oficialmente, a partir da aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006⁸; da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, e revisada em 2011⁷, e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) de 1999, revisada em 2011⁹, com o propósito da melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde, por meio da promoção das práticas alimentares, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos.

No contexto da Atenção Básica (AB), paralelamente ao esforço de expansão da ESF, a partir de 2008, as equipes de Saúde da Família (SF) tiveram a possibilidade de contar com Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF)¹⁰. As diretrizes que regem a SF e o NASF são o território, a educação popular em saúde, a interdisciplinaridade, a participação social, a intersetorialidade, a educação permanente em saúde, a humanização e a promoção da saúde¹¹.

Esses núcleos foram criados com a finalidade de aumentar a abrangência, a resolubilidade e os diversos tipos de ações na AB⁷. Estes devem atuar de forma integrada com as equipes de SF, as equipes de AB para populações específicas e

as academias de saúde, de maneira que haja o compartilhamento de práticas e saberes na concepção de apoio matricial. Essa atuação deve abranger os territórios sob responsabilidade das equipes de SF^{10,11}.

Esse segmento da AB é também um espaço potencial e parte integrante da RAS para inserir e consolidar ações de Alimentação e Nutrição (AN). E, complementarmente, as ações de AN fortalecem os princípios de integralidade, universalidade e resolubilidade, podendo ter o nutricionista como contribuição para a qualificação dos serviços¹².

Embora algumas ações abranjam o conhecimento técnico específico da formação do nutricionista, outras delas são compartilhadas com os demais profissionais da equipe de SF. Nesse último caso, o nutricionista pode tornar-se o profissional de referência¹¹. Além disso, outras ações englobam a promoção da saúde e prevenção de doenças e dizem respeito ao papel do conjunto de profissionais e já possuem protocolos bem estabelecidos na rede de serviços do Sistema Único de Saúde¹².

O objetivo do presente estudo é analisar a percepção dos profissionais das equipes de SF ou NASF sobre as ações de alimentação e nutrição em municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes. Essas são definidas como conjunto de ações, de caráter individual, familiar e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltadas para o diagnóstico, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o tratamento e a reabilitação¹², são atribuições do nutricionista¹³ e também compõem as ações de saúde a serem realizadas pelos profissionais da AB⁷.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, em que a unidade de análise abrange os municípios brasileiros de grande porte. Faz parte de um estudo mais amplo denominado *Estudo sobre o processo de organização da Atenção Básica: análise da inserção da Estratégia de Saúde da Família em municípios brasileiros de grande porte e do desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição*, executado pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública e desenhado em parceria com o Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de

Brasília. Contou com o financiamento do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, conforme convênio nº 2008NC000162.

Considerando que o presente estudo tem natureza qualitativa, sua essência identifica-se com as representações sociais na perspectiva da saúde como um bem coletivo que são abordadas por Minayo¹⁴. Nessa abordagem, a saúde se localiza no interior de sistema dominante, mas é encarada como um bem social, um direito universal que se remete à qualidade e à proteção à vida, tendo as políticas públicas e sociais como balizadoras e promotoras da cidadania e da redução das desigualdades. A partir disso, a representação de saúde/ doença abrange a concepção do ser humano como corpo/ alma, matéria/ espírito, e inclui relações afetivas, condições de vida e de trabalho na definição de sua situação de saúde e doença, por meio da redefinição de prioridades do Estado e da participação dos demais atores envolvidos¹⁴.

A amostra inicial, referente ao projeto mais amplo, era probabilística aleatória estratificada e foi prevista em 55 de um universo de 263 municípios brasileiros com população maior ou igual a 100 mil habitantes (fração amostral: 21%), identificados pelo levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁵. As cidades de grande porte foram escolhidas porque a implantação da ESF tem se mostrado mais lenta, pois suas redes físicas e culturas organizativas já se mostram direcionadas para o modelo tradicional e possuem maior potencial em termos de recursos e estrutura¹⁶⁻¹⁸. Essa amostra foi obtida a partir da divisão dos municípios em capitais e cidades interioranas. O 1º estrato foi composto por 12 capitais brasileiras sorteadas. E, para cada região brasileira, houve a divisão em dois estratos: um com cobertura da ESF menor que 50% e outro com cobertura maior ou igual a 50%, totalizando 43 cidades do interior.

A seleção das unidades de análise do presente artigo, no entanto, foi constituída por 30 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, compondo a fração amostral de 11,4% em relação ao universo.

No total de municípios, participaram do estudo 294 profissionais de saúde. Em cada município, os participantes envolvidos compuseram, preferencialmente, um grupo de seis a 12 profissionais das mesmas ou diferentes equipes de SF e NASF. Todos os profissionais de saúde de nível médio ou superior – da mesma equipe ou não – foram escolhidos como possíveis informantes, uma vez que as ações de AN devem ocorrer mesmo que não haja um profissional com formação específica para

realizá-las. A presença ou não de nutricionista como profissional de referência poderá influenciar na condução das ações do cuidado nutricional^{9,12,19}.

A técnica de coleta de dados foi constituída por grupos focais que utilizam a interação grupal e a oportunidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo para produzir informações mais complexas, que dificilmente seriam conseguidas por entrevistas individuais. Assim, possibilita conhecer processos de construção da realidade de grupos sociais, práticas rotineiras, ações e reações diante de fatos, comportamentos e atitudes por meio das representações, percepções, crenças, valores, simbologias e linguagens predominantes em pessoas que partilham uma experiência comum²⁰⁻²².

O perfil dos participantes dos grupos focais foi traçado pelo preenchimento de um questionário autoadministrado com as seguintes variáveis: escolaridade, data de nascimento, cargo ou função, classificação por poder de compra²³ e tempo de trabalho na SF.

De forma a direcionar o debate proposto na metodologia de grupo focal, foi construído um roteiro de perguntas semiestruturado. A condução das sessões foi baseada nas seguintes temáticas: 1) Atenção nutricional na SF: importância, demandas, estratégias realizadas, integração com as equipes e parcerias; 2) Sentimentos, significados e percepções sobre valorização, motivação e condições de trabalho para realizar as ações AN; 3) Desafios: limites e potencialidades.

A coleta de dados foi feita entre dezembro de 2009 e julho de 2010.

Todos os grupos focais foram gravados com o consentimento dos participantes. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB) sob o número 107/09 e está em conformidade com os princípios éticos contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde²⁴.

Os dados de caracterização dos participantes dos grupos focais foram tabulados e analisados no *SPSS*²⁵. A análise dos dados quantitativos, referentes ao perfil, foi feita por meio da estatística descritiva (frequências, porcentagens, médias, medianas, desvio padrão e intervalo de confiança de 95%).

Para análise qualitativa, foi empregado o *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE) em sua versão 2012²⁶ e idealizado por Max Reinert. Todos os áudios dos grupos focais foram transcritos e foram utilizadas as regras de formatação estabelecidas pelo programa. O *corpus* foi

dividido em Unidades de Contexto Iniciais (UCI) representadas, no presente estudo, pelo grupo focal de cada município. As variáveis utilizadas para codificá-los foram: código do município, região brasileira, estrato de cobertura da ESF, se há nutricionista, se há NASF e classificação de acordo com o tamanho da população do município (grande porte, ou seja, entre 100 a 900 mil habitantes; ou metrópole, acima de 900 mil habitantes).

O programa procura organizar o sentido das proposições e sentenças a partir da identificação de palavras que apareçam juntas nas frases e são relatadas pelo maior número de respondentes da pesquisa, resultando no encontro de classes temáticas (cálculo da associação das palavras com as classes por coeficiente de Pearson “phi”) a partir de conjugação de procedimentos estatísticos como a Classificação Hierárquica Descendente^{27,28}. O ALCESTE consegue então identificar por meio da separação em classes, os lugares do discurso no qual o sujeito coletivo se manifesta²⁹.

Adicionalmente, como forma de ilustrar cada classe temática foram apresentadas algumas Unidades de Contexto Elementar (UCE) significativas.

3. RESULTADOS

A tabela 1 mostra que a distribuição geográfica dos municípios se constituiu por: 11 cidades da Região Nordeste (37%), dois da Região Norte (7%), quatro da Região Centro-Oeste (13%), oito da Região Sudeste (27%) e cinco da Região Sul (16%), sendo que seis destes municípios são capitais com mais de 900mil habitantes¹⁵ e estão distribuídas em quatro regiões brasileiras.

Seis cidades (20%) têm cobertura da SF de até 20%; 11 (36,7%) entre 20 e 50%; sete (23,7%) entre 50 e 70%; e seis (20%) acima de 70%^{16,30}.

Tabela 1. Características dos municípios brasileiros participantes da pesquisa. 2010.

Identificação do município	Região	Porte*	Capital?	Cob. ESF**	NASF, Ano de início	Nutricionista no cuidado nutricional, Origem
M01	N	GP	Sim	II	Não	Sim, policlínica
M02	N	M	Sim	II	Não	Sim, UBS
M03	NE	GP	Sim	II	Não	Não
M04	NE	GP	Não	III	Não	Não
M05	NE	GP	Sim	III	Não	Sim, UBS
M06	NE	M	Sim	I	Sim, 2009	Sim, NASF e policlínica
M07	NE	GP	Não	IV	Sim, 2009	Não
M08	NE	M	Sim	III	Não	Não
M09	NE	GP	Não	IV	Não	Não
M10	NE	GP	Não	III	Sim, 2009	Não
M11	NE	GP	Sim	IV	Sim, 2008	Sim, NASF
M12	NE	GP	Não	II	Sim, 2009	Sim, NASF
M13	NE	GP	Sim	II	Não	Sim, UBS
M14	SE	GP	Sim	III	Não	Não
M15	SE	GP	Não	I	Não	Não
M16	SE	GP	Não	I	Não	Não
M17	SE	GP	Não	I	Não	Não
M18	SE	GP	Não	I	Não	Sim, UBS
M19	SE	M	Sim	II	Sim, 2009	Sim, NASF
M20	SE	GP	Não	II	Não	Sim, policlínica
M21	SE	M	Sim	III	Sim, 2008	Sim, NASF
M22	CO	M	Sim	I	Não	Sim, residente
M23	CO	GP	Não	II	Sim, 2009	Sim, NASF
M24	CO	GP	Sim	II	Sim, 2008	Sim, NASF
M25	CO	GP	Sim	II	Não	Não
M26	S	GP	Sim	III	Sim, 2008	Sim, NASF
M27	S	GP	Não	II	Não	Sim, UBS
M28	S	GP	Não	IV	Sim, 2008	Sim, NASF
M29	S	GP	Não	IV	Sim, 2008	Sim, NASF
M30	S	GP	Não	IV	Sim, 2008	Sim, NASF

N= norte; NE = nordeste; SE= sudeste; CO= centro-oeste; S= sul

* Fonte: IBGE 2007¹⁵, sendo GP= grande porte (100 mil-900mil); M= metrópole (> 900mil)

** Dados do DATASUS, referente ao ano de 2007³⁰, sendo COB. ESF= cobertura da Estratégia de Saúde da Família, classificada em estratos: I – 0 a 20%; II – 20 a 50%; III – 50 a 70%; IV - > 70%¹⁶.

Treze municípios (43%) já tinham implantado os NASF, sendo adesão de sete ocorreu em 2008 e seis em 2009. Dois desses que já tinham NASF, não incluíram o nutricionista na equipe. Das unidades de análise, 63% contavam com, pelo menos, um nutricionista. Em 11, os nutricionistas eram provenientes dos NASF (um dos municípios tinha também nutricionista na policlínica); a origem era a rede tradicional em seis municípios; e em dois os profissionais faziam parte de policlínicas e davam apoio no atendimento da AB.

Os grupos focais tiveram a participação de 294 profissionais, uma média de 9,8 por município, com as seguintes características: 38 anos de idade, sexo feminino (85,3%), 15 anos de estudo, casados (53%) e maior parte com mais de cinco anos no serviço. O cargo ocupado pelos profissionais apresentou-se bastante variado, sendo a maioria agentes comunitários de saúde (25,5%) e enfermeiros (18%). Vinte

e cinco nutricionistas do cuidado nutricional e cinco nutricionistas de gestão contribuíram com o estudo (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil dos participantes dos grupos focais em Centros Urbanos brasileiros. Brasil, 2010.

Variável	N	Média±DP (IC 95%) mediana
Participantes por município	30	9,8±2,9 (8,7-10,9) 10,0
Idade	289	38,2± 9,9 (37-39,3) 37,0
Tempo de serviço (meses)	288	75,0±72,6 (66,6-83,4) 53,0
Anos de estudo	290	15,5±2,8 (15,2-15,8) 16,0
Variável	N (%)	Variável
Sexo	293	Poder de compra
Feminino	250 (85,3%)	A1
Masculino	43 (14,7%)	A2
		B1
		B2
Cargo dos profissionais	294	C
Agente comunitário	75 (25,5%)	D
Enfermeiro	52 (17,8%)	E
Téc. Enfermagem	37 (12,6%)	
Odontólogo	30 (10,2%)	Estado Civil
Médico	26 (8,8%)	Solteiro
Nutricionista	25 (8,5%)	Casado
Assistente social	15 (5,1%)	Viúvo
Gerência de programas/ UBS	7 (2,4%)	Divorciado
Nutricionista – coordenação	5 (1,7%)	União estável
Téc. Saúde Bucal	4 (1,4%)	
Psicólogo	3 (1,0%)	
Educador Físico	3 (1,0%)	
Fisioterapeuta	3 (1,0%)	
Fonoaudiólogo	2 (0,7%)	
Farmacêutico	1 (0,3%)	
Outros	6 (2,0%)	

A análise dos discursos feita pelo programa ALCESTE identificou um *corpus* composto por 30 UCI. Foram selecionadas 4.997 UCE, das quais 3.575 foram classificadas em seis classes, o que representa 71,5% de aproveitamento do material de análise.

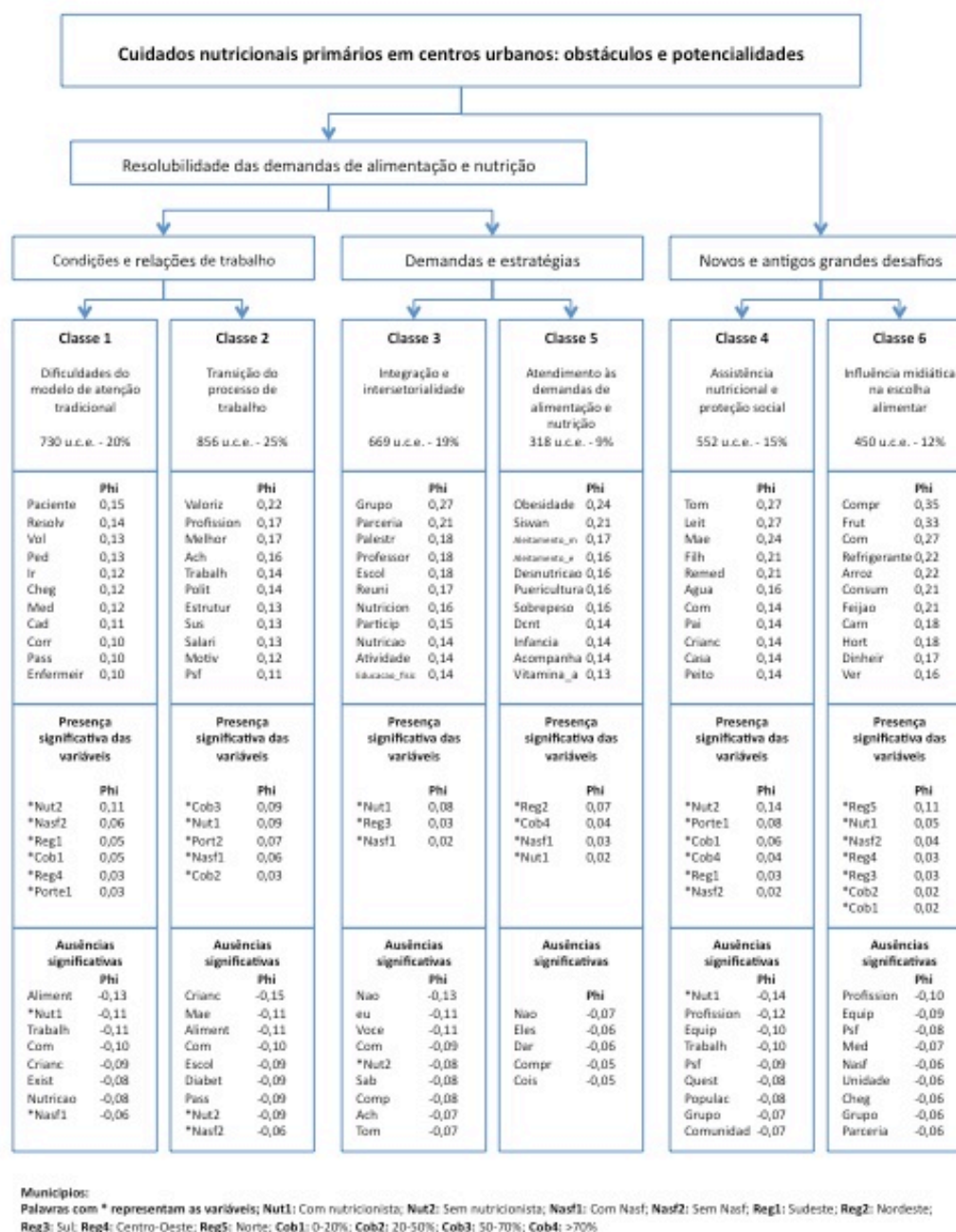


Figura 1. Dendograma da percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o cuidado nutricional nos centros urbanos, 2010.

A figura 1 mostra a distribuição das seis classes estáveis em dois grandes eixos temáticos e as respectivas palavras mais significativas para a construção da classe. O primeiro eixo, nomeado como “Resolubilidade das demandas de alimentação e nutrição”, é constituído pela Classe 1, que expõe as condições extremas que os profissionais de saúde enfrentam na rotina de trabalho; pela Classe 2, em que os profissionais descrevem a melhora das condições, da valorização e da motivação. Essas duas classes estão mais relacionadas entre si e constituem uma das ramificações. Ainda no primeiro eixo, observa-se a Classe 3 que aborda as

atividades em grupo, a articulação das equipes e as parcerias intra e intersetoriais; e a Classe 5, que menciona as demandas e estratégias de alimentação e nutrição. As Classe 3 e 5 estão mais relacionadas entre si e constituem segunda ramificação do primeiro eixo.

O segundo eixo, chamado de “Novos e antigos desafios” é composto por duas classes: a 4, que fala sobre as limitações dos profissionais na atuação da assistência nutricional; e, por fim, a Classe 6 demonstra como os profissionais lidam com a influência da mídia no consumo de produtos pela população do território.

No Eixo 1, as classes contaram com 20%, 25%, 19% e 9% das palavras analisadas e, no Eixo 2, com 15% e 12%, respectivamente.

Eixo 1 – Resolubilidade das demandas de alimentação e nutrição

Classe 1: Dificuldades do modelo de atenção tradicional

Os municípios que mais contribuíram para formação dessa classe foram os que não tinham NASF nem nutricionistas e com cobertura da ESF menor que 20%.

Esse grupo expressa imperativamente como os profissionais de saúde são demandados, seja pelos usuários, chefes ou colegas, assim como também apresenta as próprias demandas. Dentre as palavras com presença significativa, aparecem: paciente, resolver, ir, médico, não, correr, ligar, marcar, tempo, chefe, obrigar, brigar, problema, emergência, encaminhar, procedimento, angústia, mandar, falhar, emocionar, denunciar, coragem, dentre outras.

Essas demandas, destacadas nas falas dos profissionais, manifestam-se pela ideia de despreparo da formação para atuar na realidade da saúde pública e a coragem de ter que lidar com o sofrimento do usuário; pelo atendimento verticalizado e pouco humanizado; a resistência do paciente ao tratamento ou para ser atendido por determinado tipo de profissional; a burocracia para conseguir recursos ou consertar equipamentos; a desvalorização dos profissionais de saúde em relação ao médico; o uso de recurso próprio para resolver os problemas; a violência e ameaças que vivenciam na rotina de trabalho; a prescrição médica prevalecendo em relação às demais e a falta de discussão e interação com os demais profissionais; a necessidade imperativa de atender a qualquer custo ao princípio da resolubilidade; a sobrecarga de trabalho; a dificuldade e falta de tempo do médico para formar vínculo com o usuário; a cobrança de “metas inatingíveis” pela gestão; a comunicação da gestão sobre reclamações do serviço, mas nunca de

elogios; o retrabalho pela questão da alta rotatividade dos colegas; a desconfiança da população em relação ao governo.

Eu quero saber como é que consegue. Porque as enfermeiras que têm um horário maior que o nosso é 220. Pelo menos para mim, a direção me passou 480 de meta. Então eu quero saber: qual é a mágica, entendeu? Ainda tem que fazer promoção da saúde, treinamento dos ACS, educação em saúde e visita domiciliar (uce nº 2142, phi = 0,01, mun 13).

Podem mandar o paciente para outra unidade básica de saúde ou mesmo um procedimento que alivie o paciente, mas eles têm dificuldade de aceitar esse tipo de atendimento. Eles querem mesmo é serem atendidos pelo doutor, não adianta (uce nº 4505, phi = 0,01; mun 27).

Classe 2: Transição do processo de trabalho

A Classe 2 reúne a percepção dos profissionais sobre a satisfação com o trabalho no que diz respeito às condições de infraestrutura e de recursos humanos; valorização dos gestores e da população pelo trabalho que desenvolvem; motivação; remuneração; capacitação e contratos de trabalho. O perfil de municípios que contribuiu significativamente para construção dessa classe apresenta cobertura da ESF intermediária (20-70%), NASF e nutricionista e são metrópoles.

Os relatos não seguem o mesmo padrão, as realidades de cada município são bem heterogêneas. Assim, há grupos que expressaram que as condições de infraestrutura melhoraram muito ou estão em processo de transição, enquanto em outros municípios, profissionais reclamam que não têm recursos materiais suficiente para elaborar materiais educativos, não há transporte da prefeitura para fazer as visitas, não há espaços para fazer as atividades planejadas e até mesmo as consultas individuais. Os profissionais relatam que precisam improvisar, contar com recursos financeiros próprios e, até mesmo, trabalhar em horário extra para superar o problema. E nem sempre o trabalho é reconhecido pela própria população, principalmente aquele que envolve promoção.

(...) consultório para atender a comunidade e esse benefício também favorece a comunidade. Existem postos de saúde no município que realmente estão precisando melhorar, mas sempre vejo reformas em andamento, construções, porque não dá para se fazer tudo de uma só vez. (uce nº 1366 Phi = 0,01; mun07)

(...) porque assim, eu conheço a realidade do pessoal que trabalha na regional 4. Então assim, um problema que eu acho muito complicado também é que todo o material educativo, tudo o que a gente precisa fazer que precisa de um computador, eu tenho que fazer na minha casa, à noite, porque eu não posso tirar o horário (uce nº 1124 Phi = 0,01; mun06).

O aspecto salarial foi reiteradamente citado e a satisfação ficou condicionada ao município porque há diferenciação sobre o tipo de contratação, sobre o valor do salário, sobre a carga horária e os direitos do trabalhador. Em geral, mostraram-se insatisfeitos com o valor, com a ausência de plano de carreira e com o tipo de contrato (instável, algumas vezes precarizados, sem direitos como férias, 13º salário e licenças). Em conjunto com condições inadequadas de trabalho, esse fator de motivação definiu a alta rotatividade dos profissionais, principalmente médicos, levando à descontinuidade das ações. Falou-se, então, sobre a importância do aumento de efetivos e de maior contrapartida do município com os salários dos profissionais.

(...) então, acaba que uma coisa leva a outra. Então, se tivesse tudo redondinho, tudo perfeitoinho, trabalhando da forma adequada. Eu acho que uma política que está sendo interessante nesse sentido é a ampliação dos efetivos, porque o contratado é o que quebra o sistema aqui (uce n° 4307 Phi = 0,01; mun26).

O gestor municipal também foi abordado nessa temática. As declarações não foram consensuadas. Há profissionais que referem boa relação de trabalho com o gestor, contam com apoio e mantêm um vínculo. Porém, outros grupos referiram a dificuldade de comunicação; a distância entre as equipes de SF e a gestão, e o não funcionamento da rede entre os profissionais de diferentes níveis de atenção; a dificuldade de trabalhar ações de promoção, como atividade física e alimentação, pelo pequeno quantitativo de profissionais e pela falta de apoio da gestão. O NASF foi citado como um espaço positivo para trabalhar.

O pessoal está muito envolvido. Às vezes, a pessoa trabalhava sozinha e não conseguia o que agora a equipe toda, todos juntos conseguem agora. Acho que esse é o segredo. Partindo da gestora, com todos da secretaria de saúde e o pessoal aqui, nem se fala, porque todos nós precisamos um do outro (uce n° 2824 Phi = 0,01; mun16).

A gestão é cobrada nesse sentido somente onde existem trabalhadores que têm essa visão muito fortalecida em relação a fazer atividade de promoção da saúde. E essas equipes acabam sendo mal vistas pela gestão, pelo fato de sempre estar solicitando profissionais para fazer essas atividades, porque eles não têm o apoio da população (uce n° 4290 Phi = 0,01; mun26).

Mas hoje a equipe do NASF faz parte da rede, nós temos especialidades. Agora, em relação ao profissional, ao trabalhador, ao especialista que está na rede hospitalar, que está na atenção básica do centro de saúde, que tem o vínculo do estado e que, muitas vezes, não está preparado para darem a contrarreferência (uce n° 2070 Phi = 0,01; mun12).

Assim como os outros aspectos levantados, a capacitação também se apresentou de forma variada entre os municípios do estudo. Há profissionais satisfeitos com o apoio do município e outros que mencionam a escassez e a falta de aplicação dos cursos ministrados. Mesmo tendo capacitação, a ausência de estrutura mínima de trabalho prejudica o desempenho na rotina.

Essa organização oferece, para todos os profissionais, capacitação técnica. Eu acho que é um aspecto que diferencia. Acho que nossa maior dificuldade hoje talvez seja a ansiedade de realizar as coisas, as limitações em realizar as coisas (uce n° 3217 Phi = 0,01; mun19).

Classe 3: Integração e Intersetorialidade

Os municípios com contribuição significativa para a formação dessa classe tinham nutricionista e NASF.

A Classe 3 incluiu diferentes aspectos que abordam: grupo, equipe, integração, parceria, mobilização e articulação. Essa temática estava relacionada às atividades e às ações feitas em grupo com a população; à comunicação, à integração e às reuniões de discussão, organização e planejamento que são realizados intra e intequipes de SF e NASF; à mobilização social e à participação da comunidade no conselho local; e às parcerias setoriais e intersetoriais para concretizar as ações.

Os participantes do grupo focal manifestaram a importância de contar com os nutricionistas quando existem, principalmente os que atuam diretamente no setor saúde do município, nas atividades em grupo. Na visão deles, os resultados dos trabalhos feitos na área de alimentação são melhores quando há envolvimento do conjunto de profissionais e as equipes NASF estão completas. Os grupos mais mencionados foram: hipertensão, diabetes, idosos, puericultura, gestantes e atividade física/ caminhada. Mencionaram não haver necessidade, na maioria dos casos, de atendimento individual e a importância de fortalecer essa discussão entre os profissionais e os gestores, porém enfatizaram a dificuldade de atingir o público que não é alvo dos programas porque não costumam ir às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A existência de reuniões das equipes variou entre os municípios. Há alguns, principalmente os que já contam com os NASF, que têm agendado encontros periódicos para discussão de casos; encaminhamentos para consultas e grupos e definições de prioridades; para planejamento e organização de atividades. Alguns

profissionais de municípios que ainda não fizeram adesão ao NASF citaram a falta de integração, de articulações e de parcerias entre as equipes do mesmo município para apoiarem ações umas das outras, como também existiram relatos de que não há encontros específicos para troca de experiências entre elas.

(...) nessa reunião, a gente passa os casos, discutem também, faz marcações e manda de novo para a equipe de saúde da família para fazer essas marcações, falamos da nossa conduta resolvida nessas reuniões (uce n° 3596 Phi = 0,01; mun21).

A construção de um espaço de diálogo com a comunidade e sua participação na discussão e nas deliberações do Conselho de Saúde Local foram abordados como desafio.

Em termos de parceria, sua natureza estava mais relacionada ao empréstimo e ao uso de espaços externos à UBS para realização de atividades, como em igrejas, associações e escolas. A pastoral da criança, o Serviço Social da Indústria (SESI) e os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) também estiveram presentes como parceiros na identificação e no monitoramento de crianças em risco nutricional; em capacitações de aproveitamento integral de alimentos; e no apoio das famílias em vulnerabilidade e risco social do território de abrangência, respectivamente.

O setor educação esteve presente no discurso como importante parceiro. Demonstraram que existem ações pontuais em execução, quando há solicitação da escola, para vacinação e orientações de saúde bucal. Falaram sobre a necessidade de integração das escolas locais e as unidades de saúde para realizar diagnóstico nutricional, educação alimentar e nutricional, e incentivo à prática de atividade física.

Eu acho que deveria haver uma integração maior entre a unidade básica de saúde da família e as escolas, eu acho pouco esse intercâmbio. Esse contato praticamente não existe. Acho que como existe um dia para o hipertensão, para a puericultura, para o pré-natal, para a saúde mental, deveria também haver um dia para visita domiciliar, haver um expediente, um turno para a visita à escola e fazer um diagnóstico (...) (uce n° 2042 Phi = 0,01; mun12).

Ademais, colocaram em pauta a presença da universidade nas unidades. Quando especificaram para área de nutrição, levantaram a dificuldade de ter estagiários do curso por não contarem com o profissional habilitado como preceptor. Porém, algumas ações de AN acontecem quando os professores das Instituições de Ensino Superior (IES) estão envolvidos integralmente nas atividades de supervisão dos alunos e quando possuem projetos de extensão com interface na AB.

A gente articula também com a academia. Tem um professor de nutrição que, no estágio curricular, ele vai até lá com os alunos. Agora, com a reformulação, preparando o profissional para ser inserido no NASF, aí as faculdades já estão com uma preocupação maior de levar o aluno para a Atenção Básica (uce n° 581 Phi = 0,01; mun03).

Classe 5: Atendimento às demandas de Alimentação e Nutrição

A referida classe se remete, a partir da percepção, sobre a importância das ações e como os profissionais de saúde atendem as demandas relacionadas à AN. Os municípios com cobertura acima de 70% e com nutricionista contribuíram de forma significativa para formação da classe.

Como mais prevalentes foram citadas a obesidade em todas as faixas etárias, a hipertensão, o diabetes, a persistência de alguns casos de desnutrição e de baixo peso. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi referenciado como ferramenta imprescindível para direcionar as intervenções e monitorar os agravos, mas, nos discursos, o uso foi referenciado em curto prazo.

(...) estávamos fazendo um grupo de obesidade infantil, com uma equipe multidisciplinar: endócrino, enfermeira, fonoaudiólogo, psicólogo. E precisamos de ajuda e encontramos 35 crianças com obesidade. Desses, só foi um paciente. Mas a gente está detectando assim porque o nosso funcionário já está fazendo o trabalho no SISVAN e joga todos os dados (uce n° 3942 Phi = 0,01; mun24).

Como tipos de estratégias, as atividades em grupo e o atendimento individual foram mencionados. As práticas relacionadas à promoção da alimentação saudável e aleitamento materno; à prevenção da cárie; à deficiência de iodo, ferro e vitamina A e B1 foram abordados com referência aos programas da área.

É isso, a gente vê resultados muito positivos, desde o aleitamento materno, que é o principal alimento. Então, a gente tenta mostrar que a alimentação, ela é importante para promover a saúde desde a infância e durante todos os ciclos de vida (uce n° 28 Phi = 0,02; mun01).

A gente tem que também romper esse paradigma e pensar nessas alternativas de alimentação saudável, de aproveitamento integral de alimentos e tal. Isso vai fazer com que haja a atenção básica. Ela é a prevenção das doenças e tem que se basear, principalmente, pensando que há alimentação inadequada, obesidade, diabetes, hipertensão, as DCNT, as doenças da infância (uce n° 24 Phi = 0,02; mun01).

Em relação aos desafios, foram apontados: a baixa adesão dos usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a dificuldade em trabalhar o tema de forma inovadora; os usuários valorizam o atendimento individual em detrimento das atividades em grupo e das práticas promocionais; o número insuficiente de profissionais para orientar e fazer o apoio matricial; a dificuldade em fazer

encaminhamentos, por ausência do profissional habilitado; o esforço dos profissionais de saúde em buscar informações e o como fazer relacionado à AN, que não foram explorados na sua formação acadêmica; a grande demanda não favorece uma atenção integral da família, em função do tempo de atendimento reduzido; a resistência e o distanciamento do usuário quanto à imposição de regras e verticalização do cuidado; a necessidade de ter o nutricionista na AB e na Atenção Especializada.

A questão da educação, querendo ou não, essa mudança de hábito vai partir na atividade em grupo ou no atendimento individual. É simplesmente, só que as pessoas querem atenção. Ai entra a questão da carência também, mas as pessoas querem atendimento individual, é a única coisa que funciona. Se não for dessa forma, eles não participam de grupo, porque acham que só o atendimento individual, essa parte mais clinica é que vai dar resultados. Então, o que deveria mudar é a educação, mas como mudar a questão da educação? (uce nº 4667 Phi = 0,02; mun28)

Eixo 2 – Novos e antigos desafios

Classe 4: Assistência nutricional e proteção social

Esse grupo temático foi apresentado com situações vivenciadas com a população na rotina do serviço, as quais os profissionais tentavam resolver, mas percebiam limitações quanto a sua atuação. A maior parte dessas situações se referiram ao âmbito da assistência, tratamento e cuidado.

Os profissionais relataram sintomas e consequências do uso do cigarro, do álcool, o (des)controle do diabetes, da obesidade e da hipertensão arterial; falaram sobre a vulnerabilidade nutricional e os problemas psicossocioculturais pelos quais a população da sua área passa. Alguns desses problemas foram mencionados: questões familiares como a ausência dos pais na proteção e na educação dos filhos; a falta de cuidado dos idosos pela família; a influência negativa dos familiares sobre a mãe no que diz respeito ao ato de amamentar; a desestruturação da família em função de perdas ou prisão de membros; as situações de fome, de desnutrição grave e de dependência de doações; a apropriação dos recursos de beneficiários dos programas por usuários de drogas ilícitas; a falta de planejamento familiar.

Escuto demais dizerem que não amamentou porque não quis. Que sabem o que é importante, mas não quis amamentar. Pois é, às vezes, queremos fazer tudo e aumentamos nossa responsabilidade, mas a comunidade também tem responsabilidade sobre sua vida. O autocuidado. O filho dela então está passando fome por falta de responsabilidade da mãe também. A informação existe. Se ela sabe que pode amamentar, que vai ser um alimento bom para o filho e não oferece isso

ao filho, nós também não podemos ir além do que podemos. Também temos limitações. (uce nº 1224 Phi = 0,01; mun07)

Há o relato de esforço em buscar estratégias para tentar resolver os problemas que vão além do setor *Saúde*. Eles citam a AN como algo positivo para diminuir o uso de medicamentos e para prevenção e amenização de agravos, mas entendem que os usuários querem e necessitam de soluções imediatas. Recorrem às medidas emergenciais, quando existem, como os programas assistenciais de distribuição de alimentos no município e o uso da multimistura. Observou-se, ainda, que os municípios que mais contribuíram para construção dessa classe temática não tinham o nutricionista nem o NASF trabalhando ou apoiando os serviços, e o perfil era formado pelos extremos quanto à cobertura da ESF (< 20% ou > 70%).

Classe 6: Influência midiática na escolha alimentar

Na última classe, os discursos dos profissionais voltam-se para a influência da indústria no consumo de alimentos ricos em gordura, sódio e açúcar pelos usuários vinculados à ESF. A praticidade, o *status*, a busca por sabor, a falta de informação, o apelo midiático e o baixo preço foram aspectos apontados como motivadores para o consumo desses alimentos. Municípios com a cobertura menor que 50%, com nutricionistas, mas sem NASF tiveram presença significativa nos discursos dessa temática.

Como estratégias para promover a alimentação saudável entre os usuários (incluindo também diabéticos e hipertensos) os profissionais citaram orientações para aumentar o consumo de frutas e hortaliças e alimentos mais naturais, dentro da realidade da comunidade, além da promoção da prática do aleitamento materno. Assim, mencionaram diminuir a preocupação com o princípio da variedade nas orientações, desde que aumentassem o consumo de frutas; procuraram incentivar o consumo de alimentos regionais; demonstraram a necessidade de criar habilidades nos usuários de baixa renda para que fizessem compras mais saudáveis e baratas e para que aproveitassem integralmente os alimentos.

Na nossa área a gente trabalha com pobreza extrema. Extrema, extrema. Também tem a questão consumista também, porque a mídia está aí, mostrando na televisão. É verdade. Porque fruta, minha gente, é barato. Veja bem, nós entramos na orientação, porque se ele tem dinheiro para comprar aquele cheetos ou uma pipoca, eu posso orientar para ele optar por uma fruta. Eu posso aproveitar a fruta da época para trabalhar. Esse trabalho é importante, orientar (uce nº 2149 Phi = 0,03; mun13).

Nos municípios onde havia o profissional nutricionista, foi levantada a necessidade de integrar o serviço de saúde com a escola com a proposta de capacitar os professores para abordar a alimentação saudável desde a infância. Foi indicada ainda a possibilidade de produção do próprio alimento com a construção de hortas comunitárias, com dificuldades de implantação por ter que contar com a vontade dos usuários na participação e com a prefeitura para garantir o espaço e os recursos.

4. DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que os discursos concernentes às dificuldades do modelo de atenção e a transição para nova proposta de processos de trabalho relacionados às ações de saúde, incluindo alimentação e nutrição, representaram a maior parte do *corpus* analisado. A PNAN, na sua diretriz sobre qualificação da força de trabalho, expõe a necessidade de formação dos profissionais do setor *saúde* para atuar na agenda de AN no SUS, tendo como eixo estruturante de organização o processo de trabalho em saúde⁹.

O aspecto de adesão ou não ao NASF possibilita perceber diferentes processos de trabalho vivenciados pelos profissionais. Importante destacar que a fragmentação das ações, as maiores dificuldades e desafios relacionados às condições, às relações e aos processos de trabalho surgiram na Classe 1, em que os profissionais que mais contribuíram para esses discursos eram provenientes de municípios que ainda não tinham o NASF implantado.

A Política Nacional de Humanização (PNH) menciona que um serviço de saúde em que as decisões são tomadas por um pequeno grupo hierarquicamente superior, que a organização é norteadada de acordo com o poder das corporações profissionais, e os processos de trabalho são centrados em procedimentos burocráticos, tende a gerar fragilidade de envolvimento e de interesse dos profissionais com os usuários³¹. A fim de contribuir com a organização da atenção nutricional e do SUS, em consonância com as outras ações de saúde, os pontos estratégicos são: a qualificação da força de trabalho em nível de gestão e cuidado, a valorização, o investimento na formação e na educação permanente, a garantia dos direitos trabalhistas, a implantação de planos de carreira associados ao desempenho e o fortalecimento do vínculo de trabalho^{5,9}.

E, como proposta de contribuição para mudança, a PNH propõe as equipes de referência e o apoio matricial como arranjos organizacionais com características de transversalidade. Nesta perspectiva, o apoio matricial passa a ter dois públicos sob sua responsabilidade: os usuários do serviço e o próprio serviço³¹.

Assim, a organização e os processos de trabalho nos NASF se diferenciam em relação ao que é proposto para as equipes de SF. Nos NASF, há atualmente ferramentas de trabalho que contribuem para a integralidade do cuidado, com o modo de atuar transversal (não específico de uma ocupação) seja as de apoio à atenção e cuidado – como o apoio matricial, o trabalho com grupos, o Projeto de Terapêutico Singular (PTS), o genograma, o ecomapa, o Atendimento domiciliar compartilhado, a Consulta compartilhada e o Projeto de Saúde no Território (PST) – seja a de apoio à gestão, como a Pactuação do Apoio^{11,32}. Nessa última, estariam contempladas: a avaliação conjunta da situação inicial do território entre gestores, equipes de SF e conselhos de saúde para definir a composição dos NASF, por exemplo; e a negociação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre gestores, equipes NASF e equipes de SF¹¹.

Moura e Luzio³³, em suas reflexões sobre as faces da função *apoio*, veem os NASF como resultado do amadurecimento e da institucionalização da unidade de produção que procura modificar a concepção taylorista de organização e divisão do trabalho. No estudo referiu que a Secretaria de Saúde de Maringá nomeou os profissionais dos NASF como apoiadores institucionais para o desenvolvimento de ações de estruturação das redes temáticas, o apoio às equipes no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e a implementação do Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS) do município. E a partir dessa informação registrada no estudo, eles concluem que a função dos NASF permitiria também a emergência do apoio institucional, já que

*coloca em análise os métodos de trabalho instituídos, incentiva o trabalho cooperativo em equipe, estimula a troca de saberes, propõe a análise dos movimentos institucionais e a criação de processos de trabalho que não distanciem as atividades de gestão e de atenção*³³.

A Classe 2, formada significativamente por falas de profissionais que atuam em municípios com NASF e nutricionistas, já demonstra indícios de satisfação, valorização, melhora das condições e relações de trabalho pelos profissionais, o que pode indicar que a presença dos NASF, apesar do pequeno tempo de implantação, está influenciando positivamente nesse aspecto. Por outro lado, há também a

possibilidade, naqueles municípios que inicialmente aderiram ao NASF, da gestão de saúde e os profissionais estarem previamente sensibilizados para essa nova perspectiva.

Cabe ressaltar que nessa classe foram citadas algumas dificuldades relacionadas à falta de recursos para atividades educativas, prevenção e promoção da saúde. Foi observado que, nos discursos dos profissionais (ou os poucos gestores que participaram), não foi levantada a possibilidade de uso dos recursos provenientes do “Fundo de Alimentação e Nutrição”. Esse recurso está previsto desde 2006 por publicações de portarias anuais do Ministério da Saúde brasileiro. A partir de 2009, foi estabelecida para municípios acima de 150 mil habitantes, com fins de implementação da PNAN prioritariamente para a promoção de prática alimentares e estilos de vida saudáveis; monitoramento da situação alimentar e nutricional; a prevenção e controle de distúrbios nutricionais e doenças relacionadas; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição³⁴.

Deve-se considerar, porém, que houve um investimento no financiamento federal da AB a partir de 2011 e, que portanto, não contemplou o período de coleta de dados da presente pesquisa. Um dos investimentos foi a proposta do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) com o objetivo de aperfeiçoar a estrutura física para melhorar o desempenho das equipes de saúde, cria um incentivo financeiro fundo a fundo por unidade da federação para reforma, ampliação e construção de UBS, além de ações de informatização dos serviços e qualificação da atenção à saúde. A aplicação do recurso é objeto de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e Comissão Intergestores Bipartite⁷.

A temática de educação permanente pouco se evidenciou nos discursos dos profissionais no que diz respeito ao aspecto da AN. A PNAN aponta a educação permanente como primordial para qualificar o cuidado, a gestão e a participação popular. Esse processo deve incentivar a autonomia, mostrar-se útil para a prática dos profissionais, considerar as experiências prévias e a realidade de trabalho⁹. A articulação com instituições formadoras foi uma estratégia apontada na Classe 3.

O estudo qualitativo de Ricardi e Sousa³⁵, que também é parte do projeto original da presente pesquisa, feito em 28 municípios brasileiros de grande porte sobre a realização de ações de Educação Permanente em AN na ESF, entrevistou 44 gestores municipais responsáveis pelas ações de AN. Concluíram que, embora os municípios tenham iniciativas, não houve reconhecimento de um plano de

natureza permanente e incorporada às práticas diárias. Dentre os fatores que dificultaram, os autores citaram a falta de gestores em AN, a falta de nutricionista como apoio para as capacitações, alta rotatividade e falta de adesão dos profissionais, dificuldades burocráticas para conduzir os recursos financeiros, falta de infraestrutura, e a falta de aplicabilidade para a realidade do serviço.

No que se refere à segunda ramificação do Eixo 1, remetente às demandas de AN e estratégias executadas e aperfeiçoadas pelos profissionais, observa-se que, na Classe 5, o diagnóstico ou identificação da situação alimentar e nutricional se restringe ao nível individual e familiar, além de serem relacionadas somente aos programas direcionados pelo nível federal. Além disso, ações mais específicas encontradas na Matriz das Ações de AN na AB¹² como identificações; ações educativas de prevenção ou tratamento dos transtornos alimentares; HIV/AIDS influenciando o Estado Nutricional nos ciclos de vida; e trabalho com adolescentes não foram representados na classe. A PNAN também cita o cuidado de indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais como demandas para a atenção nutricional no SUS⁹.

A promoção da prática de aleitamento materno e a puericultura estiveram presentes de forma significativa em, pelo menos, três classes (4, 5 e 6). Essa presença importante pode ser explicada pela prioridade que é dada à área de saúde da criança, que oficialmente torna-se uma área estratégica da PNAB⁷. Além disso, um grupo de atribuições citadas na Matriz das ações de AN na AB sobre prevenção e promoção da saúde, inclusive o aleitamento materno, são comuns e de responsabilidade do conjunto de profissionais da saúde¹².

Já a promoção da alimentação adequada e saudável foi abordada nos discursos, mas de forma pontual, com ações restritas como a de reaproveitamento integral de alimentos. Essa compõe uma das diretrizes da PNAN e, junto com as outras ações de promoção da saúde, estimula a busca de alternativas inovadoras e é baseada nas ações de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde como a ênfase nas políticas públicas saudáveis, na criação de ambientes favoráveis à saúde, no reforço da ação comunitária, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos serviços. As equipes SF, nessa vertente, deveriam ampliar as suas ações além da UBS e contribuir com atividades integradas em outros equipamentos sociais como escolas, creches, espaço comunitário para prática de

atividade física, rede de assistência social⁹. Algumas dessas ações intersetoriais estiveram presentes nessa ramificação, porém na Classe 3.

Ainda na Classe 5, foi relatada a dificuldade de atingir o público que não é alvo dos programas. O Programa Bolsa Família prevê como condicionalidade aplicada aos serviços de saúde a necessidade de prover atividades direcionadas à família, seja a inserção de adolescentes, a captação de outros grupos para as ações de cuidado e a inserção de ações integrais. No estudo de Trevisani e Jaime³⁶, apenas metade das UBS pesquisadas no Rio de Janeiro afirmou ter mecanismos de priorização das famílias para inserção de ações integrais e captar outros membros da família para atendimentos individualizados³⁶.

Por fim, apesar de algumas dificuldades quanto ao preenchimento, o SISVAN surgiu nos discursos de forma positiva como uma ferramenta de uso para planejamento de ações em nível individual, em situações de intervenções imediatas. O uso para ações em nível coletivo talvez ainda não esteja consolidado, pois não foram relatados discursos de intervenções em longo prazo nos territórios com o apoio da ferramenta. Há estudos que indicam, contudo, que a cobertura populacional do SISVAN Web e SISVAN Bolsa família ainda está muito baixa no estado de São Paulo e no Rio Grande do Sul, principalmente para a demanda espontânea, seja por ausência de registro ou falta de regularidade de envio das informações^{37,38}. Isso demonstra uma resistência em monitorar o Estado Nutricional da população como ação das equipes de SF.

Na Classe 3, em que os municípios com NASF e com nutricionistas contribuíram mais para a construção da categoria, a representação de ações de nível coletivo, como as atividades em grupo para população e os encontros periódicos intra e interequipes, foram mais relatados. Já na Classe 5, que apresenta maior contribuição de falas de profissionais de municípios com nutricionistas na rede tradicional e com variabilidade quanto à presença ou não de NASF, persistiram nos discursos as dificuldades relacionadas ao número insuficiente ou à falta de profissionais habilitados tanto na AB como na Atenção Especializada; e à falta de conhecimento em AN dos profissionais de saúde. É possível que isso se deva a natureza da proposta do NASF que procura o trabalho mais integrado e articulado entre os profissionais com compartilhamento de práticas e saberes com finalidade de aumentar a resolubilidade e os diversos tipos de ações^{7,11}.

Deve-se enfatizar que, embora esses discursos da Classe 5 sejam provenientes principalmente de municípios com nutricionistas, a presença desse profissional não era homogênea nos territórios e as ações estavam ainda pautadas predominantemente no atendimento individual. A partir de 2008, com a adesão aos NASF¹⁰, 11 dos 13 municípios inseriram o nutricionista na equipe e os discursos direcionam que a qualificação das ações começa a ocorrer.

Parcerias variadas do próprio Estado, do setor privado ou de Organizações Não Governamentais (ONG) também foram abordadas. A PNAN sinaliza essas articulações como compromisso do setor saúde e a PNAB refere-se às ações intersetoriais como algo intrínseco ao processo de trabalho da ESF^{7,9}.

Dentre as parcerias, a Pastoral da Criança esteve bastante presente nos discursos dos profissionais. O estudo de Marques *et al.*³⁹, em entrevistas realizadas com enfermeiros da ESF, destacam a importância dessa parceria no acompanhamento do Estado Nutricional de crianças para prevenção e promoção, apesar das dificuldades declaradas dos envolvidos quanto ao processo territorial, ao relacionamento interpessoal e na incompatibilidade de horários.

Silva⁴⁰ chama atenção que, apesar da ruptura com a antiga ideia de assistência social a partir da década de 1990, e da responsabilidade que o Estado passou a ter no enfrentamento das situações de pobreza, colocando os usuários como cidadãos de direito, os voluntários das pastorais sociais continuam a atuar com certa hegemonia na prática e serviços sob a perspectiva da caridade e não na defesa de direitos individuais e coletivos. Mas, para que a nova abordagem se concretize, seria necessária a superação dos próprios valores morais e cristãos desses voluntários.

Uma parceria possível, não encontrada na fala dos participantes da pesquisa, seria com setor comunicação por meio da rádio comunitária. Domene *et al.*⁴¹ acreditam que, por suas especificidades técnicas de pequeno alcance, uma ferramenta como essa tem a capacidade de promover a capilarização das políticas públicas e, desde que tenha ajustes para que as informações e ações interajam com os diferentes cenários e culturas dos territórios, representa um potencial importante para divulgar questões de saúde e nutrição.

A área de educação, embora pouco presente nos discursos, constitui-se como importante parceria de curto, médio e longo prazo. Em geral, depreende-se das falas que há ações intersetoriais restritas e não permanentes. Ações de fortalecimento do

Programa Nacional de Alimentação do Escolar (PNAE) como educação alimentar e nutricional com crianças, adolescentes e demais atores envolvidos, representação no Conselho de Alimentação do Escolar (CAE), participação e contribuição em projetos de hortas escolares¹² ainda não surgiram como estabelecidas. Outro incentivo à articulação do serviço de saúde com a escola é o Programa Saúde na Escola (PSE), com diretrizes para a promoção da alimentação saudável oficializadas pela portaria interministerial n. 1010 de 2006⁴². No entanto, a concretização das ações de AN relacionadas ao PSE começou em 2012, com a Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola⁴³, e a coleta de dados do atual estudo é referente a 2010.

No que diz respeito às IES, o Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional (Pró-Saúde) deu um passo inicial à integração e à aproximação dos cursos de saúde ao serviço público, AB e ESF⁴⁴. No entanto, ainda estava em fase inicial de execução quando foram realizados os grupos focais e alguns discursos foram referenciados. O estudo de Pinheiro *et al.*⁴⁵, em relação aos cursos de nutrição, abordou a dificuldade de integração do campo de práticas nos serviços com as universidades por distância da teoria com a prática e por falta do nutricionista na AB. Em alguns lugares, houve menção à atuação de estagiários de nutrição sem a presença do profissional habilitado no serviço para supervisioná-los, o que fere o código de ética da profissão⁴⁶.

No Eixo 2, surgiram temas relacionados aos grandes desafios de AN que os profissionais enfrentam no que diz respeito à população. Foram expressos os sentimentos de impotência diante de situações como a fome, a violência, o abandono e a influência da mídia. As ações de diagnóstico individual e familiar constantes na Matriz¹² no que diz respeito ao risco de insegurança alimentar e nutricional; dificuldades de integração do idoso à família; acompanhamento e apoio às famílias na desestruturação familiar e situações de violência são realizadas pelos profissionais das equipes, sobretudo pelo Agente Comunitário de Saúde.

Porém, estratégias possíveis explicitadas no documento como o encaminhamento de usuários ou famílias em risco de insegurança alimentar e nutricional para proteção social não tinham o suporte necessário para serem realizadas nos municípios. E ações coletivas de discussão com a comunidade sobre a segurança alimentar e nutricional, o Direito Humano à Alimentação Adequada e sobre ações de proteção e inclusão social; e o estímulo à participação organizada da

comunidade nos conselhos de controle social não surgiram nos discursos dos profissionais como possibilidade de superação dessas condições em longo prazo no território¹². Questiona-se, então, se os profissionais de saúde conseguem se identificar nesse papel ativo de participação e mobilização popular em prol das questões de saúde, inclusive alimentação.

O sentimento de impotência, o desconhecimento da atuação e a percepção de incapacidade de concretizar articulações intersetoriais pelos profissionais de saúde quando se deparam com essa realidade e o desafio organizacional de articular os Programas de Transferência de Renda àqueles programas que incentivam o acesso aos direitos sociais também foram abordados em outros estudos^{47,48}.

A percepção dos profissionais sobre as demandas relatadas nas Classes 4,5 e 6 se coaduna com a mudança de perfil nutricional da população brasileira, nas últimas quatro décadas, representada pela redução progressiva da desnutrição infantil; pela diminuição do déficit de peso em adolescentes e adultos; pela redução da prevalência do déficit de altura; pelo aumento acelerado do excesso de peso em todas as regiões brasileiras, principalmente na última década, e em todos os estratos de renda^{49,50}. Além disso, esses agravos coexistem com a persistência de altas prevalências das carências nutricionais em crianças menores de cinco anos e mulheres em idade reprodutiva, como a hipovitaminose A (17,4% e 12,3%) e anemia (20,9% e 29,4%)⁴⁹.

Com a consolidação de políticas e programas, na última década, houve a constatação de alguns avanços na prática do aleitamento materno, com aumento das mães que iniciaram a prática, aumento na duração do aleitamento materno exclusivo e total; além de redução da mortalidade infantil⁴⁹ e da prevalência da situação de Insegurança Alimentar (IA) nos domicílios de 34,9% em 2004 para 30,2% em 2009. As IA moderada e grave passaram de 9,9% para 6,5% e de 7,0% para 5,0%, respectivamente⁵¹. Contudo, na fala dos profissionais, esses problemas apareceram também como grandes desafios a serem enfrentados.

No que diz respeito à influência da mídia, medidas de proteção do Estado devem ser previstas também como estratégias de regulação de alimentos – rotulagem, direito à informação, publicidade e redução de açúcar, gordura e sódio dos alimentos pela indústria⁹. Na Classe 6, foram citadas estratégias individuais ou familiares de orientações ao consumo de alimentos saudáveis e regionais pelos profissionais, principalmente para a população de baixa renda. A criação de

habilidades pessoais, como a interpretação de um rótulo de um produto, no intuito de dar autonomia para que os usuários consigam filtrar informações relacionadas à alimentação, é uma contribuição importante que os profissionais podem desenvolver para ter escolhas alimentares mais conscientes.

5. CONCLUSÃO

O objetivo do artigo foi analisar a percepção dos profissionais das equipes de SF ou NASF sobre as ações de alimentação e nutrição em municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes. Essa percepção foi expressa pela importância que eles atribuem às ações, tendo como referência a demanda da população; pelas dificuldades enfrentadas em executá-las; e pelas estratégias que desenvolvem para resolvê-las.

Os discursos dos profissionais de saúde da ESF predominaram nas dificuldades que enfrentam na rotina (Classe 1: Dificuldades do modelo de atenção) e nas mudanças positivas que começam a ocorrer sobre o processo de trabalho (Classe 2: Transição do processo de trabalho). Há indicações de que a inserção do NASF esteja influenciando os discursos sobre atuação exclusivamente técnica dos profissionais para o equilíbrio com os discursos sobre as funções de planejamento, de monitoramento e de envolvimento na gestão dessas ações. E será que esses discursos refletem em mudanças nas práticas do serviço?

Em menor proporção do *corpus* analisado, os aspectos relacionados à coletividade, à intersetorialidade e à integralidade da atenção (Classe 3: Integração e Intersetorialidade) também emergiram principalmente de falas de profissionais de municípios que aderiram ao NASF com o nutricionista. Isso se contrapõe às ações ainda predominantemente individuais de nutricionistas inseridos na rede tradicional ou que poderiam persistir na proposta do NASF (Classe 5: Atendimento às Demandas de Alimentação e Nutrição).

As demandas de alimentação e nutrição que envolviam a população mais socialmente vulnerável (Classe 4: Assistencial Nutricional e proteção social; Classe 6: Influência midiática na escolha alimentar) apresentaram-se como desafios para os profissionais. Essas demandas exigiam emergência de articulação e envolvimento com outros setores e mobilização popular.

A partir desses resultados, torna-se imprescindível reorganizar os processos internos de trabalho, com fortalecimento dos NASF e integração com as equipes de referência; estabilizar os vínculos de trabalho; aprofundar parcerias intersetoriais, principalmente com as escolas, universidades, associações locais, centros de assistência social; investir na educação permanente dos profissionais, ofertando cursos com metodologias ativas e práticas em serviço em tempo protegido e na parceria com as universidades; incrementar o número de nutricionistas nos NASF e, de modo geral, na AB para realizar ações gerais e específicas relacionadas à alimentação e nutrição; melhorar vínculo entre gestão e profissionais, com a prática de apoio institucional; criar legislações e mecanismos de exigibilidade de direitos; manter e aperfeiçoar programas de proteção social à população. São necessários estudos que aprofundem esses aspectos; que explorem mais o âmbito da gestão; e que acompanhem e avaliem o impacto do investimento nas UBS no fortalecimento das ações das equipes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. World Health Organization. Chapter 3: Primary Care: putting people first. In: The World Report 2008 – Primary Health Care (Now more than ever). Geneva: World Health Organization; 2008. [Acesso 2013 abril 13]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_pr.pdf>.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15 (5): 2297-2305. Doi: 10.1590/S1413-81232010000500005.
4. Lavras C. Atenção primária à Saúde no estado de São Paulo: I Atenção Primária à Saúde e organização das redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade* 2011; 20 (4): 867-874. Doi: 10.1590/S0104-12902011000400005.
5. Organização Panamericana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo redes de atenção no SUS: contribuição para o debate. Brasília: OPAS; 2011. [acesso 2014 mai 13]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf>.
6. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14 (supl. 1): 1325-1335. Doi: 10.1590/S1413-81232009000800002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N. 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [Acesso 2012 jul 8]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [Acesso 2012 jul 4]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [Acesso 2013 abr 5]. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. DOU de 04.03.2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica n. 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [Acesso 2013 mar 14]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>.
12. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Acesso 2012 abr 13]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_alimentacao_nutricao.pdf>.
13. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN N° 380/ 2005. Dispõe sobre as áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de

referência, por área de atuação e dá outras providências. [acesso 2013 fev 27]. Disponível em: < <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>>.

14. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

15. Brasil. Contagem da População 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. 311p. [Acesso 2012 out 12]. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/>>.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/ 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 200p. [acesso 2012 nov 4]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_in_dicadores_selecionados_1998_2006.pdf>.

17. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à Atenção Básica. Revista Brasileira de Enfermagem 2008; 61 (2): 153-158. Doi: 10.1590/S0034-71672008000200002.

18. Conill, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para organização dos serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em Centros Urbanos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2008; 24 (supl. 1): s.7-s27. Doi: 10.1590/S0102-311X2008001300002.

19. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: a experiência de organização no governo brasileiro. Revista de Nutrição 2011; 24 (6): 809-824. Doi: 10.1590/S1415-52732011000600002.

20. Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. Psicologia em Revista 2004; 10 (15): 124-136.

21. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber livro; 2005. (Série Pesquisa em Educação).

22. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W. & GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 9ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2011.

23. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil 2008. Dados com base no levantamento sócio econômico de 2005. [Acesso 2012 jul 4]. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>>.

24. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos. Resolução CNS Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Lex: Normas para Pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS nº 196/96 e outras). 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

25. Statistical Package for the Social Science. SPSS 13.0 for windows. SPSS Inc, 2004.

26. Software ALCESTE: analyse lexicale par context dún ensemble de segments de texte. Image; 2012.

27. Nascimento ARA, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. Estudos e Pesquisas em Psicologia 2006; 6 (2): 72-88.

28. Kronberger N, Wagner W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M.W. & GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 9ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2011.
29. Lima LC. Programa ALCESTE, primeira lição: a perspectiva pragmatista e o método estatístico. *Revista de Educação Pública* 2008; 17 (33): 83-97.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso 2012 jun 12]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtm.exe?pacto/2006/cnv/pacbr.def>>.
31. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16p. Série B. Textos Básicos de Saúde. [Acesso 2014 jul 5]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas de gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica nº 39. Brasil: Ministério da Saúde, 2014. [Acesso 2014 outubro 01]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Caderno_de_Atencao_Basica_NASF_n_39.pdf>.
33. Moura RH, Luzio CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface (Botucatu): comunicação, saúde, educação* 2014; 18 (Supl. I): 973-986. Doi: 10.1590/1807-57622013.0333.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.324, de 6 de outubro de 2009: Estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implementação das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. [Acesso 2014 jul 5]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2324_06_10_2009.html>
35. Ricardi LM, Sousa MF. Educação Permanente em Alimentação e Nutrição na Estratégia Saúde da Família: Encontros e Desencontros em Municípios Brasileiros de Grande Porte. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2014. [acesso 2014 jun 2] Disponível on line: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14958>.
36. Trevisani JJD, Jaime PC. Acompanhamento das condicionalidades da saúde do programa Bolsa Família: Estudo de Caso no município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, em 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2012; 21 (3): 375-384.
37. Enes CC, Loiola H, Oliveira MRM. Cobertura Populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19 (5): 1543-1551. Doi: 10.1590/1413-81232014195.05872013
38. Jung NM, Bairos FS, Neutzling MB. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19 (5): 1379-1388. Doi: 10.1590/1413-81232014195.20002013.
39. Marques FC, Ribeiro KSMA, Santos WQ. Intersetorialidade: possibilidade de parcerias entre a Estratégia de Saúde da Família e a Pastoral da Criança. *Saúde em Debate* 2012; 36 (95): 544-553.
40. Silva CN. Igreja católica, assistencial social e caridade: aproximações e divergências. *Sociologias* 2006; 8 (15): 326-351.

41. Domene SMA, Ota RRL, Nilson EAF, Ollertz MIS, Watanabe TT, Gallo PR. Experiências de políticas em Alimentação e Nutrição. *Estudos Avançados* 2007; 21 (60): 161-178. Doi: 10.1590/S0103-40142007000200014.
42. Brasil. Portaria interministerial 1.010, de 8 de maio de 2006: Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. [acesso 2014 mai 12]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1010.htm>>.
43. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Passo a passo adesão a Semana Saúde na Escola. Brasília, 2013. [Acesso 2013 out]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_adesao_semana_saude_escola.pdf>.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 77p. [acesso 2014 jun 2]. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf>
45. Pinheiro ARO, Recine E, Alencar B, Fagundes AA, Sousa JS, Monteiro RA et al. Percepção de professores e estudantes em relação ao perfil de formação do nutricionista em saúde pública. *Revista de Nutrição* 2012 25 (5): 631-643. Doi: 10.1590/S1415-52732012000500008.
46. Conselho Federal dos Nutricionistas. Resolução CFN n. 334: Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências. [Acesso 2014 mai 7]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/codigo/codigo%20de%20etica_nova%20redacao.pdf>.
47. Pasquim EM. Nutrição no Programa de Saúde da Família [Especialização em Saúde Coletiva]. Brasília: Universidade de Brasília, 2002. In: Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS. Edição 2002. Brasília: BVS; 2002 [acesso 2014 fev 3]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/ct/premio/2002_premiados.php>.
48. Santos LMP, Pasquim EM, Santos SMC. Programa de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(3):1821-34. doi: 10.1590/ S1413-81232011000300018.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. [2012 jun12]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>.
50. Instituto de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e avaliação do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [2012 jun 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf>.
51. Instituto de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar 2004/2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [2013 jan 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2004_2009/pnada_limentar.pdf>.

4ª PARTE

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O objetivo deste estudo foi levantar aspectos da pesquisa acadêmica e dos recursos humanos que contribuem para entender a organização das ações de alimentação e nutrição na ESF em municípios brasileiros. A escolha pelo tema justifica-se pela contribuição e originalidade do estudo para a área com ênfase nas particularidades e nas potencialidades da ESF. A ABS assume posição de destaque na coordenação do cuidado e na ordenação de redes de atenção. A ESF, como parte da AB, está há mais de 20 anos de implantação e funcionamento no âmbito SUS, além de ter sua particularidade porque é uma proposta de reorganização do modelo. E junto com parcerias sustentáveis, articulação interdisciplinar dos diversos tipos de ações, recursos humanos habilitados e o trabalho em equipe, identifica-se a potencialidade que ela possui de concretizar e aperfeiçoar o ideário de promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico e a assistência.

Além disso, essa proposta é convergente ao contexto da área de alimentação e nutrição. As ações de atenção nutricional na AB, diante da situação atual de transição nutricional, podem assumir centralidade e contribuem para a discussão atual sobre a concepção da integralidade nos processos de organização e na gestão do cuidado.

Os elementos pesquisados são complementares e o conjunto de resultados foram compostos por três aspectos: 1) Uma análise sobre a abrangência da pesquisa acadêmica e os autores responsáveis por explorar o tema das ações de alimentação e nutrição no âmbito da ESF; 2) A inserção/ampliação do quantitativo de nutricionistas na ESF, NASF e AB como um todo em comparação ao SUS; 3) A análise de todos os profissionais ESF ou NASF sobre seus papéis e suas contribuições para concretizar o cuidado nutricional.

A partir do conjunto desses resultados, conclui-se que para potencializar e organizar as ações de Alimentação e Nutrição na AB, principalmente na ESF, é necessária a presença de profissionais habilitados para qualificar a atenção e servir como referência para os demais, em quantidade compatível com as demandas

locais de saúde. Percebeu-se a importância das ações de Alimentação e Nutrição e a necessidade de vinculação do nutricionista, na visão de todos os profissionais das equipes.

Nos últimos anos, o incremento desse profissional nos NASF (principal contribuição para a AB) foi considerável em números absolutos, em comparação com os outros tipos de profissionais da equipe de apoio e no montante de municípios brasileiros que o inseriram. Esse aumento foi próximo ao aumento do quantitativo de nutricionistas em outros níveis de atenção, mas com uma tendência a melhorar a proporção de inserção na AB. A adesão aos NASF, no entanto, ainda apresentou um valor considerável de municípios (cerca de 20%) que não incluíram o nutricionista. Além disso, os resultados mostraram que a permanência do mesmo profissional na ESF ou NASF é temporária.

Todos os profissionais, como já mencionado, relataram a importância das ações de Alimentação e Nutrição, frente ao aumento da demanda, e demonstraram a necessidade do nutricionista vinculados às equipes e de propostas de educação permanente adequadas ao contexto. Porém, apresentaram muitas dificuldades histórico-estruturais que se refletiram em obstáculos operacionais e de planejamento: defasagem na formação profissional para lidar com a realidade; hegemonia do modelo biomédico (atendimento verticalizado; pouco humanizado; centralidade do médico para a gestão e usuários; atenção fragmentada e sem interdisciplinaridade; falta de tempo e de vínculo do usuário); questões psicossocioculturais do usuário; falta de infraestrutura e recursos materiais para atuar; dificuldades com os recursos humanos (sobrecarga de trabalho, alta rotatividade); falta de comunicação e de pactuação de metas entre profissionais e gestão; as causas externas como a violência, as ameaças na rotina de trabalho e a falta de proteção social dos usuários; a desconfiança da população em relação ao governo relativas às demandas.

Mesmo com o nutricionista presente em vários contextos, as potencialidades começaram a surgir nos discursos em que o processo de trabalho baseado na lógica matricial se manifestava. Essas potencialidades eram relativas às novas formas de abordagem do cuidado, à fluidez de comunicação entre equipe e gestão e a participação dos processos decisórios, e às possibilidades de parcerias setoriais/ intersetoriais. A simples inserção do profissional, portanto, contribui, mas não garante que as ações sejam consolidadas. O nutricionista deve fazer parte de um

processo de trabalho interdisciplinar, com integração e práticas intersetoriais, além de condições mínimas de infraestrutura, de contrato estável e, paralelamente, com apoio de ações públicas de proteção à população.

Alguns resultados mencionados também se coadunam com o perfil de ações trabalhadas e de autores no estudos científicos. Houve a indicação de poucos estudos que apresentavam ações restritas e locais de diagnóstico nutricional, provavelmente em função dos poucos grupos de pesquisa existentes com foco no tema de AN para o contexto da ESF; houve maior interesse em estudos com temas relacionados à saúde da criança; e, quando o componente gestão estava presente, os aspectos de organização e controle de recursos humanos e materiais foram preponderantes. O nutricionista também era coordenador de uma parte dos artigos e pouco ainda foi encontrado sobre o NASF nos estudos. Na prática, a maior inserção do profissional, o aprimoramento do processo de trabalho e a possibilidade de consolidação das ações poderão suscitar a realização de mais estudos sobre a temática.

Cabe ressaltar que o governo brasileiro tem aumentado o investimento financeiro na AB, principalmente em recursos humanos e materiais, em comparação aos demais níveis de atenção nos últimos anos. Esse investimento tem se refletido também na possibilidade de consolidação da organização das ações de alimentação e nutrição. E deve-se ressaltar que o último artigo da tese teve sua coleta realizada em 2010 e, provavelmente, hoje deverá haver outros resultados positivos e novos desafios, decorrentes das mudanças no processo de trabalho e desse investimento.

Como recomendações, seguem alguns pontos para destacar:

- A necessidade de fomentar estudos originais que retratem ações AN mais amplas e consistentes com o contexto da ESF, explorando o princípio da integralidade, a abordagem familiar e coletiva e o impacto do investimento financeiro federal;
- A importância da construção de um estudo de revisão em que as experiências locais de alimentação e nutrição dos profissionais e de gestão sejam enfatizadas, dada a natureza do objeto dessa tese;
- O fortalecimento das relações de trabalho com a estabilidade, por meio de reforço nos regimes estatutários, implantação de planos de carreira, avaliação de desempenho e gratificações em áreas mais críticas;

- A adequação do número de nutricionistas vinculados às equipes e cobertura dos territórios de regionais ainda descobertos pelo profissional. Essa medida poderá contribuir para atender às demandas e necessidades internas do serviço e da população, além de dar apoio à formação dos futuros profissionais nessa nova perspectiva;
- As Secretarias Estaduais e municipais de Saúde precisam aprofundar e aderir ao financiamento federal para construção, ampliação ou reforma das UBS, com o intuito de melhorar a infraestrutura física e tecnológica dos serviços, além de disponibilizar recursos materiais;
- A reorganização dos processos internos de trabalho, com fortalecimento dos NASF e integração com as equipes de referência;
- O aprofundamento das parcerias intersetoriais, principalmente com as escolas, universidades, associações locais, centros de assistência social;
- O investimento na educação permanente dos profissionais, ofertando cursos com metodologias ativas e práticas em serviço em tempo protegido; e na parceria com as universidades. A gestão deve garantir o acesso dos cursos de graduação e pós-graduação aos serviços de atenção para educarem com foco na prática da Atenção Básica;
- A melhora do vínculo entre gestão e profissionais, com a prática de apoio institucional;
- O incentivo dos profissionais à comunidade para se envolver no conhecimento e no apoio do planejamento das ações das equipes;
- A otimização e criação de estratégias de organização da rede de atenção referência e contrarreferência pela gestão. Incentivar a construção de linhas de cuidado, como as diretrizes para a prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade;
- A criação de legislações e mecanismos de exigibilidade de direitos, a manutenção e aperfeiçoamento de programas de proteção social à população pelos governos municipais, estaduais e federal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBA, M. El Método ALCESTE y su aplicación al estudio de las Representaciones Sociales del espacio urbano: El caso de La Ciudad de México. **Papers on Social Representations**, v. 13, p. 1.3-1.20, 2004.

ALLUM, N. C. **A social representations approach to the comparison of three textual corpora using ALCESTE**. 1998. 67f. Dissertation (Master Social Research Methods) – London School of Economics and Political Science, London, 1998.

ALMEIDA, P.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.455-464, mar/abr, 2007.

ASSIS, A.M.O.; SANTOS, S.M.C.; FREITAS, M.C.S.; SANTOS, J.M.; SILVA, M.C.M. O Programa Saúde da Família: contribuições para reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n.3, p.255-266, set., 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil 2008. Dados com base no levantamento sócio econômico de 2005**. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>>. Acesso em: julho de 2012.

BAHIA, L.R. et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian Public Health System. **Value in Health**, v.14, n.5, suppl.1, p. S137-S140, jul-ago, 2011.

BASTOS, D.S.; BORENSTEIN, M.S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de Saúde. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.1, p. 92-99, jan/ mar, 2004.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Transição Nutricional: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supp. 1, S181-S191, 2003.

BELARMINO, G.O.; MOURA, E.R.F.; OLIVEIRA, N.C.; FREITAS, G.L. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.2, p. 169-175, 2009.

BAUER, M. W. **Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão**. In: BAUER, M.W. & GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 9ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011. P. 203.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: Resultados preliminares**. INAN: Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/boletimSisvan/pnsn.pdf>>. Acesso em: junho de 2012.

_____. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: Perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos**. INAN: Brasília, 1990b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/boletimSisvan/pnsn1.pdf>>. Acesso em: junho de 2012.

_____. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: condições nutricionais da população brasileira: Adultos e Idosos**. INAN: Brasília, 1991. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/boletimSisvan/pnsn2.pdf>>. Acesso em: junho de 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 36p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: julho de 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)- Recursos Humanos a partir de agosto de 2007 - Ocupações classificadas pela CBO 2002**. [Acesso 2012 jun]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2006/cnv/pacbr.def>>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2ª edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 48p. Acesso em: abril de 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade: cadernos de atenção básica 12: série A**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2007**. Acesso em: jun de 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2006/cnv/pacbr.def>>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008a. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. DOU de 04.03.2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/ 2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b. 200p. [acesso 2012 nov]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_indicadores_selecionados_1998_2006.pdf>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a. 300 p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: junho de 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Acesso em: março de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009c. Acesso em: abril de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_alimentacao_nutricao.pdf>.

_____. **Emenda Constitucional n. 64, de 4 de fevereiro de 2010a. Altera o artigo 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 5 de fev., 2010a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b. Acesso em: 2012 jul. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição. **Documento-base de subsídio do seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Acesso em: abril de 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/documentobase_semi_estadual.pdf>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279, 30 de dezembro de 2010d**. [acesso 2014 abril]. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N. 2.488, de 21 de outubro de 2011a: 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)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Acesso em: 2012 jul. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

_____. **Lei n.12.527, de 18 de novembro de 2011b**: Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5o, no inciso II do § 3o do art. 37 e no § 2o do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. [Acesso 2014 Ago 11] Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm>

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Acesso em: abril de 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012b: 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**. [Acesso abr 2012]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>.

_____. **Decreto n. 7.724, de 16 de maio de 2012c**: Regulamenta a Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição. [Acesso 2014 Ago 11]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/D7724.htm>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1.583, de 19 de julho de 2012d**: Dispõe, no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas, sobre a execução da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que versa sobre a Lei de Acesso à Informação, e do Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012, que a regulamenta. [Acesso 2014 Ago 11]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1583_19_07_2012.html>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF 2013a**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB_2013.pdf>. Acesso em: abril de 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 424 de 19 de março de 2013b**: Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <<http://www.sbcb.org.br/legislacao.php?menu=4>> Acesso em: 13 de Agosto de 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas de gestão e para o trabalho cotidiano**. Cadernos de Atenção Básica nº 39. Brasil: Ministério da Saúde, 2014. 112p. [Acesso 2014 outubro 01]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Caderno_de_Atencao_Basica_NASF_n_39.pdf>.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMARGO, B.V. **ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais** (p. 511-539). In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUINO,

J.C.; NÓBREGA, S.M. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa-PB: Editora Universitária UFPB, 2005.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p.393-403,1999.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p.569-584,2003.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev., 2007.

CANELLA, D.S.; SILVA, A.C.F.; JAIME, P.C. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 297-308, fev., 2013.

CASTRO, A.A. **Revisão Sistemática e Meta-análise**, 2001. In: *Elaboração e Apresentação de Comunicação Científica*. São Paulo: 2001-2011. Acesso em: out 2012. Disponível em: <www.metodologia.org>.

CERVATO-MANCUSO, A.M.; TONACIO, L.V.; SILVA, E.R.; VIEIRA, V.L. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 3289-3300, 2012.

CLARO, R.M. *et al.* Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 557-564, ago, 2007.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para organização dos serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em Centros Urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, s.7-s27, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN Nº 380/ 2005. Dispõe sobre as áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação e dá outras providências.** [acesso 2013 fev]. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>>.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPQ). **Plataforma Lattes. Currículo Lattes**. Acesso em: jun 2012a. Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/>>.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO – CNPQ. **Plataforma Lattes. Diretório dos Grupos de Pesquisa**. Acesso em: jul de 2012b. Disponível em:< <http://dgp.cnpq.br/>>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos**. Resolução CNS Nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Lex: Normas para Pesquisa**

envolvendo seres humanos (Res. CNS nº 196/96 e outras). 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 106p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** [Acesso 2014 mar 22]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **WebQualis.** Disponível em: <<http://qualis.capes.gov.br/webqualis/principal.seam>>. Acesso em: outubro de 2010.

COUTINHO JG, GENTIL PC, TORAL N. A desnutrição e Obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, S332-S340, 2008.

CRESWELL, J.W. Revisão da literatura. In: **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2ª edição. Porto Alegre: ArtMed, 2007. 43-63p.

ESCODA, M.S.Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.219-226, 2002.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA L.; MENDONÇA, M.H.M; SENNA, M.C.M. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n.2, 2007.

FERREIRA, V.A. & MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 7, p. 1674-1681, 2007.

FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho em equipe no Programa Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar/abr, 2005.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, H.M. **Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das Linhas do Cuidado.** IN: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Revista Pensar BH: política social. N. 7, Belo Horizonte: julho/Setembro, 2003.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários no sistema de saúde no Brasil. **Interface – comunicação, saúde e educação**, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

FRANCO, C.M.; SANTOS, S.A.; SALGADO, M.F. **Capítulo 5: Linhas de Cuidado.** In: Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Ensp, 2011. 208p. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_379517240.pdf>. Acesso em: 12 jun de 2014.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais.** In: BAUER, M.W. & GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 9ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011. P. 73.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber livro, 2005. 77p. (Série Pesquisa em Educação).

GIBBS, G.R. **Análise de dados qualitativos**. Artmed: Porto Alegre, 2008. P. 27-78.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Antropometria e avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2003medidas/pof2003medidas.pdf>>. Acesso em: junho de 2012.

_____. **Contagem da População 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. 311p. [Acesso 2012 out]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/>>.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e avaliação do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf>. Acesso em: junho de 2012.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar 2004/2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2004_2009/pnadalimentar.pdf>. Acesso em: janeiro de 2013.

_____. **Pesquisa por Amostra de Domicílios – Um Panorama da Saúde no Brasil: Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c. 256p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnad_2008_saude_final.pdf>. Acesso em: julho de 2012.

_____. **Contagem da População 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [Acesso 2013 out]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2010/>>.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 150p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf>. Acesso em: junho de 2012.

JAIME, P.C.; SILVA, A.C.F.; LIMA, A.M.C.; BORTOLINI, G.A. Ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica: a experiência de organização no governo brasileiro. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, nov/dez, 2011.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, v.10, n.15, p.124-136, 2004.

KRONBERGER, N. & WAGNER, W. **Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos**. In: BAUER, M.W. & GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 9ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011. P. 73.

LAVRAS, C. Atenção primária à Saúde e organização das redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, out/dez, 2011.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun, 2001.

LEVY-COSTA, R.B, *et al.* Disponibilidade Domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 530-540, ago., 2005.

LIMA, L. C. Programa ALCESTE, primeira lição: a perspectiva pragmatista e o método estatístico. **Revista de Educação Pública**, Cuiabá, v.17, n. 33, p. 83-97, jan-abr., 2008.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; Barroso, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MATTOS RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out., 2004.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Rede Assistencial: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)** - Recursos Humanos e Equipes de Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>. Acesso em: outubro de 2014.

MONTEIRO, C.A.; MONDINI, L.; COSTA, R.B.L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 251-258, jun., 2000.

NASCIMENTO, A.R.A.; MENANDRO, P.R.M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2006.

OLIVEIRA, E.S.; MACHADO, M.H. Para medir o trabalho em saúde no Brasil: principais fontes de informações. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 45, p. 105-125, 2010.

OLIVEIRA, M.L. **Estimativas dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil**. 95f. [Doutorado em Nutrição Humana]. Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011. 113p. Disponível em: < http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf>. Acesso: 12 jun 2013.

PÁDUA, J.G.; BOOG, M.C.F. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n. 4, p. 413-424, 2006.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. Série Saúde no Brasil, 2011. Disponível em < www.thelancet.com >. Acesso em: abril de 2013.

PASQUIM, E.M. **Nutrição no Programa de Saúde da Família**. 68f. [Especialização em Saúde Coletiva]. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C.R.G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.2, p. 265-271, mar/ abr, 2009.

PEDUZZI, M. **Dicionário da educação profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes.html>>. Acesso em: 16 de julho de 2010.

PINHEIRO, R. **Dicionário da educação profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes.html>>. Acesso em: 16 de julho de 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil**, 2000. Acesso em: jun de 2012. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil**, 2010. [Acesso 2014 fev 27]. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>.

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A.B. Políticas Nacionais e o campo de Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: Cenário Atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 73-79, 2011.

REIS, M.A.S.; FORTUNA, C.M.; OLIVEIRA, C.T.; DURANTE, M.C. A organização do processo de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família: Desafios para as mudanças das práticas. **Interface**, Botucatu, v.11, n. 23, p.655-666, set/dez, 2007.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 438-446, mar/abr, 2004.

SANTOS, V.C.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. A relação de trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de**

Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 41, n. esp., p. 777-781, dec., 2007.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, S29-S36, 2003.

SCHRAMM, J.M.A.; OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C.; VALENTE, J.G.; GADELHA, A.M.J.; PORTELA, M.C.; CAMPOS, M.R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.897-908, out./dez., 2004.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, set/out, 2010.

SILVA 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**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov, 2012.

SOFTWARE ALCESTE: analyse lexicale par context d'un ensemble de segments de texte. Image; 2012.

SOUSA, M.F.; FERNANDES, A.S.; ARAÚJO, C.L.; FERNANDES, M.C. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Divulgação em saúde para debate**, v.21, p.7-14, 2000.

SOUSA, M.F. SOUSA, M.F. **O Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica**. Série Tempus na Saúde Coletiva. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. 250p.

SOUSA, M.F. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SOUSA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à Atenção Básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p. 1325-1335, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE. **SPSS 16.0 for Mac**. SPSS Inc.

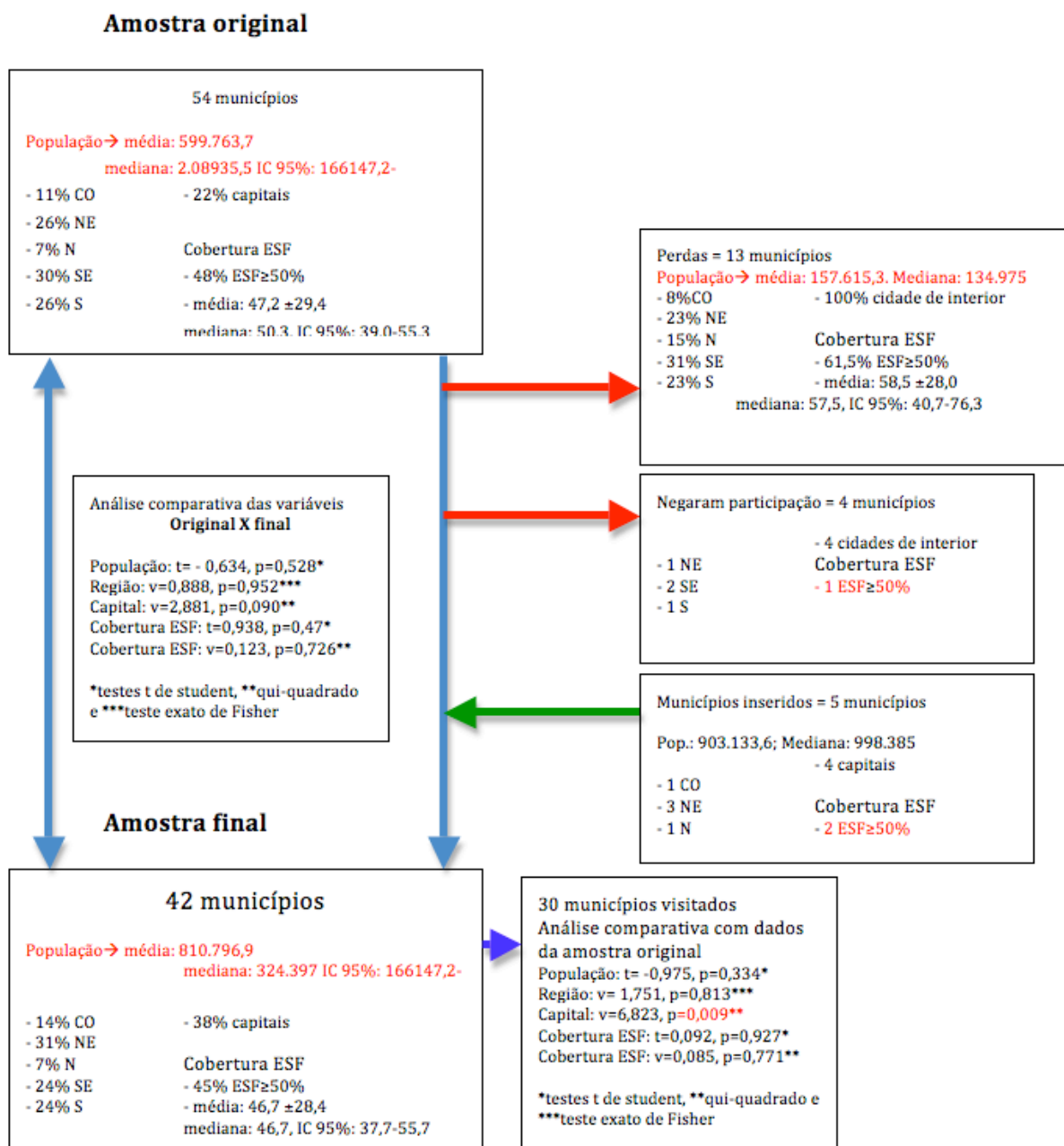
VASCONCELLOS, A.B.P.A. **Ações da Política de Alimentação e Nutrição na rede de atenção básica: uma análise dos anos de 2008 e 2009**. 2011. 96f. [Mestrado] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde.** 57^a Assembléia Mundial de Saúde, 25 maio 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Report 2008_a – Primary Health Care (Now more than ever).** Geneva: World Health Organization, 2008. [Acesso abril 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/08_chap1_pr.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE A



APÊNDICE B

Nº: _____

Questionário de caracterização sócio-econômica dos participantes do grupo focal

Data: ____/____/____

Entrevistador/ pesquisadores: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Nome completo: _____
2. Data de nascimento: ____/____/____ 3. Idade: ____
4. Sexo: a) () M b) () F
5. Cidade: _____
6. Estado: _____
7. Telefone: () _____ 8. Celular: () _____
9. Cargo/função: _____ 10. Há quantos anos/ meses trabalha no cargo atual? _____
11. Estado Civil:
 - () solteiro () viúvo () casado () divorciado () Com companheiro (a)
 - () outros _____

ESCOLARIDADE

12. Freqüenta a escola?
 - () Sim (siga para a 13)
 - () Não, já freqüentou (pule para 15)
 - () Nunca freqüentou (pule para próxima etapa)
13. Qual é o curso que freqüenta?
 - () Classe de alfabetização de adultos
 - () Ensino fundamental
 - () Ensino médio
 - () Curso pré-vestibular
 - () Ensino superior
14. Qual é a série que freqüenta? (PULAR PARA A PRÓXIMA ETAPA)
 - () Primeira () Sexta
 - () Segunda () Sétima
 - () Terceira () Oitava
 - () Quarta () Não seriado (supletivo e outros)
 - () Quinta

PARA QUEM NÃO FREQUENTA ESCOLA MAS JÁ FREQUENTOU

15. Qual é o curso mais elevado que freqüentou, no qual concluiu pelo menos uma série?
 - () Classe de alfabetização de adultos
 - () Ensino fundamental (primário, ginásio, 1º grau)
 - () Ensino médio (clássico, científico, 2º grau, normal)

- () Curso pré-vestibular
 () Ensino superior

16. Qual a última série concluída com aprovação?

- () Primeira () Sexta
 () Segunda () Sétima
 () Terceira () Oitava
 () Quarta () Não seriado (supletivo e outros)
 () Quinta

17. Concluiu o curso no qual estudou?

- () Sim () Não

RENDA FAMILIAR

RENDA (questionário ABEP)

18. Posse de itens

Utensílios	Não tem	TEM			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	()	()	()	()	()
Rádio	()	()	()	()	()
Banheiro	()	()	()	()	()
Automóvel	()	()	()	()	()
Empregada mensalista	()	()	()	()	()
Aspirador de pó	()	()	()	()	()
Máquina de lavar	()	()	()	()	()
Videocassete e/ou DVD	()	()	()	()	()
Geladeira	()	()	()	()	()
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	()	()	()	()	()

19. Quem é o chefe da família? _____

20. Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	()
Primário completo / Ginásial incompleto	()
Ginásial completo / Colegial incompleto	()
Colegial completo / Superior incompleto	()
Superior completo	()

TOTAL DE PONTOS (PARA PREENCHIMENTO DO PESQUISADOR): ____

APÊNDICE C

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Participantes: Profissionais das equipes da ESF (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, dentistas, ACS), Nutricionistas e outros profissionais do Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família- NASF ou da coordenação de alimentação e nutrição do município. Número de participantes: de 8 a 12.

Quando os participantes chegam aos poucos, aproveitamos o tempo e pedimos para que eles adiantem o preenchimento do questionário sócio-econômico, explicando anteriormente a sua importância para termos dados de perfil daqueles que participaram dos grupos, e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste último caso, a concessão da assinatura e autorização da divulgação dos dados não é obrigatória, mas devemos tentar sensibilizar os participantes sobre a importância da divulgação dos dados da pesquisa e a contribuição de cada um para a pesquisa do país. Sempre lembrando que eles não serão identificados.

Texto inicial: Bom dia (ou boa tarde). Meu nome é xxx e essa é a xxx. Trabalhamos no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília e estamos aqui hoje para conversarmos sobre o trabalho de vocês na atenção básica, especialmente sobre as ações de alimentação e nutrição. Primeiro gostaríamos de solicitar a autorização para gravar a nossa conversa, lembrando que a identidade de vocês não será associada às respostas dadas. Uma vez autorizada a gravação, o moderador enfatizará a importância de que somente um componente deve falar por vez.

Dinâmica: esclarecimentos de eventuais dúvidas acerca do projeto de pesquisa e breve apresentação dos participantes do grupo focal (nome, cargo/ função na atenção básica, nº de anos de trabalho no atual cargo/ contar a progressão ao longo do tempo). O grupo deve estar disposto em formato de ferradura (ou meia-lua), sendo que o moderador estará disposto na abertura e o observador logo atrás deste, de forma que não permita o contato visual entre os dois e não iniba os participantes. Os pesquisadores deverão distribuir folhas em branco, caso os participantes queiram fazer anotações. Essas folhas poderão ser recolhidas ao final para ajudar como fontes de informação complementares ao que foi dito no grupo.

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Na opinião de vocês, qual importância de se ter ESF no seu município? Por quê?

Como vocês vêem o funcionamento da ESF aqui no seu município? Como é esse funcionamento?

(Moderador: instigar, se necessário, por meio de perguntas ‘como?’, ‘por quê?’, ‘quando?’, ‘com quem?’, ‘onde?’)

ATENÇÃO NUTRICIONAL

Vocês acham o trabalho na área de alimentação importante para a população que vocês atendem? Por quê?

No trabalho diário na atenção básica (ESF, principalmente), vocês se deparam com demandas (ou problemas de saúde) relacionadas a área de alimentação?

(Moderador: instigar, se necessário, por meio de perguntas ‘Como elas surgem?’ ‘De onde?’ ‘Qual a frequência?’ ‘Quais são esses problemas mais comuns?’ ‘que grupo da comunidade necessita do atendimento nessa área’)

Existe algo da atenção básica (da ESF) direcionado para alimentação com a comunidade?

(Moderador: instigar, se necessário, por meio de perguntas ‘O quê?’ ‘De que forma?’ ‘Onde?’ ‘Com que frequência essas ações acontecem?’)

Existe algo que vocês consideram importante e que não é feito? O quê? Como é feito?

(Moderador: instigar, se necessário, por meio de perguntas ‘como?’, ‘por quê?’, ‘quando?’, ‘com quem?’, ‘onde?’ ou todos concordam? Alguém discorda?’ De forma que estimule a interação dos participantes)

Como vocês se articulam entre si (dentro da sua equipe e com outras equipes) para realizar as ações de alimentação e nutrição [relembrar aqui as que foram citadas na outra questão]?

A ESF faz parcerias com alguma instituição, entidades filantrópicas, ONG ou empresa? Com quem? De que forma ocorre? Com que finalidade? Existe algum financiamento? Se não faz, deveria fazer?

(Moderador: caso não obtenha informações relativas ao contexto da articulação e intersectorialidade, instigar o grupo por meio de pergunta: ‘No momento existe algo, relacionado a área de alimentação, sendo desenvolvido em conjunto com igrejas, escolas, redes de serviços privada ou comunidade?’ ‘há planos para busca de outras parcerias?’)

GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS (Valorização, motivação, apoio, infraestrutura)

10- Como vocês se sentem (valorização e motivação) em relação ao trabalho que vocês fazem? Por quê? Que papel tem o coordenador da ESF nisso?

11- Como vocês avaliam suas condições de trabalho (em termos de remuneração, infraestrutura e disponibilidade de recursos, oferta e apoio a cursos de formação e atualização, incentivo a novas frente de trabalho)?

CONTROLE SOCIAL (CONSEA, CAE, CMS)

12- O que vocês podem me dizer sobre a participação da comunidade e do profissional da ESF para exigir direitos (acompanhar o que está sendo feito, acompanhar reuniões nos conselhos na área de alimentação e saúde do município)? Alguém participa ou estimula a participação da população em conselhos?

(Moderador: instigar, se necessário, por meio de perguntas ‘De que forma acontece?’; Existe motivação por parte deles em participar dessas ações?’; ‘existem espaços’)

13- Existe alguma relação entre as equipe da ESF e a lideranças comunitárias?

(Moderador: instigar, se necessário, por meio de perguntas “De que forma ocorre?’, ‘por quê?’, ‘quando?’, ‘com quem?’, ‘onde?’)

DESAFIOS (Obstáculos, Potencialidades)

14- Dentre os problemas já citados, o que vocês acham que pode ser feito para superá-los de forma a melhorar o seu trabalho na área de alimentação? O que o município poderia oferecer para essa melhora?

(Moderador: instigar, se necessário, por meio de perguntas ‘como?’, ‘por quê?’, ‘quando?’, ‘com quem?’, ‘onde?’, ‘relacionar sempre ao problemas para as ações de A&N e sobre quais potencialidades existem no município)

15- Nas formações e cursos que já fizeram (ou se houver algum profissional com formação recente), vocês conseguem perceber alguma distância entre o que se vê na teoria e o que é aplicado na prática? Se sim, o que falta, na opinião de vocês, para que o que se diz na teoria seja de fato aplicado na prática?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. DADOS DO MUNICÍPIO:	
Município:	Estado:
CEP:	Telefones para contato: ()
2. DADOS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA NO MUNICÍPIO:	
Nome completo do Entrevistado:	
	Sexo: M () F ()
Cargo/Função:	
Tempo de ocupação do Cargo/Função:	
Telefones para contato: ()	
E-mail:	

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Estudo sobre o processo de Organização da Atenção Básica no Brasil: análise da Inserção do Programa de Saúde da Família e do Desenvolvimento de Ações Estratégicas de Alimentação e Nutrição, nos municípios de grande porte.

2. **PESQUISADORES:** Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann e Prof^a Dr^a. Maria Fátima de Sousa e M.Sc. Ivana Aragão Lira Vasconcelos.

CARGO/FUNÇÃO: Docentes do Quadro (Edgar Hamann e Maria Fátima de Sousa) e pesquisadora visitante (Ivana Vasconcelos) .

UNIDADE DA UnB: Faculdade de Ciências da Saúde – Departamento de Saúde Coletiva – Núcleo de Estudos de Saúde Pública.

3. **AUXILIARES DE PESQUISA:** Juliana Cardoso Álvares; Caroline Linhares; Viviane Rangel de M. Pimentel; Natascha Façanha Silva Ramos, Geiciane Silva Neri e Andréia da Silva Cardial.

4. **AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:**

Sem Risco (X) Baixo Risco () Médio Risco () Alto Risco ()

5. DURAÇÃO DA PESQUISA: **18 (dezoito) meses.**

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA

1. Justificativa e Objetivo da pesquisa:

Este estudo está inserido na Unidade de Estudo e Pesquisa em Saúde da Família do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília - NESP/UnB, em parceria com o Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN/ UnB). Tem como objetivo analisar a organização da Estratégia Saúde da Família no âmbito das ações de alimentação e nutrição na perspectiva da Promoção da Saúde, em 55 municípios acima de 100 mil habitantes. Considerando o atual perfil epidemiológico nutricional da população brasileira, torna-se imprescindível a inserção das ações de alimentação e nutrição na atenção básica, particularmente na Estratégia Saúde da Família, para atender aos princípios de integralidade, universalidade e resolubilidade. Entender como essas ações vêm sendo realizadas contribuirá para a inserção ou incorporação progressiva e organizada de novas iniciativas de promoção da saúde, o que justifica a importância dessa pesquisa.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos:

Os procedimentos dessa pesquisa consistirão em sua participação com informações que serão concedidas pela aplicação de questionários e da sua participação na discussão em grupo, de acordo com a sua disponibilidade. Esta última técnica requer gravação, desde que todos os seus participantes autorizem. Os métodos e técnicas de coleta de dados serão aplicados pelos pesquisadores e/ou auxiliares de pesquisa treinados. Caso esteja de acordo, a entrevista será gravada ou assinada para transcrição / registro posterior, visando facilitar o processamento do material. As informações obtidas por meio da entrevista serão processadas pelos pesquisadores e auxiliares de pesquisa, sob acompanhamento dos pesquisadores e analisadas em conjunto com as entrevistas com outros atores e material de fontes diversas da pesquisa. Será garantido o sigilo quando as informações forem divulgadas.

3. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo:

Não há nenhum procedimento alternativo.

IV. ESCLARECIMENTOS DOS PESQUISADORES SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Os resultados da análise final, no período de estudo, são de única e exclusiva responsabilidade do Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP/CEAM/UnB, visto que serão consideradas informações provenientes de diversas fontes.

2. Os instrumentos de coleta de dados (tanto em papel como em meio magnético) serão mantidos sob guarda do NESP/CEAM/UnB, por cinco anos, permanecendo em armários fechados.

3. O entrevistado tem garantido o acesso às informações sobre os procedimentos de coleta de dados. Não há riscos relacionados à aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Os benefícios da pesquisa serão indiretos.

4. É garantido sigilo e privacidade dos dados obtidos nesta pesquisa, sendo destinado apenas ao uso para fins científicos. Nenhum funcionário ao qual o(a) participante esteja subordinado(a) terá acesso ao conteúdo da pesquisa. Os

resultados serão traduzidos em forma de relatório, teses, dissertações e/ou artigos sem identificação individual da fonte. Serão evitadas citações diretas de falas no trabalho final a ser elaborado.

5. É garantida a liberdade de retirar seu consentimento, de deixar de participar do estudo e de solicitar a interrupção da gravação a qualquer momento, sendo necessário entrar em contato com os pesquisadores ou auxiliares de pesquisa, para que este procedimento seja efetuado. A não participação não terá repercussões negativas no âmbito de trabalho do(a) entrevistado(a).

6. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do Núcleo de Estudos em Saúde Pública- NESP/CEAM/UnB, por meio dos quais pode vir a tirar suas dúvidas sobre o presente estudo, a qualquer tempo.

V. NOME DOS RESPONSÁVEIS PELA CONDUÇÃO DA PESQUISA E TELEFONES, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS POSTERIORES, REFERENTES À PESQUISA

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann

Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa

M.Sc. Ivana Aragão Lira Vasconcelos

Telefones do Núcleo de Estudos em Saúde Pública- NESP (61) 3340-6863 / 3349-9884.

Endereço para correspondência: Ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública/ UnB
SCLN 406 Bl. "A" salas 225 - Asa Norte - Brasília – DF - CEP: 70847-510.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Não há observações.

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

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

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura do entrevistador

APÊNDICE E



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Ciências da Saúde

Departamento de Nutrição

Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana (PPGNH)

Campus Universitário Darcy Ribeiro – Asa Norte – Brasília-DF / CEP: 70910-900

Fone: (61) 31071779/31071780 / Fax: (61) 3273-3676 / e-mail: pgnut@unb.br

Ofício 001/2014

Brasília, 08 de janeiro de 2014

Assunto: solicitação de dados SCNES/ SIAB

Ao Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde. Endereço: Esplanada dos Ministérios Bloco G, sala 900, Brasília-DF / CEP: 70058-900

Solicitam-se os seguintes dados:

1) relativos ao quantitativo de profissionais, incluindo nutricionistas, atuantes nos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF 1, NASF 2, NASF intermunicipal) nos municípios brasileiros onde já foram implantados, referentes aos anos de 2012 e 2013 (inclui dados do profissional e do município);

1.1.) Número de equipes de saúde da família que cada profissional do NASF atende, nos anos de 2008 a 2013;

2) quantitativo de nutricionistas que trabalham nas equipes de saúde a família nos municípios brasileiros onde já foram implantados, referentes aos anos de 2012 e 2013 (inclui dados do profissional e do município);

2.1) Número de equipes de saúde da família que cada nutricionista (da equipe principal) atende nos anos de 2007 a 2013;

3) quantitativo de nutricionistas que trabalham nos estabelecimentos de saúde considerados como pertencentes à Atenção Básica: policlínicas, Centro de Apoio ao Saúde da Família, Posto de saúde, Centro de Saúde/ Unidades Básicas de Saúde, Unidade mista, Unidade móvel terrestre, Unidade Móvel Fluvial e Pólo de Academia da Saúde, de 2007 a 2013, nos respectivos anos em cada estabelecimento foi registrado;

4) Para o ano de 2013, disponibilizar indicadores de monitoramento do NASF, como: proporção de usuários atendidos pela equipe NASF; proporção de atendimentos realizados pelo NASF em conjunto com a equipe SF; proporção de visitas domiciliares realizadas pelo NASF em conjunto com a equipe SF; proporção de ações coletivas e atendimentos em grupos realizados pelo NASF; proporção de reuniões para discussão de caso clínico/ PTS. Todos esses indicadores deverão estar ligados aos municípios e aos profissionais responsáveis (incluindo o nutricionista) pelo atendimento. Disponibilizar também estratos dos municípios brasileiros (1 a 6), representando os índices calculados a partir dos indicadores como o PIB, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica.

A necessidade justifica-se na análise e na discussão dessas informações (garantida a citação da referida fonte) com fim de contribuir para a construção da tese de doutorado da aluna Ivana Aragão Lira Vasconcelos Almeida, intitulada “Análise da organização das ações de alimentação e nutrição na Estratégia de Saúde da Família nos municípios brasileiros de grande porte”, com matrícula no Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Universidade de Brasília (Mat. 10/0083307), sob orientação da Profa. Leonor Maria Pacheco Santos. A tese referida gerará artigos a serem submetidos à publicação em revistas científicas da área de saúde.

Considerando a importância da avaliação de políticas públicas com respaldo científico e da transparência das informações em saúde, é pertinente a cessão dos dados solicitados.

No aguardo, agradecemos desde já a atenção.

Atenciosamente,

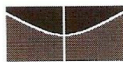
Ivana Aragão Lira Vasconcelos Almeida
Aluna de Pós-graduação - PPGNH

Leonor Maria Pacheco Santos
Orientadora e Profa. credenciada no PPGNH

Kênia Mara Baiocchi de Carvalho
Coordenadora do PPGNH

ANEXOS

ANEXO A



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **107/09**

Título do Projeto: Estudo sobre o processo de organização da atenção básica no Brasil: análise da inserção do programa de saúde da família nos municípios de grande porte e do desenvolvimento de ações estratégicas de alimentação e nutrição.


Pesquisadora Responsável: Edgar Merchan Hamann

Data de Entrada: 30/09/2009

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **107/09** com o título: “Estudo sobre o processo de organização da atenção básica no Brasil: análise da inserção do programa de saúde da família nos municípios de grande porte e do desenvolvimento de ações estratégicas de alimentação e nutrição”, analisado na 9ª Reunião Ordinária, realizada no dia 13 de outubro de 2009.

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

Brasília, 13 de outubro de 2009.


Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

ANEXO B

Anexo 1



Ofício nº 413/2009 - CONASEMS

Brasília, 24 de Setembro de 2009.

Senhor Coordenador do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília:

Prof. Dr. Volnei Garrafa

Pelo presente vimos comunicar que o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde tem ciência do **Estudo sobre o processo de Organização da Atenção Básica no Brasil: análise da Inserção do Programa de Saúde da Família nos municípios de grande porte e do desenvolvimento de ações estratégicas de alimentação e nutrição**, no universo de 55 municípios brasileiros.

Comunico ainda o apoio dessa entidade junto aos municípios, no sentido de facilitar a pesquisa de campo, coordenada pelos Prof. Dr. Edgar Merchán Hamann e Profª Drª Maria Fátima de Sousa, ambos responsáveis pela execução do estudo.

Comunico, sobretudo, que temos conhecimento do objetivo geral da pesquisa: "Analisar a organização da Estratégia Saúde da Família no âmbito das ações de alimentação e nutrição na perspectiva da Promoção da Saúde, em municípios acima de 100 mil habitantes". E considerando a relevância do tema e o interesse do CONASEMS nos seus resultados, vimos informar que estamos de pleno acordo com o Protocolo da referida pesquisa, e envidaremos esforços para as atividades de campo da referida pesquisa.

Atenciosamente,

Nilo Bretas Junior

Coordenador Técnico - CONASEMS

ANEXO C

TERMO DE RESPONSABILIDADE DIANTE DA CESSÃO DAS BASES DE DADOS NOMINAIS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO GERENCIADOS PELA SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pelo presente instrumento, na qualidade de responsáveis pela guarda e uso da(s) base(s) de dados do **Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES** assumimos as seguintes responsabilidades;

a) Utilizar esta(s) base(s) de dados única e exclusivamente para as finalidades descritas ao final deste documento;

b) Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nesta(s) base(s) de dados: **(tais dados solicitados não inclui informações pessoais ou sigilosas de sujeitos de pesquisa, apenas informações relativas à avaliação da gestão organizacional e execução de políticas públicas da área referida, não sendo necessário, portanto, Parecer de Comitê de Ética em Pesquisa, regulamentado pela Resolução n. 196/96).**

c) Não disponibilizar, emprestar ou permitir a pessoas ou instituições não autorizadas pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde o acesso à esta(s) base(s) de dados;

d) Não divulgar, por qualquer meio de comunicação, dados ou informações contendo o nome dos indivíduos ou outras variáveis que permitam a identificação do indivíduo e que afetem assim a confidencialidade dos dados contidos nesta(s) base(s) de dados;

e) Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade desta(s) base(s) de dados;

f) Não utilizar isoladamente as informações contidas nesta(s) base(s) de dados para tomar decisões sobre a identidade de pessoas falecidas/nascidas, para fins de suspensão de benefícios ou outros tipos de atos punitivos, sem a devida certificação desta identidade em outras fontes.

Desta forma, **Leonor Maria Pacheco Santos e Ivana Aragão Lira Vasconcelos Almeida** assumem total responsabilidade pelas consequências legais pela utilização indevida desta(s) base(s) de dados, por parte de servidores desta instituição ou por terceiros.

1-Sistema de Informação, período e Unidade da Federação/ Município.

Sistema de Informação	Período (ano)	Abrangência (UF)
Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – SCNES/ Sistema de Informação da Atenção Básica	2008 a 2013	Municípios brasileiros
Indicadores do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) no SIAB ou e-SUS AB/ SISAB	2013	Municípios brasileiros

2-Detalhamento dos dados que serão utilizados pelo solicitante.

1) relativos ao quantitativo de profissionais, incluindo nutricionistas, atuantes nos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF 1, NASF 2, NASF intermunicipal) nos municípios brasileiros onde já foram implantados, referentes aos anos de 2012 e 2013 (inclui dados do profissional e do município);

1.1.) Número de equipes de saúde da família que cada profissional do NASF atende, nos anos de 2008 a 2013;

2) quantitativo de nutricionistas que trabalham nas equipes de saúde a família nos municípios brasileiros onde já foram implantados, referentes aos anos de 2012 e 2013 (inclui dados do profissional e do município);

2.1) Número de equipes de saúde da família que cada nutricionista (da equipe principal) atende nos anos de 2007 a 2013;

3) quantitativo de nutricionistas que trabalham nos estabelecimentos de saúde considerados como pertencentes à Atenção Básica: policlínicas, Centro de Apoio ao Saúde da Família, Posto de saúde, Centro de Saúde/ Unidades Básicas de Saúde, Unidade mista, Unidade móvel terrestre, Unidade Móvel Fluvial e Pólo de Academia da Saúde, de 2007 a 2013, nos respectivos anos em cada estabelecimento foi registrado;

4) Para o ano de 2013, disponibilizar indicadores de monitoramento do NASF, como: proporção de usuários atendidos pela equipe NASF; proporção de atendimentos realizados pelo NASF em conjunto com a equipe SF; proporção de visitas domiciliares realizadas pelo NASF em conjunto com a equipe SF; proporção de ações coletivas e atendimentos em grupos realizados pelo NASF; proporção de reuniões para discussão de caso clínico/ PTS. Todos esses indicadores deverão estar ligados aos municípios e aos profissionais responsáveis (incluindo o nutricionista) pelo atendimento. Disponibilizar também estratos dos municípios brasileiros (1 a 6), representando os índices calculados a partir dos indicadores como o PIB, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica.

3-Declaramos que esta(s) base(s) de dados será(ão) utilizada(s) única e exclusivamente para as seguintes finalidades:

Elaboração de tese de doutorado e submissão de artigos com fins de publicação em revistas científicas na área de saúde.

4-Descrever aspectos metodológicos do trabalho a ser realizado com a(s) base(s) de dados que justifique a necessidade de informações de identificação individual:

Os dados serão submetidos à análise estatística descritiva com fins de verificar a tendência temporal do número de nutricionistas atuantes em tais núcleos, sua proporção em relação aos outros profissionais e avaliação da adequação.

Brasília, 03 de janeiro de 2014.

Técnico(s) Responsável(is) pelo uso e guarda da(s) base(s) de dados solicitada(s):

Nome: Ivana Aragão Lira Vasconcelos Almeida

RG: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

E-mail: ivanaunb@gmail.com

Instituição: Universidade de Brasília

Responsável legal (nome): Leonor Maria Pacheco Santos

RG: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

E-mail: leopac@unb.br

Instituição: Universidade de Brasília