

PERCEPÇÕES SOBRE A FORMAÇÃO, O MERCADO DE TRABALHO E O PAPEL DO NUTRICIONISTA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

PERCEPTIONS OF TRAINING, THE JOB MARKET, AND THE ROLE OF THE NUTRITIONIST IN THE FAMILY HEALTH SUPPORT CENTER

MARA LÍDIA PEREIRA¹

RITA DE CÁSSIA GABRIELLI SOUZA LIMA²

RESUMO: O estudo teve por objetivo explorar o modo como profissionais nutricionistas residentes compreendem a formação para o Sistema Único de Saúde, o campo de trabalho em nutrição no Brasil, e o papel do nutricionista no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tratou-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, de abordagem exploratória e descritiva, realizada em uma universidade do sul do Brasil, em que se utilizou grupo focal como técnica para coleta de dados. A partir da categoria *Do brilho no olhar ao esforço para resolutividade*, os dados revelaram que: a) a formação para o Sistema ainda não é uma bandeira brasileira, mas um esforço de coletivos acadêmicos; b) o mercado de trabalho requer experiência que o recém-formado ainda não tem; e c) o papel central do nutricionista no NASF é o desenvolvimento da vontade, com brilho no olhar, de ampliar o horizonte de saúde para (inter) agir com demais disciplinas rumo à produção de um conhecimento transdisciplinar que funcionará como farol para a prática contextualizada de matriciamento e projeto terapêutico singular. Concluiu-se que a garantia do bem saúde e a resolutividade de problemas estão na dependência da transformação do conhecimento setorial em tecnologias atitudinais.

PALAVRAS-CHAVE: Nutricionistas; Formação Contínua; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Atenção Básica; Sistema Único de Saúde.

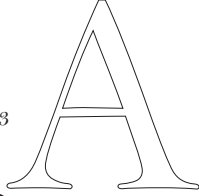
ABSTRACT: The aim of this study was to explore how resident nutrition professionals understand the training given to work for the Sistema Único de Saúde (the Brazilian national health system), the field of nutrition in the Brazilian job market, and the role of the nutritionist in the Family Health Support Center (NASF). This is a qualitative study with an exploratory and descriptive approach, carried out in a university in the South of Brazil, using the technique of a focus group for the data collection. From a category titled *Do brilho no olhar ao esforço para resolutividade* (*From the twinkle in the eye to the effort for resoluteness*), the data revealed that a) the training to work in the System

¹ Aluna do Curso de Nutrição da UNIVALI. E-mail: mara2842@gmail.com.

² Doutora em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde – UNIVALI. E-mail: rita.lima@univali.br.

is not yet implemented throughout Brazil, but an effort of academic groups; b) the labor market requires experience that the new graduate does not yet have; and, c) the central role of the nutritionist at the NASF is to develop, with a high level of commitment, the desire to extend the horizons of health, to (inter) act with other disciplines, aiming at the production of a transdisciplinary knowledge that will work as a beacon of light for the contextualized practice of a matrix and a unique therapy project. It is concluded that both the guarantee of the health asset and the resolutivity of problems depend on the transformation of sectorial knowledge into attitudinal technologies.

KEYWORDS: Nutritionists; Continuous Education; Family Health Support Center; Primary Care; Health Unique System.



INTRODUÇÃO

Dentre as conquistas sociais brasileiras geradas pelo processo de redemocratização, no final dos anos 1980, destacam-se a construção e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (LADEIRA, 2009).

Conquistado na VIII Conferência Nacional de Saúde, com base no conceito de saúde como “[...] antes de tudo, resultante das formas de organização social de produção” (BRASIL, 1986), o SUS foi assegurado pelo Estado na Constituição Federal, de 1988, bem como por um amplo arcabouço posterior, jurídico, institucional e operacional (BRASIL, 1990; BRASIL, 1988). A partir de então, o direito à saúde assumiu o posto de direito universal. Um de seus eixos é a garantia do direito à alimentação: a garantia de segurança alimentar e nutricional para todos os brasileiros (ALVES; JAIME, 2014).

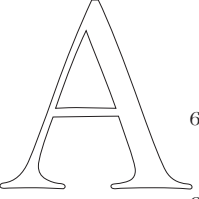
A área da nutrição em saúde pública, por sua vez, havia sido criada muito antes da conquista do SUS. Ela havia sido agregada ao Curso de Nutricionistas do Instituto de Fisiologia e Nutrição da Faculdade de Medicina de Recife, fundado em 1957 e lembrado por alguns estudos como o primeiro curso brasileiro a formar profissionais voltados para a atuação no campo da nutrição em saúde pública (VASCONCELOS, 1999). A emergência deste campo científico, na década de 1950, foi um resultado do processo histórico de especialização e divisão do trabalho/saber no interior da complexa e multidisciplinar ciência da Nutrição, constituída entre os anos de 1930 e 1940 no Brasil e regulamentada em 1967 (VASCONCELOS, 1999).

No contemporâneo, a prática da nutrição individual e de coletividades vem se constituindo em uma das áreas de maior ampliação e consolidação, principalmente pela conquista de políticas públicas que incluem este profissional (VASCONCELOS; CALADO, 2011), cabendo destacar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), e a Política que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Instituída no final dos anos 90, a PNAN inscreveu uma fase de grande relevância para a configuração da área no campo da saúde, demonstrando as transições epidemiológica, nutricional e demográfica (RECINE; VASCONCELOS, 2011), e garantindo a universalidade da segurança alimentar e nutricional (SAN), direito inalienável humano (BRASIL, 1999).

Em 2006, uma iniciativa da sociedade civil organizada reconheceu que a garantia do direito de se alimentar, de modo digno, com acesso físico e econômico ao alimento, exigia ações públicas mais abrangentes. Em outras palavras, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) requeria ações públicas participativas e intersetoriais. Atuando no campo da Segurança Alimentar e Nutricional, a sociedade civil propôs a criação da política Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Este Sistema Nacional foi regulamento pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional nº 11.346 (LOSAN), e seu instrumento é o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) (BRASIL, 2006a).

No mesmo ano, o Estado brasileiro instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006b), reconhecendo como política de Estado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família, instituídos nos anos 90 como as primeiras expressões políticas de atenção de base para o ordenamento do SUS (CAMPOS; PEREIRA JR., 2016). Em 2008, a sociedade conquistou a Política de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF),



com os objetivos de qualificar e ampliar as intervenções realizadas pelas equipes de saúde da família (ESF) da atenção básica NASF (BRASIL, 2008). Para fortalecer esses objetivos, o NASF propôs a inserção do nutricionista como integrante das equipes multiprofissionais (PÁDUA; BOOG, 2006).

Desde então, o papel de base da PNAN tem sido a interlocução entre o SUS/Atenção Básica/NASF e a Política e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) (ALVES; JAIME, 2014).

Essas políticas públicas socialmente conquistadas requereram, por parte da academia, o fortalecimento de uma garantia legal, expressa no Inciso III, do Art. 200, Seção II, Capítulo II, Título VIII, da Lei Orgânica da Saúde: é de competência do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos para a saúde (BRASIL, 1990). Nesta exigência, o campo saúde coletiva ganhou visibilidade nos projetos pedagógicos de cursos de graduação em saúde. No âmbito da pós-graduação, o Estado passou a estimular a pós-graduação em atenção básica/saúde da família, nas modalidades presencial, a distância e residência multiprofissional.

O estudo apresentado neste manuscrito se propôs a explorar e a discutir as percepções sobre a formação, o campo de trabalho em nutrição no Brasil e o papel do nutricionista no NASF, na visão de nutricionistas residentes em uma universidade do sul do Brasil.

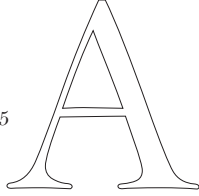
1 METODOLOGIA

Estudo do tipo qualitativo, de abordagem exploratória e descritiva, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade, tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório, porque buscou conhecer algumas realidades na interrogação direta dos participantes (ZOBOLI, 2003) e de cunho descritivo, porque buscou descrever a realidade interrogada (APPOLINARIO, 2006).

O estudo foi desenvolvido com mulheres nutricionistas residentes, graduadas em distintas universidades brasileiras e em processo de formação em Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, em uma universidade do sul do Brasil. As residentes foram convidadas para participar da pesquisa por meio de comunicação digital. A participação foi oficializada na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O encontro aconteceu em uma sala de aula da universidade, em setembro de 2016. O instrumento de coleta de dados foi entrevista coletiva do tipo grupo focal, cujo roteiro foi composto por 10 perguntas e 01 problematização. O roteiro foi previamente construído pelo pesquisador para ter apoio claro na sequência das questões, facilitando a abordagem (MINAYO, 2014). O tempo de entrevista foi de uma hora e vinte minutos. O universo de participantes contou com 05 nutricionistas (todos do sexo feminino).

As questões do instrumento exploraram a formação em nutrição vivenciada pelas participantes; o campo de trabalho em nutrição no Brasil; e o papel do nutricionista no NASF. De modo complementar, exploraram também a percepção sobre a residência em curso e sobre o trabalho em nutrição no Sistema Único de Saúde. A problematização buscou garimpar o modelo de planejamento que as participantes adotariam, em caso de aprovação em um processo seletivo que exigia como requisito um planejamento com base no matriciamento, para trabalhar no NASF de um pequeno município do Tocantins.



O grupo foi organizado em círculo e cada participante recebeu um número para orientar a sua manifestação para fins de facilitar o processo de transcrição. A técnica de grupo focal, combinada com entrevista, foi realizada em um único encontro, possibilitando a interação dos participantes, trazendo o valor principal dessa técnica que é a formação de pontos de vista e atitudes em interação (MINAYO, 2014).

O material foi gravado em áudio e transcrito com rigor na forma revelada.

Para a transcrição do material, executou-se uma escuta cuidadosa, seguida da fase exploratório-classificatória que consistiu de várias leituras horizontais, intensas e descontextualizadas. Nesta fase, apreendeu-se as expressões classificatórias (unidades de registro: palavras, expressões, frases que, em alguma medida, retratavam os objetivos do trabalho). Na fase seguinte, procedeu-se à leitura vertical do material, aquela que corresponde ao diálogo entre o aporte teórico do estudo e o material (expressões classificatórias) agrupado em unidades de análise, subcategoria ou variável. A relação dialógica produziu duas unidades de análise (variáveis) - *mudança de atitudes e transmissão de conhecimento* - que, em uma terceira etapa, reflexiva, foram reagrupadas em uma categoria central: *Do brilho no olhar ao esforço para resolutividade* (Quadro 1).

A análise dos dados foi realizada por meio da análise temática de conteúdo, aquela que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. O anonimato dos participantes foi preservado pelo uso de codinomes, constituídos pela letra N (nutricionista), acompanhada por números sequenciais.

O método de análise foi do tipo ético-político, dirigido pela dimensão reflexivo-crítica para entender “o modo de”, isto é, o modo como os (as) participantes entendem a formação, o mercado de trabalho e o papel do nutricionista no trabalho do NASF. Este método é uma adaptação do método “do posto que”, criado por Antonio Gramsci e desenvolvido no diálogo entre o processo histórico do objeto e suas contradições (MANACORDA, 2012, p. 39). De acordo com este método, “o modo de”, a realidade é sempre histórica e, como tal, alimentada por contradições.

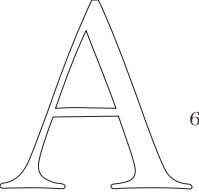
Quadro 1. Unidades de análise e indicadores de acordo com objeto, dimensão e categoria de análise.

Objeto	Método	Categoria de análise	Unidades de análise	Indicadores
Discutir as percepções de nutricionistas residentes sobre a formação, campo de trabalho e o papel do nutricionista no NASF	Ético-político	Do brilho no olhar ao esforço para resolutividade	Mudança de atitudes Transmissão de conhecimento	Tipos de atitudes Modalidades de conhecimento

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do brilho no olhar ao esforço para resolutividade: formação, campo de trabalho e atuação no NASF.

A necessidade de a formação em saúde ser orientada para o SUS (BRASIL, 2001) ainda não é uma bandeira brasileira, mas um esforço de coletivos acadêmicos [...] a graduação [...], hoje, eu acho que tem um esforço pra [formar para o SUS], mas quando eu me formei, não formava para o SUS [...] (N5) [...] não é só uma coisa [de uma] graduação, acho que é de todas [...] (N3).



O depoimento anterior demonstra uma perspectiva de otimismo quanto à formação em nutrição da instituição em questão, na atualidade, o que permite inferir que não é em curto prazo que os cursos conseguem se rearranjar em direção a uma bandeira e à recomendação do novo perfil de profissional posto pelas diretrizes curriculares. É preciso compreender que a superação de matrizes curriculares e processos pedagógicos anteriores aos exigidos pelo SUS exigem condições de possibilidades e que essas condições estão na dependência da capacidade de organização de resistência à histórica hegemonia de mercado na formação em saúde e das escolhas políticas do Estado brasileiro, especialmente dos Ministérios da Fazenda, Educação e Saúde.

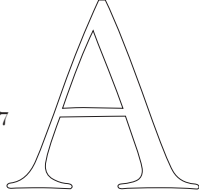
Do ponto de vista ético, não é tarefa fácil construir uma finalidade política comum - formar para o SUS - na pluralidade (BERLINGUER, 2000) de estilos de pensamento e compreensão de mundo, em um país que garante constitucionalmente essa formação ao mesmo tempo em que concede autonomia às universidades (BRASIL, 1988).

Questionadas sobre o estímulo recebido na graduação para trabalhar no SUS, foi exposto que a [...] *a gente não tinha essa visão de NASF porque o próprio professor não tinha essa experiência [...] a parte teórica foi [...] fraca com relação a SUS [...] tanto que pra tu entrar numa residência tem que correr atrás de muita coisa pra estudar (N4).*

Sobre a fala anterior convém demarcar que a pergunta se referia ao estímulo recebido na graduação para trabalhar no SUS e a resposta foi dada para o NASF, um braço do SUS, complexo, ainda na infância (implementado em 2008), cujo conhecimento se baseia em estratégias complexas (matriciamento e projeto terapêutico singular) em construção, que exigem uma ferramenta ainda muito frágil na formação e nas práticas: transdisciplinaridade.

Convém demarcar, também, que o Brasil desenvolve várias modalidades de residência multiprofissional em atenção básica. Algumas instituições de ensino superior optaram por residências multiprofissionais em atenção básica/saúde da família ancoradas em um eixo assistencial: residências que buscam revisar e qualificar o modelo assistencial (BRASIL, 2016a). Outras escolheram residências multiprofissionais em atenção básica/saúde da família sustentadas em um eixo clínico: residências integradas multiprofissionais que visam à qualificação da clínica (BRASIL, 2016b). Há aquelas que não evidenciam o caráter da modalidade de residência, mas que se mostram teoricamente orientadas pelo modelo dos determinantes sociais, econômicos e culturais como explicativo do processo saúde-doença (SCHMALLER et al., 2012). Há, ainda, processos de residência mais ousados, conduzidos pela determinação social do processo saúde-doença como modelo teórico de intervenção na realidade de saúde e doença (BRASIL, 2016c). Este modelo teórico foi conquistado na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) e remodelado no texto da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90 para, entre outros, dar visibilidade ao modelo dos determinantes (LIZ, 2016).

O modelo teórico da determinação social considera saúde como socialmente determinada pela política macroeconômica e pelas condições de vida que dependem de tal política. Se a saúde é determinada pelas condições de vida que dependem da política macroeconômica de Estado; se a influência desta política nas condições de vida dos brasileiros é desigual (o pobre sofre muito mais os efeitos das escolhas do Estado do que o rico), então, saúde é uma questão de sociedade de classes. Por consequência, o *currículo* (como caminho) desta modalidade de residência precisa contemplar a sociologia em saúde: estudos sobre sociedade de classes, formação econômico-social, e modos de produção. Isto não significa que a modalidade assistencial, a modalidade de residência



clínica e a orientada pela melhoria dos determinantes sociais, econômicos e sociais, dentre outras, não exijam estudos aprofundados, mas que a compreensão da determinação social requer interação real com áreas das ciências humanas e sociais.

Em outra abordagem, a defesa de saúde como socialmente determinada tem como imagem-objetivo a superação da condição de subalternidade (submissão), a superação da realidade oprimido-opressor nas suas mais variadas expressões (GRAMSCI, 2007) para que, todos, na condição de cidadãos, possam gozar de seus direitos sociais conquistados. Para o coletivo deste pensamento, romper com a subalternidade é condição necessária para se alcançar saúde com o território e para dar resolutividade às doenças de coletividades.

No âmbito setorial específico da saúde, Nascimento e Oliveira (2010) referem que, para que o trabalho interdisciplinar ocorra, faz-se indispensável uma profunda revisão crítica a respeito dos processos educativos e formativos que vêm sendo desenvolvidos pelas Instituições de Ensino Superior que, em sua maioria, não se enquadram às exigências do SUS. Ainda, segundo os autores, esse não enquadramento é uma das dificuldades que se destacam no processo de trabalho do NASF, do qual o nutricionista é integrante, pois desfavorece o trabalho em equipe, o vínculo, o acolhimento (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Esta lacuna, somada ao desafio de incorporar as ciências humanas e sociais para explicar socialmente saúde e doença no território da vida e ao desafio de produzir conhecimentos novos - transdisciplinares - para praticar matriciamento e projetos terapêuticos singulares, pode ter gerado a percepção da nutricionista [...] *pra tu entrar numa residência tem que correr atrás de muita coisa pra estudar [...] (N4).*

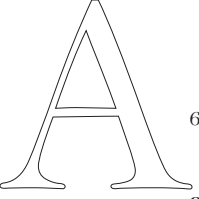
Quando perguntado sobre a percepção da profissão de nutricionista no Brasil, uma nutricionista apontou [...] *o mercado de trabalho além de tu não crescer, paga mal e exige uma experiência que alguns recém-formados não têm como corresponder [...] (N3).*

Segundo a Resolução CFN N°380/2005, as áreas de atuação do nutricionista são alimentação coletiva, nutrição clínica, saúde coletiva, docência, indústria de alimentos, nutrição em esportes e *marketing* na área de alimentação e nutrição (BRASIL, 2005). Na fala da participante, foi possível perceber que o mercado de trabalho em nutrição se expandiu muito nos últimos anos, mas o egresso encontra dificuldade para entrar no mercado trabalho, na área de seu maior interesse, devido à falta de experiência; então, às vezes qualquer proposta é válida para obter-se experiência no início da profissão. Este fato gerou um questionamento que poderá ser objeto de futuros estudos: a motivação para fazer a residência multiprofissional em atenção básica poderia ser incluída nesta lógica de opção 'quando falta experiência qualquer proposta é válida?'

O salário do nutricionista também se mostra injusto para o exercício profissional. **De acordo com a Federação Nacional dos Nutricionistas (FNN), o Piso Nacional de Referência para 44 horas semanais é de R\$ 2.202,18.** Porém, havia um Projeto de Lei (PL) em tramitação relacionado ao assunto, o PL n° 5439/2009, que propunha um piso salarial aos nutricionistas de R\$ 4.650,00. No entanto, o mesmo *foi arquivado no dia 17 de setembro de 2015.*

Quanto ao papel do nutricionista no NASF, uma participante sinalizou que é [...] *ser um profissional de saúde (não apenas nutricionista) é tu conversar, é tu ter um olhar ampliado pra tudo (do usuário, do bairro, da cidade) [...] é fazer acontecer a intersetorialidade, assim, sabe? (N5).*

Esta concepção do papel do nutricionista no NASF expõe conceitos-eixo das políticas públicas de saúde do SUS, entre estas o NASF: olhar ampliado e intersetorialidade. No entanto,



antes de analisar a relação entre as atividades do nutricionista no NASF e esses conceitos, convém descrever sinteticamente o que pensa o Conselho Federal de Nutrição e alguns pesquisadores da área:

Para o Conselho Federal de Nutrição (CFN), o nutricionista deve atuar com ênfase nos determinantes dos agravos e dos distúrbios alimentares e nutricionais que acometem a população local, auxiliando na segurança alimentar e nutricional da população atendida (BRASIL, 2008). Estudo sobre a importância da atuação do nutricionista na atenção básica assinalou que “o nutricionista é o único profissional que recebe, durante a formação acadêmica, embasamento de caráter específico que permite observar e conhecer valores socioculturais de cada paciente, realizando as devidas orientações nutricionais” (MATTOS; NEVES, 2009, p. 13).

O papel do nutricionista conferido pelo CFN indica uma atuação sobre agravos e distúrbios alimentares e nutricionais; uma atuação sobre pacientes. Os autores Mattos e Neves (2009) parecem indicar o mesmo estilo de pensamento, já que focam o paciente como sujeito requerente de cuidado.

Historicamente, os sujeitos da atenção básica são considerados pacientes. Esta condição é um produto histórico de uma visão clínica do homem doente. Há sociedades, por exemplo, a italiana, que já superaram o estilo de pensamento tradicional e conquistaram a transformação do paciente em exigente: exigente no sentido daquele que exige a garantia de seus direitos sociais conquistados. O exigente vê-se cidadão, ele continua percebendo-se cidadão se doente, diferentemente do paciente que se sujeita às decisões unilaterais de outros, sobre questões da sua vida, ao perceber-se um ser doente (CAVICCHI, 2007).

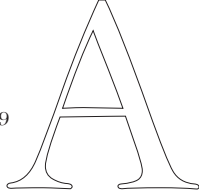
Aproximando este fato social e histórico da luta pela escolha da determinação social como modelo teórico explicativo, vale registrar que a defesa da determinação social do processo saúde-doença está atrelada ao objetivo de lutar para que a condição de paciente seja superada, pois esta condição “anula a condição de cidadania” (CAVICCHI, 2007, p. 42).

No entanto, as condições de possibilidades para esta superação ainda não estão dadas no Brasil. E, aqui, alguns questionamentos se impõem:

Como provocar o estilo de pensamento que pensa as ações com base em agravos, distúrbios, pacientes? Uma opção poderia ser o argumento “olhar ampliado”, referido por N5. Mas o que significa um olhar ampliado? Um olhar “ampliado” no NASF? Qual o sentido de ampliado? Ampliado em quê? Para as autoras, o sentido de ampliado está em reconhecer saúde como uma questão social de classes e, por consequência, reconhecer que o papel fundamental de qualquer ator social na atenção básica e NASF é formar cidadãos, formar exigentes no lugar de pacientes, que se reconheçam com direitos sociais conquistados em seus processos de cuidado.

Conceito ampliado exige a compreensão de que o bem saúde não é um direito de doentes, mas de todos como cidadãos, doentes ou não doentes. Para se tornar um bem ético, o bem saúde requer a condição de cidadão: “valor que contempla [...] expectativas [...] de respeito e dignidade” (CAVICCHI, 2007, p. 17).

Outra compreensão manifestada pela N5 é que o importante, nas atividades do NASF, é [...] *ser profissional da saúde (não apenas nutricionista) é fazer acontecer a intersetorialidade*. Nesta fala, percebeu-se que a participante mencionou intersetorialidade com o sentido de interdisciplinaridade. Esta forma abrangente de referir-se profissional da saúde, não apenas setorialmente da disciplina



nutrição, carrega uma abertura no horizonte de possibilidades de construção de coletivos comprometidos com a saúde das pessoas e das comunidades, na medida em que se aproxima da (inter) ação e distancia-se da formação setorial (setor/disciplina nutrição).

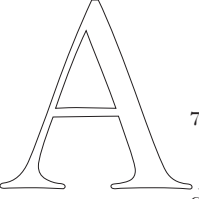
Interdisciplinaridade e intersetorialidade são diretrizes complementares, às vezes não se descolam nos discursos. A intersetorialidade, tão cara às políticas do SUS, foi muito debatida na 12^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2004, no governo Lula, e intitulada “Saúde um direito de todos e um dever de Estado. A saúde que temos. O SUS que queremos”. No evento, os atores sociais reconheceram a desarticulação intersetorial do SUS e reclamaram por uma agenda que incluísse a importância de sua efetivação concreta como um recurso estratégico para a materialização dos princípios do SUS (BRASIL, 2004). Passados doze anos, as parcerias intersetoriais ainda se desenvolvem com dificuldades. Em que pese a histórica interlocução com a educação e a assistência social, o SUS e suas políticas ainda não amadureceram organicamente a intersetorialidade com os demais setores sociais produtivos, tais como mídia; comércio; indústria; ONG; setores federais, como agricultura, meio ambiente e cultura (LABRÊA et al., 2016).

Deste modo, algumas falas revelaram que, nas ações no NASF, o trabalho em saúde deve refletir em especial nos processos particulares vividos por cidadãos-usuário, de modo (inter)ativo (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Na conjuntura atual, em que milhões de trabalhadores são afetados pelas escolhas do governo em exercício, a abertura para a narrativa de usuários sobre os efeitos dessas escolhas em suas vidas é também uma dimensão do dito conceito ampliado de saúde. Na mesma medida em que o profissional se abre para o direito do outro narrar o modo como a crise está afetando-o, alarga-se a possibilidade de compartilhar com ele inúmeras dimensões do SUS. Nesta abertura, com criatividade, o homem “culto” pode se aproximar do homem “simples” (BUTTIGIEG, 2003, p. 28), de fato, exercendo seu papel de agente social, conforme a fala de uma residente [...] *mas o legal do social é essa “coisa” de tu te sentir útil né [...] as vezes [ele] tá a fim de chorar ou de falar... Não faço anamnese, não peso, não faço nada! Ele só conversa. E ele volta! É aí que tu cria vínculo, na hora que tu escuta!* [...] (N3).

Ao serem questionadas sobre qual é o papel do NASF na Atenção Básica, uma das participantes mencionou [...] *ser uma retaguarda técnico pedagógica, a gente tá ali pra apoiar a AB, pra ser resolutivo, pra matricular, trabalhar com a equipe e para o usuário também, né. É meio que conceito, meio que clichê, mas é isso [...]* (N3). Segundo Nascimento e Oliveira (2010), os profissionais do NASF podem ser considerados como “retaguarda” das equipes da ESF se atuar em conjunto com esses profissionais, compartilhando com eles saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território.

A troca de conhecimentos dialógica é essencial para as práticas de saúde, principalmente porque ninguém possui todo o saber, tornando-se a interação a chave para produzir um conhecimento novo e alcançar maior resolutividade no cuidado do usuário (SILVA et al., 2012). Ao serem questionados sobre seu papel, na problematização, participantes expressaram que [...] *pra trabalhar no NASF tu não pode ser egoísta [...] o saber e conhecimento que eu tenho não é só meu, não é só eu que tenho que saber. Quanto mais tu replicar, passar, transmitir, matricular, mais útil vai ser a atenção básica [...]* (N3) [...] *matriciamento é a troca* (N2).

Segundo Campos e Domitti (2007, p. 400), o apoio matricial intenciona conceder “tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência”, como também “fomentar a comunicação ativa e o compartilhamento de conhecimento entre profissionais



de referência e apoiadores”. A transmissão de saberes por meio de uma interação comunicativa e horizontal é um requisito imprescindível no dia a dia do trabalho em equipe, pois tenciona a interdisciplinaridade (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010) rumo a uma construção futura transdisciplinar: [...] *é muito lindo assim, é fantástico a atuação do nutricionista junto com a equipe multi. Só que também, tem que ser uma equipe atuante, não adianta só ter por ter e trabalhar individual* [...] (N1).

O projeto terapêutico singular, por sua vez, como a própria expressão diz, é construído para a singularidade das necessidades de saúde de cada usuário. Este projeto se concretiza se for produzido de modo horizontal, considerando não somente o discurso científico disciplinar/setorial, mas o modo como o usuário compreende a sua vida (PINTO et al., 2011). Para tanto, é preciso compreender que o modo como o cidadão/exigente manifesta a compreensão de sua vida é diferente do modo do paciente.

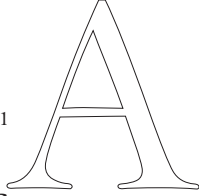
Foi possível apreender, portanto, que as ações do nutricionista no NASF devem se dar com base em uma prática cotidiana não fragmentada, visando à integração entre os profissionais do NASF e entre os profissionais do NASF e da atenção básica/saúde da família. Porém, é notável a dificuldade dessa prática na fala a seguir: [...] *tu trabalha multiprofissional, mas é muito difícil tu sair desse papel teu de ser o nutricionista né* [...] (N5).

Com a implantação do NASF, desenvolveu-se um aumento das ações de promoção, prevenção e cuidados, devido às equipes multiprofissionais terem como atribuição a atenção integral à saúde, buscando compartilhar práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas e auxiliá-las no manejo ou na resolução de problemas (BRASIL, 2014). No entanto, da mesma forma que não bastam as leis para fazer valer as ações e os direitos, não bastam as atribuições de competências: torna-se necessário vontade (GRAMSCI, 2007) para ousar, provocar, perturbar e criar estratégias para a real efetivação das ações.

É evidente o engajamento com a promoção de mudanças na atitude para a atuação de profissionais da atenção básica/estratégia saúde da família e NASF quando o cuidado do usuário é o centro das ações de promoção, prevenção e reabilitação (BRASIL, 2009).

Outra questão apontada pelas participantes é a importância de considerar o processo das atividades como o *curriculum* (caminho) para o amadurecimento na atuação no NASF. Na visão de Amaral e Silva (2006, p.152), os atores sociais “têm potenciais para intervir nas dificuldades e superá-las de forma conjunta e compartilhada”. No entanto, os trabalhadores do NASF, assim como os demais trabalhadores do SUS, convivem com uma angústia constante, gerada por limites impostos cotidianamente pelo sistema, tais como questões de infraestrutura, operacionais, de financiamento e relacionais. Nem sempre as condições são de possibilidades: [...] *Tu te sente impotente sim, em muitos momentos! Só que em muitos tu te sente satisfeito* [...] *tipo, a pessoa conseguiu receber o benefício de um aluguel social* [...] *é muita coisa, sabe?!* (N5).

Os dados permitiram compreender que a residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família, vivenciada pelas participantes, traz uma visão positiva em relação à formação de profissionais com perfil para trabalhar com as ferramentas propostas pelo NASF, devido ao aprofundamento de aportes teóricos novos, no contexto das práticas e no decorrer da formação. A residência parece se colocar a serviço do aprimoramento da formação, da construção do conhecimento ‘ampliado’ de saúde, que tem por objetivo qualificar os trabalhadores para o desafio de trabalhar na coletividade (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010), a partir de [...] *um brilho no olhar que contagia* [...] (N3) na complexa tarefa de resolutividade.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção e a consolidação do Sistema Único de Saúde foram de suma importância para todos os brasileiros conquistarem o direito universal à saúde, destacando-se, no objeto deste estudo, a garantia de segurança alimentar e nutricional e o papel do nutricionista nesta garantia. A inserção deste profissional na Atenção Básica se dá por meio do Núcleo de Apoio Saúde da Família, uma política composta por profissionais de diferentes áreas para apoiar as equipes de SF.

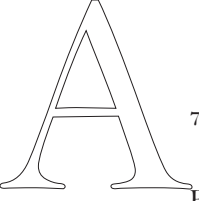
O estudo apresentado neste artigo permitiu compreender que o papel do nutricionista no NASF não é a resolutividade pura e simples dos problemas, dos agravos e dos distúrbios alimentares; não é o matriciamento em si, o projeto terapêutico singular em si, mas o desenvolvimento da vontade, com brilho no olhar, para ampliar o horizonte de saúde, para (inter) agir com demais profissionais (com demais disciplinas) rumo à produção de um conhecimento novo (transdisciplinar) que funcionará como o farol para a prática contextualizada de matriciamento e de projeto terapêutico singular. Deste modo, o matriciamento e o projeto terapêutico singular não são papéis do profissional, mas produtos de um papel: produtos do papel de produzir um conhecimento novo, ampliado, não fragmentado, que reconheça o bem saúde com um bem de todos como cidadãos, na interação com demais disciplinas envolvidas no NASF e na interação com as narrativas dos usuários sobre as suas vidas.

A inserção qualificada do nutricionista no NASF demanda um efetivo compromisso brasileiro de formar para o SUS conquistado na VIII Conferência Nacional de Saúde. Demanda, também, o reconhecimento da necessidade de um piso salarial justo.

A possibilidade de aprimoramento da formação por meio de Residências Multiprofissionais em Atenção Básica/Saúde da Família mostrou-se fértil para a mudança de atitudes frente ao conhecimento transmitido pelo campo, tornando os(as) nutricionistas aptos(as) para enfrentar situações que vão muito além de ser nutricionista.

REFERÊNCIAS

- ALVES, K. P. S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. **Revista Ciência e saúde coletiva**, v. 19, n.11, p.4331-4340, 2014.
- AMARAL, M. N.; SILVA, M. E. K. Atuação do nutricionista no Núcleo de Apoio à Saúde da família: desafios da interdisciplinaridade no cuidado à saúde. **Revista Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v.24, n.2, p.143-155, maio/ago., 2015.
- APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência: Filosofia e Prática da Pesquisa**. 1. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.
- ASSIS, A. M. O. et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, v.15, n.3, p.255-266, 2002.
- BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde (1986). **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.



BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federal de 1988**. Dispõe sobre a ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_constituicao_federal.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Lei Orgânica (1990). **Lei Nº8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 710, de 10 de junho de 1999**. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca (2003)**. Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acessado em: 12 out. 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução N. 380/2005**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência por áreas de atuação e dá outras providências. Brasília, 2005.

BRASIL. Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (LOSAN). **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL, 2008. **Conselho Federal de Nutrição**. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/>>. Acessado em: out. 2016.

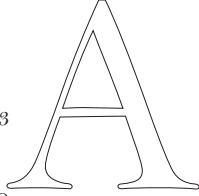
BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola. Caderno de Atenção Básica n.24: Saúde na escola**. Brasília (DF), 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, v.1, p.116, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Portal da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**.



Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/residencia_multiprofissional.php>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Disponível em:<<http://www4.planalto.gov.br/consea/cessoainformacao/institucional/conceitos/sistema-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional>>. Acesso em: 12 out. 2016.

BUTTIGIEG, J. A. Educação e hegemonia. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. (Org.). **Ler Gramsci e Entender a Realidade**, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p.28, 2003.

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

CAMPOS, G. W. de S.; PEREIRA JR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.9, p.2655-2663, set., 2016.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – CFN. **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. Brasília: CFN, 2008.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS NUTRICIONISTAS - FNN. **Tabela de honorários 2016**. Disponível em: <<http://fnn.org.br/Tabela-de-Honorarios>>. Acesso em: 12 out. 2016.

GALENDI JUNIOR, G. et al. O programa saúde da família: uma avaliação do desempenho no município de Botucatu. **Pesquisa em Debate**, edição especial, 2009. Disponível em: < http://www.pesquisaemdebate.net/docs/pesquisaEmDebateespecial1/artigo_21.pdf>. Acesso em: 20 junho de 2015.

LABRÊA, C. G. et al. Laços intersetoriais em uma formação histórica em saúde: Projeto de Extensão Antonio Gramsci. **XVI Encontro da Abrapso Regional Sul**. No prelo, 2016.

LADEIRA, J. P. **As atribuições do nutricionista na atenção básica em um município do Vale dos Sinos**. [Trabalho de conclusão de Curso]. Novo Hamburgo, 2009.

LIZ, R. G. **Impacto social do Projeto Mais Médicos para o Brasil em um município catarinense: um estudo de caso**. 101p. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, Itajaí, 2013.

MAIA, T. M. **A inserção do Nutricionista na Atenção Primária a Saúde: o caso da microrregião de saúde de Viçosa-MG**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

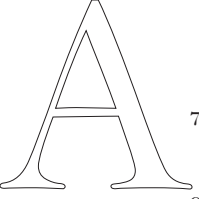
MANACORDA, M. A.; GRAMSCI, A. **L'alternativa pedagogica**. Roma: Riuniti, 2012.

MATTOS, P. F.; NEVES, A. S. A Importância da Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. **Revista Práxis**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, 2009.

MELO, S.L.; BORGES, L. O. A transição da universidade ao mercado de trabalho na ótica do jovem. **Revista Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.27, n.3, p.376-395, set., 2007.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MUNICÍPIO DE ITAJAÍ. **Seminário debate a Residência na Atenção Básica de Itajaí**. Disponível



em: <<http://itajai.sc.gov.br/noticia/15240/seminario-debate-a-residencia-na-atencao-basica-de-itajai#.WCzgFC0rLIV>>. Acesso em: 20 out. 2016.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. de C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.1, 2010.

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 Nutrição Campinas**, v.19, n.4, p.413-424, ago., 2006.

PINTO, D. M. et al. **Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral**: uma construção coletiva. 20(3): p.293-302. *Texto Contexto Enferm.*, 2011.

RECINE, E.; VASCONCELOS, A. B. Políticas nacionais e o campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva: cenário atual. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.73-79, 2011.

RONSANI, M. M.; SILVA, S. T.; RIBEIRO, R. S. V. Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família (online)**, v.1, n.1, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/index.php/prmultiprofissional/article/viewFile/1150/1117>>. Acesso em: 21 junho de 2015.

SCHMALLE, V. P. V. et al. Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.11, n.2, p.346 - 361, ago./dez., 2012.

SILVA, A. T. C. 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, 2012.

VASCONCELOS, F. A. G. **Como nasceram os meus anjos brancos**: a constituição do campo da nutrição em saúde pública no Brasil. 1999. 266p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista Nutrição Campinas**, v.15, n.2, p.127-138, maio/ago., 2002.

VASCONCELOS, F. A. G.; CALADO, C. L. A. Profissão nutricionista: 70 anos de história no Brasil. **Revista Nutrição Campinas**, v.24, n.4, p.605-617, jul./ago., 2011.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e Atenção Básica**: Um Estudo de Ética Descritiva com Enfermeiros e Médicos do Programa Saúde da Família. 2003. 233 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.