



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

DIANA CRIS MACEDO RODRIGUES

**O LUGAR DO NUTRICIONISTA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA DE FORTALEZA: DESENHOS INICIAIS**

FORTALEZA - CEARÁ

2012

DIANA CRIS MACEDO RODRIGUES

O LUGAR DO NUTRICIONISTA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DE
FORTALEZA: DESENHOS INICIAIS

Dissertação apresentada por Diana Cris Macedo Rodrigues ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestra em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca de Ciências da Saúde

R612l Rodrigues, Diana Cris Macedo.

O Lugar do nutricionista nos núcleos de apoio à saúde de Fortaleza / Diana Cris Macedo Rodrigues. – 2012.

224 f. : enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientação: Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi

1. Nutricionista. 2. Atenção Primária em Saúde . 3. Segurança Alimentar e Nutricional. 4. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

CDD: 612.3

O LUGAR DO NUTRICIONISTA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA DE FORTALEZA: DESENHOS INICIAIS

Dissertação apresentada por Diana Cris Macedo Rodrigues ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestra em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

Aprovada em: 28/09/2012

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Aos meus grandes amores que, com maestria,
orquestram meu coração para o belo, o bom e
a promoção de mim mesma, aguçando o
divino que mora em mim.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus da vida que faz brotar movimento em direção aquilo que ressoa no infinito.

A Malu Bosi, pela sua densidade, profundidade e rigor. Por ter alargado o sentido da minha vida, salvando-me de mim mesma. Meu sincero agradecimento, não só por me orientar, mas por toda contribuição ao mundo da ciência. Sua presença me impulsiona a ser mais.

Ao querido professor Ricardo, por ter acompanhado minha trajetória no mestrado, desde a entrevista até esse momento final. Pelos banquetes de saber e afetos proporcionados pela sua presença. Pelas contribuições fundamentais à minha construção como pesquisadora, fazendo desabrochar as minhas ingenuidades epistemológicas.

A professora Ana Maria Fontenelle Catrib, pela acolhida do trabalho e pelas contribuições trazidas.

A minha mãe, por me fazer experienciar meus limites, inclusive físicos, durante esta trajetória do mestrado, com sua experiência de quase morte que tanto trouxe vida a nossa vida.

A minha irmandade, Samille Macedo, pelo exemplo de superação, de busca, de beleza na vida. Por dividir comigo grande parte da genética, do sangue, das marcas, da história de vida, mas também da procura de saber e ser mais. A você, carinho, respeito e profunda admiração.

A minha avó, quem mais me ensinou que, apesar de todas nossas limitações, é possível construir um patrimônio de beleza e amor.

A família Macedo, um império de amor, abrigo certo, na alegria e na tristeza. Raiz do simples, da alteridade e do amor que mora em mim. Manjedouro do meu encantamento pelo humano, pela vida que brota em cada encontro, pela comida grávida de afetos.

Ao meu pai, por todas as ausências que me levaram a caminhos tão sinuosos e longos, mas propiciadores de encontros fundamentais comigo mesma. Pelo resgate que emana amor.

A Tylla Lira, pelo apoio fundamental nos momentos finais desse trabalho, pela torcida e diálogos edificantes.

Ao Herley Lins, pela solicitude e carinho de sempre.

A amiga Rose Santos, pelo compartilhamento das dores que perpassam a vida, pelas escutas terapêuticas e diálogos inquietantes.

Ao Reginaldo Parente, pelo incentivo e apoio fundamentais no início dessa caminhada.

Aos queridos companheiros do mestrado, pelos encontros permeados de sorrisos, descobertas e alegrias.

As queridas Zena e Domi que, mais do que a execução de um trabalho técnico, constroem relações em volta de si mesmas, proporcionando-nos uma experiência educadora que desconstituiu pré-conceitos acerca das antipáticas burocracias do serviço público brasileiro.

Aos nutricionistas entrevistados, que, na vanguarda da construção do fazer do nutricionista no NASF de Fortaleza, disponibilizaram-se a participar do estudo, fornecendo importantes contribuições para a conformação da história da atuação do nutricionista nos NASF.

A CAPES, pela concessão da bolsa de estudo.

Dissertação

“Dissecação do que em mim reside,
Gente, nutricionista, pesquisadora.
É branco se transformando em vida,
Fazendo brotar páginas encharcadas de labor.
No estar entre iguais partilhando
experiências,
Ou no silêncio da solidão que aguça os
sentidos,
O artesanal pensar, brincando de ser
linguagem,
Linguagem que comunica, mas limita,
Dimensões não passíveis de serem linhas,
Sentir que não se esgota nos signos.
Alma que cresce, que dói, que encontra
abrigo,
Corpo disciplinado, que sofre, que se
empresta, que se esquece,
Dias consumidos, mais cedos que outrora.
Renúncias de certezas, depuração de teorias,
Paradigma do desaprender, duvidar,
desocultar, reconstituir.
Como o poeta, rasgando-se e remendando-se.
Numa espiral que me constrói texto,
Paradoxalmente, arredondando minha
existência,
Ao tempo que denuncia minhas próprias
limitações.
Um ponto final revestido de começo,
Uma bonita alegria,
Não de quem tem certeza,
Mas de quem apenas cheira a complexidade,
Fazendo brotar em si mais coerência.
Como se o eco do universo entrasse pelas
minhas narinas e
Ressoasse nos quatro cantos de mim.”

Diana Macedo

RESUMO

A problemática alimentar e nutricional na contemporaneidade, o perfil epidemiológico e nutricional brasileiro, a assunção da Segurança Alimentar e Nutricional e do Direito Humano à Alimentação Adequada como prioridade de Estado e a necessidade do fortalecimento das ações de atenção nutricional na ESF, como parte essencial do cuidado integral em saúde nas RAS, são os principais fundamentos que justificam a inclusão da área estratégica de alimentação e nutrição na proposta NASF. A inserção do nutricionista nesta proposta intenta contribuir para a qualificação das ações neste âmbito de atenção, mediante a realização de um trabalho interdisciplinar, compartilhando práticas e saberes com as equipes de SF. O objetivo deste estudo foi compreender percepções dos nutricionistas atuantes nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Fortaleza acerca de sua inserção na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma investigação orientada pela abordagem qualitativa, ancorada em fundamentos epistemológicos da fenomenologia e hermenêutica. Com o intuito de acessar a produção subjetiva dos nutricionistas utilizamos a entrevista em profundidade, elegendo, na medida do possível, o procedimento não diretivo. A categorização do material empírico nos conduziu a três eixos centrais: 1) Inserção na ESF; 2) Percepções acerca do contexto; 3) O Nutricionista na ESF. Cada eixo foi desdobrado em diferentes dimensões. Os achados revelaram que o NASF configura-se como mais uma oportunidade de emprego surgida, no qual as profissionais tem estruturado seu processo de trabalho assumindo majoritariamente uma prática individualizante e tecnicista, com escassa reflexão acerca de sua atuação. O SUS e a ESF apresentam-se como serviços de saúde restritos para pobres, revelando o quão pouco está disseminada a discussão sobre a política de saúde entre os trabalhadores que a operacionalizam. Nesse contexto, a realização de atividades em âmbito coletivo tentando prevenir doenças é considerada a principal atribuição do NASF. Os achados permitem concluir que o NASF tem organizado seu fazer majoritariamente a partir da assistência direta ao usuário, realizando um trabalho desarticulado da equipe de SF. As interfaces percebidas entre NASF e ESF relacionam-se à prevenção de doenças, sendo quase ausente a menção ao suporte pedagógico às equipes de SF. Industrialização, padronização, desterritorialização do comer, armadilhas da indústria de alimentos na publicidade e incoerências entre modos de vida vendidos pela mídia e as condições de vida de grande parte dos usuários e a epidemia da obesidade são as principais questões alimentares e nutricionais presentes nos territórios assistidos pelas profissionais. Nesse cenário, grande parte das profissionais concebe o lugar do nutricionista na prevenção e tratamento de doenças e agravos relacionados à alimentação,

tendo suas ações destinadas à mudança de hábitos alimentares por meio de uma educação nutricional voltada a trocas alimentares destinadas a racionalizar os recursos disponíveis em prol do consumo de alimentos mais saudáveis. Nesse sentido, os achados apontam uma postura alheia das profissionais frente ao ideário do projeto da Reforma Sanitária brasileira e aos princípios das políticas de SAN, apontando as distâncias entre suas atuações e as reais necessidades de saúde da população assistida.

Palavras-chave: Nutricionista. Atenção Básica à Saúde. Segurança Alimentar e Nutricional. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The food and nutritional problems in the contemporary world, the epidemiological and nutritional profile in Brazil, the assumption of the Food and Nutritional Security and the Human Right to Adequate Food as a priority of state and the need of strengthening actions of nutritional care in the Strategy of Family Health (FHS) as an essential part of integral health care in the Networks of Health Care, are the main reasons that justify the inclusion of the strategic area of food and nutrition in the Center for Family Health Support (CFHS) proposal. The insertion of the nutritionist in this proposal intends to contribute to the qualification of the actions in this area of care, by conducting an interdisciplinary work, sharing knowledge and practices with teams from Family Health. The aim of this work was to understand perceptions of nutritionists who work in CFHS in Fortaleza concerning its inclusion in the FHS. It is a research oriented by a qualitative approach, grounded on epistemological foundations of phenomenology and hermeneutics. In order to access the subjective production of nutritionists it was used the in-depth interview, choosing to the possible extent, the nondirective procedure. The categorization of the empirical material led us to three central axes: 1) Insertion at FHS, 2) Perceptions about the context, 3) The Nutritionist at Family Health Strategy. Each axis was split into different dimensions. The findings revealed that the CFHS appears as another job opportunity arose, in which professionals have structured their work process taking a largely individualistic and technical practice with little consideration on their performance. The Unique System of Health and FHS present themselves as health services restricted to poor people, revealing how little the discussion on health policy is widespread among the professionals who operate the services. In this context, carrying out activities in a community attempting to prevent diseases is considered the main task of the CFHS. The findings show that the CFHS has organized its doing mostly from direct assistance to the user, carrying out a work disjointed from the Family Health team. Interfaces perceived between the CFHS and FHS relate to disease prevention, being almost absent the mention to the pedagogical support to the Family Health teams. Industrialization, standardization, dispossession of eating, the traps of the food industry in advertising and inconsistencies between lifestyles sold by the media and the living conditions of most users and the epidemic of obesity are major issues present in food and nutrition territories assisted by professionals. In this scenario, most professionals conceive the place of the nutritionist in the prevention and treatment of diseases and disorders related to food, and his actions are dedicated at changing eating habits

through a nutrition education focused on food exchanges aiming to rationalize the resources available in favor of consumption healthier foods. Accordingly, the findings indicate the professionals posture against the ideology of the project of Brazilian Health Reform and the principles of Food and Nutritional Safety policies, pointing out the distances between their actions and the current health needs of the population assisted.

Keywords: Nutritionist, Basic Care to Health, Food and Nutritional Safety, Qualitative Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Distribuição dos nutricionistas atuantes no NASF das Secretarias Executivas Regionais do município de Fortaleza – Ceará – 2012	102
Quadro 2 - Caracterização dos participantes do estudo	103
Quadro 3 - Rede Interpretativa do estudo	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIN	Associação Brasileira da Indústria da Nutrição
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ABN	Associação Brasileira de Nutrição
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAB/NASF	Caderno de Atenção Básica 27 – diretrizes do NASF
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPANDAL	Comissão de Estudos para Análise dos Cursos de Nutrição e Dietética para a América
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CNA	Comissão Nacional de Alimentação
CNAN	Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição
CNSA	Conferência Nacional de Segurança Alimentar
CNSAN	Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara dos Deputados

CSF	Centros de Saúde da Família
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DHS	Direito Humano à Saúde
EP	Educação Permanente
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ENEM	Encontro Nacional de Entidades de Nutricionistas
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAO	Conselho da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação
FBSAN	Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional
FEBRAN	Federação Brasileira de Nutrição
GM	Gabinete do Ministro
IBASE	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPEA	Instituto de Economia Aplicada
IPREDE	Instituto de Promoção da Nutrição e do Desenvolvimento Humano

LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MDS	Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC	Ministério da Educação
MESA	Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NAMI	Núcleo de Atenção Médica Integrada
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAT	Programa Nacional de Alimentação do Trabalhador
PBF	Programa Bolsa Família
PFZ	Programa Fome Zero
PIDESC	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PINA	Programa Integrado de Nutrição Aplicada
PLANSAN	Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PPA	Plano Plurianual
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PSE	Programa Saúde nas Escolas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SER	Secretaria Executiva Regional
SF	Saúde da Família
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa
SISVAN	Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo Internacional de Assistência à Infância
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	MARCO CONCEITUAL	27
2.1	Políticas de alimentação e nutrição no Brasil: da reprodução da força de trabalho à Segurança Alimentar e Nutricional	27
2.2	SAN e DHAA: conceitos, princípios e articulação com a saúde	56
2.2.1	<i>Segurança Alimentar e Nutricional: conceitos e princípios</i>	<i>57</i>
2.2.2	<i>A perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada</i>	<i>60</i>
2.2.3	<i>Direito Humano à Alimentação Adequada: conceitos e história</i>	<i>61</i>
2.2.4	<i>A abordagem do DHAA nas políticas de SAN</i>	<i>64</i>
2.2.5	<i>DHAA e Direito Humano à Saúde: conexões no Sistema Único de Saúde</i>	<i>67</i>
2.3	Sistema Único de Saúde	70
2.3.1	<i>Estratégia Saúde da Família</i>	<i>75</i>
2.3.2	<i>Núcleo de Apoio à Saúde da Família.</i>	<i>82</i>
2.3.3	<i>NASF: diretrizes, ferramentas de trabalho e conceitos.</i>	<i>84</i>
2.3.4	<i>Alimentação e Nutrição nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família</i>	<i>89</i>
3	OBJETIVOS	95
3.1	Objetivo geral	95
3.2	Objetivos específicos	95
4	METODOLOGIA	96
4.1	Fenomenologia e hermenêutica	97
4.2	Cenário do estudo	101
4.3	Participantes da pesquisa	102
4.4	Construção e processamento das informações	105
4.4.1	<i>Fase exploratória e trabalho de campo</i>	<i>105</i>
4.4.2	<i>Processamento e categorização das informações</i>	<i>107</i>
4.5	Aspectos éticos	108
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	110
5.2	Inserção na Estratégia Saúde da Família	110
5.3	Percepções acerca do contexto	139
5.4	O nutricionista na ESF	167

6	CONCLUSÕES	197
	REFERÊNCIAS	205
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	221
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	223
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	224

1 INTRODUÇÃO

Este estudo propõe-se a compreender percepções dos nutricionistas atuantes nos Núcleos de Apoio à Saúde (NASF) da Família de Fortaleza acerca de sua inserção na Estratégia Saúde da Família (ESF), à luz dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta desta dissertação nasce do silêncio. O silêncio, estética de minhas limitações, acompanhava-me também naquelas épocas de graduação. Um silêncio ensurdecedor me tomava quando, nas noites em claro adequando cem por cento de nutrientes na dieta de uma pessoa fictícia, a obesidade mórbida aparecia-me materializada como um fantasma na figura de um ente querido com o qual eu morava, ameaçando minhas certezas numéricas advindas de um grande esforço. As festas em família anunciavam outro contato com aquele silêncio, ao meu redor, uma família *obesogênica* lembrava-me o tempo todo daquele saber incômodo, daquele aprendizado pretendido exato e suficiente. A ênfase na dimensão biológica da nutrição aprendida nos bancos da Universidade Estadual do Ceará, contrastava ali na mesa com a vida que se mostrava ilimitada, com a comida grávida de desejos, vontades, alegrias e compartilhamentos de nós.

Depois de formada, o silêncio mais uma vez bateu em minha porta quando iniciei minha trajetória profissional na ESF através da inserção na Residência Multiprofissional em Saúde da Família¹. A ESF proporcionou-me uma imersão no contexto de vida das pessoas, um contato com os lugares onde elas moravam, comiam, compunham suas vidas, insurgindo em mim os mesmos incômodos presentes naquele silêncio, bem como outros advindos do cenário no qual eu me encontrava.

Durante a vivência enquanto residente, as inúmeras lacunas que um saber, eminentemente técnico e fincado predominantemente nos aspectos biológicos da Ciência da Nutrição, evidenciaram-se enquanto eu me construía nutricionista da ESF. Diante da complexidade inerente aos problemas apresentados no cotidiano dos serviços de saúde da Atenção Básica à Saúde (ABS) sentia-me impregnada de técnicas distantes de uma aplicação útil naquele contexto, bem como percebia certa inconsistência deste saber técnico. Deste

¹ Programa de pós-graduação (pautado na formação em serviço para o Sistema Único de Saúde) coordenado pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú em Sobral – CE.

modo, o silêncio emergia a partir de inúmeros questionamentos acerca da formação básica propiciada pela graduação, a partir de dificuldades sentidas para lidar com as múltiplas dimensões relacionadas à alimentação e nutrição.

Neste percurso, através de movimento intenso de educação permanente propiciado pela Residência, pude entrar em contato com pressupostos teórico-metodológicos do campo da Saúde Coletiva, agregando assim, aos meus conhecimentos de nutricionista, saberes que possibilitaram um tensionamento permanente em prol da reconstrução de práticas em saúde mais condizentes com a realidade de vida das pessoas.

A experiência na preceptoria de nutrição da Residência mencionada anteriormente, três anos mais tarde, possibilitou-me ocupar outro lugar. A responsabilidade de facilitar a formação dos nutricionistas que estavam no espaço que outrora eu ocupava, revelou-se como um desafio ainda maior. A vivência possibilitou uma coletiva busca de saberes necessários à construção de uma atuação comprometida com a concretização da integralidade junto aos usuários do SUS. Neste processo, percebi que algumas inquietações mencionadas anteriormente eram partilhadas entre os nutricionistas residentes, levantando indagações iniciais a respeito destas também acompanharem a trajetória de outros nutricionistas brasileiros inseridos na ESF.

Ao mesmo tempo, acompanhava a inserção do NASF na ESF, a partir do ano de 2008, e uma expressiva incorporação de profissionais nutricionistas na ABS a partir da implantação do mesmo. Fato que contribuiu significativamente para fomentar em mim o desejo de pesquisar como estes profissionais iriam lidar com o desafio de construir uma prática em saúde coerente com a consolidação da ESF como uma importante estratégia na busca da concretização da saúde enquanto direito do cidadão brasileiro.

Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2009), a ESF surge em resposta à crise do modelo biomédico que predominava no Brasil, o qual ainda não contemplava os princípios do SUS, propondo uma real mudança na forma de pensar a saúde, tendo como principal produto de suas intervenções a produção do cuidado longitudinal em saúde.

A ESF configura-se como a estratégia prioritária de organização da ABS no Brasil, operacionaliza-se através de uma equipe², que se propõe interdisciplinar. Esta equipe atua em um território específico, acompanhando um número definido de famílias e enfoca: a

² Para efeito didático de diferenciação, esta composição da equipe será nomeada no texto como equipe de saúde da família, conforme termo utilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, sendo composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

família, a integralidade do indivíduo, a intersetorialidade do serviço e a participação ativa da comunidade (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

A organização da assistência à saúde na ESF implica no estabelecimento de vínculos com a comunidade possibilitando a realização do cuidado longitudinal, produção do acolhimento, corresponsabilização e promoção de uma maior autonomia dos usuários em relação à sua saúde. Estes fundamentos aproximam os profissionais e suas ferramentas de ação ao âmbito da micropolítica dos processos de trabalho, nos seus fazeres cotidianos e nas suas relações. Desse modo, a proposta da ESF embasa-se em uma concepção de cuidado em saúde que transcende ao aspecto meramente técnico, concebendo as relações estabelecidas entre profissionais e usuários centrais na realização da assistência (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Por sua vez, a organização da atenção à saúde proposta pela ESF coloca como um dos maiores desafios desta estratégia a construção de práticas assistenciais diferentes das herdadas do modelo biomédico, nas quais o profissional é o detentor do saber, desenvolvendo uma atenção à saúde fragmentada, centrada na cura de doenças, com uma predominância de abordagens individualizadas. Neste cenário, a formação propiciada pelas graduações de saúde, resultante de uma educação fragmentada, centrada nos aspectos biológicos e que pouco dialoga com o contexto de práticas da atenção básica, traz desafios para os profissionais que necessitam estruturar práticas assistenciais que incorporem a competência de atuar de forma interdisciplinar, a partir de uma visão integral e histórica do ser humano, ampliando suas abordagens para os contextos da família e comunidade.

Visando ampliar o escopo e abrangência das ações da ESF, o Ministério da Saúde (MS) criou os NASF. A proposta trata da incorporação de uma equipe composta por outras categorias profissionais da área da saúde com o objetivo de fornecer retaguarda especializada às equipes de saúde da família, ampliando a resolubilidade das ações desenvolvidas no âmbito da ESF (BRASIL, 2009a).

Segundo as diretrizes do NASF, a proposta pretende superar a lógica fragmentada da saúde e estabelecer redes de cuidado e atenção, tendo a integralidade como diretriz principal a ser concretizada pelos profissionais. Para isso, coloca que se faz necessário uma maior interação entre os profissionais da equipe de saúde da família e do NASF, enfatizando a necessidade do desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família (SF) (BRASIL, 2009a).

Segundo Recine e Vasconcellos (2011), a criação dos NASF representa um passo importante para impulsionar a organização das ações de alimentação e nutrição nos serviços

de saúde, uma vez que incorpora a categoria profissional do nutricionista para prestar apoio às equipes de saúde da família no desenvolvimento de atribuições amplas no campo da alimentação e nutrição. As autoras ressaltam que esta incorporação deverá aumentar a demanda por qualificação profissional em Saúde Coletiva, advertindo acerca da premência da adequação dos cursos de graduação em nutrição, bem como a necessidade destes profissionais colocarem-se em uma posição de formulação e liderança.

Uma vez que “a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde...” (BRASIL, 1999), a incorporação de ações de alimentação e nutrição nas redes de serviços de saúde é imprescindível em um modelo assistencial que pretende promover e proteger a saúde. A incorporação destas ações poderá contribuir para a integralidade da atenção à saúde prestada, bem como para promover a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população adscrita nos territórios da ESF.

No Brasil, características do perfil de saúde da população, bem como a assunção da SAN como prioridade de governo, colocam em foco a urgência em se considerar a alimentação e nutrição da população brasileira como destaque na agenda de saúde.

O cenário epidemiológico do país caracteriza-se pela coexistência de doenças crônicas não transmissíveis e doenças infectocontagiosas, ambas relacionadas às condições de nutrição da população. No perfil nutricional brasileiro coexistem as deficiências nutricionais, desnutrição e fome e a crescente epidemia da obesidade. Esta realidade sanitária configura-se como um desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde, requerendo dos mesmos a construção de abordagens que contemplem a incorporação de saberes relativos às dimensões múltiplas da alimentação e nutrição (BRASIL, 2009a).

A retomada da SAN como prioridade de governo revitalizou a discussão acerca das condições de alimentação e nutrição da população brasileira, resultando na elaboração e implantação de programas, políticas e leis que visam garantir a realização do direito humano à alimentação adequada. A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) estabelece como uma de suas diretrizes o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis da atenção à saúde, de modo articulado às demais ações de SAN, colocando como eixo estruturante de todas as ações a serem efetivadas pela política a promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2010a). Este eixo também se constitui como uma das estratégias centrais da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a).

Porém, a primeira política de governo que trouxe à tona o compromisso do setor saúde com a concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas foi instituída em 1999. Trata-se da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que,

entre outras recomendações, coloca como responsabilidade dos gestores implantar na rede de serviços práticas assistenciais em saúde relativas às questões da alimentação e nutrição (BRASIL, 1999; BRASIL, 2012a).

A assunção do compromisso com a efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e com a promoção da SAN pelas políticas brasileiras requer que a questão alimentar e nutricional seja encarada como um direito humano e social da população, portanto, necessita ser compreendida, observada e enfrentada de forma integral e intersetorial (PINHEIRO; CARVALHO, 2010).

Neste contexto, a inserção na ESF do profissional nutricionista, o qual tem como foco de conhecimento técnico específico de sua categoria as relações que se processam entre homem e alimento, deverá contribuir, em parceria com os outros profissionais, para a construção de saberes, práticas e tecnologias em saúde que possibilitem a promoção de um cuidado nutricional que valorize as relações homem e alimento nas suas várias dimensões, tendo como finalidade a efetivação do DHAA.

Em virtude de uma formação tecnicista, conforme extensamente documentado na literatura (COSTA, 1999; BOSI, 1996; PRADO, 1993; VASCONCELOS, 2002), a premissa desta pesquisa é a de que o nutricionista, entre outras categorias, enfrenta dificuldades na construção de sua prática na ESF.

Refletindo sobre a inserção dos nutricionistas na ESF através do NASF, os questionamentos a seguir fazem parte de minhas inquietações: como os nutricionistas do NASF de Fortaleza têm vivenciado a experiência de atuar no contexto da ESF? Quais os principais desafios e potencialidades encontrados neste novo cenário de atuação profissional? Os nutricionistas têm conseguido efetivamente incorporar no seu processo de trabalho outras tecnologias que dêem conta de avançar na perspectiva do cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição? Estes profissionais têm conseguido atuar de forma interdisciplinar junto à equipe de saúde da família e os outros profissionais do NASF?

Os questionamentos expostos ao longo do texto e a carência de produções acadêmicas que avaliem a inserção dos nutricionistas na ESF, a partir da implantação do NASF, são inquietações que motivam o desenvolvimento desta pesquisa como uma tentativa de avaliar esta inserção a partir da perspectiva dos profissionais da categoria de nutrição.

Nesse sentido, apesar de reconhecer a inclusão do nutricionista na ABS mediante iniciativas anteriores em alguns municípios brasileiros, assumo de antemão que, ao me referir no estudo ao lugar do nutricionista na ESF, estou aludindo às delineações conceituais e teóricas presentes na proposta NASF, por entender que a categoria emerge na ABS em nível

federal por meio desta, conformando um importante lócus de sua atuação no SUS. Entretanto, é preciso afastar-me desse pressuposto, no intuito de apreender como estes profissionais compreendem seu lugar na ESF, como vivenciam a experiência de constituírem-se nutricionistas na estratégia que se propõe estruturante do SUS.

É válido ressaltar que, anteriormente, o objetivo desta pesquisa consistia em compreender percepções dos nutricionistas acerca de sua inserção na ESF, à luz das discussões sobre SAN. Entretanto, o investimento realizado por mim durante a revisão da literatura, evidenciou inúmeras lacunas relacionadas a este conceito que implicavam numa necessidade de um estudo teórico-conceitual mais aprofundado, o qual não se mostrava viável para o período disponível neste mestrado acadêmico. Neste sentido, nós, eu e a orientadora deste estudo, decidimos reconfigurar o objeto situando-o à luz dos preceitos do ideário do SUS.

Buscando contextualizar o tema aqui proposto, dividi o marco conceitual em três capítulos. O primeiro destina-se a abordar as políticas sociais de alimentação e nutrição nos diferentes períodos da história do Brasil relacionando-as ao surgimento e desenvolvimento da profissão de nutricionistas. Considero oportuno discutir estas políticas, visto que o nutricionista é um profissional que surge no país no bojo da estruturação das primeiras políticas sociais de alimentação e nutrição, nas quais se encontravam fundamentos para sua existência. Além disso, ao longo da história, outras políticas sociais foram fundamentais para a expansão e consolidação da categoria no país.

O segundo capítulo versa sobre os conceitos de SAN e o DHAA, bem como sobre suas interfaces com a saúde. Estes conceitos ampliam o escopo das políticas de alimentação e nutrição, situando-as no âmbito da intersetorialidade, bem como reforçam a concepção da alimentação e nutrição como fenômenos condicionados por múltiplos fatores. A SAN e o DHAA são conceitos centrais no desenvolvimento de políticas de alimentação e nutrição na atualidade, inclusive nas políticas e propostas do setor saúde para área de alimentação e nutrição, visto que o Estado Brasileiro considera o DHAA um direito fundamental do ser humano, e a SAN como um objetivo a ser perseguido pelos diferentes setores de governo e sociedade civil. Neste contexto, o setor saúde poderá funcionar como um importante articulador das ações de promoção da SAN no território, tendo em vista a capilaridade alcançada pelo SUS, em particular pela ESF (BRASIL, 2010a).

O terceiro capítulo discute o ideário do SUS, a proposta da ESF e do NASF, a inserção de ações de alimentação e nutrição na ESF e a incorporação do nutricionista na ESF como profissional referência no desenvolvimento destas ações.

Inicialmente, a pergunta que nos conduziu a essa investigação versava sobre o lugar do nutricionista na ESF, entretanto, ao longo da exploração de campo, outras questões emergiram, mostrando-se fundamentais à compreensão do fenômeno recortado. Assim, no exercício interpretativo, na difícil empreitada de exprimir em um texto vivências e percepções dos profissionais, busquei agregar os achados de modo a desvelar sentidos presentes nas falas dos entrevistados relacionados tanto ao contexto de inserção quanto a particularidades do fazer da categoria, por entender que a experiência de estar inserido na ESF transcende as singularidades de ser nutricionista, e ao mesmo tempo vincula-se a estas.

A compreensão do lugar do nutricionista no NASF, na perspectiva dos profissionais vanguardistas da construção do fazer da categoria na ESF, permite vislumbrar que as reflexões advindas do estudo podem, ainda que embrionariamente, despontar necessários caminhos a serem percorridos pela categoria em direção a uma atuação alinhavada à defesa da saúde, alimentação e nutrição como direitos dos cidadãos brasileiros.

2 MARCO CONCEITUAL

No intuito de situar o leitor no contexto no qual irei tecer esta pesquisa, versarei, nesta parte do texto, sobre as políticas sociais de alimentação e nutrição no Brasil, procurando relacionar a estas a história da profissão de nutrição no país. Em seguida, destaco a discussão sobre SAN e DHAA, bem como a relação destes conceitos com a saúde. Por último, discorro sobre o SUS, a ESF, e de modo particular, sobre a proposta do NASF.

2.1 Políticas de alimentação e nutrição no Brasil: da reprodução da força de trabalho à Segurança Alimentar e Nutricional

O enfoque dado aqui sobre as políticas de alimentação e nutrição visa possibilitar um entendimento acerca de como a questão alimentar e nutricional tem sido tratada historicamente pelo Estado Brasileiro, bem como estas se relacionam ao surgimento e desenvolvimento da profissão de nutricionistas.

Segundo Vasconcelos (2005), as políticas de alimentação e nutrição situam-se no bojo das políticas sociais no Brasil, configurando-se como um setor específico destas. Teixeira (1985) entende que as políticas sociais são intervenções do Estado organizadas a partir das necessidades existentes, sendo condicionadas pelo contexto histórico no qual são construídas. Estas intervenções constituem-se, portanto, uma opção política, permeada de embates e alianças com atores sociais distintos, os quais possuem, quase sempre, influências assimétricas nos rumos tomados durante a formulação de políticas públicas (BURLANDY, 2007).

Portanto, a concepção de política social adotada aqui considera que a sua construção não acontece descolada da realidade, não é uma decisão “neutra” adotada pelo Estado, e sim fruto de embates políticos entre diferentes atores sociais numa trama onde os poderes estão distribuídos desigualmente.

Corroborando este entendimento, Vasconcelos (2005, p.440) afirma que a construção de políticas e programas estatais de alimentação e nutrição está intrinsecamente relacionada ao jogo de interesses sociais, políticos e econômicos presente entre os distintos segmentos da sociedade em determinado contexto histórico. O autor define sua concepção sobre as políticas sociais de alimentação e nutrição como “[...] ações estatais voltadas para a produção, comercialização e consumo de alimentos para determinados segmentos sociais”.

Escoda (1989) afirma que as políticas de alimentação e nutrição elaboradas pelo Estado buscam responder as questões alimentares e nutricionais da população e que estas se inserem no bojo da questão sanitária do país.

Sem querer levar à exaustão esta discussão, começo aqui a discorrer a respeito da história das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, tendo como recorte inicial o período no qual vários autores (PINHEIRO; CARVALHO, 2010; VASCONCELOS, 2005; PRADO, 1993) afirmam ter sido constituídas as primeiras políticas brasileiras de alimentação e nutrição.

- Vargas: a reprodução da força de trabalho

A afirmação de Vasconcelos (2005, p. 440) delimita bem o contexto político no qual estas políticas emergiram no país:

[...] pode-se afirmar que os primeiros instrumentos específicos da política de alimentação e nutrição foram instituídos apenas ao longo da Ditadura Vargas (1937-1945). Ou seja, a emergência da política de alimentação e nutrição, um setor específico das políticas sociais do Estado capitalista brasileiro, ocorreu, portanto, ao longo do processo de transição do Estado liberal-oligárquico para o Estado intervencionista-burguês.

Nesse período, vários foram os fatores contribuintes para a emergência destas políticas no cenário nacional. No país, um intenso processo de industrialização gerou uma massa de trabalhadores urbanos. O operariado crescia e se organizava passando a exercer forte pressão sobre o Estado reivindicando benefícios sociais (L'ABBATE, 1989). No plano internacional, a Segunda Guerra Mundial contribuía para a industrialização do país e afetava o abastecimento de alimentos, tornando necessário um esforço para aumentar a produção nacional visando o consumo próprio, bem como para o abastecimento de países democráticos que lutavam contra o nazi-fascismo (Associação Brasileira de Nutrição – ABN, 1991).

Já no início da década de 30, as precárias condições de vida dos trabalhadores eram denunciadas através de estudos que contribuíram para subsidiar a descoberta científica da fome no país. Destaca-se aqui a figura de Josué de Castro, o seu estudo sobre as condições de vida das famílias operárias em Pernambuco revelou a deficiência de calorias e nutrientes em uma alimentação que custava cerca de 72% do salário do trabalhador e gerava alta mortalidade. Estes resultados tiveram ampla repercussão na mídia, motivando o desenvolvimento de novas pesquisas, as quais resultaram numa ampla campanha midiática em prol da regulamentação da lei do salário mínimo (VASCONCELOS, 2005; ARRUDA; ARRUDA, 2007). Josué tornou-se um nome importantíssimo no cenário internacional a partir

da repercussão das suas obras sobre a fome no Brasil, entre elas Geografia da Fome, chegando a ocupar a presidência do Conselho da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO) na década de 50 (VALENTE, 2007).

Quanto à ciência da nutrição, Vasconcelos (2002) relata que esta acabara de alcançar status de ciência no mundo no período entre as Guerras Mundiais. Na América Latina, a disseminação da nutrição teve forte influência do médico argentino Pedro Escudero, o qual criou o Instituto Nacional de Nutrição em 1926 e a Escola Nacional de Dietista em 1933, na Argentina. O portenho investiu na formação de profissionais de outros países, inclusive do Brasil, por meio da concessão de bolsas de estudos para que os estrangeiros pudessem formar-se na Argentina.

No contexto brasileiro, o Estado buscando responder à questão social não pôde limitar-se à coerção, e buscando legitimidade para manter sua hegemonia resolveu incorporar as demandas dos trabalhadores com o objetivo de atenuar as tensões sociais geradas pela fome/desnutrição (SANTOS, 1988) e com vistas a garantir a produtividade do trabalhador (ABN, 1991). Com isso, as primeiras políticas de alimentação e nutrição no Brasil são criadas, no interior das quais se encontram os fundamentos para a existência do nutricionista (SANTOS, 1988).

Vasconcelos (1993) analisa estas políticas na era Vargas a partir de três dimensões: política, ideológica e econômica. Analisando a partir da dimensão política, o autor refere que estas se configuravam como um instrumento da reprodução da força de trabalho; na dimensão ideológica, um instrumento ideológico de controle e atenuação das tensões sociais; e na dimensão econômica, estas políticas representavam um instrumento econômico de criação, ampliação e/ou garantia do mercado para a realização da mercadoria de alimento e, portanto, de acumulação de capital.

É nesse cenário, marcado por uma política social assistencialista, que surgem os primeiros cursos de Nutrição. A necessidade de formação de recursos humanos na área de alimentação e nutrição ligava-se, portanto, à política populista assumida pelo Estado (COSTA, 1999). Ypiranga e Gil (1989 *apud* BOSI, 1996) afirmam que os nutricionistas, através da administração da alimentação para o trabalhador, configuravam-se em mais um instrumento de alívio de tensões sociais. Vários estudos (L'ABBATE, 1989; VASCONCELOS 2002; COSTA, 1999) apontam que a emergência da nutrição dá-se nesse período como parte integrante do projeto de modernização da economia brasileira pelo Estado Populista de Vargas.

Vasconcelos (2002) afirma que, nessa época, duas correntes do saber médico confluíam para a consolidação da ciência da nutrição no Brasil. Uma das correntes era composta por intelectuais que privilegiavam a dimensão biológica da nutrição, especialmente os aspectos clínico-fisiológicos advindos do consumo e utilização dos alimentos no organismo humano. Esta corrente, influenciada fortemente pelas escolas de nutrição americanas e europeias, deu origem mais tarde à Nutrição Clínica e à Nutrição Básica e Experimental, as quais focam o indivíduo doente e o alimento como agente de tratamento, e as pesquisas básicas de caráter experimental e laboratorial.

Já a outra corrente centrava-se na perspectiva social da nutrição, na qual os modos de produção, distribuição e consumo de alimentos pela população brasileira eram a preocupação central dos intelectuais envolvidos. Essa vertente baseava-se nas concepções de Pedro Escudero e originou a área de Alimentação Institucional, direcionada à administração de serviços de alimentação e nutrição para coletividades sadias e enfermas (VASCONCELOS, 2002). Posteriormente, deu origem também a área de Nutrição em Saúde Pública, a qual, segundo Ypiranga e Gil (1989, *apud* BOSI, 1996), estava voltada ao desenvolvimento de ações de caráter coletivo, visando a garantia da produção e distribuição de alimentos adequados e acessíveis à população.

Nessa época, a formação do nutricionista era influenciada por essas duas vertentes, objetivando a capacitação de um profissional para atuação tanto em Nutrição Clínica como em Alimentação Institucional (VASCONCELOS, 2002). Entretanto, é importante ressaltar que, a formação deste profissional no Brasil é concebida inicialmente como um curso técnico de nível médio, sendo o mesmo denominado de dietista, a exemplo da formação e denominação verificadas em países da Europa e Canadá (VASCONCELOS, 2002). Segundo Bosi (1996), a prática concebida para esses profissionais era de nível médio e voltada inicialmente para a administração de restaurantes, consonante o contexto político de seu surgimento. Contudo, ao longo dos anos, os cursos foram sofrendo alterações, tornando-se cursos de nível universitário a exemplo da formação na Argentina, e o termo nutricionista substituiu o de dietista (COSTA, 1999).

Bosi (1996, p.60) ressalta a presença de médicos nutrólogos no comando do trabalho e da produção do saber em nutrição já no surgimento da profissão, desempenhando papel importante na definição de conteúdos e na configuração do campo de prática da categoria. E afirma:

[...] o que se pretendia [...] era uma formação pouco complexa, subordinada à profissão médica, com perfil de prática semelhante à enfermagem: a de ser um

trabalho feminino, socialmente desvalorizado, exercido por mulheres oriundas de estratos sociais inferiores, sem formação sólida, relegadas a uma prática subalterna.

Assim, a categoria já nasce no Brasil com características de submissão à profissão médica, situação que repercutirá no processo de profissionalização da categoria, conforme discutido pela autora.

Em relação à institucionalização do nutricionista, a literatura é consonante ao relacioná-la ao Estado, pois a mesma aconteceu inicialmente através de órgãos públicos criados na década de 40 a partir das políticas de prestação de serviços assistenciais (COSTA, 1999). As primeiras iniciativas políticas acerca da alimentação e nutrição no Brasil acontecem, portanto, nesse período, e correspondem à instituição da Lei do Salário Mínimo no ano de 1940, à criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) em agosto do mesmo ano e da Comissão Nacional de Alimentação em 1945, entre outras ações (VASCONCELOS, 2005).

O SAPS, primeiro órgão da política de alimentação, tinha como público alvo os segurados dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões subordinados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e suas famílias. Suas principais ações situavam-se no âmbito: da provisão de alimentos aos trabalhadores através da criação de restaurantes populares, os quais ofereciam uma alimentação saudável e de preço acessível, e de postos de subsistência destinados à comercialização de gêneros alimentícios básicos a preço de custo; da promoção de hábitos alimentares saudáveis através de ações de educação nutricional; e da criação de cursos de treinamento e formação de recursos humanos e realização de estudos e pesquisas nesse campo (VASCONCELOS, 2005).

O SAPS configurou-se como um órgão importante na institucionalização do nutricionista, bem como na sua formação. Segundo Gil (1986), os órgãos públicos de fornecimento de refeições a trabalhadores mantidos pelo SAPS, juntamente com os serviços de nutrição e dietética dos hospitais públicos, foram os primeiros serviços a absorver os nutricionistas como trabalhadores. No SAPS, a necessidade, sentida pelos médicos nutrólogos, de contar com pessoal especializado para as atividades do setor tensionaram a formação de pessoal técnico, entre eles o dietista. O SAPS iniciou-se como instituição formada em 1943, com o curso de auxiliares em alimentação com duração de um ano. Depois, elaborou o curso de dietistas com formação de dois anos, e posteriormente com duração de três anos o curso de nutricionista (COSTA, 1999).

Nesta época, segundo Pinheiro e Carvalho (2010), predominava a concepção de que a desinformação das classes populares era o fator determinante da fome e da desnutrição no Brasil. Portanto, o desenvolvimento de práticas educativas tradicionais juntamente com a distribuição de alimentos eram os pilares das políticas de alimentação e nutrição do Estado, a exemplo das ações anteriormente descritas realizadas pelo SAPS.

Neste sentido, Bezerra (2009) aponta uma contradição entre os estudos desenvolvidos pelos nutrólogos e as ações práticas adotadas para o enfrentamento da problemática alimentar e nutricional daquela época. Enquanto os estudos associavam o problema alimentar à conjuntura do período, relacionando-o aos aspectos sociais, econômicos e políticos da sociedade brasileira, revelando assim a necessidade da adoção de intervenções interdisciplinares, as ações práticas baseavam-se em uma concepção unicausal do problema, prescritiva e higienista resultando em um enfoque nutricional, racional e predominantemente técnico.

O autor defende que naquela época acreditava-se que as intervenções estatais elaboradas a partir do saber racional podiam modificar as práticas alimentares dos trabalhadores e seus familiares. Assim, na estrutura do SAPS foi se consolidando um corpo de especialistas, os quais possuíam determinados tipos de poderes e saberes. Os médicos nutrólogos possuem a posição mais alta na hierarquia e eram responsáveis pela produção de conhecimento na área. Ao nutricionista cabia uma posição intermediária e um conhecimento específico delimitado, sendo estes responsáveis por funções especializadas e técnicas, pondo em prática cardápios, dietas individuais e coletivas. A visitadora de alimentação tinha uma qualificação específica menor e era responsável pelo trabalho social de campo junto a trabalhadores e suas famílias, difundindo conhecimento e realizando educação alimentar com a população. O autor assinala ainda que a educação alimentar realizada pelas visitadoras tinha a incumbência de superar milagrosamente a ignorância alimentar da população.

Ainda no âmbito da formação proporcionada pelo SAPS, destaca-se, no Ceará, a constituição da Escola Agnes Junes Leith em 1944, denominada Escolas de Visitadoras de Alimentação. Esta Escola foi fundada em um contexto no qual o Brasil tinha acordos com os Estados Unidos nas áreas da saúde, saneamento e alimentação, influenciando assim a política da educação alimentar empreendida no Brasil (FOGAGNOLI, 2011). Por meio dessa parceria, quatro moças brasileiras foram selecionadas, entre elas uma cearense, para fazer estágio nos Estados Unidos e aprender sobre técnicas e programas norte-americanos de alimentação, com o propósito de retornarem ao Brasil e auxiliarem na construção da Escola. A proposta era seguir o modelo de um programa de educação alimentar dos Estados Unidos, o

qual era realizado na instituição *Home Economics Extension Service*. Nesta instituição, os agentes ensinavam sobre plantio, cultivo, preparo e conservação dos alimentos no intuito de preparar a população para o período de inverno. Comparando as dificuldades vividas nos estados de clima mais hostil nos Estados Unidos com as proporcionadas pelas condições climáticas do Nordeste, o SAPS resolveu criar a Escola em Fortaleza. O Ceará foi escolhido por representar um ponto central na região nordeste do Brasil (FOGAGNOLI, 2011).

Estas Escolas tinham a pretensão de formar pessoal para orientar as populações no interior do Brasil, em particular nas regiões norte e nordeste, visando um melhor aproveitamento de suas possibilidades de alimentação. O curso tinha um ano de duração, era destinado somente às moças, as quais atuavam em Fortaleza e outras regiões do Ceará. Ao se formarem, algumas destas eram empregadas nas delegacias regionais do SAPS em seus Estados. A Escola funcionou até 1966, formando visitadoras de alimentação. Algumas das egressas passaram a compor o corpo docente do primeiro curso de nutrição do Ceará criado somente em 1973 (BEZERRA, 2009).

Além das características inerentes ao surgimento e consolidação da profissão de nutricionista no contexto brasileiro, as quais vêm sendo problematizadas nesta parte do texto, questiono aqui se as marcas históricas da formação profissional no Ceará influenciam, de alguma forma, as práticas desenvolvidas por esta categoria no contexto no qual este estudo pretende ser tecido? Com esse questionamento entre parênteses, retomo a discussão da trajetória histórica das políticas de alimentação e nutrição no país.

Outros órgãos importantes criados nesse período foram a Comissão Nacional de Alimentação, em atividade de 1945 a 1972, a qual tinha como principal missão auxiliar o governo brasileiro na constituição de uma política nacional de alimentação, o Serviço Técnico de Alimentação Nacional em 1942, e o Instituto de Tecnologia Alimentar em 1944, ambos ligados à colaboração entre Estado e indústria com iniciativas de apoio às indústrias alimentícias, indispensáveis ao desenvolvimento destas (COSTA, 1999).

Após o primeiro governo de Vargas, Gaspar Dutra assume (1946-1951) fornecendo pouco apoio ao SAPS e aos demais órgãos da política de alimentação. Porém, Vargas retorna ao poder destinando parte da arrecadação previdenciária à área da alimentação do trabalhador (HARTMANN; DINIZ, 2008).

Entretantes, destaca-se a criação da: Sociedade Brasileira de Nutrição em 1940, a qual tinha caráter técnico-científico e cultural e defendia os interesses dos profissionais da área, em especial dos médicos nutrólogos; primeira revista científica na área em 1944, os Arquivos Brasileiros de Nutrição; e Associação Brasileira de Nutricionistas (ABN) em 1949,

primeira entidade brasileira criada para representar e defender os interesses dos nutricionistas/dietistas, bem como desenvolver estudos e pesquisas no campo da Nutrição (VASCONCELOS, 2002).

Em 1949, a Comissão Nacional de Alimentação (CNA) passou a pertencer ao Ministério da Saúde e Educação e, em 1952, lançou o plano de trabalho denominado A Conjuntura Alimentar e o Problema da Nutrição no Brasil. Segundo os autores, o objetivo principal do plano era o combate à fome, esta entendida como fruto da estrutura econômica e social da nação. Deste plano, apenas a campanha da merenda escolar sobreviveu, sob o controle do Ministério da Educação, a partir de 1955 (SILVA, 1995). Autores apontam que a sustentação deste programa deu-se graças ao apoio financeiro do Fundo Internacional de Assistência à Infância (UNICEF) e outros órgãos americanos, e tinham como interesse central o caráter de proteção às crianças, vistas como a futura mão de obra para o capital (HARTMANN; DINIZ, 2008).

Arruda e Arruda (2011) afirmam que, para a consecução do seu objetivo principal, a CNA propunha reformas na economia do país. Porém, a mesma não conseguiu constituir-se em um colegiado de grande porte, não alcançando a realização das tarefas institucionais que lhe foram propostas.

- Período correspondente aos governos de Juscelino Kubitschek e Jânio Quadros

Em 1956, com a chegada de Juscelino Kubitschek - JK à Presidência da República houve mudanças em relação à concepção dos problemas da fome e desnutrição no Brasil. O Governo JK, em conformidade com o pensamento mundial da época acerca da insegurança alimentar, o qual a concebia fruto da insuficiente produção de alimentos nos países pobres (VALENTE, 2007), coloca sua ênfase no desenvolvimento do país, especialmente dos setores industriais e do incremento da produção agropecuária visando aumentar a produção de alimentos. Entendia-se assim que o problema da fome seria resolvido através das realizações econômicas que eliminariam a pobreza e miséria no país (L'ABBATE, 1989).

Entre os anos 1960 e 1964, durante o governo de Jânio Quadros, as questões de alimentação e nutrição eram englobadas através de projetos nas áreas de agricultura, saúde e educação, por meio do Programa Integrado de Nutrição Aplicada (PINA) (HARTMANN; DINIZ, 2008).

Quanto aos cursos de Nutrição, o Brasil contava, nesta época, com seis cursos. Após a criação dos primeiros cursos na década de 40, na Universidade de São Paulo, no SAPS (atual Universidade do Rio de Janeiro) e nas Universidades Estadual e Federal do Rio de Janeiro, foram criados, por iniciativa de médicos, os cursos da Universidade Federal da Bahia em 1956 e da Universidade Federal de Pernambuco, em 1957. Com exceção do curso da Universidade Federal Fluminense formado em 1967, nenhum outro curso de Nutrição foi constituído até a década de 70 (ABN, 1991).

Importante ressaltar aqui que o curso de nutrição da Universidade Federal de Pernambuco tem sido associado à emergência da institucionalização da Nutrição em Saúde Pública no Brasil, pois, segundo estudos, foi o primeiro curso a formar profissionais voltados para atuação no campo da Nutrição em Saúde Pública (VASCONCELOS, 2002).

Após 10 anos de luta, em 1962, os Cursos de Nutrição finalmente foram reconhecidos como cursos de nível superior pelo Conselho Federal de Educação, o qual instituiu o primeiro currículo mínimo e fixou a duração de no mínimo três anos (ABN, 1991).

- Ditadura Militar

Em 1964, instalou-se a ditadura militar no país e a consequente abertura do poder aos interesses multinacionais. Ao final do período conhecido como milagre brasileiro, os índices denunciavam o aumento das desigualdades sociais no país e uma degradação nas condições de vida das classes trabalhadoras, excluídas do processo de crescimento econômico. No cenário internacional, a fome ressurgia como uma questão importante face à crise de alimentos e os organismos internacionais defendiam que o planejamento nutricional deveria fazer parte do plano econômico, principalmente nos países da América Latina (VASCONCELOS, 2005).

Na época, os representantes da vertente social da nutrição foram banidos do cenário político e os órgãos estatais extintos, sendo o SAPS extinto em 1967. Os representantes da vertente clínico-laboratorial passaram a deter a hegemonia da discussão acerca da alimentação e nutrição, bem como da produção de conhecimento na área (SANTOS, 1988).

Nesse meio tempo, em 1966, a Conferência de Adestramento de Nutricionistas-Dietistas de Saúde Pública discutia a qualificação e as responsabilidades dos nutricionistas nos programas dos serviços de saúde (COSTA, 1999). Bosi (1996) afirma, baseada nas discussões de Santos (1988), que entre as recomendações e conclusões desta Conferência,

estava a de que o nutricionista era um profissional essencialmente voltado para a Saúde Pública. Os eventos no Brasil na década de 60 também enfatizavam a importância da incorporação destes profissionais nas equipes de trabalho em Saúde Pública, como especialização necessária a estes serviços. Àquela época, os eventos da categoria enfocavam principalmente as questões práticas e administrativas destinadas a delimitar o espaço a ser ocupado pelo nutricionista no país (COSTA, 1999).

Em 1967, a lei que regulamenta a profissão foi sancionada, regulando o exercício da profissão e dando outras providências. Segundo Bosi (1996), a lei trouxe avanços importantes como o direito privativo à direção e supervisão de escolas ou cursos de graduação de nutricionistas. Porém, a autora ressalta que elementos limitantes ao exercício profissional, como a não exclusividade ou monopólio específico sobre determinadas atividades importantes à identidade da categoria, estão presentes na mesma. Assim, Bosi (1996) afirma que a lei reitera, em parte, a subordinação da categoria profissional à categoria médica.

Em 1972, face às contradições resultantes do Milagre Brasileiro já mencionadas anteriormente, o Governo Brasileiro responde com iniciativas na área de alimentação e nutrição. A Comissão Nacional de Alimentação foi extinta sendo substituída pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), uma autarquia do Ministério da Saúde, a qual todos os programas da área foram vinculados (PINHEIRO; CARVALHO, 2010). As autoras afirmam que o INAN constituiu-se em um marco importante para as políticas de alimentação e nutrição no Brasil, uma vez que instituiu um conjunto de programas voltados para as populações em situação de insegurança alimentar e para grupos populacionais considerados de risco. Suas principais atribuições correspondiam à proposição de uma política nacional de alimentação e nutrição, a elaboração de um programa nacional de alimentação e nutrição e o estímulo à pesquisa científica de apoio. A proposta era que o INAN se conformasse no órgão central nas questões de alimentação e nutrição no Brasil (SILVA, 1995).

No intuito de operacionalizar alguns de seus propósitos, o INAN elabora o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), o qual se baseava nas diretrizes do I Plano Nacional de Desenvolvimento. O I PRONAN tinha como público alvo as gestantes, nutrizes e crianças até sete anos e os escolares de sete a quatorze anos pertencentes à classe com menor rendimento. Entretanto, as dificuldades administrativas impediram a operacionalização do I PRONAN (SILVA, 1995).

Em face ao fracasso do I PRONAN, para o período de 1976-1979, foi proposto o II PRONAN, que tinha como inspiração as diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). O II PND concebia que o desenvolvimento social não se tornaria

uma consequência natural do desenvolvimento econômico, concebendo obrigação do Estado a intervenção em prol da garantia do acesso a serviços e bens essenciais às populações vulneráveis (ARRUDA; ARRUDA 2007).

Segundo Pinheiro e Carvalho (2010), o II PRONAN foi inovador, pois concebia os programas de suplementação alimentar como uma alternativa imediata ao problema da fome, e não como substitutos das necessárias transformações no modelo econômico e social do país para resolver essa problemática. Outra inovação deste programa relacionava-se à tentativa de integração entre as ações e componentes que atuavam em diferentes esferas de determinação do problema alimentar. Para isso, a estrutura programática desenhou-se de modo que alguns programas ficaram sob a gestão direta do INAN e outros sob a gestão de outros Órgãos Governamentais, como é o caso do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), sob a gestão do Ministério da Educação, e do Programa Nacional de Alimentação do Trabalhador (PAT) sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho. O II PRONAN contava ainda com atividades de apoio e pesquisa e formação de recursos humanos (SILVA, 1995).

Vasconcelos (2005) atribui ao II PRONAN a volta da questão nutricional como destaque na agenda pública brasileira, constituindo-se como um dos principais instrumentos da política social dos governos militares. Para o autor, o programa significava a retomada da parceria com o campo da Nutrição, união que havia se mostrado proveitosa desde a época de Getúlio, sendo rompida com a morte deste presidente. O autor atribui ainda ao II PRONAN a institucionalização das ações de nutrição em todo território nacional no interior das redes públicas de saúde, educação e assistência social.

Pinheiro e Carvalho (2010) consideram que o II PRONAN foi fragilizado pelas contradições entre interesses econômicos e sociais. Havia uma grande distância entre proposição e execução do programa, o qual não recebeu recursos financeiros suficientes e adequados para o seu desenvolvimento. Na época, o governo investia prioritariamente em políticas econômicas e agrícolas que privilegiavam a concentração de renda e terras em detrimento de políticas sociais e econômicas articuladas e integradas. Estas contradições mantiveram-se na década de 80, culminando no progressivo enfraquecimento do INAN.

O II PRONAN contribuiu para o aumento expressivo dos cursos de Nutrição no país, com o conseqüente acréscimo de número de vagas nesses cursos. De 1975 a 1981, o número de cursos subiu de sete para 30 (VASCONCELOS, 2002). Apesar deste acréscimo significativo, Bosi (1996) pondera que o II PRONAN não correspondeu a um avanço nas práticas e inserção de nutricionistas em novos cargos no campo da saúde pública. A autora conclui em seus trabalhos que, naquela época, a atuação do nutricionista em saúde pública

restringia-se “[...] à práticas que não ultrapassavam os limites de um profissional ‘necessário’ à implementação do PRONAN, limitando-se às célebre linhas assistenciais/educativas” (BOSI, 1988).

A autora ressalta que os nutricionistas inseridos nas linhas do PRONAN limitavam-se ao nível de execução de ações programadas e normatizadas pelo INAN, não havendo participação deste profissional no nível de planejamento dessas intervenções. Prado (1993) corrobora com a autora quando, considerando essa fase uma etapa de expansão profissional para a categoria, afirma que se reproduziu o ocorrido no surgimento da profissão no país: as atividades dos nutricionistas restringiam-se ao desenvolvimento de ações em nível de execução, as quais visavam viabilizar o programa, mas que limitavam a discussão crítica de seus objetivos, parâmetros e estratégias.

Em 1977, o profissional via-se excluído da carreira de sanitaria, os nutricionistas não constavam na legislação que regulamentava as profissões as quais poderiam ingressar nesta carreira. Bosi (1996), em um diálogo com Santos (1988), aponta elementos que justificariam esta exclusão, dentre eles: a inserção do nutricionista no serviço público limitava-se aos hospitais e programas do INAN, não existindo uma presença marcante da categoria nas discussões e ações de saúde pública; o perfil histórico de atuação do nutricionista não comportava atividades de planejamento em diferentes níveis, as quais se faziam necessárias à atuação dos sanitaristas; e a categoria não parecia constituir um grupo de pressão organizado. Santos (*apud* BOSI, 1988) afirma que, com a atuação da Federação Brasileira de Nutrição (FEBRAN), o nutricionista foi posteriormente incorporado ao grupo de Saúde Pública em termos legais.

Durante o período correspondente aos PRONAN, a América Latina discutia a necessidade de avaliar os programas dos cursos de Nutrição nos eventos destinados a discutir as questões relacionadas à categoria, o que culminou na posterior criação da Comissão de Estudos para Análise dos Cursos de Nutrição e Dietética para a América Latina (CEPANDAL), uma comissão responsável pela elaboração de estudos com este intuito. O Brasil demonstrava também sua preocupação com a formação dos nutricionistas nos congressos e reuniões realizados. Naquela época, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatizavam que a formação de recursos humanos da saúde em nutrição era uma forma de reverter o quadro nutricional dos países latino-americanos. A II Reunião da CEPANDAL concluiu que a falta de conhecimento em nutrição pelos outros profissionais de saúde limitava o êxito da atuação do nutricionista (COSTA, 1999).

- Redemocratização do Brasil

Segundo Valente (2007), o combate à fome e à desnutrição no Brasil é retomado no início da década de 80, quando a sociedade brasileira engaja-se na luta pela redemocratização do país, a partir da reorganização do movimento sindical, do movimento sanitarista e da sociedade civil.

Em meio à mobilização da sociedade, a eleição de Tancredo Neves, em 1985, expressa a transição democrática brasileira, a ditadura militar chega ao fim no Brasil instituindo-se a Nova República. Segundo Vasconcelos (2005), as ações do Estado voltadas à alimentação e nutrição nos primeiros anos desse período representavam um dos instrumentos para legitimar o projeto da transição democrática.

Vasconcelos (2005) afirma que, já em 1985, foram lançados três estratégias de política social: o Plano Subsídios para a Ação Imediata contra a Fome e o Desemprego, as Prioridades Sociais para 1985 e as Prioridades Sociais para 1986. Analisando o primeiro instrumento o autor ressalta o novo caráter ideológico presente no discurso, no qual ressurgem palavras banidas na ditadura como fome e desemprego, o que representava o resgate da fome e sua incorporação nos instrumentos das políticas sociais.

Porém, no segundo instrumento, Prioridades Sociais para 1985, o autor revela que estas palavras foram substituídas. As Prioridades Sociais para 1986 seguem as mesmas diretrizes do programa anterior, porém houve um aperfeiçoamento do discurso ideológico. Embora com os avanços nos discursos, nos últimos três anos da Nova República (1987-1989), em virtude dos sucessivos planos de estabilidade econômica, as prioridades sociais foram diluídas com conseqüente diminuição dos investimentos técnico, financeiro e político dos programas de alimentação e nutrição (VASCONCELOS, 2005).

As primeiras sementes da discussão sobre segurança alimentar no Brasil surgiram na Nova República. Em meio ao crescimento da mobilização da sociedade emergiram as primeiras referências ao conceito de segurança alimentar em nível documental no Ministério da Agricultura, como um aspecto de uma proposta da política de abastecimento alimentar (VALENTE, 2002). Porém, Maluf, Menezes e Valente (1996) afirmam que estas tiveram poucas conseqüências práticas na época, sendo o conceito de segurança alimentar restrito à avaliação do estado nutricional dos indivíduos, sobretudo a desnutrição infantil, privilegiando a Vigilância Alimentar e Nutricional.

Em 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN), um desdobramento da I Conferência Nacional de Saúde. A I CNAN retomou e aprofundou o

debate sobre segurança alimentar e nutricional, reunindo técnicos e setores da sociedade civil na elaboração de propostas para a área de alimentação e nutrição. Entre estas propostas estavam: a criação de um Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição que ficaria sob a tutela do INAN; e um Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) ligado ao Ministério do Planejamento (VALENTE, 2007). Ambas as propostas não foram postas em prática na época, sendo modificadas e operacionalizadas anos mais tarde.

Vasconcelos e Batista-Filho (2011) afirma que a I CNAN representou o embrião brasileiro no processo de luta e mobilização para a inclusão do DHAA entre os direitos sociais na Constituição, uma vez que a mesma pautava-se no pressuposto de que o acesso à alimentação adequada era um direito de todas as pessoas nos diferentes ciclos de vida e uma obrigação prioritária do Estado.

Segundo Valente *et al.* (2007), na I CNAN, o conceito brasileiro de SAN foi proposto. Naquela ocasião, a SAN foi entendida como:

[...] a garantia, a todos, de condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas, com base em práticas alimentares que possibilitem a saudável reprodução do organismo humano, contribuindo, assim, para uma existência digna.

Segundo os autores, este conceito já abrangia as dimensões alimentar e nutricional presentes na definição da SAN. A dimensão alimentar referindo-se aos processos de disponibilidade de alimentos, e a nutricional aos processos de escolha, preparo e consumo alimentar e sua relação com a saúde, bem como a utilização biológica do alimento. Apesar da discussão germinada, os autores consideram que o conceito de SAN só seria amplamente divulgado no Brasil anos mais tarde.

Em meio à ampla mobilização social, em 1988, uma nova Constituição foi promulgada, demarcando o processo de democratização do Estado Brasileiro. A Constituição Cidadã representou um grande avanço na consolidação legislativa das garantias e direitos fundamentais e na proteção de setores vulneráveis da sociedade. A nova Constituição transformou direitos consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas em direitos legais, instituindo uma série de mecanismos processuais que buscam dar a eles eficácia. Configurou-se como o documento mais pormenorizado e abrangente sobre os direitos humanos adotado no Brasil (RODRIGUEZ, 2007).

A Constituição de 1988 elencou os direitos sociais, os quais são os que mais se aproximam da dignidade da pessoa humana e da cidadania, pois visam reduzir as desigualdades entre as pessoas, intentando proporcionar melhores condições de vida aos indivíduos. O artigo 6º da Constituição elencava como direitos sociais o direito à educação,

saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e infância, e assistência aos desamparados. Apesar de não explícito no texto da Constituição naquela época, o direito à alimentação estava implícito em outros direitos sociais como o direito à saúde e a proteção à maternidade e infância (RODRIGUEZ, 2007).

Como reflexo dos movimentos da sociedade brasileira como um todo, Costa (1999) afirma que o grande feito em relação à profissão de nutricionista na década de 80 foi o I Seminário Nacional de Avaliação do Ensino da Nutrição, no qual se discutiu os resultados do II Diagnóstico Nacional dos Cursos de Nutrição. A análise realizada evidenciou um descontentamento em relação aos currículos adotados pelos cursos, principalmente à detecção de uma lacuna entre o social e o biológico e um descompasso entre teoria e prática.

Apesar dos avanços nos discursos que referenciavam uma visão social da nutrição, a estrutura curricular não condizia com esta perspectiva, já que a análise do currículo evidenciava a baixa proporção de disciplinas relativas à compreensão do social (BRASIL..., 1993 *apud* COSTA, 1999). A partir destas discussões, foram elaboradas recomendações visando à reorganização da formação, tais como uma maior integração entre os conhecimentos teóricos e práticos, o estímulo à construção do olhar crítico por parte do aluno, bem como a articulação dos diversos aspectos do conhecimento necessários à compreensão da problemática alimentar e nutricional como os aspectos biológicos, políticos, econômicos, sociais durante as disciplinas, bem como no curso de nutrição como um todo (COSTA, 1999).

Outro evento importante para a categoria, na década de 80, foi o I Encontro Nacional de Entidades de Nutricionistas (ENEM). Costa (1999) considera este encontro um avanço na mobilização da categoria, uma vez que encaminhou a discussão profissional dentro de uma conotação político-social. Neste evento, foi concluído que se fazia necessário redefinir a formação do nutricionista, pois a mesma resultava em uma prática profissional percebida como “... de manutenção e reprodução das relações sociais vigentes, isto é, de atender aos interesses da classe dominante.” (ENEN, 1986 *apud* COSTA, 1999). No II ENEM realizado em 1988, a preocupação voltava-se para a especificidade da ação profissional, na definição de ações específicas do nutricionista como busca de justificativas para a existência do profissional.

Seguindo com o resgate histórico acerca das políticas sociais de alimentação e nutrição no Brasil vale ressaltar que, apesar do grande avanço legislativo em prol dos direitos sociais no Brasil adquiridos com a Constituição de 1988, Barros e Tartaglia (2003) afirmam que, final da década de 80, os programas de alimentação e nutrição existentes perderam paulatinamente seus incentivos financeiros e apoio técnico.

Vale destacar aqui, a aprovação da Lei 8.080 em 1990, Lei Orgânica da Saúde. A Lei contemplou a estruturação de Comissões Permanentes, entre elas a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde. A Lei previa, entre as atribuições do SUS, a vigilância nutricional e a orientação alimentar, além da vigilância sanitária (ARRUDA; ARRUDA, 2011). Ainda em 1990, o SISVAN é criado com o intuito de monitorar a situação alimentar e nutricional do país (HARTMANN; DINIZ, 2008).

- Governo Collor

No início da década de 90, as políticas sociais no Brasil sofreram mudanças em seus rumos, assim como os programas de alimentação e nutrição. Já no início do governo Collor, observa-se uma importante redução dos recursos financeiros resultando no esvaziamento e/ ou a extinção dos programas de alimentação e nutrição. Ao mesmo tempo, estes programas tornaram-se alvo de desvio de dinheiro público, instalando-se inclusive uma Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara dos Deputados, a CPI da Fome, para apurar irregularidades (BARROS; TARTÁGLIA, 2003).

Vasconcelos (2005) destaca a nomeação, pelo então presidente Collor, de um representante da Associação Brasileira da Indústria da Nutrição (ABIN) para a presidência do INAN, o qual passa a priorizar os interesses dos produtores de alimentos formulados. Com isso, os programas de alimentação e nutrição passaram a utilizar os produtos industrializados e formulados em detrimento dos tradicionais alimentos básicos.

Em meio a este cenário, após um longo processo de luta da categoria, em 1991, a Lei 8.234 é sancionada, resultando em uma nova regulamentação profissional. Atividades, antes não inclusas nas ações privatistas do nutricionista em função da lei anterior, são incorporadas nesta lei, a exemplo da assistência dietoterápica em nível hospitalar, ambulatorial e de consultórios de nutrição (VASCONCELOS, 2005). Porém, Bosi, em seu estudo sobre profissionalização publicado em 1996, salientava que a promulgação da Lei por si só não representa uma situação materializada, ressaltando que a mesma correspondia a um início de um longo processo de conquistas, e questionava sobre até que ponto esta Lei correspondia à prática do nutricionista.

- Governo Itamar Franco

Após o impeachment de Collor, Itamar Franco assume a presidência e o Movimento pela Ética na Política, um dos principais atores na articulação da campanha cívica pró-impeachment, redefine-se, constituindo-se no movimento social Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida, em 1993 (VALENTE, 2007). O movimento foi operacionalizado através de Comitês de Combate à Fome, os quais poderiam ter abrangência local, municipal ou estadual e ser formados por diversos setores da sociedade. Estes tinham dois tipos de ações dentro de seu território de atuação, ações emergenciais e ações de pressão da opinião pública. Segundo dados oficiais existiam, em 1993, cerca de cinco mil Comitês em todo o Brasil (VASCONCELOS, 2005).

Ao mesmo tempo, o Partido dos Trabalhadores apresentava a Itamar uma proposta de Política Nacional de Segurança Alimentar, o presidente então assume o compromisso de sua implantação. Esta política teria o papel de assegurar, ininterruptamente, a todos os brasileiros o acesso a alimentos básicos dos quais necessitassem, assumindo o pressuposto de que as leis de mercado não seriam capazes de solucionar o problema da fome (CASTRO, 1995).

Em 1993, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) é criado, concretizando a parceria entre governo e sociedade civil. O CONSEA tinha como objetivo principal funcionar como um órgão de assessoramento e consulta em relação às estratégias de combate à fome e de promoção da Segurança Alimentar no país (CASTRO, 1995). Maluf, Menezes e Valente (1996) afirmam que a existência do CONSEA foi marcada por tensões, mas também por iniciativas importantes, dentre as quais se destaca a luta pela conquista da segurança alimentar como uma prioridade de Estado. Valente (2007) acredita que uma das principais limitações do Conselho naquela época era de que as decisões acerca da política econômica do país não levavam em conta as discussões de suas repercussões nas questões alimentares e nutricionais da população.

Porém, Valente (2007, p.47) acredita que o país vivia, naquele período, um momento histórico importante em relação à Segurança Alimentar, conforme destaca:

Em 1993, paralelamente à criação do CONSEA e em sintonia com as demandas da sociedade civil, o governo federal, de forma absolutamente inédita na história do país, reconheceu o círculo vicioso formado pela fome, a miséria e a violência e definiu seu enfrentamento como prioridade de governo.

Tendo como prioridade de governo o enfrentamento da fome, algumas medidas são tomadas no campo de ação governamental federal. As mais importantes, além da política nacional de segurança alimentar e da criação do CONSEA, foram a elaboração do Mapa da

Fome e a formulação do Plano de Combate à Fome e à Miséria – Princípios, Prioridades e Mapa das Ações de Governo. O Mapa da Fome foi construído pelo Instituto de Economia Aplicada (IPEA), órgão ligado ao Ministério do Planejamento, com o objetivo de dimensionar a população que apresentava condições mais graves de insuficiência alimentar e tecer considerações sobre as prioridades de intervenção. O Plano de Combate à Fome e à Miséria teve como principais objetivos sistematizar as principais ações a cargo do governo, os princípios que as norteavam e as ações específicas de cada Ministério (CASTRO, 1995).

Ainda no início da década de 1990, cientistas brasileiros começavam a alertar para os fenômenos da transição epidemiológica e nutricional no país. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989, demonstravam uma redução na prevalência das doenças nutricionais relacionadas à fome e à miséria e a concomitante elevação das taxas de prevalência da obesidade e outras doenças crônicas como diabetes, cardiopatias, osteoporose, dislipidemias e neoplasias (VASCONCELOS, 2005).

Em 1994, a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (CNSA) é convocada pelo CONSEA e pelo Movimento da Ação da Cidadania, com o tema Fome: uma Questão Nacional. Na ocasião, quase 2000 delegados de todo o país participaram das discussões, com forte predominância da sociedade civil. No documento final da Conferência constava como um dos principais determinantes da fome e insegurança alimentar no Brasil a alta concentração de terra e renda em todo o país (CONSEA, 1994 *apud* BURLANDY, 2009).

O conceito de SAN cunhado na I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição é consolidado durante a I CNSA, sendo a partir daí incorporado ao conceito de Segurança Alimentar o termo nutricional. Tal termo, Segurança Alimentar e Nutricional, foi adotado em nível mundial após a contribuição do Brasil (VALENTE *et. al.*, 2007; FROZI; GALEAZZI, 2004).

Segundo Valente *et.al* (2007), este conceito articula duas dimensões: alimentar e nutricional. A SAN não pode ser garantida somente através do acesso, a dimensão nutricional do conceito relaciona-se aos processos de escolha, preparo, consumo alimentar e sua relação com a saúde, bem como a utilização deste alimento pelo organismo humano. Os problemas de saúde associados à má nutrição, seja pela falta ou excesso de nutrientes, são indicações de insegurança alimentar e nutricional. São associados também à dimensão nutricional da SAN: o cuidado com a saúde; o acesso aos serviços de saúde, de maneira resolutiva; e relação dos fatores ambientais que interferem na saúde e nutrição, tais quais as condições psicossociais, econômicas, culturais e ambientais (VALENTE *et. al.*, 2007; FROZI; GALEAZZI, 2004).

A partir deste entendimento, a Conferência consolidou a ideia de que a garantia da SAN de todos deveria ser um dos eixos de uma estratégia de desenvolvimento social para o Brasil. As discussões acerca da parceria entre governo e sociedade civil fundamental à implementação da SAN, agora amadurecidas pelo acúmulo proporcionado pelas experiências anteriores, refletiam a necessidade de uma relação sem subordinação, baseada no respeito mútuo e na ideia de complementaridade das ações (VALENTE, 2007).

Um das diretrizes estabelecidas na I CNSAN referia-se à garantia do direito humano à alimentação adequada para todos os brasileiros como um direito humano básico, a qual previa o reconhecimento desse direito na Constituição e sua regulamentação em legislação específica (VALENTE, 2007). Com isso, estavam lançadas as sementes de uma luta que duraria mais de 10 anos.

- Governo Fernando Henrique Cardoso

O relatório da I CNSAN é encaminhado ao recém-empossado presidente da república Fernando Henrique Cardoso - FHC em 1995. No entanto, no mesmo ano, o CONSEA é extinto. Com a extinção, parte significativa da sociedade civil é excluída do processo de negociação em torno da SAN (VALENTE, 2007).

Segundo Pinheiro e Carvalho (2010), o fortalecimento da economia é definido como prioridade de governo, prejudicando assim a construção de uma Política Nacional de Segurança Alimentar. Na época, a SAN sai da pauta política das discussões sendo substituída pelo combate à fome. Ainda segundo as autoras, em janeiro de 1995, o Programa Comunidade Solidária foi criado com o objetivo de articular ações do governo com a sociedade civil no intuito de acelerar o processo de inclusão social, porém, o Estado não cumpre com seu compromisso de estruturar políticas que garantam a proteção social.

Segundo as autoras, as políticas sociais do governo FHC baseavam-se em critérios como focalização, urgência, parcerias, necessidade e solidariedade, os quais definiam as ações do Programa Comunidade Solidária. Assim, o programa possuía algumas políticas focalizadas e outras universais, pois não era possível universalizar o atendimento. Com relação à participação da sociedade civil na definição das políticas, o programa partia do entendimento que o lócus do debate seria o seu conselho, e a presença no mesmo dava-se através de convite.

Valente (2007, p.35) afirma que o Conselho Comunidade Solidária passa a ser efetivamente um organismo governamental de consulta. O foco na segurança alimentar alcançado anteriormente pelo CONSEA é perdido, “diluindo-se entre outros da maior

importância, relacionados ao processo de exclusão econômica e social, fragmentando mais uma vez a discussão da segurança alimentar em vários de seus componentes (2007, p.35)”. Porém, há que se considerar que o acúmulo proporcionado pelo CONSEA contribuiu para que o Governo FHC desse continuidade à experiência de coordenação ou articulação de políticas públicas de combate à fome e à miséria (VALENTE, 2007).

Segundo Vasconcelos (2005), no primeiro mandato de FHC, os programas de alimentação e nutrição foram estruturados nos mesmos padrões das gestões anteriores. Porém, Frozi e Galeazzi (2004) afirmam que, em relação aos recursos mobilizados para o setor alimentação e nutrição no governo FHC, houve uma recuperação de investimentos durante os primeiros anos do Plano Real (1994-1995) que não se sustentou, ocorrendo perda acentuada no volume de recursos destinados aos programas do setor em 1996, situação essa que perdurou nos anos seguintes.

Entretantes, o relatório brasileiro para a Cúpula Mundial da Alimentação realizada em Roma em 1996, é elaborado pelo governo. Valente *et al.* (2007) ressalta que foi a partir do processo preparatório para a Cúpula que o termo Segurança Alimentar e Nutricional foi extensamente utilizado no Brasil, divulgação esta que ganha mais tarde reforço a partir da criação do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN) em 1998. O FBSAN trata-se de uma rede que promove a articulação entre os interessados em discutir e propor estratégias de SAN, sejam eles entidades, pessoas, movimentos sociais ou instituições (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2003).

Em 1997, o INAN é extinto e somente oito meses depois uma nova estrutura de articulação da área de alimentação e nutrição é criada (FROZI; GALEAZZI, 2004). Segundo Pinheiro e Carvalho (2010), na época, ocorreu uma ampla mobilização técnica, política e científica em defesa do fortalecimento da área de alimentação e nutrição no âmbito do Ministério da Saúde no intuito de impedir a extinção do INAN, o que não ocorreu. As responsabilidades inerentes ao INAN foram assumidas por uma Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde, e com a extinção desta, a ATAN foi incorporada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde, passando a denominar-se Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) (ARRUDA; ARRUDA, 2007). A CGPAN incorporou as funções do extinto INAN e, apesar de passar por um período de indefinição quanto às suas atribuições institucionais e contar com um reduzido número de técnicos, foi uma das únicas áreas de governo a manter a

discussão de alimentação e nutrição na perspectiva da segurança alimentar e nutricional (PINHEIRO; CARVALHO, 2010).

Uma estratégia importante traçada pela CGPAN foi a construção, em parceria com distintos segmentos da sociedade civil, da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A PNAN foi publicada em 1999 por meio de Portaria do Ministério da Saúde passando a ser elemento integrante da Política Nacional de Saúde, traçando diretrizes específicas de alimentação e nutrição dentro do setor saúde (VASCONCELOS, 2005). Os eixos de ação da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (CNSA) foram estratégicos para a construção da PNAN, sendo alguns deles incorporados entre as diretrizes dessa política (BRASIL, 1999). Na época de sua publicação foram instituídas sete diretrizes, as quais foram atualizadas em 2011 através de Portaria Ministerial.

A PNAN, apesar de formulada em uma época de fortalecimento dos argumentos em prol de uma política de “estado mínimo”, consegue avançar valorizando a intersetorialidade, adotando o DHAA como princípio, imprimindo-se como um elemento de contribuição da SAN e apontando para a necessidade de criação de uma política abrangente de SAN (RECINE; VASCONCELOS, 2011; VASCONCELOS; BATISTA-FILHO, 2011; PINHEIRO; CARVALHO, 2010). Na época de sua construção, a transição epidemiológica era evidente no Brasil, bem como a crescente prevalência de doenças crônicas, obesidade e doenças decorrentes de uma alimentação não saudável. No plano internacional, ganhava relevo o enfoque nos direitos humanos e na promoção da saúde (BRASIL, 2010b).

Além da PNAN, ainda no segundo mandato de FHC (1999-2002), houve a criação do Programa Nacional de Renda Mínima, vinculado à Saúde, o Bolsa Alimentação. O programa foi criado em 2001 e era desenvolvido sob a responsabilidade da CGPAN. Destinava-se à promoção das condições de saúde e nutrição de gestantes, nutrizes e crianças até quase sete anos de idade que estivessem em risco nutricional e que pertencessem a famílias cuja renda mínima não ultrapassasse o valor estipulado pelo programa como critério de inclusão. Era operacionalizado mediante a transferência de renda, já que cada família recebia um valor em dinheiro (R\$ 15,00 a 45,00) a depender do número de beneficiários, por meio de saque com cartão em agências da Caixa Econômica Federal (VASCONCELOS, 2005).

Segundo Leão e Castro (2007) o Programa Bolsa Alimentação inovou em relação ao tipo de intervenção governamental na área de alimentação e nutrição. Uma vez que, ao invés da distribuição de gêneros alimentícios ou suplementos nutricionais, o programa realizou a transferência direta de renda para as famílias, permitindo assim que as próprias

famílias adquirissem seus alimentos. Além disso, o programa valorizava o protagonismo feminino, já que o cartão bancário de saque era entregue às mulheres, e promovia o estreitamento de vínculo das famílias com os serviços de atenção básica (LEÃO; CASTRO, 2007).

Em 2001, o tema do combate à fome é recolocado na agenda política brasileira pela sociedade civil. Uma proposta de política de SAN encabeçada pelo Partido dos Trabalhadores, chamada de Projeto Fome Zero, reposiciona a temática na agenda nacional. Por ocasião desta proposta e de forma inédita, em 2002, durante os debates políticos para a eleição para Presidente da República o combate à fome é incluído nas discussões (PINHEIRO; CARVALHO, 2010).

Nesse contexto histórico, os cursos de nutrição sofreram uma significativa expansão até o ano 2000. Entre os anos 1985 – 2000, o número de cursos aumentou em 342 %, aumento determinado principalmente pela criação de novos cursos privados. Ao final do período, o Brasil contava com 22 cursos públicos e 84 privados (VASCONCELOS, 2002).

No ano de 1995, Bosi finaliza um estudo acerca da profissionalização e conhecimento do nutricionista, ressaltando que, na sua análise, foi evidenciado o fato de que “a graduação em nutrição não instrumentaliza suficientemente os nutricionistas para o exercício de uma prática autônoma e claramente definida” (BOSI, 1996, p. 186). Na ocasião, a autora afirma que a base cognitiva da profissão de nutrição apresentava insuficiências, principalmente no que diz respeito à profundidade e especificidade de seus conteúdos.

Referindo-se à Nutrição em Saúde Pública, a autora enfatiza que o enfoque predominantemente biológico dos cursos de nutrição, naquela época, não preparava o profissional para responder a problemas cuja complexidade requeria uma abordagem ampliada, cuja dimensão técnica por si só não poderia oferecer. Portanto, seria necessário a articulação dos aspectos biológicos e sociais em uma formação que propiciasse a construção de práticas voltadas para a dimensão coletiva (BOSI, 1996).

Em sua dissertação, Prado (1993) afirmava que os questionamentos acerca da atuação profissional do nutricionista na área da nutrição social apenas começavam a ser esboçados, e, assim como Bosi (1996), ressaltava a deficiência na formação do profissional na área de saúde pública. A autora coloca ainda que, na sua concepção, a unidade básica de saúde seria um local privilegiado para a viabilização de ideias que giravam em torno da incorporação da dimensão social à prática tecnicista, acrítica e biologicista característica dos nutricionistas.

Corroborando esta ideia, Costa (1999) diz que os principais estudos e eventos acerca da formação do nutricionista até meados do ano 2000 evidenciaram a existência de “um hiato entre o biológico e o social” nos currículos. Segundo a autora, as instituições formadoras e as associações de classe “analisaram a formação e detectaram a discrepância entre o perfil dos egressos e as transformações ocorridas na sociedade, e advogaram a necessidade do compromisso do profissional com a transformação dessa sociedade” (COSTA, 1999, p. 17).

Vale questionar aqui como estas dimensões vem sendo articuladas na formação do nutricionista na atualidade. Considero que, apesar dos avanços, a exemplo dos obtidos a partir da instituição das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Nutrição em 2001, as quais implicam em uma formação do nutricionista que contemple as necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS, há ainda muito que avançar em direção a uma formação mais comprometida com a transformação da realidade sanitária da população brasileira.

- Segurança Alimentar e Nutricional

Luís Inácio Lula da Silva é eleito presidente em 2003 e determina como objetivo prioritário de seu governo o combate à fome e a promoção da SAN. Em consonância com seus propósitos, Lula estipula o Programa Fome Zero (PFZ) como carro-chefe do combate à fome no país (ARRUDA; ARRUDA, 2011). Para Vasconcelos (2005), o PFZ é composto por um conjunto de ações que se pretendem integradas, com o objetivo de erradicar a fome e implementar uma política de SAN no país. As ações do PFZ estão organizadas em três eixos de atuação: políticas estruturais, políticas específicas e políticas locais. As políticas estruturais referem-se àquelas voltadas para o combate às causas da fome e da pobreza; as políticas específicas são políticas emergenciais voltadas a situações agudas de fome e miséria de segmentos específicos da sociedade que têm insuficiência de renda; e as políticas locais são administradas pelos Estados e Municípios em conjunto com a sociedade civil organizada, visando à integração e adaptação de experiências bem sucedidas (ARRUDA; ARRUDA, 2011; VASCONCELOS, 2005).

Para a operacionalização do programa, além do envolvimento de todos os ministérios, foi criado o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA) e reinstituído o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) em 2003. Este Conselho constitui-se um órgão de caráter consultivo e de assessoria imediata do Presidente da República, cujo objetivo principal é a proposição de

diretrizes da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PSAN) (VASCONCELOS, 2005). O CONSEA atualmente é o órgão que mais promove a articulação ente Governo e sociedade civil para a proposição de ações e programas na área de alimentação e nutrição (CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2011).

O MESA encontrou inúmeras dificuldades para desempenhar seu papel articulador na proposta do PFZ, entre os desafios que se apresentavam ao Ministério estavam: a mudança da percepção de que segurança alimentar era sinônimo de combate à fome; a superação do entendimento de que PSAN era uma política setorial; a transformação da visão paternalista/assistencialista que perpassa a sociedade brasileira e ações governamentais; e a promoção da visão de que a sociedade organizada tem suas obrigações em relação à garantia do direito humano à alimentação adequada. Em decorrência dessas questões, o MESA, no início de 2004, a partir de uma reforma ministerial passou a compor o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) (ARRUDA; ARRUDA, 2011).

Tais autores referem que a experiência acumulada em um ano de programa exigiu que o Governo se reposicionasse frente às diretrizes fixadas. Assim, em 2004, os quatro programas de transferência de renda até então existentes (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Cartão-Alimentação) foram unificados, sendo instituído o Programa Bolsa Família. Este programa manteve as condicionalidades dos programas Bolsa Escola e Bolsa Alimentação e ficou a cargo do MDS. O intuito era aumentar a eficiência e melhorar as condições para um maior controle.

Segundo Burlandy (2007), o principal objetivo do Bolsa Família é o combate à pobreza, porém, a autora ressalta que o programa tem como um dos propósitos centrais combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional. Propósito este que pode ser conseguido pelos possíveis impactos da renda na alimentação ou pelas ações de atenção básica à saúde que integram, juntamente com a frequência escolar das crianças e adolescentes, o conjunto das condicionalidades cumpridas pelas famílias. Atualmente os valores repassados para as famílias variam na faixa de 32 R\$ até 306 R\$ a depender do número de beneficiários em cada família (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2012).

Segundo Arruda e Arruda (2011), as análises feitas acerca do Bolsa Família, notadamente por economistas, suscitam a discussão acerca do ciclo de dependência em relação ao Estado que este programa pode gerar nas famílias. Porém, os autores ressaltam que a não sistematização da avaliação das políticas públicas prejudicam conclusões sobre os impactos gerados pelas mesmas.

Senna *et al.* (2007), em uma análise sobre o Programa Bolsa Família (PBF), referem a questão das condicionalidades como uma polêmica central. As autoras questionam se os serviços de educação e saúde são capazes de absorver adequadamente o aumento da demanda resultante da implementação do programa, além de interrogarem a legitimidade destas exigências, uma vez que o benefício configura-se como um direito social, o que, por sua vez, atribui a ele um caráter incondicional. Outro ponto destacado pelas autoras diz respeito à autonomia das famílias, pois, segundo elas, a falta de uma diretriz clara pautada na intersetorialidade e intergovernabilidade para atuar nas causas da precariedade de inserção da população adulta no circuito produtivo dificulta o desligamento do programa.

De acordo com uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) em 2008, intitulada Repercussões do Bolsa Família na SAN, houve aumento na variedade e na quantidade do consumo de alimentos pelas famílias beneficiárias a partir do recebimento do Bolsa Família, porém, a situação de insegurança alimentar ainda é alta. A publicação afirma que:

[...] do ponto de vista das políticas públicas, o programa é importante para melhorar as condições de vida das famílias, embora, por si só, não garanta índices satisfatórios de segurança alimentar, questão associada a um quadro de pobreza mais amplo. É necessário manter e aprofundar o programa, associando-o a outras políticas públicas capazes de atacar problemas como a falta de saneamento básico e de acesso ao mercado formal de trabalho – fatores que guardam correlação com a insegurança alimentar (IBASE, 2008 p.9).

Apesar das críticas ao Programa Bolsa Família, alguns autores relatam a sua associação com a diminuição da desigualdade de renda no Brasil nos últimos anos. Barros, Carvalho e Franco (2007), em sua análise, atribui ao Bolsa Família cerca de 1/3 da queda recente na desigualdade de renda no país. A expansão educacional e a interiorização da economia também são fatores destacados como mais relevantes nesse aspecto. Ferraz (2008, p. 43), afirma que “o Programa é uma maneira altamente efetiva para a redução da desigualdade de renda”, porém, ressalta que “o problema da desigualdade no Brasil certamente não será totalmente solucionado apenas com a manutenção ou até mesmo a expansão de programas dessa natureza”.

Corroborando com esta afirmação do autor está o fato de que o Brasil, representando atualmente a sétima maior economia do mundo, ocupa a 84ª posição no ranking mundial de classificação de desenvolvimento humano, no último relatório divulgado pelas Organizações das Nações Unidas (ONU) em novembro de 2011, cujo índice utilizado como parâmetro para a classificação é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Este índice é calculado a partir de indicadores de saúde, escolaridade e rendimento (MARTINS,

2011). Apesar dos avanços obtidos, inclusive no que diz respeito ao ranking de IDH, ainda há muito que fazer em prol de uma maior equidade no acesso às riquezas no país.

Ainda no Governo Lula, destaca-se também a realização da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN) em 2004. Na ocasião, o conceito de SAN incorpora outras dimensões, entre elas a Soberania Alimentar. (VALENTE *et al.*, 2007). A II CNSAN deliberou pela proposição da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), a qual foi sancionada pelo presidente em setembro de 2006. Este instrumento jurídico representa um avanço por considerar a promoção e a garantia do DHAA um objetivo e meta da Política de Segurança Alimentar e Nutricional (VALENTE *et al.*, 2007).

A LOSAN cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Este sistema visa propiciar a consecução do DHAA e da SAN e tem como objetivos a: formulação de políticas e planos de segurança alimentar e nutricional; o estímulo à integração de esforços entre governo e sociedade civil; e o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da segurança alimentar e nutricional no país. O SISAN é formado por: Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a qual é responsável por indicar ao CONSEA as prioridades e diretrizes da Política e do Plano Nacional de Segurança Alimentar; o CONSEA; a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, que é composta por Ministros de Estado e Secretários Especiais responsáveis por pastas relacionadas com a consecução da SAN; os órgãos e entidades de segurança alimentar e nutricional da União, Estados, Municípios e Distrito Federal; e entidades provadas, com ou sem fins lucrativos que demonstrem interesse em participar do sistema e respeitar seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2006b).

O SISAN engloba em suas diretrizes perspectivas relacionadas a SAN que foram anteriormente apontadas, na análise das políticas de alimentação e nutrição implementadas no Brasil, como necessárias à consecução da mesma. Entre elas, a promoção da intersetorialidade nas estratégias e políticas, descentralização das ações e maior integração entre as esferas de governo e a articulação de medidas imediatas de garantia do acesso à alimentação adequada com ações que promovam em médio prazo a autonomia da população (BRASIL, 2006b).

Ainda no segundo mandato de Lula, dois avanços legislativos importantes relacionados a SAN foram alcançados. Em fevereiro de 2010, após uma grande campanha de mobilização da sociedade, o DHAA é incorporado entre os direitos sociais da Constituição Brasileira através da Emenda Constitucional 64 (BRASIL, 2010c). Além disso, no mesmo ano, a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) é instituída pelo

Decreto 7.272 de agosto de 2010. O Decreto, além de instituir a PNSAN, regulamenta a LOSAN e estabelece parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010a). Finalmente, a previsão da realização de um planejamento intersetorial para a consecução da SAN por meio de um plano nacional torna-se palpável com a publicação deste decreto.

As diretrizes da PNSAN, as quais devem orientar a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, incorporam: a promoção do acesso universal à alimentação adequada, com equidade; o monitoramento da realização do DHAA em território nacional; instituição de processos permanentes de educação alimentar e nutricional, formação e pesquisa em SAN e DHAA; o fortalecimento das ações de atenção nutricional em todos os níveis de atenção do sistema de saúde; promoção do acesso universal à água de qualidade; entre outros.

Essas diretrizes trazem avanços significativos no que concerne à condução da questão alimentar e nutricional da população brasileira pelo Estado. Muitas conquistas podem ser percebidas no texto do Decreto, entre elas a previsão de orçamento para o financiamento da PNSAN, a instituição de um instrumento concreto de planejamento intersetorial que é o Plano Nacional de SAN, o estabelecimento de normas regulatórias para a efetivação do funcionamento do SISAN, além da previsão do fortalecimento da participação social na gestão dessas políticas. Elementos que apontam para uma possível maior articulação dos esforços, tanto governamentais quanto da sociedade civil, em torno da consecução da SAN e em prol da concretização do DHAA no país, buscando superar a histórica desarticulação das ações, programas e políticas relacionadas à promoção da SAN dos diferentes setores do Governo.

Entretanto, apesar dos avanços, há que se considerar o contexto econômico e social no qual a PNSAN está sendo implementada. Pinheiro e Carvalho (2010) problematizam os impactos do contexto neoliberal na questão alimentar e nutricional no Brasil. Segundo as autoras, as manifestações biológicas da fome, desnutrição, obesidade ou má nutrição, revelações das faces da insegurança alimentar e nutricional no país, são repercussões de um modelo de desenvolvimento social que valoriza privilegiadamente o capital em detrimento de questões humanas. Condição esta que reverbera nos modos de comer, viver, adoecer e morrer das populações.

A contradição existente entre a consolidação de políticas públicas centradas na concepção dos direitos humanos e o contexto econômico no qual estas se inserem permeia todo o processo de implantação da PNSAN. Pinheiro e Carvalho (2010) ponderam que a

questão alimentar e nutricional deve “ser incorporada às políticas públicas de caráter intersetorial que permitam um diálogo entre diferentes áreas e rompam com a dicotomia econômico *versus* social”. Dito isso, considero que a PNSAN caminha nessa direção.

No Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS - PNAN 10 anos, realizado em 2010, alguns desafios relacionados a esta política foram apontados, entre eles: o fortalecimento da integração institucional da área de alimentação e nutrição nos três níveis de atenção do SUS; a necessidade da PNAN consolidar-se como espaço institucional no SUS e no SISAN, sendo ponto articulador dos dois; transformar-se em referência articuladora da SAN no território, tendo em vista a capilaridade do SUS; e a necessidade de todos os profissionais que trabalham com alimentação e nutrição serem implementadores da política de SAN. Outro desafio apontado pela Coordenadora da CGPAN neste documento foi a baixa autonomia e força política desta Coordenação devido ao restrito nível hierárquico ocupado por esta. Condição essa que acaba dificultando o diálogo intersetorial e as negociações externas, situação que se reflete também nas esferas municipais e estaduais (BRASIL, 2010b).

Em janeiro de 2011, Dilma Rousseff assume a Presidência da República do Brasil, tornando-se a primeira mulher brasileira presidenta do país. Em junho do mesmo ano, o plano Brasil Sem Miséria é lançado. Com esse plano o Governo brasileiro assume o “desafio de acabar com a miséria no país”, objetivando “ampliar e aperfeiçoar o melhor da experiência brasileira na área social” (BRASIL, 2011c, p. 5). Esse plano tem como público alvo os 16 milhões de brasileiros que vivem na extrema pobreza, tendo como ponto de corte da linha de extrema pobreza a renda familiar *per capita* de até 70 reais. Vale ressaltar aqui que, segundo dados do IBGE constantes no plano, 59% dessas pessoas vivem no Nordeste (BRASIL, 2011c).

O Brasil Sem Miséria estrutura-se a partir de três objetivos específicos, a saber: elevação da renda familiar *per capita*; ampliação do acesso a serviços públicos, às ações de cidadania e bem-estar social; e ampliação do acesso às oportunidades de ocupação e renda através de ações de inclusão produtiva nos meios urbanos e rurais. Dentre as ações destinadas ao aumento da renda familiar *per capita*, está prevista a ampliação do programa Bolsa Família, o qual deverá beneficiar até 2013 mais 800 mil famílias (BRASIL, 2011c).

Conforme previsto no Decreto 7.272, em agosto de 2011 o primeiro Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) é lançado, com vigência para os anos de 2012-2015. Na sua apresentação, o Plano enfatiza o avanço obtido no debate e na institucionalização da PNSAN como um dos mais expressivos ganhos das políticas sociais brasileiras nos últimos anos. E traz como uma importante inovação o seu embasamento nas

metas e objetivos do Plano Plurianual (PPA) para o período de 2012 – 2015, fato que “traz para a esfera estratégica do planejamento da ação pública a tão procurada intersetorialidade, além de garantir plenas condições para sua implementação” (BRASIL, 2011d, p.9)

Ainda em 2011, aconteceu a IV Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN) na cidade de Salvador. O lema da IV CNSAN é “Alimentação Adequada e Saudável: direito de todos”, cujo objetivo é consagrar a perspectiva dos direitos humanos no âmbito da segurança alimentar e nutricional. Segundo o documento de referência da IV CNSAN, para que esse objetivo seja plenamente alcançado é preciso que no processo de implantação do SISAN e PNSAN se mantenham três dimensões de análise e militância. Estas dimensões referem-se a: concretização progressiva das duas dimensões do DHAA, “estar livre da fome” e “acesso a uma alimentação adequada”; adoção de estratégias estatais que garantam a realização das diferentes obrigações do Estado frente ao DHAA; e adoção dos princípios dos direitos humanos no pensar e fazer a ação pública (IV CONFERENCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2011).

Em 2012, é publicado um texto atualizado da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). O documento estabelece como diretrizes capazes de contribuir na modificação dos determinantes da saúde e na promoção da saúde, as seguintes: Organização da Atenção Nutricional; Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Vigilância Alimentar e Nutricional; Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; Participação e Controle Social; Qualificação da Força de Trabalho; Controle e Regulação dos Alimentos; Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional. A publicação reafirma o compromisso do Estado Brasileiro em melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população (BRASIL, 2012a). Esta política será mais bem discutida no tópico seguinte.

Em meio a todas estas conquistas na área de alimentação e nutrição no país, a categoria de nutrição parece ainda estar impregnada de marcas históricas surgidas durante a criação e consolidação da formação da profissão no Brasil. Assim como foi evidenciado por Bosi (1996) e Prado (1993) permanecemos hoje com inúmeras dificuldades no campo da formação, em especial a formação mais específica destinada à área de nutrição em saúde pública.

Nessa perspectiva, o estudo de Recine *et al.* (2012), analisando a formação em saúde pública dos nutricionistas mediante a análise curricular de cursos de graduação, revelam uma baixa concentração de disciplinas relativas a Nutrição em Saúde da Família e a inexistência de disciplinas explicitamente voltadas à SAN e à promoção da saúde, discussões

fundamentais para embasar a atuação do nutricionista em Saúde da Família. Para as autoras, há ainda a predominância de disciplinas técnicas nos currículos, valorizando a dimensão técnica do saber fazer em detrimento de habilidades e competências mais gerais necessárias à atuação do profissional no campo da nutrição social. As autoras relatam, a partir de dados do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), uma significativa diferença entre os neófitos e os egressos dos cursos quanto aos conhecimentos específicos, mas uma inexpressiva ampliação de conhecimentos voltados à formação mais geral, o que pode “sugerir pouca ou nenhuma aprendizagem de competências e habilidades mais genéricas durante a formação profissional” (RECINE *et al.*, 2012, p. 31).

O discurso constante no site do Mestrado em Nutrição da Universidade Estadual do Ceará acerca da apresentação do programa de pós-graduação, assume que os cursos de nutrição no Ceará parecem ter o paradigma biológico e a lógica de mercado como embasamento para a sua estruturação, semelhante aos cursos pioneiros de nutrição no Brasil. O escrito destaca que a menor ênfase dada à Nutrição em Saúde Pública pode ser relacionada ao fato de que a atuação em saúde pública nunca foi de exclusividade do nutricionista (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE, 2011).

Corroborando estas reflexões, Soares (2007), em um estudo com os docentes dos cursos cearenses de nutrição acerca da incorporação de competências relativas a SAN na formação destes profissionais, evidenciou que, na visão dos professores, os projetos pedagógicos não estariam propiciando uma formação consoante com uma atuação da categoria voltada para os principais determinantes da problemática alimentar e nutricional brasileira. Os achados sugerem alguns fatores que poderiam estar contribuindo com esta atuação como: “baixo reconhecimento social e escassa valorização profissional, associados à precária formação, interesse predominantemente pela área clínica, manutenção de conflitos de identidade profissional, indefinição de objeto de estudo [...]” (SOARES, 2007, p.8).

2.2 SAN e DHAA: conceitos, princípios e articulação com a saúde

A Constituição de 1988 prevê que o dever do Estado de garantir a saúde dos cidadãos requer a “reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos”. Assim, versar sobre saúde requer necessariamente discutir SAN e DHAA. Estes conceitos remetem ao modo como a problemática alimentar e nutricional tem sido pensada pelo Estado brasileiro na atualidade (BRASIL, 1988).

2.2.1 Segurança Alimentar e Nutricional: conceitos e princípios

A histórica construção do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil, relatada no capítulo anterior, evidencia que esse foi constituído a partir de dois enfoques principais: o socioeconômico e o de saúde e nutrição (BRASIL, 2011b). Além destes enfoques, na LOSAN estão consignadas as dimensões ambiental, cultural, regional e social (BRASIL, 2006b). A SAN consiste:

[...] na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2004, p.4).

Este conceito abrange várias dimensões que influenciam e determinam a situação alimentar e nutricional das populações. Portanto, a concepção de alimentação que embasa a construção dessa conceituação parece ancorar-se no pressuposto de que a alimentação constitui-se “um fenômeno sociocultural historicamente derivado”, “modelada pela cultura”, sofrendo “os efeitos da organização da sociedade, não comportando a sua abordagem olhares unilaterais” (CANESQUI; GARCIA, 2005, p. 9).

A multideterminação das condições de alimentação e nutrição dos indivíduos, famílias e comunidades requer que a SAN seja pensada como um campo de práticas e concepções agregador de vários saberes oriundos de diversos campos disciplinares, como a ecologia, política, cultura, agricultura, nutrição, sociologia, entre outros (BURLANDY; MALUF, 2011). A natureza abrangente e interdisciplinar da conceituação de SAN representa um desafio para a sua abordagem, uma vez que cada área do conhecimento possui expectativas acerca da apreensão e utilização desse conceito, as quais estão ancoradas em marcos teóricos particulares. Esses marcos não podem ser tomados isoladamente na abordagem da SAN, pois permitiriam uma atenção fragmentada de alguma ou algumas dimensões do problema, restringindo-a aos estreitos limites de uma disciplina (KEPLLE; SEGALL-CORRÊA, 2011). Portanto, os pressupostos das disciplinas envolvidas devem ser tomados a partir de uma perspectiva integrada que permita a abordagem integral da questão. Essa visão torna incoerente qualquer abordagem fragmentada da questão, tornando premente a assunção dessa perspectiva pelo nutricionista.

Esta perspectiva integrada que conforma a SAN tem questionado atualmente os modos de produção, comercialização e consumo de alimentos. Evidenciando a premência da

elaboração de políticas públicas que promovam a transformação de contextos e processos que condicionam as práticas alimentares vigentes (BURLANDY; MALUF, 2011). Assim, esse panorama remete à necessidade da adoção da intersetorialidade como estratégia central na construção da política de segurança alimentar e nutricional.

Analogamente, a concretização da SAN em ação do Estado requer a mobilização e o permanente diálogo de vários setores do governo e sociedade civil para a estruturação de estratégias de enfrentamento da problemática alimentar e nutricional (BURLANDY; MALUF, 2011). Burlandy (2004) afirma que a SAN demanda um desenho de política pública de caráter supra-setorial, no qual cada setor atue em observância aos objetivos mais amplos da SAN. A autora faz referência à intersetorialidade como uma construção conjunta e partilhada entre diversos setores de um projeto integrado destinado a alcançar objetivos mais amplos.

Alguns desafios apresentam-se à construção da intersetorialidade necessária à efetivação da SAN através das políticas sociais, entre eles a histórica desarticulação entre setores e a fragmentação institucional características da máquina estatal brasileira. Outro desafio refere-se à presença de distintos interesses de segmentos da sociedade civil e governo na arena da questão alimentar e nutricional, podendo resultar em conflitos em relação à promoção da SAN. Tais fatores tornam complexa a construção de projetos integradores (CENTRO DE REFERÊNCIA EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL-CERESAN, 2006).

Os conflitos de interesses referidos acima, embora não específicos do tema em questão, tornam-se particularmente importantes na abordagem da SAN, visto que o sistema alimentar e a construção do contexto que condiciona as práticas alimentares das populações refletem o modo como a sociedade se organiza, produz e distribui suas riquezas, abrangendo as contradições inerentes à trama social. Assim, a redistribuição de recursos materiais e de renda e de redução da pobreza são mecanismos centrais para a garantia da SAN. Nesse sentido, a SAN apresenta-se como uma potencialidade na ampliação da cooperação entre setores e segmentos sociais em prol do alcance dos objetivos amplos a que ela se propõe, podendo fornecer importante contribuição na construção de um modelo de desenvolvimento que integre crescimento econômico, social e humano (CERESAN, 2006).

Em relação à concepção de desenvolvimento, Treminio (2010) afirma que muitos escritos o confundem com crescimento econômico. Essa autora enfatiza que crescimento econômico refere-se somente à dinâmica de produção de riqueza em uma sociedade, já o desenvolvimento inclui os valores sociais do conjunto de atores na determinação das prioridades e na fiscalização das ações. Para Maluf (2000), a promoção do crescimento

econômico não pode passar à margem da discussão acerca da equidade social, pois, ainda que a renda monetária de uma sociedade tenha um papel determinante nas suas condições de vida, a mesma não se constitui como um parâmetro suficiente de equidade e bem-estar social dos diversos segmentos da sociedade. O autor destaca que se torna necessário associá-lo à busca da melhoria da qualidade de vida “através de processos com ativa participação das respectivas comunidades na definição dos seus fins e dos meios para persegui-los” (2000, p.16).

Para alguns autores, a participação ativa dos diversos segmentos da sociedade civil na construção de políticas públicas, teria “o potencial de resgatar nos processos decisórios princípios que, em tese, pautam as ações societárias não mercantis, tais como a cooperação, a solidariedade e a equidade” (BURLANDY, 2011, p. 64).

No caso da construção do conceito de SAN no Brasil, Valente (2002) afirma que a mesma ocorre intrinsecamente à luta da população brasileira contra a fome, pela redemocratização do país e pela constituição de uma nação com mais equidade, justiça social e econômica. A importante contribuição de segmentos da sociedade civil na discussão da problemática alimentar e nutricional brasileira, o diálogo entre estes e Estado, muito embora marcado por avanços e recuos ao longo da história, parecem ter ecoado na institucionalidade governamental que estabelece a SAN como uma prioridade no contexto de desenvolvimento do Brasil.

Assim, a SAN “trata exatamente de como uma sociedade organizada, por meio de políticas públicas, de responsabilidade do Estado e da sociedade como um todo, pode e deve garantir o direito à alimentação...”, correspondendo a “um dever do Estado e da sociedade” (VALENTE, 2002, p.111).

Neste sentido, conforme discutido no capítulo anterior, o Brasil tem avançado muito nos últimos anos na conformação de uma base legal que estabelece a garantia da SAN como dever do Estado, e a alimentação adequada como um direito fundamental do ser humano. A Lei Orgânica de SAN estabelece dois princípios a que a SAN deve estar subordinada: Direito Humano à Alimentação Adequada e Soberania Alimentar. Isso significa que estes dois princípios devem orientar a definição de estratégias de desenvolvimento do país, bem como a construção de políticas públicas que objetivam a garantia da SAN, seus modos de implementação e instrumentos de monitoramento e controle social (BRASIL, 2006b; BURITY *et al.*, 2010).

A soberania alimentar, um conceito desenvolvido inicialmente pela Via Campesina, está relacionada ao direito dos povos em definir suas próprias políticas de produção, distribuição e consumo de alimentos. Esse princípio tem sido referência na

promoção de modelos agroecológicos sustentáveis e de base familiar, em iniciativas propiciadoras de maior proximidade entre produtor e consumidor de alimentos e de valorização da diversidade alimentar (BURITY *et al.*, 2010). Apesar de constituir-se como direito e princípio para as iniciativas de promoção da SAN, o modelo de desenvolvimento adotado atualmente pouco tem colaborado para o alcance deste, uma vez que os modos de produzir, comercializar e consumir alimentos refletem o oligopólio de grandes corporações no sistema alimentar nacional, perpassando desde os insumos e produtos agrícolas até a publicidade de alimentos (BURLANDY; MALUF, 2011).

Outro marco importante na consolidação da SAN enquanto objetivo do Estado brasileiro foi o estabelecimento de uma Política Nacional de SAN. A leitura da PNSAN evidencia alguns princípios que embasam os eixos estratégicos que visam à promoção da SAN em território nacional, tais como: universalidade, equidade, sustentabilidade, integralidade da assistência à saúde, participação social, soberania alimentar e direito humano à alimentação adequada.

A partir desse ponto, enfocarei o Direito Humano à Alimentação Adequada, por esse fundamentar a definição da Segurança Alimentar e Nutricional (BURLANDY; MALUF, 2011) e requerer para a sua plena concretização princípios enunciados acima.

2.2.2 A perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada

Bosi (2010, p.22) afirma que a SAN “redimensiona a questão alimentar-nutricional para além do plano meramente técnico (instrumental), situando-a [...] no escopo do direito humano, o que suscita um trânsito para o contexto ético-político”.

A perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada - DHAA relaciona a problemática alimentar e nutricional à questão da cidadania. Na medida em que esse direito é, segundo Valente *et. al.* (2002, p.139), “um direito humano básico, sem o qual não há direito à vida, não há cidadania, não há direito à humanidade, isto é, o direito de acesso à riqueza material, cultural, científica e espiritual produzida pelo gênero humano”. O autor defende que não há nenhuma razão, seja de ordem econômica ou política, que possa tentar justificar a negação do DHAA.

Valente (2002, p.107) contribui para a reflexão acerca da cidadania neste contexto, ressaltando a relação homem – alimento – natureza. Para o autor, a alimentação humana “[...] somente se realiza integralmente quando os alimentos são transformados em gente, cidadãos e cidadãs saudáveis”.

Apesar de não ser viável uma discussão detalhada acerca do conceito de cidadania no contexto deste trabalho, é oportuno aqui destacar como ela vem sendo pensada por autores como Dagnino (1994, p.3). Para a autora:

[...] a nova cidadania trabalha com uma redefinição da idéia de *direitos*, cujo ponto de partida é a concepção *de um direito a ter direitos*. Essa concepção não se limita, portanto a conquistas legais ou ao acesso a direitos previamente definidos, ou à implementação efetiva de direitos abstratos e formais, e inclui fortemente a invenção/criação de novos direitos, que emergem de lutas específicas e da sua prática concreta. A disputa histórica é aqui também pela fixação do significado de direito e pela afirmação de algo enquanto um direito. O direito à autonomia sobre o seu próprio corpo, o direito à proteção ambiental e o direito à moradia são exemplos propositadamente bastante diferentes - dessa criação de novos direitos.

A partir desta perspectiva, pode-se inferir que o DHAA não deve ser tomado como um conceito fechado, acabado e prescritivo, e sim como um valor que exige interpretação em diferentes contextos, passíveis da criação de novas perspectivas inerentes à sua realização e de novos direitos.

O presente estudo considera essa inferência importante em sua discussão, uma vez que versa sobre a inserção do nutricionista na ESF, profissional majoritariamente formado sob a lógica do paradigma biológico da nutrição, para o qual o diálogo com as ciências sociais muitas vezes resultou na assunção dos aspectos culturais, econômicos e sociais da alimentação como “meras variáveis sobrepostas a uma visão biologicizante das doenças e da problemática alimentar e nutricional” (CANESQUI; GARCIA, 2005, p.12). Assim, uma vez que a definição do DHAA incorpora dimensões bem mais amplas que somente o aspecto nutricional dos alimentos, os profissionais em questão vêm-se desafiados a construir abordagens capazes de recriar perspectivas outras de compreensão dos problemas alimentares e nutricionais.

2.2.3 Direito Humano à Alimentação Adequada: conceitos e história

O conceito de DHAA é resgatado aqui tal como foi definido pelo Relator Especial da ONU para o direito à alimentação no ano de 2002. Segundo o mesmo, o DHAA é:

[...] um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente, ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual ou coletiva (VALENTE *et al.*, 2007, p. 9)

Por ser um direito humano, o DHAA tem vigência universal e existe independentemente de seu reconhecimento pela Constituição de um país, tendo como único requisito para sua titularidade a condição de pessoa humana. Esse direito é reconhecido pelas normas internacionais como um requisito indispensável para a realização de outros direitos humanos. Contudo, faz-se importante destacar o caráter de indivisibilidade e interdependência que os direitos humanos possuem (CONTI, 2007).

O Brasil, como Estado-membro das Nações Unidas, participa de acordos, tratados, pactos e declarações referentes aos direitos humanos. Entre estes, destaca-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. A Declaração prevê no artigo 25 que “todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação[...]” (ONU, 1948, p. 4). Essa Declaração consistiu-se num marco referencial e num paradigma ético para a ordem internacional, uma vez que trouxe uma contribuição histórica para a humanidade ao instituir uma ordem internacional no respeito à dignidade da pessoa humana, consagrando valores básicos essenciais (CONTI, 2007).

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - PIDESC reconhece no seu artigo 11 o “direito de todos a um padrão de vida adequado [...] inclusive à alimentação adequada” e o “direito fundamental de todos de estar livre da fome” (ONU, 1966, p.5). A partir desses dois documentos, o DHAA tornou-se um direito humano fundamental, devendo os Estados membros envidar esforços para a sua realização progressiva, tendo em vista a abrangência e extensão desse direito.

No Brasil, os direitos humanos ganham relevo a partir da promulgação da Constituição de 1988, sendo o direito à alimentação implícito nos seus princípios e artigos. Esta tem como princípio fundamental a dignidade da pessoa humana, no qual o ser humano é fundamento e fim da sociedade e Estado (PIOVESAN, 2010).

A partir de 2010, através de emenda constitucional, o direito à alimentação é incorporado ao rol dos direitos sociais na Constituição Brasileira. O artigo 6º passa a ter a seguinte redação:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a **alimentação**, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição [grifo meu] (BRASIL, 2010c, p.1).

Rodriguez (2007) afirma que os direitos sociais são os que mais se aproximam do princípio da dignidade humana e da cidadania, pois estes visam reduzir desigualdades sociais,

sendo fundamentalmente destinados a melhorar a qualidade de vida dos mais vulneráveis. Assim, o DHAA como direito social confere maior força ao compromisso assumido pelo Estado em concretizar progressivamente o direito à alimentação no território brasileiro. Uma vez que, segundo Rodriguez (2007, p.115), os direitos sociais “se convertem em paradigma para a ação do Estado e, por isso, são conhecidos como direitos de prestação, ou seja, direitos que pressupõem um protagonismo ativo-presencial por parte dos poderes públicos”.

O DHAA, segundo a ONU (1999), possui duas dimensões indivisíveis. São elas: o direito de estar livre da fome e o direito à alimentação adequada. Portanto, a luta contra a fome é parte da concretização desse direito, porém a realização plena do DHAA não se limita a isso. Dessa forma, a ONU (1999) enfatiza que esse direito não pode e não deve ser reduzido a um pacote de calorias e nutrientes, numa concepção restrita que se torna incongruente com a definição do DHAA já referida acima.

Tendo em vista as duas dimensões indivisíveis do DHAA e a necessidade de discutir aspectos estratégicos ligados à construção da promoção da alimentação saudável e adequada no Brasil, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA formou um Grupo de Trabalho o qual elaborou um documento que, dentre outras coisas, descreveu os princípios conceituais e estratégicos relacionados a essa proposta. Segundo o documento:

A alimentação adequada e saudável é a realização de um direito humano básico, com a garantia do acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo de vida e as necessidades alimentares especiais, pautada no referencial tradicional local. Deve atender aos princípios de variedade, equilíbrio, moderação, prazer (sabor), as dimensões de gênero e etnia, e às formas de produção, ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos, biológicos e de organismos geneticamente modificados (CONSEA, 2007, p.9).

Tendo como base este documento, Leão e Recine (2011) resumiram em uma representação gráfica as oito dimensões presentes no conceito de alimentação saudável e adequada, são elas: adequação nutricional; acesso físico e financeiro; qualidade sanitária; realização de outros direitos; respeito à valorização da cultura alimentar e regional; acesso à informação; respeito às diversidades; e a ausência de agrotóxicos e organismos geneticamente modificados. Tais autoras defendem que estas dimensões remetem a questões mais amplas de justiça social e econômica de um país, a exemplo da reforma agrária e de uma política agrícola que valorize a agricultura familiar e práticas ecológicas sustentáveis.

Este conceito considera que “o alimento tem funções transcendentais ao suprimento das necessidades biológicas, pois agrega significados culturais, comportamentais e afetivos singulares que não podem ser desprezados” (BRASIL, 2012, p. 34).

2.2.4 A abordagem do DHAA nas políticas de SAN

Segundo a ONU (1999), o DHAA impõe aos Estados três níveis de obrigação: respeitar; proteger; e satisfazer. O respeito consiste na obrigação que tem o Estado em não tomar medidas que possam repercutir negativamente na capacidade dos indivíduos ou grupos proverem sua própria alimentação. A proteção relaciona-se ao dever de impedir a realização de ações por terceiros, sejam grupos, indivíduos, empresas ou outras entidades, que interfiram na concretização do DHAA ou mesmo na sua violação.

A obrigação de satisfazer incorpora tanto a obrigação de facilitar como de prover. Porém, a obrigação de facilitar tem sido referida como sinônimo de promover (VALENTE *et al.*, 2007), e está relacionada à criação de condições que permitam a realização efetiva do DHAA por parte dos indivíduos e comunidades. A obrigação de prover está relacionada à provisão do direito, mediante recursos físicos ou financeiros, a grupos vulneráveis e incapazes de realizá-lo por conta própria, até que obtenham as condições de fazê-lo.

É através da política de Segurança Alimentar e Nutricional, em conjunto com outros programas e políticas correlatas, que o Estado promove, protege, provê e respeita o DHAA da população de seu território. Sendo assim, as estratégias de SAN e de redução da fome e pobreza de um país devem incorporar os princípios dos direitos humanos, quais sejam: dignidade humana, prestação de contas, apoderamento, não-discriminação e participação (LEÃO; RECINE, 2011).

As autoras, sintetizando os cinco princípios relacionados aos direitos humanos, afirmam que a dignidade humana implica na exigência de que todas as pessoas sejam tratadas com respeito, dignidade e igualdade e valorizadas como seres humanos. Assim, as políticas públicas fundamentadas nos direitos humanos reconhecem o indivíduo como sujeito titular de direitos, capazes de reivindicá-los junto ao Poder Público, e não como mero objeto de uma política.

O princípio da transparência, também referido por Valente *et al.* (2007) como sinônimo de responsabilização, requer que as metas e processos dos programas e ações sejam estipulados e desenvolvidos de forma clara e transparente, devendo o Estado brasileiro e seus agentes prestarem conta de suas obrigações e ações.

Para a concretização dos direitos humanos torna-se fundamental o conhecimento desses direitos pelos indivíduos. Para isso, os mesmos precisam apoderar-se das informações e dos instrumentos de direitos humanos para que possam reivindicá-los junto ao Estado, bem como tomar conhecimento das ações corretivas ou compensadoras das violações porventura existentes. A isso corresponde o princípio do apoderamento (LEÃO; RECINE, 2011).

A não-discriminação refere-se à garantia da realização do DHAA e demais direitos sem qualquer espécie de discriminação, seja esta de ordem cultural, econômica ou social, religiosa, étnica, de gênero ou de qualquer outra natureza. Entretanto, esse princípio não omite a necessidade da realização de ações que afirmem os grupos vulneráveis, bem como da estruturação de enfoques que os priorizem (VALENTE *et al.*, 2007).

Segundo os mesmos autores, o princípio da participação enfatiza a necessidade de que as pessoas definam as ações essenciais ao seu bem-estar e participem, de forma ativa e informada, do planejamento, concepção, monitoramento e avaliação das políticas públicas e dos programas elaborados para o seu desenvolvimento e redução da pobreza. As pessoas devem igualmente participar das questões macropolíticas. A participação social permite o apoderamento dos titulares de direito, sendo essa outra maneira de reconhecer sua dignidade.

Outro ponto a ser destacado aqui são as características de exigibilidade e justiciabilidade que possuem os direitos humanos. Estas se fundamentam no princípio de que, para cada direito humano correspondem algumas obrigações do Estado e responsabilidades dos diferentes atores sociais. Portanto, para que possam ser aplicadas faz-se necessário que haja políticas públicas pertinentes com programas e regras de avaliação/afecção bem definidos (VALENTE; FRANCESCHINI; BURITY, 2007).

A exigibilidade refere-se à possibilidade de exigir os quatro níveis de obrigação do Estado, quais sejam o respeito, a proteção, a promoção e o provimento de direitos, perante os órgãos públicos, visando reparar ou prevenir violações. Além disso, o conceito engloba também a possibilidade do indivíduo ou grupo obter resposta de sua reivindicação em tempo adequado, bem como o dever de que a realização da estratégia de reparação seja também em tempo hábil. Nesse sentido, é papel do poder público, além de garantir a concretização do DHAA, instituir mecanismos de exigibilidade desse direito, estabelecendo a possibilidade de reivindicação junto aos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário em nível municipal, estadual e nacional (VALENTE *et al.*, 2007).

No Brasil, autores apontam alguns aspectos que dificultam a consolidação da exigibilidade do DHAA, entre eles estão o desconhecimento por grande parte dos brasileiros dos seus direitos e das formas de exigí-los perante o Estado, bem como o não reconhecimento

dos agentes públicos de suas obrigações frente à concretização do DHAA e de outros direitos. A realização da exigibilidade também fica comprometida mediante a insuficiente quantidade de recursos administrativos acessíveis a população, bem como a não abordagem do público na perspectiva dos direitos humanos nos instrumentos de exigibilidade existentes no país (VALENTE; FRANCESCHINI; BURITY, 2007).

Tendo em vista esta discussão, podemos depreender que a abordagem do DHAA contribui com elementos importantes para se pensar a construção e implementação de políticas públicas cujo objeto envolve as dimensões múltiplas da alimentação e nutrição.

Os autores Burlandy e Maluf (2011), abordando esta questão, afirmam que a perspectiva do DHAA interroga políticas públicas que por vezes desconsideram as especificidades do sujeito. Além disso, alertam para a potencialidade que programas públicos têm de afetar aspectos objetivos e subjetivos determinantes das capacidades humanas para viver e se alimentar de maneira adequada.

Consoante essa afirmação, Uchimura e Bosi (2004, p. 490), analisando programas sociais na área de alimentação a partir do enfoque qualitativo, evidenciaram aspectos subjetivos relacionados à participação nos programas, os quais poderiam ser determinantes na assunção ou não da condição de beneficiário, conforme destaca a afirmação das autoras:

[...] foi-nos possível elucidar a imbricação dos programas com a identidade da *pobreza* e os sentimentos inerentes à essa condição, tais como a resignação, a sujeição, a humilhação e o constrangimento, entre outros mencionados. Sentimentos esses que desempenham, junto aos usuários, um papel contundente na decisão pela utilização dos programas. Tão contundente a ponto de sobrepular, em alguns casos, até mesmo a precariedade de suas condições de vida.

Esses achados qualificam a afirmação de Valente (2002) quando o mesmo refere que uma pessoa, mesmo tendo o acesso à alimentação garantido, caso esse se realize mediante processos que ferem à sua dignidade, sua cultura ou sua autonomia ou reforçam uma dominação política ou social, seu direito à alimentação adequada e saudável está sendo violado.

Desse modo, as políticas de SAN, concebidas a partir da perspectiva do DHAA, necessitam ser implementadas tendo em vista às múltiplas dimensões e princípios envolvidos no conceito. Essa abordagem torna imprescindível a observância da autonomia e dos princípios dos direitos humanos na realização das ações garantidoras do DHAA, bem como nos modos e processos de sua implementação e a interrogação dos valores subjacentes a estas. Sob o risco de, na ausência dessa discussão e na inobservância dos princípios do DHAA, as

políticas públicas contribuírem para perpetuar práticas sociais e fundamentos que reforçam as iniquidades presentes nas relações sociais cotidianas (BURLANDY; MALUF, 2011).

Os autores (p. 458) alertam ainda para a necessidade da consolidação de:

[...] uma institucionalidade que possibilite a garantia concreta desses direitos de modo simultâneo com a formação de valores e atitudes que expressem esses princípios no cotidiano dos sujeitos, onde as relações sociais e humanas se processam, bem como nas práticas sociais e institucionais vigentes.

A partir de tal reflexão, cabe mencionar a necessidade da adoção de modelos avaliativos que considerem a subjetividade na avaliação dos programas e políticas que objetivam a promoção da SAN. Caso contrário, corre-se o risco de reduzir a avaliação destas políticas e programas a “processos des-subjetivados”, o que estaria em desacordo com a abordagem do DHAA (BOSI; UCHIMURA, 2011, p.416). Neste sentido, o enfoque qualitativo permite a aproximação com diferentes interesses e olhares, envolvendo a apreensão dos sentidos que permeia às singularidades dos sujeitos, contribuindo assim para o estabelecimento de “uma efetiva interlocução entre os setores responsáveis pela planificação e implantação de programas sociais e a população a que se destinam” (UCHIMURA; BOSI, 2004, p.490; BOSI; PONTES, 2009).

2.2.5 DHAA e Direito Humano à Saúde: conexões no Sistema Único de Saúde

Em toda a extensão do texto, a relação entre saúde, DHAA e SAN pôde ser evidenciada. A discussão acerca da saúde está imbricada tanto na definição desses dois conceitos, quanto na institucionalização de uma ordem pública que objetive a concretização destes em práticas alimentares adequadas e saudáveis pela população brasileira.

Assim como relatado anteriormente, a característica de indivisibilidade dos direitos humanos requer a plena realização de todos esses direitos. Contudo, o DHAA e o Direito Humano à Saúde – DHS são particularmente e fortemente relacionados. Uma vez que, sem saúde o corpo não dispõe de condições para ter o DHAA garantido, bem como sem o DHAA garantido a plena concretização do DHS está impossibilitada. Do mesmo modo, para a realização da SAN, o setor saúde tem funções específicas e importantes que contribuem para o conjunto de políticas de governo voltadas para a concretização do DHAA.

As iniquidades sociais resultantes da forma de organização da sociedade, seus modos de produzir, comercializar e consumir alimentos, bem como a publicidade envolvida nesse processo, condicionam as práticas alimentares das pessoas, gerando situações de

insegurança alimentar e nutricional e de violações do DHAA. Essas situações, sejam geradas pela privação ou pelo excesso alimentar, e suas consequências afetam a saúde da população, gerando demandas ao setor saúde (VALENTE, 2002). Portanto, o atual modelo de desenvolvimento econômico repercute nas condições de alimentação e nutrição de todas as classes sociais, não apenas nos grupos vulneráveis da sociedade.

O atual perfil epidemiológico brasileiro corrobora essa reflexão, visto que as principais causas de morte e a ocorrência das principais doenças no Brasil estão relacionadas à alimentação, seja pela quantidade insuficiente de alimentos consumida ou pela má qualidade nutricional dos mesmos. Assim, na atualidade, a sociedade brasileira convive tanto com as doenças associadas à pobreza e à exclusão, tais como a desnutrição, quanto com aquelas relacionadas a hábitos alimentares não saudáveis, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade e sobrepeso.

Somam-se a esses indicadores epidemiológicos, outras preocupações referentes à alimentação, como a repercussão dos insumos químicos utilizados pelas práticas agrícolas produzindo agravos à saúde humana, como intoxicações e câncer e a utilização maciça de aditivos alimentares pela indústria alimentícia. Além disso, a incorporação de alimentos geneticamente modificados na alimentação e sua inconclusiva relação com os riscos à saúde humana, dentre os quais estão sendo levantados o aumento dos casos de alergias e resistência a antibióticos, bem como o alastramento do consumo de alimentos industrializados e a publicização destes pela mídia são aspectos inerentes ao consumo alimentar contemporâneo que se configuram como formas refinadas de violação do DHAA (CAVALLI, 2001).

Tendo em vista esse panorama e a necessidade da adoção, por parte do setor saúde, de uma política de alimentação e nutrição consoante com a promoção da SAN e da realização progressiva do DHAA, foi instituída a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN em 1999, atualizada em 2012 (BRASIL, 2012b). Essa política, segundo Recine e Vasconcellos (2011), representa o elo potencial entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema Nacional de SAN, pontuando a contribuição do setor saúde neste sistema.

A política considera a alimentação e nutrição como requisitos fundamentais para a promoção e proteção da saúde, relacionando-as à qualidade de vida e à cidadania. Desse modo, coloca como seu propósito fundamental a melhoria das condições de alimentação e nutrição da população brasileira, “mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição” (BRASIL, 2012, p. 13).

A PNAN considera o DHAA e DHS como seus pressupostos e elenca princípios que devem ser observados no alcance de seus propósitos e na realização de suas ações. Entre esses, estão os princípios doutrinários e organizativos do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular. Além desses, acrescenta: a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde; o respeito à diversidade e à cultura alimentar; o fortalecimento da autonomia dos indivíduos; a determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição; e a segurança alimentar e nutricional com soberania. Alguns foram discutidos previamente neste texto, tendo em vista coincidirem com os princípios que embasam o DHAA e a SAN.

A alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde é um princípio presente na política que requer atenção, uma vez que a formação dos profissionais de saúde, no caso em questão o nutricionista, centrada no paradigma biológico conflita com esse entendimento. Segundo a PNAN, esse princípio refere-se às relações sociais, valores e história expressos na alimentação de um indivíduo ou grupo populacional, tendo estes implicações diretas na saúde e qualidade de vida. Portanto, a alimentação vista a partir dessa perspectiva contribui para a valorização do ser humano, para além da sua condição biológica, e reconhece a sua centralidade no processo de produção de saúde-doença (BRASIL, 2012).

Gallian (2007), ao realizar uma reflexão acerca da desumanização do comer na atualidade, contribui afirmando que, no resgate da humanização do comer, é importante a apreensão do sentido de refeição, pois, desse modo, podemos estabelecer leituras acerca da relação integral que um indivíduo estabelece com a sua alimentação.

[...] é importante mencionar a relação intrínseca que existe entre a dimensão – podemos dizer – estética e a dimensão ética da *refeição*. De acordo com a máxima clássica, também no universo da gastronomia o belo e o bem andam sempre juntos: uma bela refeição deve necessariamente ser uma refeição saudável. [...] É em sua dimensão ética que a *refeição* entrelaça as diversas esferas da experiência humana individual – a experiência dos sentidos, dos afetos e da inteligência – e, ao mesmo tempo, se apresenta também como espaço de encontro, de transcendência dessa mesma experiência individual. Aqui a *experiência do humano, da humanização* se completa e se abre. Isso porque, na autêntica *refeição*, se compartilham não apenas os alimentos, mas também e principalmente as experiências, as impressões, as idéias; enfim, as próprias pessoas que dela fazem parte (GALLIAN, 2007, p.180-181).

Portanto, a intervenção do profissional de saúde nas questões alimentares e nutricionais da população, em consonância com o DHAA e a SAN, deve considerar as dimensões subjetivas que condicionaram e condicionam suas escolhas alimentares. A educação nutricional não deve ser concebida, portanto, como um processo simplista, técnico e reducionista.

A PNAN enfatiza que um dos papéis dos profissionais de saúde refere-se a fomentar o desenvolvimento de habilidades pessoais relacionadas à alimentação e nutrição nos usuários do SUS. Para isso ressalta que a educação nutricional deve ser realizada através de um processo dialógico entre profissionais e comunidade, visando a autonomia e autocuidado. O que “pressupõe, sobretudo, trabalhar com práticas referenciadas na realidade local, problematizadoras e construtivistas, considerando-se os contrastes e as desigualdades sociais que interferem no direito universal à alimentação” (BRASIL, 2012b, p. 35).

Desse modo, a PNAN ressalta a necessidade da realização de uma abordagem integral do cuidado aos agravos relacionados à alimentação e nutrição, em consonância com o conceito de DHAA e SAN. A política está também organizada em diretrizes, as quais abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS, a qual deve estar integrada às demais ações nas redes de atenção e ordenada pela atenção básica (BRASIL, 2012b).

Assim, a PNAN representa uma importante conquista ao contribuir na definição das atribuições do setor saúde visando a garantia da SAN e a concretização do DHAA.

Por ser a Atenção Básica à Saúde ordenadora das ações em saúde no SUS, conforme discutido no capítulo seguinte, a ESF representa um importante lócus para a promoção da SAN a partir do setor saúde. A ESF, por permitir uma maior aproximação dos profissionais de saúde com a realidade da vida dos usuários, fornece elementos importantes que auxiliam na construção de uma atuação voltada para um cuidado integral aos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

2.3 Sistema Único de Saúde

No Brasil, a década de 80 foi marcada por uma ampla mobilização da sociedade em torno das discussões acerca da saúde. Os principais debates do movimento da Reforma Sanitária Brasileira tratavam das condições de vida da população e das propostas governamentais do setor saúde. O movimento da Reforma Sanitária consistia em um processo político que propunha reformas nas políticas de saúde e nos modelos de organização do sistema e dos serviços de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Segundo Bravo (2006, p.9), as reformas propostas pelo movimento versavam sobre:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas

estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Nessa época, o modelo de atenção à saúde vigente no Brasil correspondia majoritariamente ao modelo de atenção médico privatista, no qual o Estado era o financiador, o setor privado era o prestador de serviços e a iniciativa privada internacional a fornecedora de equipamentos médicos. Na sua operacionalização, tinha como fundamento principal o modelo biomédico de saúde que centra sua atenção na doença e no hospital, através de ações voltadas à cura individual, adotando preferencialmente a visão unicausal e biologicista do processo saúde-doença, reservando pouco espaço para as outras dimensões. Neste modelo, a maior parte dos cidadãos brasileiros era excluída do acesso à assistência à saúde, visto que esta era prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, que restringia sua atenção aos trabalhadores contribuintes (PLAGIOSA; DAS ROS, 2008).

Neste cenário, a movimentação em torno da questão saúde culminou na participação ativa dos militantes do movimento da Reforma Sanitária durante a VIII Conferência Nacional de Saúde e no processo de construção do texto constitucional na Assembleia Nacional Constituinte (BRAVO, 2006). Segundo a autora, o texto constitucional incorporou propostas defendidas durante anos pelo movimento sanitário.

Merhy, Malta e Santos (2004) afirmam que a Constituição de 1988 instituiu um novo arcabouço jurídico para a área da saúde no Brasil. Os autores destacam quatro aspectos fundamentais presentes neste texto: saúde enquanto direito do cidadão e dever do estado; saúde definida pelo contexto histórico de determinada sociedade, sendo resultante das condições gerais de vida; instituição de um sistema único de saúde, integrando as ações e serviços públicos de saúde; as diretrizes do Sistema Único de Saúde sendo a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular.

A estruturação do sistema de saúde brasileiro foi modulada, reconhecendo as Conferências de Alma-Ata em 1978, de Ottawa em 1986, e de Bogotá em 1992, como marcos referenciais do conceito de saúde para todos, considerando este direito fundamental do ser humano (MARINHO DE SOUZA; KALIGHMAN, 1994).

Após a promulgação da Constituição e a conquista brasileira de instituir a saúde direito de todos os cidadãos e dever do Estado, fazia-se necessário regulamentar a organização e o funcionamento do SUS. Para isso, foram publicadas as Leis 8.080/90 e 8.142/90. A Lei 8.080 é a Lei Orgânica da Saúde e traz entre os principais princípios do sistema de saúde: universalidade; integralidade; autonomia dos sujeitos; direito à informação sobre saúde; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa. A Lei

8.142 foi publicada no intuito de regulamentar a participação social na gestão do SUS e estabelecer normas para a transferência de recursos financeiros entre as esferas do governo (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A partir da conformação da base legal do SUS, estava legitimada a necessidade de reformulação do modelo de atenção à saúde vigente no país, visando garantir o acesso universal aos cidadãos brasileiros e a incorporação dos princípios e diretrizes previstos nestes instrumentos legislativos (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Os autores acima afirmam que a concepção ampliada de saúde, vista como resultante dos condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, bem como a visão integrada das ações e serviços de saúde presentes na base legal do SUS, buscam romper com a visão dominante de considerar a saúde como ausência de doenças, enfocando-a predominante a partir de suas dimensões biológica e individual. Esta concepção resulta em novos desafios a serem enfrentados pelo sistema de saúde.

Em uma reflexão acerca dos princípios e diretrizes do SUS, Vasconcelos e Pasche (2009, p.535), destacam que:

Quando a sociedade brasileira elegeu os princípios e diretrizes para o seu sistema de saúde, estabeleceu de forma inequívoca sua direcionalidade. Tais princípios e diretrizes, portanto, passam a constituir as regras pétreas do SUS, apresentando-se como linhas de base às proposições de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde.

Tais autores depreendem dos textos oficiais os seguintes princípios doutrinários do SUS: universalidade; integralidade; equidade; e o direito à informação como fundamental à afirmação da cidadania. Com relação às diretrizes organizativas, os mesmos afirmam que estas buscam conferir racionalidade ao funcionamento do sistema, correspondendo: a descentralização; a regionalização e hierarquização dos serviços; a participação comunitária; e a integração entre as ações do sistema.

Beltrammi (2008) entende a descentralização como uma diretriz estruturante do SUS, visto que convoca as três esferas da federação a articularem-se tentando a integralidade e a qualidade da atenção à saúde. A descentralização objetiva alinhar o SUS às diversidades regionais do Brasil, estipulando como sua principal estratégia a municipalização da gestão dos serviços e ações. A diretriz prevê ainda que cada esfera da gestão do sistema tenha um comando único, visando uma maior integração das ações e serviços de saúde (PAIM, 2009). O autor chama atenção para o fato de que a municipalização da saúde possibilitou inúmeros avanços na consolidação do SUS, mas, por outro lado, trouxe obstáculos à constituição de um sistema de saúde pretendido democrático. Entre estes, a

apropriação do SUS por interesses político-partidários e clientelistas municipais, tornando os serviços de saúde mais um palco da manifestação da corrupção nos municípios brasileiros.

O controle social ganha relevância no SUS, uma vez que seu ideário fundamenta-se na construção de uma sociedade democrática, estando o sistema no seu nascedouro comprometido com práticas produtoras de transformação social. Desse modo, a participação de segmentos da sociedade é garantida por meio da institucionalização de espaços de cogestão das políticas e programas de saúde, são estes: Conferências de Saúde; Conselhos de Saúde; colegiados de gestão nos serviços de saúde (BRASIL, 1990b; VASCONCELOS; PASCHE, 2009). No entanto, um grande desafio colocado à diretriz do controle social é a não percepção, por grande parte dos brasileiros, de si mesmos como sujeitos de direitos. Essa situação implica na assunção da responsabilidade pelos profissionais do SUS em instituir, no cotidiano do serviço, práticas visando conscientizar a população acerca do seu direito à saúde, estimulando o exercício da cidadania por parte dos usuários.

Andrade, Barreto e Bezerra (2009) enfatizam que o caráter inovador e a complexidade inerente ao conjunto dos princípios e diretrizes do SUS constituem-se um grande desafio para a operacionalização deste sistema.

Tendo em vista este desafio, Paim (2009) afirma que o SUS propõe-se a realizar a atenção integral à saúde através de uma rede hierarquizada e regionalizada de ações e serviços públicos. O autor destaca que o emprego do termo rede, no setor saúde, “supõe certa ligação ou integração entre os serviços, evitando que fiquem dispostos de forma isolada, autarquizada, ou seja, sem comunicação entre si” (2009, p.48). Desta forma, a rede regionalizada do SUS permite que os estabelecimentos de saúde estejam dispostos em determinado território, onde os serviços de Atenção Básica à Saúde estão descentralizados e os serviços especializados mais centralizados. Neste cenário, a organização dos serviços e ações de saúde deve ser realizada de forma articulada visando possibilitar o acesso da população a todos os tipos de atendimento (PAIM, 2009).

Visando a organização da rede, a qual tem como finalidade promover a saúde, a prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, e tendo em vista o uso racional de recursos, o Ministério da Saúde, adota como níveis de atenção à saúde: atenção básica à saúde - ABS, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade. Neste modelo de organização, a atenção básica é considerada como a ordenadora da rede, coordenadora do cuidado em saúde, visto seu potencial de superar a fragmentação sistêmica e responder aos principais desafios epidemiológicos, sanitários, demográficos que se apresentam ao sistema de saúde (BRASIL, 2009c). A ABS será discutida no tópico seguinte.

Apesar de todos os esforços em direção à constituição de um sistema de saúde articulado após a criação do SUS, as dificuldades advindas da sua construção, a permanência de um modelo de atenção à saúde fragmentado e focado na cura, bem como o perfil epidemiológico brasileiro na atualidade, tensionaram um reposicionamento do Ministério da Saúde (MS) em relação à organização dos serviços e ações que conformam o SUS. A composição de Redes de Atenção à Saúde (RAS) recentemente foi apontada pelo MS como uma estratégia para superar essas limitações, objetivando produzir uma atenção à saúde coerente com as necessidades da população (BRASIL, 2010d).

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011a, p. 4).

A RAS estrutura-se com base em um território e população definidos, a partir da articulação de diversos serviços e ações visando à atenção integral à saúde dos usuários adscritos, por meio de relações horizontais entre os pontos de atenção. Para isso, os documentos oficiais propõem o estabelecimento de uma gestão única para a RAS, bem como a construção de mecanismos de coordenação e continuidade do cuidado por toda a rede, de modo a integrar a atenção (BRASIL, 2010d). Nesse cenário, a ABS deve funcionar como protagonista na coordenação e ordenação do cuidado realizado, buscando ser resolutiva e constituindo-se centro da comunicação entre os pontos da RAS (BRASIL, 2011a).

A despeito dos avanços na consolidação do arcabouço legal e na regulamentação do funcionamento dos serviços e ações que compõem o SUS, os quais representam importantes conquistas da sociedade, é preciso reconhecer que a construção desse sistema não acontece sem embates e resistências. Os interesses contraditórios de diversos segmentos sociais perpassam e cerceiam a consolidação do projeto gestado pelo movimento da Reforma Sanitária no interior do sistema de saúde. Nesse sentido, Paim (2008) defende que coexistem distintos SUS na realidade brasileira. Segundo o autor:

[...] tem-se o ‘SUS para pobres’, um produto ideológico resultante do modelo institucionalizado de saúde pública, de políticas focalizadas influenciadas por organismos internacionais e de restrições à expansão do financiamento público. O ‘SUS real’, moldado pelas políticas econômicas monetaristas e de ajuste macroestrutural, pelo clientelismo, patrimonialismo e partidarização na saúde. O ‘SUS formal’, estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias pactuadas, também conhecido como ‘aquele que está no papel’. E há o ‘SUS democrático’ que integra, organicamente, o projeto da RSB na sua dimensão institucional: universal, igualitário, humanizado e de qualidade. Essas

representações em torno do SUS traduzem interesses cristalizados na 'indústria da saúde', em governos e corporações profissionais, de um lado, e ideais de mudança social, de outro (PAIM, 2008, p. 111).

É nesse cenário de diversos SUS que a ESF consolida-se como uma importante estratégia na estruturação do sistema de saúde brasileiro. Criada no bojo da discussão sobre as possíveis formas de materializar os preceitos do 'SUS democrático', a ESF busca romper com a concepção de APS como um pacote de serviços básicos para pobres, discussão que será empreendida no tópico a seguir.

2.3.1 Estratégia Saúde da Família

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978 em Alma Ata, constitui-se referência para a construção de políticas de saúde no mundo, pois nela o direito a saúde é reafirmado como um direito fundamental. A partir dessa Conferência, a Atenção Primária à Saúde (APS) passa a ser concebida como uma estratégia essencial para a expansão do acesso à saúde para todos (GIL, 2006).

A definição de APS, resultante das discussões de Alma Alta, enfatiza que os cuidados primários de saúde são cuidados fundamentais organizados a partir das necessidades de saúde da comunidade, prevendo ações de proteção, cura e reabilitação da saúde. A Declaração da Conferência considera que um serviço de APS deve incluir minimamente: educação sobre os principais problemas de saúde; bem como sobre seu controle e prevenção; promoção da alimentação e nutrição apropriadas; previsão do abastecimento adequado de água e de saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas e prevenção e controle de doenças endêmicas na região; tratamento apropriado de doenças e lesões comuns; e distribuição de medicamentos essenciais (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

As primeiras iniciativas brasileiras de implantação de serviços municipais de saúde buscaram inspiração no referencial proposto durante a Conferência de Alma Ata. Entretanto, com o desenvolvimento do SUS, o referencial de Alma Ata diminuiu gradativamente sua influência (GIL, 2006). Giovanella, Mendonça e Almeida (2009) concordam com o autor quando assinalam que, nos anos noventa, com o advento do SUS, a concepção de APS no Brasil renova-se. Os princípios do SUS e as diretrizes deste sistema faziam oposição à ideia difundida por agências multilaterais na América Latina, nomeada de

APS seletiva, a qual se equacionava a implementação de uma cesta mínima de serviços de baixa qualidade.

No bojo do movimento sanitário, a simples apropriação da APS seletiva foi rejeitada, sendo esta alvo de inúmeras críticas, já que era entendida como uma atenção à saúde reduzida a um pacote de combate à patologias previamente selecionadas, desconsiderando os determinantes sociais das doenças, a infraestrutura de saúde pré-existente e a participação comunitária, conquista tão cara ao SUS (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

No Brasil, o intuito era pensar uma proposta de APS distante desta concepção. Assim, o termo Atenção Básica a Saúde (ABS) foi cunhado (GIOVANELLA, MENDONÇA; ALMEIDA., 2009, p. 784). Com o avanço nas discussões e na consolidação do modelo da ABS brasileira, o Ministério da Saúde, na recente publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB; BRASIL, 2011a), considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde equivalentes, atribuindo a ambos as diretrizes e pressupostos contidos na política.

Starfield (2002), discutindo as características da APS, elenca quatro atributos essenciais e dois derivados que conformam esses serviços. Os atributos essenciais, segundo a autora, correspondem: ser porta de entrada preferencial do sistema de saúde; longitudinalidade do cuidado em saúde, realizada com base em relação de vínculo entre equipe de saúde e indivíduos, família e comunidade; integralidade, concebida como a realização de serviços pela equipe de saúde, de modo a responder as necessidades mais comuns da comunidade, bem como a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e ainda o reconhecimento das causas dos agravos e doenças; e coordenação, definida como a continuidade da atenção à saúde na rede de serviços. Os atributos derivados referem-se à orientação familiar, tendo a família como centro da atenção à saúde, e à orientação comunitária, o que implica em considerar a família em seu contexto histórico, cultural, social, econômico e físico.

A proposta da ABS brasileira incorpora esses atributos, buscando materializar o ideário do SUS, distanciando-se da concepção de APS seletiva. O Ministério da Saúde define ABS como:

[...] 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. (BRASIL, 2011a p.3).

Diversas iniciativas de organização da ABS surgiram nos municípios brasileiros nos anos que sucederam a criação do SUS, dentre elas, uma iria conformar-se como a estratégia prioritária de estruturação desses serviços, o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF surge em 1994 como um programa destinado à assistência à saúde em áreas mais vulneráveis, porém, os resultados alcançados tornam-no uma proposta importante para a consolidação dos serviços de atenção básica no Brasil. Em 1997, o Ministério da Saúde assume a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando reorientar o modelo assistencial (SCOREL *et al.*, 2007).

Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2009), a implementação da ESF nos municípios brasileiros foi motivada principalmente pela necessidade de reorganizar a assistência à saúde “mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o recente processo de descentralização” (2009, p.802). Segundo os autores, a implantação da ESF não se deu apenas para organizar a ABS, mas sim para estruturar o SUS, uma vez que permitiu a reafirmação de um novo paradigma assistencial e a consolidação dos princípios organizativos do sistema.

A ESF surge em resposta à crise do modelo biomédico que predominava no Brasil, propondo uma real mudança na forma de pensar a saúde, tendo como principal produto de suas intervenções a produção do cuidado longitudinal em saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009). Tais autores afirmam que a adoção da nomenclatura Saúde da Família veio reforçar a aceção de saúde como qualidade de vida, guardando coerência com a concepção ampliada de saúde presente na Constituição.

Em 2006, a Política Nacional Atenção Básica (PNAB) é lançada, reafirmando a ESF como a estratégia prioritária de ABS no Brasil. Em abril de 2010, o Brasil contava com 31.981 equipes de saúde da família, em 5.279 municípios. Esses números correspondem a aproximadamente 95% de adesão municipal, resultando em uma cobertura de 50,9% da população brasileira (DATASUS, 2010).

Em face ao avanço e expansão da ABS brasileira, o Ministério da Saúde lança, em 2011, uma nova versão da PNAB, atualizando a regulamentação do funcionamento da ESF e da Estratégia de Agente Comunitário de Saúde. O documento estabelece parâmetros para a operacionalização e financiamento da ESF e outras propostas, bem como incorpora estratégias criadas após a publicação da PNAB anterior, as quais visam qualificar e apoiar o trabalho

realizado pelas equipes de saúde da família, entre elas o NASF e o programa Academia na Comunidade (BRASIL, 2011a).

Considerando o posicionamento do MS acerca da reorganização dos serviços e ações de saúde para conformar as RAS, o documento enfatiza que os pressupostos da ESF de coordenação do cuidado, ordenação da rede, primeiro ponto da atenção à saúde e a resolutividade da atenção prestada, precisam ser fortalecidos para que as RAS funcionem de maneira integrada. Na estruturação das redes, a ESF é concebida como o centro de comunicação entre os pontos de atenção, buscando efetivar seu papel de ordenadora da rede (BRASIL, 2011a).

A ESF organiza-se em consonância com os princípios do SUS, tendo entre seus fundamentos: adscrição da clientela; desenvolvimento de relações de vínculos entre comunidade e profissionais; responsabilização; estímulo à participação e controle social; efetivação da integralidade em seus vários aspectos; acesso universal e contínuo aos serviços de saúde; e a equidade. Nesse cenário, o usuário deve ser considerado em sua singularidade e a partir do seu contexto sociocultural (BRASIL, 2011a).

A ESF é operacionalizada por meio de uma equipe multidisciplinar, composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, a qual atua acompanhando um número definido de famílias. A equipe é alocada em uma unidade básica de saúde (UBS) e responsável por um território de saúde no qual habitam, no máximo, quatro mil pessoas. A equipe deve atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos presentes na comunidade adscrita (SCOREL *et al.*, 2007).

Visando a organização do seu processo de trabalho consonante às necessidades de saúde da população, bem como o estabelecimento de vínculos iniciais com os usuários, cada equipe deve desenvolver um processo de territorialização, no qual as famílias, as potencialidades e desafios da comunidade, bem como os problemas de saúde e as situações de risco devem ser identificados. Entretanto, “territorializar” na ESF não se dá apenas no momento de chegada da equipe, visto a característica dinâmica e mutante dos territórios adscritos, deve ser um processo permanente, inerente aos percursos dos profissionais durante a realização do cuidado dos indivíduos, famílias e comunidades (SCOREL *et al.*, 2007; SILVA, *et al.*, 2010). O território é definido por Ponte *et al.* (2010, p. 82-83) como um:

[...] espaço de reprodução de relações sociais e históricas. Sociais, por tratar-se de um lugar de construção de relações, de integração de diversos sujeitos sociais, de construção de identidade individual e coletiva. E histórica, “[...] por revelar ações

passadas e presentes em permanentes transformações, é historicamente determinada, ou seja, pertence a uma dada sociedade, de um dado local, que articula as forças sociais de uma determinada maneira”.

Parente *et al.* (2010, p.32) acrescenta que o território é um lugar coproduzido por dimensões simbólicas e objetivas, não existindo “um território igual ao outro. É o espaço que traz ao mesmo tempo a determinação do ambiente natural e a marca histórica impressa pelo modo de vida humano”. Tal concepção de território guarda coerência com a acepção ampliada de saúde que fundamenta a construção do SUS.

O necessário resgate das múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde doença, durante a estruturação dos serviços na ESF, exige uma reflexão sobre as formas de atuação dos profissionais. Estes são solicitados a incorporar novos saberes que contribuam na produção de um cuidado integral e resolutivo, realizado de uma forma longitudinal, principal resultado a ser perseguido pelas ações desenvolvidas (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). Zoboli e Fortes (2004), refletindo sobre a atuação dos profissionais, afirma que a assistência à saúde na ESF não se caracteriza meramente pela execução de um trabalho técnico, mas sim por uma prática que, além da técnica, incorpore valores éticos, humanos e seja promotora da cidadania entre os usuários do SUS.

Nesse sentido, Ayres (2004) defende o uso das tecnociências da saúde em favor dos “projetos de felicidade³” dos usuários, resgatando os sentidos da utilização destes recursos na vida das pessoas. Para ele, o cuidado em saúde, além das práticas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, deverá incorporar o interesse pelo “sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental [...]” dos indivíduos e coletividades (2004, p. 22). Assim, os “projetos de felicidade” concebidos pelo autor precisam ser resgatados na realização da assistência na ESF.

Merhy e Franco (2003), em uma discussão acerca do trabalho em saúde, contribuem para refletir sobre como acessar os projetos referidos por Ayres (2004). O autor, analisando a micropolítica do fazer diário do profissional de saúde, afirma que os modelos de atenção à saúde que pretendem estruturar-se para responder às necessidades dos usuários, devem construir formas de produzir cuidado baseadas na preponderância do trabalho vivo sobre o trabalho morto.

³ O termo é definido pelo autor com base em dois elementos: a felicidade como “um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser saúde e a atenção à saúde”; e projeto como um aspecto característico do homem e que “estabelece uma ponte entre uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde” (AYRES, 2004, p. 21).

O autor defende que todo trabalho em saúde é relacional, pois este não está totalmente e previamente estruturado antes de acontecer o encontro que objetiva produzir cuidado. Nesse cenário, o profissional de saúde dispõe para a sua intervenção de tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras correspondem aos instrumentos, máquinas e equipamentos necessários à assistência à saúde, nomeadas assim por terem sido desenvolvidas para resultar em certos produtos. Os saberes técnicos e científicos são considerados tecnologias leve-duras, pois, comportam tanto uma parte já estruturada, como uma parte não previamente definida derivada do modo peculiar como cada profissional os utiliza na condução do cuidado. As tecnologias leves constituem-se em modos de agir em saúde que privilegiam a construção de relações entre os sujeitos envolvidos no ato do cuidado, trabalhadores e usuários, facilitando a constituição de vínculo e corresponsabilização entre estes (MERHY; FRANCO, 2003).

Assim, o trabalho morto é entendido como aquele no qual os procedimentos, os atos prescritivos e as tecnologias duras correspondem ao cerne do cuidado em saúde. Já o trabalho vivo, sem prescindir das tecnologias duras e leve-duras, centra-se no desenvolvimento de um cuidado mais relacional, aberto aos encontros e singularidades que acontecem no momento do contato entre profissionais e usuários, no qual as tecnologias leves conduzam a assistência à saúde (MERHY; FRANCO, 2003), facilitando o acesso aos “projetos de felicidade” dos usuários.

No entanto, Heckert (2008, p. 217), alerta para o que ainda permanece usual no campo da saúde acerca da atuação dos profissionais:

[...] uma certa compreensão de que as ações de saúde se fazem por uma cisão entre um polo objetivo demarcado pela técnica, ancorada exclusivamente em conhecimentos científicos (supostamente isento de valores e marcados pelas evidências), e um polo subjetivo demarcado pela ética, compreendida como da ordem relacional, dos vínculos entre profissionais e usuários, compreendendo esta última, conforme indica Schraiber (1997), a parte humanizada das práticas em saúde.

Carvalho e Cunha (2009) contribuem para a discussão acerca do papel dos profissionais de saúde na produção de modelos de atenção à saúde. Segundo os autores, um dos principais empecilhos ao desenvolvimento do SUS e da ESF é o insuficiente enfrentamento das temáticas referentes à mudança do processo de trabalho e à participação dos trabalhadores na mudança setorial. Os autores entendem que o trabalho realizado pelos profissionais é elemento central na consolidação do SUS, conforme observado na afirmação:

[...] alterando o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com seu principal objeto de trabalho, a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade representados como doença, é que será possível cumprir os preceitos constitucionais que garantem o direito efetivo à saúde a todos os brasileiros (CARVALHO; CUNHA, 2009, p.837).

Tais autores acreditam que a produção de modelos de atenção à saúde é resultante das determinações histórico-estruturais que os condicionam e das práticas cotidianas dos profissionais de saúde que os operacionalizam. Ainda segundo os autores, a conformação destes modelos é um dos fatores que, ao lado de aspectos macropolíticos e macroeconômicos, condicionam a viabilização do SUS. Portanto, as práticas em saúde exercidas no cotidiano das unidades básicas de saúde podem tanto contribuir sendo instrumento de mudança em direção à construção de um modelo assistencial mais condizente com as diretrizes do SUS, como podem ser cristalizadoras do modelo hospitalocêntrico insuficiente para as novas demandas em saúde.

Diante desse contexto, a formação proporcionada pelas graduações de saúde, centrada nos aspectos biológicos do processo saúde-doença, apresenta-se como um desafio importante a ser enfrentado em prol da construção do SUS, e em particular da ESF, já que essa requer dos profissionais a realização de um cuidado que agregue, além da dimensão técnica, a dimensão ética do cuidar.

Desse modo, tencionando mudanças nos processos de trabalho instituídos na ESF e outros pontos da rede, o MS adota a educação permanente (EP) como uma importante estratégia na reorientação do modelo de atenção à saúde, estabelecendo a Política Nacional de Educação Permanente. A EP busca romper com a educação prescritiva, propondo a problematização dos entraves encontrados no cotidiano do trabalho como eixo central do processo pedagógico. Nessa estratégia, os trabalhadores de saúde devem ser autores na construção do conhecimento, adotando práticas reflexivas produtoras de mudanças no interior do serviço de saúde (BRASIL, 2009d).

Segundo Tesser *et al.* (2011), a EP fundamenta-se na acepção de educação como meio de transformação da realidade, no qual a aprendizagem significativa e o trabalho são considerados elementos centrais para a mudança das práticas em saúde. Os autores consideram que a EP é uma importante ferramenta na articulação entre gestão, atenção à saúde e controle social.

Ceccim (2004) defende que:

[...] aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de

mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

Em consonância com o pensamento do autor, a PNAB propõe que o planejamento das estratégias educativas de EP seja um processo coletivo ascendente, objetivando o desenvolvimento de iniciativas mais contextualizadas, nas quais as políticas propostas e as singularidades dos espaços e pessoas dialoguem, propiciando a construção de experiências inovadoras no cotidiano do serviço de saúde (BRASIL, 2011a).

A organização da ABS por meio da ESF demanda novos modos de pensar a atenção à saúde, nos quais o indivíduo seja considerado em sua integralidade, complexidade, no seu contexto sociocultural, como um sujeito titular de direitos, imerso em uma teia de relações produtoras de saúde-doença. Assim, visando à integralidade do cuidado em saúde na ESF, através da qualificação do trabalho das equipes de saúde da família, o Ministério da Saúde cria a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a qual será discutida no tópico seguinte.

2.3.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado através da Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008. O NASF, segundo o documento, corresponde a uma equipe composta por profissionais de saúde de diferentes categorias, os quais devem atuar em parceria com as equipes de saúde da família, compartilhando práticas de saúde nos territórios sob a responsabilidade destas.

As publicações enfatizam que o objetivo principal do NASF é ampliar e qualificar as ações desenvolvidas no âmbito da ABS, fortalecendo a inserção da ESF na rede de serviços de saúde. Para isso, propõem que os profissionais que o compõe compartilhem com as equipes de ABS, a responsabilização e a coordenação do cuidado integral em saúde, previsto pelo SUS como um direito dos cidadãos (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009a). A maior resolutividade das ações realizadas e o apoio aos processos de territorialização e regionalização são também aspectos ressaltados na fundamentação da inserção do NASF na ABS (BRASIL, 2008a).

A portaria fundante do NASF, referenciada no primeiro parágrafo deste tópico, prevê a estruturação da proposta em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 é destinado a municípios com densidade demográfica maior que dez habitantes por quilômetro

quadrado e o NASF 2 a municípios com menor densidade populacional. O documento previa que o NASF 1 apoiaria a quantidade mínima de oito equipes, podendo estender sua vinculação até vinte equipes, sendo composto por no mínimo cinco profissionais de categorias diferentes. O NASF 2 estaria vinculado a, no mínimo, três equipes, com a quantidade mínima de três profissionais de ocupações não coincidentes (BRASIL, 2008a).

A PNAB, lançada em 2011, traz o NASF como componente da ABS, atualizando os parâmetros para a inserção da proposta nos municípios. O documento reitera que o NASF não deve constituir-se porta de entrada da ABS, sendo suas demandas para atendimento individual e coletivo, se necessárias, mediadas e reguladas pelas equipes vinculadas ao NASF. Além das equipes de saúde da família, o NASF apoia as equipes de atenção básica para populações específicas, dentre elas, os consultórios de ruas e as equipes ribeirinhas e fluviais, e academia da saúde, devendo fornecer apoio matricial e compartilhar saberes e práticas nos territórios adscritos por essas equipes. Além disso, deverá atuar conjuntamente com as equipes de forma integrada às RAS e seus serviços, bem como a outras redes, incluindo as redes sociais e comunitárias presentes no território (BRASIL, 2011a).

De acordo com a PNAB, o NASF pode ser organizado nas modalidades NASF 1 e NASF 2, de forma que a implantação de maneira concomitante dos dois tipos de NASF nos municípios não terá incentivo federal. O NASF 1 deverá ser composto por profissionais de nível superior, entre os previstos na portaria, cujas cargas horárias somarão no mínimo 200 horas, sendo que nenhum profissional deverá ter carga horária menor que 20 horas, e cada categoria deverá somar no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas. O NASF 2 deverá ter a soma das cargas horárias dos profissionais de, no mínimo, 120 horas, nenhum profissional deverá trabalhar menos de 20 horas, e cada profissão deverá acumular uma carga horária mínima de 20 horas e máxima de 40 horas. O trabalho destas equipes deverá acontecer em horário concomitante à atuação das equipes por elas apoiadas.

Em 2012, a portaria nº 3.124 de 28 de dezembro, institui o NASF 3 com o intuito de universalizar a existência das equipes NASF em todos os municípios do Brasil. Essa modalidade prevê que as atividades deverão ser realizadas de modo que os membros acumulem uma carga horária mínima de 80 horas, sendo que nenhum profissional poderá ter carga horária menor que 20 horas (BRASIL, 2012c).

Cabe ressaltar que as categorias profissionais componentes de cada equipe de NASF são estipuladas pelos gestores municipais, devendo ser esta escolha fundamentada em critérios epidemiológicos, nas necessidades de saúde da população, bem como nas demandas

das equipes apoiadas. O nutricionista é um profissional que poderá compor todas as modalidades de NASF (BRASIL, 2011a).

Em 2010, o Ceará havia implantado cento e vinte e quatro NASF 1 e 1 NASF 2. Quanto ao nutricionista, o Estado tinha incorporado 72 profissionais nos NASF nessa mesma data (BRASIL, 2010e). A modalidade de NASF do município de Fortaleza, cenário deste estudo, corresponde ao NASF 1.

Com o acúmulo de experiências possibilitado desde a implantação do NASF em 2008, o Ministério da Saúde vem revisando e redefinindo o número de equipes de saúde da família vinculadas a cada equipe de NASF. Há nos documentos oficiais uma tendência à redução do número de equipes apoiadas por cada NASF, possibilitando assim uma vinculação maior dos apoiadores matriciais com as comunidades assistidas.

A PNAB (2011) atualizou os números de equipes vinculadas ao NASF. O NASF 1 deveria fornecer apoio a quantidade mínima de oito equipes e máxima de quinze, já o NASF 2 a, no mínimo, três equipes e, no máximo, sete equipes de ABS. Além disso, cada NASF vincular-se-ia a, no máximo, três polos do Programa Academia da Saúde, devendo cada polo possuir um profissional de 40 horas ou dois de 20 horas, não vinculado ao NASF, que será responsável pelas atividades desenvolvidas pelo programa.

Em 2012, há mais uma redução do número de equipes de saúde da família apoiadas por cada NASF. Com a publicação da portaria nº 3.124/2012, o número de equipes de saúde da família vinculadas à modalidade 1 passa a ser de cinco a nove equipes e à modalidade 2 de três a quatro equipes de saúde da família (BRASIL, 2012c).

As recomendações acerca da organização do processo de trabalho do NASF constam nos documentos oficiais, particularmente no Caderno de Atenção Básica 27 – diretrizes do NASF⁴, no qual as diretrizes, ferramentas de trabalho e fundamentos conceituais que embasam a proposta são discutidas. Dessa forma, e em meio à carência de publicações sobre a temática do NASF no meio acadêmico, por se tratar de uma proposta recente, a discussão dessa estratégia será feita a partir das publicações do MS.

2.3.3 NASF: diretrizes, ferramentas de trabalho e conceitos

⁴ Tendo em vista a larga utilização dessa publicação no contexto do estudo, seu título será resumido ao longo do texto, sendo substituído pela sigla CAB-NASF.

Com a criação do NASF estava colocada a problemática da organização do trabalho desta equipe, a portaria fundante trazia delineações muito genéricas acerca de como os profissionais deveriam organizar-se para concretizar o apoio às equipes de ABS. Assim, visando oferecer subsídios para a estruturação do processo de trabalho do NASF, o MS lançou, em 2009, o CAB-NASF. Cabe pontuar que, o período entre a inserção do NASF e o lançamento do CAB-NASF poderá ter propiciado inúmeras formas de interpretação do modo de organização do processo de trabalho desses profissionais nos municípios brasileiros.

Nesta publicação, os preceitos relativos à ESF são realçados, pelos quais os profissionais deverão guiar sua atuação, quais sejam: desenvolvimento da noção de território; ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização; sendo a integralidade a diretriz principal a ser observada pelo NASF (BRASIL, 2009a).

Ainda segundo o documento, os requisitos elencados acima, além do conhecimento técnico, exigem dos profissionais que o compõe:

[...] o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF) [...] (BRASIL, 2009a, p. 10).

O apoio às equipes de saúde da família e de outras formas de ABS é central na proposta NASF, este deverá ser realizado através de um trabalho interdisciplinar que tem como fundamento a concepção de apoio matricial, realizado por profissionais que anteriormente não estavam inseridos no âmbito da ESF (BRASIL, 2009a).

Gastão Wagner Campos, empenhado em discutir a reforma das organizações e do trabalho em saúde, desenvolve os conceitos de apoio matricial e equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Segundo os autores, apoio matricial e equipe de referência constituem-se ao mesmo tempo “arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão de trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.400).

Segundo os autores, esta concepção de organização do trabalho em saúde parte do pressuposto de que nenhum profissional de maneira isolada consegue assegurar, por si só, uma abordagem integral dos problemas que se apresentam ao sistema de saúde. Assim, o apoio matricial é realizado por profissionais que não compõem as equipes de referência, com

o objetivo de agregar saberes a estas, bem como colaborar com intervenções que resultem em uma maior resolutividade dos problemas de saúde sob a responsabilidade desta equipe. Assim, a incorporação dos apoiadores matriciais visa dois tipos de suporte à equipe de referência: retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico.

Como pode ser inferido do parágrafo acima, a tecnologia do apoio matricial é complementada pela concepção de equipe de referência. Segundo Campos (1999), esta equipe configura-se como a estrutura nuclear dos serviços de saúde, responsabilizando-se pela atenção longitudinal à saúde de uma clientela definida, sendo formada por profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde, constituindo-se na referência do cuidado em saúde para os sujeitos. O autor enfatiza que a vinculação da equipe a uma clientela definida objetiva a construção de uma responsabilidade não por atividades ou procedimentos, e sim uma responsabilidade de pessoas por pessoas. No caso da ESF, a equipe de referência corresponde à equipe de saúde da família, na qual há o pressuposto de que existe uma interdependência entre os profissionais (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, a equipe de referência pensada por esta proposta vai de encontro ao fundamento da ESF acerca da construção de vínculo entre profissionais e usuários do sistema, uma vez que, segundo Campos (1999, p. 400), “tratar-se-ia [...] de restaurar um processo de trabalho em que a possibilidade de trabalhar-se o vínculo fosse cotidiana e corriqueira e não apenas resultado do esforço heroico de alguns”.

Campos e Domitti (2007) destacam ainda os dois principais conceitos envolvidos no termo apoio matricial. Segundo os autores, a opção pela palavra matricial na expressão agrega a ideia de horizontalidade nas relações entre profissionais-referência e apoiadores matriciais, no intuito de romper a hierarquia e verticalidade estabelecida em sistemas de saúde engessados. Complementarmente, o termo apoio sugere que as relações construam-se com base em processos dialógicos entre os profissionais, por meio do compartilhamento de responsabilidades entre estes. A proposta é que a gestão do trabalho migre de uma perspectiva de corporações profissionais e se estabeleça a partir de uma lógica interdisciplinar

Nesse sentido, o apoio matricial demanda que na organização do serviço de saúde sejam previstos espaços de comunicação ativa entre os profissionais, possibilitando assim o compartilhamento de conhecimentos e colaborando no estabelecimento de relações mais democráticas entre estes, promovendo a condução dos conhecimentos disciplinares em prol de intervenções que valorizem as singularidades dos sujeitos e de um equilíbrio dinâmico entre esses diferentes conhecimentos presentes nas equipes (CAMPOS; DOMITTI, 2008).

Segundo Cunha e Campos (2011), para a realização do apoio matricial faz-se imprescindível que as relações entre apoiadores e equipe de referência sejam personalizadas, bem como haja a construção e consolidação de rotinas que ampliem as possibilidades de realizar a atenção especializada, tais como atendimento compartilhado, discussão de casos, apoio por telefone, entre outros. Além disso, o estabelecimento de diretrizes que embasem o acionamento dos apoiadores, tornando evidentes as responsabilidades de cada profissional envolvido, é uma prática que organiza e propicia uma melhor estruturação dessa ferramenta.

O CAB-NASF faz referência aos profissionais do NASF como apoiadores matriciais, responsáveis simultaneamente por duas dimensões de suporte na ESF: assistencial e técnico-pedagógico. O suporte assistencial é referido como a atuação clínica dos apoiadores em contato direto com os usuários e o técnico-pedagógico refere-se à realização de ações que tenham como alvo a equipe de saúde da família, no intuito de instrumentalizá-la com saberes diferentes propiciando uma maior resolutividade das ações. Portanto, a responsabilidade da equipe NASF não incide apenas no usuário do sistema de saúde, mas também sobre a equipe de saúde da família (BRASIL, 2009a).

Dessa forma, a publicação enfatiza que o fluxo dos diversos saberes disciplinares existente na proposta de apoio matricial demanda o discernimento entre o que é conhecimento específico do especialista e conhecimento compartilhável e comum entre equipe de saúde da família e apoiadores, este deve acontecer de maneira sempre dinâmica e mutável conforme as situações vivenciadas pelas equipes. A ideia é que estes saberes estejam a serviço das necessidades de saúde existentes nos territórios e não apenas em busca de demarcação de espaços de corporações profissionais.

Campos e Domitti (2007) antecipam algumas questões-limite que podem surgir durante a estruturação dos serviços de saúde a partir da lógica do apoio matricial. Uma delas refere-se à fragmentação histórica presente nos modos de organização dos serviços de saúde, dificultando a construção da responsabilidade compartilhada e do diálogo entre os profissionais. Outra questão versa sobre a concentração do poder dentro dos serviços de saúde nas mãos de chefes e diretores, não sendo comum a existência de espaços de cogestão, inibindo assim o estabelecimento de relações democráticas. A pouca disponibilidade dos profissionais em construir um trabalho interativo e interdisciplinar devido a obstáculos subjetivos e culturais advindos de sua formação técnica e humana pode também apresentar-se. Além da dificuldade de construção de uma clínica que privilegia e tem como centro o sujeito. Esses limites mostram-se de formas diversas durante a organização do processo de trabalho nos CSF brasileiros.

A respeito deste último desafio, Campos e Domitti (2007, p.405) afirmam que “[...] o apoio matricial é um dispositivo importante para a ampliação da clínica [...]”. Cunha (2005) enfatiza que a construção da clínica ampliada demanda a assunção das subjetividades que permeiam o processo de constituição do cuidado em saúde. O autor relembra que a clínica é produzida a partir do encontro de sujeitos e suas subjetividades, profissionais de saúde e usuários, que precisam ser valorizadas durante a construção do cuidado. Assim, a clínica que se propõe ampliada consiste em transformar a atenção individual e coletiva de forma a possibilitar que, além do aspecto biológico, outros aspectos possam ser incorporados nas práticas de saúde.

Cunha (2005) defende que, na Atenção Básica à Saúde, a clínica pensada através do modelo biomédico, na qual o trabalho em saúde é centrado em procedimentos, sofre um abalo, necessitando ser reconfigurada.

Trata-se de reconhecer um compromisso com o sujeito e a sua capacidade de produção da própria vida. É uma Clínica que se abre para perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento (CUNHA, 2005, p. 64).

Em grande parte dos problemas de saúde de uma população sob a responsabilidade de uma equipe de saúde na Atenção Básica, será impossível fazer alguma intervenção efetiva sem conquistar a participação e compreensão das pessoas. A capacidade de diálogo na Atenção Básica é realmente essencial – o que implica disposição (e técnica) para escuta, em aceitação do outro e de seus saberes (CUNHA, 2005, p. 26).

Portanto, não se trata apenas de realizar um cuidado meramente técnico e asséptico às subjetividades envolvidas na sua construção, mas sim de conceber o usuário como um autor de seu itinerário terapêutico e de sua própria vida, ampliando sua capacidade de percepção sobre seu corpo e suas experiências de saúde e adoecimento como parte da condução do cuidado longitudinal.

A partir da influência da concepção de clínica deste autor e de Campos (1999), a clínica ampliada pensada para a proposta do NASF incorpora: a concepção ampliada do processo saúde-doença, construindo sínteses entre os saberes disciplinares a partir das situações reais vivenciadas pelos sujeitos; a construção de diagnósticos e terapêuticas compartilhadas, a partir do reconhecimento da complexidade dos problemas de saúde apresentados; a ampliação do “objeto de trabalho” dos profissionais, superando a lógica fragmentada da atuação, reconhecendo que esta destina-se a indivíduos ou grupos; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho, privilegiando arranjos que permitam a comunicação transversal entre as equipes, bem como técnicas relacionais que possibilitam o

compartilhamento da clínica; e o suporte para os profissionais de saúde, de modo que eles possam lidar com as próprias incertezas, dificuldades inerentes ao processo de trabalho (BRASIL, 2009a).

Visando a operacionalização dos princípios e propostas que embasam o processo de trabalho do NASF, a publicação supracitada enfatiza três ações prioritárias a serem desenvolvidas pelos profissionais dessa equipe:

- a) Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar [...];
- b) Intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e, ou famílias com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo Nasf se dê apenas em situações extremamente necessárias;
- c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF [...] (BRASIL, 2009a, p. 20-21).

As ações prioritárias parecem ter sido estruturadas de modo a permitir um contato direto e constante dos apoiadores matriciais com a equipe de saúde da família, já que a inserção de outras categorias profissionais na ESF incorria no risco de somente agregar saberes disciplinares de modo fragmentado ao cuidado realizado pela equipe de saúde da família.

A organização do processo de trabalho do NASF prevê ainda a realização de ações de saúde referenciadas por nove áreas estratégicas, entre elas a área de alimentação e nutrição. Em seguida, essa área é discutida visto que o sujeito desta pesquisa corresponde ao profissional nutricionista, o qual, segundo a proposta, deve constituir-se em um profissional-referência na articulação do desenvolvimento dessas ações na ESF.

2.3.4 Alimentação e Nutrição nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

O atual cenário epidemiológico brasileiro, bem como a assunção da SAN como prioridade de governo, colocam em foco a urgência de considerar a alimentação e nutrição da população como destaque na agenda da saúde. Desse modo, a incorporação de ações de alimentação e nutrição na ABS torna-se imprescindível para o enfrentamento das faces da insegurança alimentar e nutricional no país.

A ESF, como principal porta de acesso dos usuários aos serviços de saúde, configura-se como um espaço privilegiado para a organização de uma assistência pautada nos referenciais da promoção da saúde e da SAN. Porém, os textos oficiais assinalam que há uma

baixa oferta de ações de alimentação e nutrição neste âmbito, condição que tem limitado a consolidação de princípios como a integralidade e universalidade, bem como a resolutividade das ações desta estratégia (BRASIL, 2006a).

Tendo em vista este contexto e visando apoiar o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição no âmbito da ESF, a proposta do NASF institui como uma de suas áreas estratégicas a alimentação e nutrição. Com isso, pretende favorecer a implementação da PNAN, fomentar a promoção da alimentação saudável entre profissionais e usuários e perseguir o propósito de a alimentação e nutrição serem abordadas na perspectiva do DHAA (BRASIL, 2009a).

As ações desenvolvidas com o apoio do NASF relacionadas a esta área devem basear-se “nos princípios da universalidade, integralidade e da equidade, bem como no trabalho interdisciplinar, intersetorial, ético, resolutivo, longitudinal, acolhedor, com vínculo e responsabilização” (BRASIL, 2009a, p.70).

Assim, a incorporação do nutricionista nesta equipe é estratégica para potencializar as discussões acerca da alimentação e nutrição no âmbito na ESF, bem as ações que persigam os objetivos elencados anteriormente. Entretanto, as publicações do Ministério da Saúde enfatizam que o nutricionista não é o único profissional responsável pelo desenvolvimento destas ações, devendo ser uma responsabilidade compartilhada entre todos os profissionais da estratégia. A partir desse entendimento, o profissional deverá atuar prioritariamente com as equipes de saúde da família da sua área de abrangência com o intuito de disseminar e fomentar a realização do cuidado alimentar e nutricional de indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2009a).

A afirmação a seguir fornece elementos que contribuem para pensar a atuação do nutricionista no NASF:

[...] a atuação do profissional nutricionista nesse âmbito da atenção à saúde, suas responsabilidades têm por objetivo central contribuir com o planejamento e a organização das ações de cuidado nutricional local, visando qualificar os serviços e melhorar a sua resolubilidade, atuando de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e problemas alimentares e nutricionais que acometem a população local (BRASIL, 2009b, p.13).

Desse modo e em consonância com o cuidado pretendido pela ESF e os princípios das políticas de SAN, a atuação do profissional deverá transcender a realização de atividades de âmbito individual embasadas apenas na dimensão técnica da nutrição, migrando da postura histórica de mera execução das atividades em direção a atribuições nas quais o planejamento, a auto-organização e a proatividade sejam constantes na construção de seus fazeres na ESF.

Visando canalizar as ações de modo a dar respostas às principais questões alimentares e nutricionais da atualidade, o CAB-NASF propõe eixos estratégicos nos quais a estruturação das ações de alimentação e nutrição na ESF deverá se embasar, são eles:

- Promoção de práticas alimentares saudáveis, em âmbito individual e coletivo, em todas as fases do ciclo da vida;
- Contribuição na construção de estratégias para responder às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais, desnutrição e obesidade;
- Desenvolvimento de projetos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis;
- Realização do diagnóstico alimentar e nutricional da população, com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, bem como identificação de hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para promoção da saúde;
- Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional fortalecendo o papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional instituído pela Lei n 11.346 de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2009a, p. 70 - 71).

Em conformidade com o propósito da ESF, os eixos contemplam ações de promoção da saúde e da alimentação saudável, bem como de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos e doenças associadas à alimentação. Ainda nessa perspectiva, a PNAN (BRASIL, 2012a) enfatiza a necessidade de priorizar estratégias destinadas à prevenção e tratamento da obesidade, tendo em vista a magnitude desse agravo na população brasileira atualmente, bem como das doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à alimentação e ainda da desnutrição e carências nutricionais específicas, as quais coexistem com o quadro decorrente do excesso alimentar.

Assim, no intuito de propiciar uma maior abrangência e efetividade de sua atuação no território da ESF, a prática do nutricionista no NASF deverá estruturar-se a partir da lógica do apoio matricial, já discutido no tópico anterior. Desse modo, compartilhando com os demais profissionais da ESF seus saberes em prol do desenvolvimento de ações na área, poderá fomentar a realização de um cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, bem como a promoção de práticas alimentares saudáveis e da SAN.

O CAB-NASF define dois níveis de intervenção fundamentais para a consecução dos objetivos pretendidos com a incorporação de ações de alimentação e nutrição na ESF, elencados como: gestão das ações de alimentação e nutrição e cuidado nutricional. A gestão abrange atividades de planejamento, organização e controle das ações e o cuidado nutricional

engloba ações de diagnóstico, prevenção de doenças e agravos associados à alimentação, bem como cuidado e assistência ambulatorial.

Além desta classificação, a publicação prevê ainda que as ações de alimentação e nutrição deverão ter como sujeitos de abordagem o indivíduo, a família e a comunidade, potenciais alvos de intervenção do nutricionista, além da equipe de saúde da família. Seja por meio do apoio técnico-pedagógico aos outros profissionais, seja como articulador de estratégias de ação junto a equipamentos sociais do território, seja como profissional que realiza atendimento compartilhado, ou até mesmo mediante intervenção direta ao usuário, o nutricionista deverá ter como objetivo principal a concretização da SAN dos sujeitos de abordagem.

A abordagem das famílias e o enfoque comunitário das ações de alimentação e nutrição deverão proceder à vigilância de situações de insegurança alimentar e nutricional presentes nos territórios adscritos pelas equipes de saúde da família. Para isso, dentre outras iniciativas, estratégias de educação permanente com essas equipes deverão ser estabelecidas visando, além da identificação, o enfrentamento dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, o cuidado em saúde às famílias em risco de insegurança alimentar e nutricional existentes na comunidade, bem como a promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, é importante destacar que o CAB-NASF prevê a incorporação dos saberes acerca da exigibilidade do DHAA às práticas de todos os profissionais que compõem a proposta NASF, desassociando do nutricionista a exclusiva responsabilidade por disseminar a discussão na ESF do direito à alimentação e sua exigibilidade, tornando-a uma responsabilidade compartilhada entre a equipe. Assim, a equipe NASF deverá realizar educação permanente com as equipes de saúde da família tentando a divulgação dos mecanismos de exigibilidade do DHAA, bem como iniciativas municipais de apoio às famílias que tem o DHAA violado.

Contudo, considero ser de extrema importância a proatividade do nutricionista na luta pela concretização do DHAA no cotidiano da ESF, alinhando a essa busca todas as práticas de saúde construídas por ele, uma vez que essa deveria ser a responsabilidade social fim da prática desse profissional em todos os campos de atuação.

Quanto às ações diretamente relacionadas ao conhecimento técnico do nutricionista, as publicações preveem que estas deverão ser pactuadas previamente com a equipe de saúde da família, devendo ser o atendimento clínico ambulatorial realizado apenas ocasionalmente. Porém, “quando o usuário necessitar de cuidado nutricional específico, este deve ser operacionalizado por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a ser cuidado,

acompanhado e de responsabilidade direta das equipes de saúde da família, sob orientação do NASF” (BRASIL, 2009a, p. 72).

Diante do exposto sobre a atuação do nutricionista na ESF por meio da proposta NASF, pode-se inferir que este lócus de inserção exige dele um repensar contínuo de suas práticas em saúde em prol da ressignificação de saberes e reconstrução de fazeres mais implicados com a transformação da realidade de vida dos usuários do SUS.

A produção de um cuidado nutricional mais condizente com a proposta da ESF requer uma superação do desenvolvimento de práticas fragmentadas e de uma postura meramente executora de atividades deste profissional. Características estas problematizadas no primeiro capítulo desta revisão, heranças de uma formação centrada em aspectos biológicos do fenômeno alimentação e nutrição e de um percurso de consolidação da categoria no Brasil marcado por fatores sociais e históricos que influenciaram a tímida inserção do nutricionista no planejamento e elaboração dos programas e políticas sociais de alimentação e nutrição, as quais já foram amplamente documentadas na literatura (COSTA, 1999; BOSI, 1996; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO, 1991).

Os referenciais teóricos da SAN e do DHAA embasando as proposições das ações de alimentação e nutrição na ESF, conforme pôde ser apreendido através da análise documental das publicações referentes a esta área estratégica, são potenciais indutores da transformação de elementos, porventura presentes no fazer da categoria, que poderiam vir a contribuir para a perpetuação de práticas de saúde incoerentes com a construção de um modelo assistencial comprometido com os princípios do SUS.

Estes referenciais trazem conceitos e propostas de ação que muito se aproximam dos pressupostos de trabalho da ESF, a exemplo da interdisciplinaridade, intersetorialidade, participação social e fortalecimento da autonomia dos sujeitos. A inserção da discussão sobre SAN e DHAA neste âmbito de atenção à saúde poderá contribuir para potencializar a construção de práticas que tenham como fundamento a concepção de alimentação e nutrição como fenômenos complexos, irreduzíveis a qualquer uma de suas dimensões, ressaltando assim a responsabilidade de todos os profissionais inseridos nesta estratégia com as questões de alimentação e nutrição presentes nos territórios adscritos.

Assim, as publicações do Ministério da Saúde referentes ao NASF enfatizam a construção de práticas voltadas para um cuidado alimentar e nutricional coerente com o princípio da integralidade. Os documentos propõem novas ferramentas de trabalho em saúde e temas transversais como subsídios para o desenvolvimento de estratégias pelos nutricionistas que superem a histórica atuação centrada em aspectos meramente técnicos, de foco individual,

que tanto contribui para o distanciamento destes profissionais dos aspectos centrais da problemática alimentar e nutricional da população brasileira.

Tendo em vista que a maior parte dos profissionais não é formada nesta perspectiva de trabalho interdisciplinar, a construção de competências necessárias à atuação no NASF requer uma postura proativa destes, comprometida com a construção deste trabalho no cotidiano de suas práticas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Compreender percepções dos nutricionistas atuantes nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Fortaleza acerca de sua inserção na Estratégia Saúde da Família, à luz dos preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS e seus desdobramentos.

3.2 Objetivos específicos

- Explorar percepções do grupo investigado acerca da ESF e do NASF, bem como das interfaces entre estas propostas;

- Identificar, na perspectiva dos profissionais, questões alimentares e nutricionais presentes no contexto de sua atuação;

- Descrever atividades realizadas pelos nutricionistas na ESF, a partir do relato do grupo investigado;

- Identificar desafios e potencialidades que se apresentam à construção da prática cotidiana do nutricionista na ESF tal como percebidos por esses profissionais.

4 METODOLOGIA

A natureza do objeto de estudo intencionado por esta pesquisa demanda uma investigação orientada pela abordagem qualitativa, a qual se ancora nos pressupostos das Ciências Humanas e Sociais.

A abordagem qualitativa, segundo Mercado-Martinez e Bosi (2007), rompe com a forma positivista de conceber a realidade como única e objetivável, sendo esta apreendida a partir de uma perspectiva que, pretensamente, neutraliza a subjetividade do investigador. Contrariamente a esta concepção, um dos pressupostos do enfoque qualitativo consiste na assunção da existência de múltiplas realidades, resultantes do modo como os indivíduos experimentam, percebem e interpretam o mundo. Ademais, a ideia de neutralidade da ciência é substituída pelo reconhecimento da subjetividade do pesquisador na construção do conhecimento.

Minayo (2010) pondera que o conhecimento é sempre aproximado e situado historicamente, não sendo possível a nenhuma teoria ou pensamento apreender a totalidade da realidade, sendo esta muito mais complexa do que qualquer tentativa de aproximação. Neste percurso, a investigação qualitativa assume a existência de uma identidade entre pesquisador e sujeito do estudo, uma interdependência entre sujeito e objeto que perpassa todo o processo de construção da pesquisa.

Ainda segundo a autora, este tipo de abordagem é indicado quando se busca estudar histórias, percepções, opiniões derivadas das interpretações que os humanos fazem acerca dos seus modos de viver, sentir e pensar o mundo. Contudo, Mercado-Martinez e Bosi (2007) afirmam que, os estudos qualitativos, além de terem seus interesses voltados às experiências e processos de significação dos indivíduos e coletividades, estão também interessados na materialidade a que se vincula a produção subjetiva. Porém, assinalam que a finalidade da investigação qualitativa não consiste em quantificar, verificar ou explicar, mas em compreender a realidade.

Mannhein (1968 *apud* MINAYO, 2010, p.59) assinala que só é possível caracterizar uma situação humana quando se leva em consideração “as concepções que os participantes têm dela, a maneira como experimentam suas tensões nesta situação e como reagem a essas tensões”. Portanto, caracterizar a inserção dos nutricionistas no NASF requer necessariamente explorar a interpretação que eles fazem da situação vivida, evidenciando assim os sentidos que subjazem às suas ações e percepções.

A partir desta exploração, o exercício interpretativo a ser realizado em uma pesquisa qualitativa deve ser feito através de uma “construção negociada de sentido dado pelo autor e pelo intérprete”. Neste exercício, há uma necessidade fundamental do “labor criativo do pesquisador” para conectar situações concretas, falas e práticas a certa perspectiva explicativa (DESLANDES; GOMES, 2007, p.109).

Assim, um dos desafios que se coloca para o investigador que adere à postura qualitativa está no manejo de teorias e instrumentos capazes de municiá-lo “[...] na aproximação e na construção da realidade [...]”, ao mesmo tempo em que possibilite manter “[...] a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos” (MINAYO, 2010, p.42).

Diante do exposto, busquei utilizar como caminho de possibilidade de construção teórico-metodológica fundamentos epistemológicos da fenomenologia e hermenêutica.

O estudo empreendido aqui, portanto, intentou ser fundamentado na vertente crítico-interpretativa. Neste contexto, o termo crítico refere-se ao entendimento de que a produção subjetiva não acontece descolada do contexto material no qual se insere, exigindo, portanto, que o pesquisador submeta a própria construção do conhecimento à reflexividade. Deste modo, Bosi (2012) afirma que a reflexividade deve estar presente como “princípio orientador” em todas as etapas da pesquisa qualitativa. A autora assinala que esta deve ser: “entendida como consciência autocrítica em todo o processo da pesquisa, garantindo a integração e operacionalização dialética das distintas etapas, abordando transcrição, tradução ou ‘coleta de dados’, como problemas teóricos” (BOSI, 2012).

Cabe ressaltar ainda que, tendo em vista a escassez de estudos versando sobre a inserção do nutricionista no NASF a partir da perspectiva aqui elegida, o estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória.

4.1 Fenomenologia e hermenêutica

Por ser este estudo o meu primeiro contato com a fenomenologia, utilizarei como embasamento para a discussão autores que fazem uma interpretação do que Edmund Husserl, precursor desta vertente filosófica, considerou os conceitos centrais de sua fenomenologia, principalmente Dartigues (2008), Depraz (2008), Zilles (2007) e Bosi (2009).

A fenomenologia surge, no início do Século XX, como um estudo descritivo dos fenômenos que se oferecem à experiência do sujeito. Segundo Depraz (2008), os traços fundamentais que caracterizam a fenomenologia de Husserl são: o retorno à experiência do

sujeito e o método de descrição detalhada dos fenômenos. O autor afirma que, através desses traços, ela possibilita um pensar a realidade de forma rigorosa, tendo como base o retorno à própria realidade, às coisas mesmas, ao fenômeno tal qual como se apresenta à consciência.

Um dos conceitos centrais na fenomenologia husserliana é o de intencionalidade, o qual se refere à concepção de consciência no pensamento do autor. Para ele, a consciência é sempre uma “consciência de alguma coisa”, essa está sempre dirigida a um objeto. O objeto é sempre um objeto-para-uma-consciência, não sendo jamais um objeto em si. Assim, consciência e objeto não constituem duas entidades separadas na natureza, e sim se definem respectivamente a partir de uma correlação, sendo inconcebível o rompimento dessa correlação (DARTIGUES, 2008). Tendo em vista o caráter intencional da consciência desenvolvido por Husserl, Bosi (2009) afirma que a abordagem fenomenológica na pesquisa qualitativa possibilita uma radicalidade da presença do sujeito epistêmico no decorrer da construção do trabalho científico.

Dartigues (2008) afirma que a atitude fenomenológica, para Husserl, corresponderia a uma postura na qual a consciência suspenderia sua crença na realidade do mundo, colocando-se ela mesma como condição de aparição desse mundo, doando sentido a ele. Desse modo é que a intencionalidade conduz à redução fenomenológica, a epoché. A epoché coloca entre parênteses a realidade tal como é percebida pelo senso comum, toda verdade percebida a priori. A *epoché* instala uma atitude de questionamento que tem como objetivo o desvelamento do sentido original do fenômeno, renunciando a uma maneira ingênua de considerar o mundo (DEPRAZ, 2008). Fenômeno colocado aqui como tudo aquilo que se apresenta à consciência (ZILLES, 2007).

Dartigues (2008, p.26) contribui com uma metáfora que pode ilustrar a tarefa da fenomenologia:

Trata-se de distender [...] o tecido da consciência e do mundo para fazer aparecer os seus fios, que são de uma extraordinária complexidade e de uma arânea fineza. Tão finos que não apareceriam na atitude natural, a qual se contentava em conceber a consciência como contida no mundo [...].

Corroborando a metáfora do autor, Zilles (2007) afirma que a fenomenologia é uma descrição da estrutura específica do fenômeno, desvelando a essência da correlação entre consciência-objeto. O autor destaca que Husserl, buscando uma evidência que implicasse numa ausência completa de dúvidas, exercita a epoché em graus sucessivamente mais elevados.

Carvalho (2006), desenvolvendo uma reflexão sobre a fenomenologia, assinala que só torna-se possível desvelar a essência dos fenômenos através da análise descritiva das essências da consciência e dos seus atos, a qual possibilita a investigação em profundidade do sentido atribuído ao fenômeno investigado pelos informantes.

Deste modo, considero que os conceitos presentes na fenomenologia constituem-se elementos importantes para a adoção de uma postura permanentemente crítica de meus próprios pressupostos em relação a esta pesquisa, uma vez que o objeto a que ela se refere tem íntima relação com experiências vivenciadas anteriormente por mim. A investigação em profundidade do sentido atribuído ao fenômeno em estudo pelos informantes, possibilitada pela fenomenologia, é coerente com esta pesquisa, uma vez que trata de acessar produções subjetivas de nutricionistas acerca de sua inserção em determinado lócus da área da saúde.

A hermenêutica representa o fundamento epistemológico da análise das informações da presente pesquisa. Para a breve discussão empreendida aqui, tendo em vista este estudo representar minha primeira aproximação com a hermenêutica, referencio Minayo (2010), Ayres (2005), Gadamer (2011), entre outros.

Minayo (2010) cita Gadamer (1999) para afirmar que a hermenêutica busca a compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo a linguagem como núcleo central. Ainda segunda a autora, essa perspectiva trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, dentro de alguns pressupostos: o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, sendo histórica e socialmente condicionada; e, por isso, faz-se necessário compreender também seu contexto e sua cultura.

O interesse da hermenêutica de Gadamer não corresponde a uma busca por uma verdade objetivada, e sim à desocultação, à revelação dos sentidos através da linguagem. O autor entende que a linguagem possibilita uma síntese entre o horizonte do passado e do presente. Portanto, afirma que a linguagem possui sua própria historicidade, sendo assim, a verdade como desocultação possui também sua própria historicidade e temporalidade. O autor defende a idéia de que o momento histórico em que vivemos continua sendo atuante em toda compreensão, “compreender é um processo histórico-efetual, e se poderia demonstrar que é na linguagem própria a toda compreensão que o acontecimento hermenêutico traça seu caminho” (GADAMER, 2011, p.81).

Todavia, a compreensão, segundo Gadamer (1999), implica fundir horizontes. A fusão de horizonte do intérprete com o horizonte daquele que é interpretado, bem como a relação do horizonte próprio do intérprete com o outro horizonte possibilita o nascimento de

um novo horizonte. Assim, há o entendimento de que a verdade do texto não está somente na opinião do autor, nem apenas nas concepções prévias do leitor, mas na fusão de horizontes de ambos. Deste modo, o intérprete não pode impor ao texto sua pré-compreensão, devendo sempre confrontá-la com as possibilidades do contexto (RIBEIRO; BRAGA, 2008).

Tendo em vista esta noção de fusão de horizontes, Gadamer (2011, p.78) afirma que “compreender significa primeiramente entender-se na coisa e, só em segundo lugar, apartar e compreender a opinião do outro como tal”. O autor diz que as opiniões prévias acerca do texto são o ponto de partida da hermenêutica, entretanto, o intérprete não deve entregar-se à sua pré-compreensão cegamente, sob o risco de não abrir-se a ouvir a opinião do texto. “[...] uma consciência formada hermeneuticamente deve ser de antemão receptiva a alteridade do texto”, portanto, pressupõe “[...] tomar consciência das próprias opiniões prévias e preconceitos e realizar a compreensão guiada pela consciência histórica” (GADAMER, 2011, p.76-77).

Nesta perspectiva, a experiência é um dos fundamentos da hermenêutica. A experimentação em contato com novos espaços de compreensão vai desdobrando o sentido das coisas, num processo infinito de alargar os horizontes, construindo e reconstruindo o sentido de estar no mundo. Isto se constitui no chamado círculo hermenêutico de Gadamer, no qual o horizonte do intérprete envolve pré-conceitos e esses se defrontam continuamente com novas possibilidades no contexto. A partir disso, os pré-conceitos retornam ao intérprete já modificado (NUNES; PELIZZOLI, 2011).

Minayo (2010), numa tentativa de sintetizar o pensamento de Gadamer acerca da compreensão, afirma que compreender implica a possibilidade de interpretar, estabelecer relações e extrair conclusões. Porém, este compreender acaba sendo sempre um compreender-se, pois apresenta uma finitude. Esta finitude inerente ao compreender se dá pelas limitações da consciência histórica do investigador. Portanto, a leitura que ele fará será sempre a possível, tendo em vista que se dará sob o olhar do presente, e guiar-se-á por interesses, pressupostos e questões. A autora diz ainda que a intersubjetividade é proposta pela hermenêutica como o chão da ação humana e do processo científico.

Carvalho (2006) contribui, a partir de um diálogo que estabelece com a hermenêutica gadameriana, afirmando que a tarefa da hermenêutica consiste em compreender o sentido, ou sentidos, do texto a partir da realidade em que este foi produzido. Desse modo, Gadamer (2011) destaca que a essência do pesquisador consiste na capacidade de estabelecer rupturas que possibilita ver novas perguntas e novas respostas.

Neste sentido, o texto referido acima corresponde, na presente pesquisa, aos discursos dos participantes, aos textos construídos a partir das falas dos sujeitos da pesquisa. A partir dos quais, eu, intérprete-pesquisadora, irei, num exercício interpretativo, realizar a construção negociada de sentido, da qual Deslandes e Gomes (2007) discorrem.

Ciente de que minha pré-compreensão do mundo, em particular aquela envolvida na minha relação com o objeto desse trabalho, bem como de que os pressupostos trazidos pela literatura são ponto de partida para o exercício hermenêutico, não se trata mais de uma tentativa de anulá-los, mas sim de pô-los em suspenso. Para que deste modo, eu possa entrar em contato com a alteridade dos discursos dos informantes, no caso os nutricionistas, e através desta fusão de horizontes, ambicionar a compreensão a que me proponho no objetivo dessa pesquisa.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em Fortaleza, capital do Estado do Ceará. O município está localizado às margens do Oceano Atlântico e pertence à Região Metropolitana de Fortaleza. Sua extensão territorial é de 315 km², nos quais habitam aproximadamente 2.315.116 pessoas. A cidade constitui, junto com outras treze cidades, a Mesorregião Metropolitana de Fortaleza, uma das mais populosas do Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010).

A capital é dividida em seis Regiões Administrativas que recebem o nome de Secretarias Executivas Regionais (SER), sendo as SER V e VI as mais populosas. Cada SER possui um Distrito de Saúde que, por sua vez, possui uma Coordenação de Atenção Básica à Saúde. A Atenção Básica à Saúde no município é estruturada a partir da Estratégia Saúde da Família e Estratégia Agentes Comunitários de Saúde.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do município, atualmente há duzentas e sessenta equipes de saúde da família atuando em noventa e uma unidades básicas de saúde (UBS), as quais estão distribuídas nos territórios das seis Secretarias Executivas Regionais.

Nesse cenário, estão distribuídos vinte e nove Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF em todas as SER. O cenário desta pesquisa corresponde às UBS nos quais haja a inserção do profissional nutricionista a partir da implementação do NASF no município.

A implantação do NASF em Fortaleza aconteceu a partir de julho de 2009. O NASF é formado por uma equipe multidisciplinar que tem responsabilidade sanitária pelos territórios adscritos de oito a quinze equipes de saúde da família. Assim, o número de UBS nos quais o nutricionista atua varia conforme a distribuição das equipes de saúde da família nestas.

Atualmente, o número de profissionais da categoria de nutrição inseridos a partir da proposta do NASF no município é dez. Na maioria das Secretarias Executivas Regionais (SER II, III, V e VI) atuam dois nutricionistas, apenas duas SER (I e IV) contam somente com um profissional de nutrição inserido através do NASF. O quadro a seguir retrata a distribuição destes profissionais nas Regionais de Fortaleza.

Quadro 1 - Distribuição dos nutricionistas atuantes no NASF nas SER do município de Fortaleza – Ceará – 2012.

SER	Nº UBS	Nº ESF	Nº NASF	Profissionais Nutricionistas
I	12	38	04	01
II	11	28	03	02
II	16	39	05	02
IV	12	30	03	01
V	20	61	07	02
VI	20	64	07	02
TOTAL	91	260	29	10

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2012).

4.3 Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo correspondem ao universo total dos nutricionistas inseridos na ESF de Fortaleza através da proposta NASF, esse é o bem delimitado critério de inclusão na presente pesquisa. Portanto, sendo a totalidade dos sujeitos passível de ser contemplada durante a construção das informações, não se apresentou no estudo a problemática metodológica da delimitação da amostra em pesquisa qualitativa.

Os dez nutricionistas inseridos no NASF do município aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), equivalendo à totalidade dos profissionais previamente estipulada. Visando garantir o anonimato, os entrevistados foram identificados com o termo ‘Entrevista’ seguido de um

número, o qual corresponde à disposição destes no quadro referente à caracterização dos participantes do estudo exposto a seguir.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes do estudo.

ENTREVISTADOS	SEXO	ESTADO CIVIL	IDA-DE	ESCOLARIDADE	TEMPO DE ATUAÇÃO - NASF FORTALEZA	INSTITUIÇÃO E TEMPO DE GRADUAÇÃO
ENTREVISTADA 1	F	SOLTEIRA	35	ESPECIALISTA EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA	11 MESES	UECE – 14 ANOS
ENTREVISTADA 2	M	CASADA	38	ESPECIALIZAND A EM SAÚDE DA FAMÍLIA E GESTÃO EM SAÚDE.	30 MESES	UECE – 10 anos
ENTREVISTADA 3	F	CASADA	38	ESPECIALISTA NUTRIÇÃO E ESPORTE	13 MESES	UECE – 16 ANOS
ENTREVISTADA 4	F	SOLTEIRA	28	ESPECIALISTA EM NUTRIÇÃO CLÍNICA	16 MESES	UECE – 4 anos
ENTREVISTADA 5	F	CASADA	37	ESPECIALISTA EM GESTÃO DA QUALIDADE DE A E N; NUTRIÇÃO CLÍNICA.	15 MESES	UECE – 12 anos
ENTREVISTADA 6	F	SOLTEIRA	57	ESPECIALIZAND A EM SAN.	31 MESES	UECE – 31 ANOS
ENTREVISTADA 7	F	CASADA	45	GRADUADA EM ADMINISTRAÇÃ O ESPECIALISTA EM NUTRIÇÃO CLÍNICA.	30 MESES	UECE – 4 anos
ENTREVISTADA 8	F	SOLTEIRA	25	ESPECIALISTA EM NUTRIÇÃO CLÍNICA	18 MESES	UECE – 1 ano e 7 meses
ENTREVISTADA 9	F	SOLTEIRA	27	ESPECIALIZAND A EM SAN	30 MESES	UNIFOR – 2 anos e meio
ENTREVISTADA 10	F	CASADA	32	ESPECIALISTA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	10 MESES	UECE – 11 anos

Fonte: elaborada pela autora.

Apenas um dos dez nutricionistas era do sexo masculino, achado que vai de encontro a, extensamente documentada na literatura (BOSI, 1996; PRADO, 1993; VASCONCELOS, 2011), maior concentração de mulheres entre aqueles que escolhem a profissão. A predominância do sexo feminino na categoria está relacionada a marcas

históricas do seu desenvolvimento no Brasil, uma vez que os cursos pioneiros já estimulavam a investidura de mulheres na profissão (BOSI, 1996). Recentemente, em um estudo sobre o perfil dos nutricionistas brasileiros, Vasconcelos e Calado (2011) encontraram que 96,5% dos profissionais da categoria eram do sexo feminino.

Quanto ao estado civil, metade dos entrevistados era solteira e a outra metade declarou-se casada. Esse dado remete a contextos de vida diversos entre estes profissionais, o que, em alguns casos, refletem motivações distintas para o ingresso no trabalho na ESF, conforme pôde ser depreendido durante a análise das informações.

Os entrevistados tinham idade entre 25 e 57 anos, sendo a média de idade de 36 anos. A maioria era natural de Fortaleza e havia se graduado na Universidade Estadual do Ceará, apenas uma era procedente da Universidade de Fortaleza. Em relação ao tempo decorrido após conclusão da graduação, o grupo mostrou-se bastante heterogêneo, variando entre dezenove meses a 31 anos, com média de 10 anos de formados. Todos eles eram especialistas ou estavam cursando alguma especialização, duas dos quais frequentavam uma especialização em segurança alimentar e nutricional e outro em saúde da família. Estas últimas ressaltadas por serem pós-graduações mais afins ao contexto de inserção dos profissionais na ESF.

Quanto ao tempo de atuação no NASF de Fortaleza, o informante que estava a menos tempo inserido na ABS do município atuava há 10 meses e o que estava há mais tempo a 31 meses, sendo o tempo médio de atuação destes profissionais de 20 meses. Cinco entrevistadas relatavam possuir outra fonte de renda, além do trabalho no NASF, sendo estas: atendimento clínico em consultório, consultoria em serviços de alimentação e nutrição, plantões diários em hospitais ou consultoria na indústria alimentícia de produtos naturais.

A maioria dos entrevistados havia tido experiências anteriores nas áreas de alimentação coletiva e nutrição clínica, com predominância da primeira em termos de quantidade de profissionais e tempo de atuação. Apenas duas profissionais iniciaram sua trajetória profissional já no NASF de Fortaleza.

Os profissionais relataram que estão inseridos em NASF que dão apoio a duas até cinco unidades de saúde, a depender do número de equipes que estas comportam. Cada NASF fica responsável, em média, por oito equipes de saúde da família completas, mas os nutricionistas ponderaram que, na prática, oferecem apoio a todas as equipes, independente de estas serem classificadas como equipes de SF ou de Estratégia Agentes Comunitários de Saúde.

Vale ressaltar que os nutricionistas do estudo correspondem à primeira turma de profissionais inseridos no NASF do município, sendo, portanto, vanguardistas na construção do fazer do profissional nesta proposta em Fortaleza.

4.4 Construção e processamento das informações

4.4.1 Fase exploratória e trabalho de campo

Na fase de exploração de campo (MINAYO, 2010), a partir de discussão em estudo tutorial, por sugestão da orientadora, realizei o pré-teste com duas nutricionistas que atuam no NASF do município de Sobral. Esse município foi previamente cogitado por mim para ser o cenário do presente estudo, mas a exploração de campo evidenciou uma grande rotatividade de profissionais nutricionistas no NASF daquela cidade. Acreditando que essa alta rotatividade dos profissionais prejudicaria a realização de uma entrevista mais aprofundada, ou mesmo traria maiores dificuldades à consecução dos objetivos do estudo, devido ao pouco tempo de inserção desse profissional, refiz o cenário da pesquisa e optei pela realização no município de Fortaleza, no qual a inserção da maioria dos profissionais deu-se desde 2009.

O pré-teste foi realizado a partir do prévio consentimento das nutricionistas, para as quais o objetivo do estudo foi explicitado. Na ocasião, pude experimentar-me como pesquisadora a partir da realização da entrevista, bem como avaliar a linguagem do meu instrumento, examinando se esse estava conseguindo dar conta do meu objeto de investigação. Esse momento possibilitou-me perceber alguns pontos da fala das entrevistadas que precisariam ter sido aprofundados na ocasião da entrevista, a partir da minha facilitação com a introdução de outras perguntas, o que permitiu um olhar mais atento nas entrevistas subsequentes com os participantes do estudo.

Após a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, e a partir do consentimento deste Comitê e da Secretaria Municipal de Saúde, percorri as seis Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza com o intuito de obter autorização de cada Chefe de Distrito para entrar em campo, bem como conseguir o contato telefônico dos nutricionistas que iriam ser entrevistados por mim.

Agendei por telefone a entrevista diretamente com o profissional de nutrição de cada NASF. Essa foi realizada em uma das unidades básicas de saúde nas quais o profissional atua, sendo escolhida pelo nutricionista em questão. Na ocasião das visitas de campo

direcionava-me previamente à coordenação da UBS, apresentando o ofício de cada SER, cumprindo uma exigência da SMS, e só após dirigia-me ao entrevistado.

As entrevistas foram realizadas no período de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012, e tiveram tempo médio de duração de uma hora. Foram realizadas dez entrevistas, resultando em um material denso e complexo.

Acompanhei cada profissional por todo o turno escolhido por ele para a realização da entrevista, com o intuito de realizar a observação livre no cenário de prática. Ademais, revisitei cada nutricionista uma vez mais, no intuito de vivenciar outros momentos de atuação dos profissionais.

Nesse ponto, cabe uma observação acerca da triangulação metodológica como estratégia complementar do trabalho de campo, conforme colocada por Mercado-Matínez e Bosi (2007). Os autores assinalam que a triangulação intenta a obtenção de resultados mais rigorosos do que aqueles obtidos por meio de uma única via de construção das informações, mediante o uso de diversas estratégias, métodos e procedimentos.

Ciente da importância da utilização da triangulação metodológica na minha pesquisa, porém, atenta ao complexo cenário resultante do modo de inserção da categoria de nutrição a partir do NASF, e ainda do tempo disponível para a construção e processamento das informações, escolhi como instrumento principal para a obtenção das informações a entrevista. Entretanto, apoiei a construção das informações com anotações registradas em diário de campo, a partir de observações livres realizadas.

A observação livre, conforme entendida por Bosi (2010), não estabelece previamente um roteiro, não é realizada com base em uma sistematização prévia. Nela, o pesquisador fica livre para observar dimensões surgidas durante sua inserção no campo, que interessam ao fenômeno estudado. A observação livre foi utilizada para a produção de informações a partir dos registros do diário de campo da pesquisadora, intencionando também captar detalhes da linguagem não verbal.

Com o intuito de acessar a produção subjetiva dos nutricionistas acerca de sua inserção na ESF, utilizei a entrevista em profundidade, elegendo, na medida do possível, o procedimento não diretivo. A entrevista não diretiva, segundo Mercado-Martínez e Bosi (2007), intenta a construção de diálogos com o entrevistado, nos quais este se sinta instigado a discorrer sobre o objeto de estudo a partir de sua lógica própria, sem ter sua fala restringida a ideias e referenciais preconcebidos, possibilitando assim um aprofundamento do discurso. Porém, tais autores assinalam que este tipo de entrevista não exclui a possibilidade de o

investigador interferir com alguma questão que julgue necessária, seja para aprofundar algum ponto da fala, seja para inserir algum tema que avalie crucial para o objeto de estudo.

Na abordagem dos participantes da pesquisa, elucidei quaisquer dúvidas a respeito dos objetivos do estudo, assim como dos métodos utilizados para a obtenção de informações. Enfatizei, também, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que estes poderiam aceitar ou recusar participar do estudo. Caso a aceitação fosse declarada, o participante deveria firmá-la por escrito através do documento citado acima. Esclareci que, a desistência da participação na pesquisa a qualquer momento, era um direito do participante, sem que isso lhe trouxesse constrangimentos, prejuízos ou danos. Solicitei ainda a autorização para gravação da entrevista.

No primeiro momento da entrevista, intencionei a construção de um ambiente favorável ao diálogo, e a obtenção de algumas informações dos participantes acerca de sua trajetória profissional, formação e dados gerais de identificação. Em seguida, introduzi uma pergunta condutora (APÊNDICE B) versando sobre as experiências destes profissionais enquanto nutricionistas do Nasf. À medida que a entrevista foi se desenrolando, avaliei a necessidade da minha intervenção objetivando o aprofundamento de alguma questão, ou mesmo introduzindo algum ponto que julguei imprescindível ao meu estudo.

4.4.2 Processamento e categorização das informações

As entrevistas foram transcritas na íntegra e a partir de leituras sucessivas, as informações foram classificadas em temas, dimensões e categorias empíricas a partir dos quais procedi às interpretações fundamentadas na perspectiva teórica antes discutida.

Em um primeiro momento o conjunto de informações construído na imersão do campo foi organizado. As transcrições, realizadas por mim mesma permitiram já uma primeira aproximação com o contexto dos discursos. Em seguida, imprimi as entrevistas e organizei o material advindo das observações do diário de campo. Com o material empírico organizado, realizei leituras repetidas e exaustivas a fim de impregnar-me com as informações que delineariam os resultados. Nesse processo, as categorias empíricas foram emergindo das falas dos sujeitos, sendo previamente desdobradas em subdimensões que conformariam posteriormente as temáticas principais do estudo.

A seguir, realizei leituras mais demoradas em cada uma das entrevistas a fim de identificar as recorrências e singularidades presentes nas falas. Durante esta leitura, os trechos ilustrativos das categorias foram sendo recortados e agrupados em temas, dimensões e

subdimensões, os quais posteriormente foram revisados e classificados por temáticas mais relevantes que configuraram a rede interpretativa do presente estudo.

O terceiro momento, embora seja válido ressaltar que as fases relatadas aqui não são consideradas etapas estanques, consistiu na análise das informações e escrita dos resultados e discussões, a fim de desvelar os sentidos em torno do fenômeno recortado no estudo. Durante a construção desta parte do texto, busquei conectar as informações obtidas no campo a perspectivas teóricas previamente discutidas no Estado da Arte, bem como buscar discussões na literatura que pudessem contribuir no exercício interpretativo ambicionado por mim, anteriormente discutido neste capítulo.

A categorização do material empírico conduziu a três eixos centrais constitutivos da rede interpretativa do estudo, a saber: 1) Inserção na ESF; 2) Percepções acerca do contexto; 3) O Nutricionista na ESF. Os três grandes temas desdobraram-se em dimensões que podem ser observadas no quadro abaixo, as quais, por seu turno, se prolongam em subdimensões, ainda que as mesmas não tenham sido sistematizadas no quadro a seguir.

Quadro 3 – Rede Interpretativa do estudo.

REDE INTERPRETATIVA			
Temas	Inserção na ESF	Percepções acerca do contexto	O Nutricionista na ESF
Dimensões	O processo seletivo	O Sistema Único de Saúde	Questões alimentares e nutricionais
	Motivações para inserção	A ESF no contexto do SUS	O lugar do nutricionista na ESF
	Atividades realizadas	NASF e ESF: interfaces percebidas	

Fonte: elaborada pela autora

4.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi cadastrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa – SISNEP e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - UFC, sendo aprovado através de Protocolo número 272/11 (ANEXO A).

As exigências formais contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitadas. Os quatro referenciais básicos da bioética de que trata esta resolução foram incorporados ao contexto desta pesquisa, a saber: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

A autonomia dos participantes foi contemplada através do esclarecimento da participação voluntária na pesquisa e do direito à desistência a qualquer momento, bem como à abstenção de alguma resposta, quando assim conviesse ao profissional entrevistado. A privacidade, a individualidade, bem como as crenças e valores dos entrevistados foram respeitados. O termo de livre consentimento foi utilizado autorizando a participação voluntária, após explicação em linguagem acessível sobre os objetivos da pesquisa.

Considerando os princípios da beneficência e não-maleficência, a obrigação de não causar nenhum dano e maximizar possíveis benefícios foi um compromisso assumido por mim, pesquisadora principal, e pela orientadora do presente estudo. Desse modo, a garantia do anonimato dos participantes na ocasião da publicização dos resultados será assegurada. Tendo em vista a assunção deste compromisso, optei, na parte do texto que discorre sobre os resultados do estudo, utilizar sempre os artigos ‘a’ ou ‘as’ quando me referia aos nutricionistas entrevistados, uma vez que havia entre os sujeitos do estudo apenas um homem, situação que permitiria aos leitores a identificação imediata deste no contexto do estudo.

Por fim, ainda como um aspecto que tangencia a ética na pesquisa, sendo o nutricionista um profissional de referência na coordenação do desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição no âmbito da ESF, e sendo essas ações imprescindíveis à promoção e proteção da saúde no SUS, espero que os resultados desse estudo contribuam para pensar o fortalecimento do desenvolvimento dessas ações e a consequente consolidação dos objetivos do SUS, buscando cumprir os princípios da justiça e beneficência.

Acrescente-se que os resultados serão apresentados aos participantes, resguardando seu anonimato, nos espaços de reuniões da categoria e outros espaços da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Por fim, espero que os resultados deste estudo sirvam de subsídios para a discussão nacional sobre a atuação do nutricionista no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, sobre a própria construção do lugar do NASF na ABS e o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição neste âmbito de atenção à saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Inserção na Estratégia Saúde da Família

Neste primeiro tema discuto elementos presentes nos discursos das nutricionistas que permitem contextualizar a inserção dessas profissionais na ESF de Fortaleza. O tema foi dividido em dimensões que agrupam aspectos significativos emergidos do material empírico, a saber: **processo seletivo; motivações para inserção na ESF e atividades realizadas.**

- O processo seletivo

“[...] se o político quiser, ele me tira amanhã, né?” (Entrevista 10)

O processo de seleção utilizado pela Prefeitura Municipal de Fortaleza para ingresso dos profissionais no NASF possibilita um maior entendimento da conjuntura na qual as nutricionistas entrevistadas estão inseridas. Os profissionais são escolhidos mediante indicação de um representante do poder legislativo municipal, e então, são convocados para assunção do cargo quando da necessidade de inserção da categoria profissional pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Embora este seja um aspecto comum aos profissionais do NASF, conforme observado na fase de exploração de campo e corroborado em conversas informais com estes, apenas uma nutricionista abordou o assunto abertamente durante a entrevista:

O NASF é indicação política, todos são. E aí, um político conhecia o meu marido, perguntou se não queria, se ele conhecia uma nutricionista, ele disse: a minha esposa é nutricionista. [...] ele pediu o meu currículo [...]. Passaram-se seis meses, nem imaginava que ia, vinha trabalhar no NASF, ele me chama.
(Entrevista 10)

O silêncio das demais quanto à questão referida poderia ser superficialmente atribuído à indiferença, mas ao contrário, revela-se, possivelmente, como uma insegurança velada, uma submissão às relações de poder estabelecidas por ela. Estas relações são ilustradas na fala da mesma entrevistada, a qual expõe a fragilidade gerada pelo precário vínculo empregatício ao qual estes profissionais estão submetidos:

A única coisa que eu vejo de limitação hoje para nós e, principalmente pra mim como nutricionista, é o fato da gente ser terceirizado. A gente fica numa insegurança muito grande que a gente depende de um político, se o político quiser, ele me tira

amanhã, né? Eu posso estar fazendo um trabalho maravilhoso, mas se eu não atender o que o político espera, ele me tira.
(Entrevista 10)

A iminência de serem demitidos perpassa os discursos dos profissionais do NASF, e, por si só, ousaria dizer, que esta já caracteriza a precarização do seu trabalho. Corroborando assim com Brasil (2007, p. 260), quando afirma que o trabalho precário, dentre outros conceitos, “deriva de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores”. Esta ameaça faz-se presente em outras falas, as quais vão ao encontro da insegurança relatada anteriormente:

“Pena que nós somos terceirizadas, né?”
(Entrevista 6)

“[...] gosto do que faço, não queria sair daqui.”
(Entrevista 3)

Apesar de a definição de precarização do trabalho não ser consenso entre os autores (TAVEIRA, 2010), a concepção das entidades sindicais que defendem os interesses dos trabalhadores do SUS permite considerar a condição desses profissionais como trabalho precário. Segundo estas, a precarização caracteriza-se não apenas pela omissão da garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, mas também pela ausência da realização de concurso ou seleção pública para a contratação de pessoal (BRASIL, 2006c).

A precarização do trabalho, neste caso, comporta traços históricos da forma de fazer política no Brasil, baseada em práticas clientelistas e autoritárias. Desse modo, questões emergem durante a construção dessa escrita, entre elas: o quê significa a forma de contratação de recursos humanos para o NASF para o jogo político municipal? O quê e a quem favorece? Que principal prioridade política encontra-se oculta nessa prática? Questionamentos que fogem ao escopo da pesquisa, mas que devem ser considerados dentro do contexto estudado.

De qualquer forma, a prática é incoerente com o modelo de sociedade defendido pelo ideário do SUS, e, particularmente, com uma de suas diretrizes, o controle social. Esta prevê a participação democrática de diversos segmentos da sociedade na gestão, construção e operacionalização das políticas e programas públicos de saúde, inclusive os trabalhadores. Instituído, portanto, como cogestores diversos atores sociais, e não apenas os representantes do governo, buscando assim estabelecer espaços de negociações em que os interesses coletivos sejam defendidos e respeitados em detrimento dos individuais (DOBASHI, JÚNIOR; SILVA, 2010). Portanto, delegar aos vereadores o estabelecimento de critérios

arbitrários de seleção de pessoal para ocupar os cargos do NASF, caracteriza-se como um desrespeito ao controle social instituído pelo SUS.

No período da realização do trabalho de campo, a iminência da realização de uma seleção pública, requerida pelos órgãos de regulamentação e fiscalização do poder público, pairava no ar. Na ocasião da realização da observação livre em um território, um telefonema sobre a possível seleção pública do NASF, a qual seria realizada em breve, causou agitação entre os profissionais que revelaram estar sentindo-se ameaçados com essa possibilidade. A fala abaixo, proferida em uma entrevista, ilustra a insegurança relatada nos bastidores:

[...]. Mesmo sabendo que amanhã eu posso não estar aqui, mesmo sabendo que essa seleção pode vir ou não, mas um dia ela vem, mesmo sabendo que pode até ser que eu não passe, porque eu não tenho muito tempo pra estudar, né?
(Entrevista 3)

Os excertos utilizados, embora pronunciados por nutricionistas, refletem a condição dos profissionais do NASF de Fortaleza, denunciando a forma como a máquina pública municipal tem lidado com questões fundamentais para o fortalecimento do SUS, uma vez que a construção cotidiana do modelo de atenção à saúde, tensionado pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira, é associada em grande medida aos profissionais de saúde.

Neste sentido, a proposta do NASF prevê a corresponsabilização dos profissionais na produção de saúde dos usuários (BRASIL, 2009a), o que, por sua vez, implica num comprometimento destes com a construção de práticas que respeitem as singularidades dos sujeitos e que potencialize seus sentimentos de segurança para viver a vida. No entanto, como coproduzir saúde em um ambiente insalubre para os profissionais, uma vez que a precarização do trabalho abala essa sensação de segurança no próprio profissional, deflagrando sentimentos de estresse, desassossego e desvalorização? Situação ilustrada nos trechos abaixo:

[...] inclusive a gente ganha até uma insalubridade maior [risos], os médicos aqui, porque, na verdade, a gente compartilha do mesmo espaço, mas a gente não é concursado, a gente não é nada. Então, assim, eles ganham uma insalubridade, a gente não ganha.
(Entrevista 7)

[...] mas eu não mando em nada, eu não sou ninguém, eu estou só aqui pra cumprir minha obrigação e é isso.
(Entrevista 3)

Os sentimentos negativos, associados ao vínculo instável, podem minar o investimento de energia necessário à construção de práticas comprometidas e coerentes com a concretização dos princípios do SUS no cotidiano do trabalho em saúde destes profissionais. Essa reflexão está também presente no estudo de Faria e Dalbello-Araújo (2011), o qual versa

sobre a precarização do trabalho e as consequências na produção do cuidado em saúde pelos profissionais ligados a estratégia. As autoras relatam, a partir de seus achados, que “a assistência à saúde da população fica comprometida devido ao ambiente tenso, marcado pela instabilidade de emprego, insatisfação e adoecimento dos trabalhadores” (2011, p.142).

A despeito dos elementos relatados acima, esta condição não se configura como incomum nos municípios brasileiros. Em virtude disso, o Ministério da Saúde, em 2003, criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, o Desprecariza-SUS, assumindo que a gestão de recursos humanos pode se configurar como um fator limitante para a qualificação dos serviços de saúde (BRASIL, 2006c). Desde então, vem discutindo a desprecarização como objetivo a ser perseguido pelas três esferas da gestão pública. Em 2009, uma publicação deste programa enfatiza que “[...] o concurso público é o único critério claro para o ingresso no serviço público.” Pois, “[...] além de respeitar o ordenamento jurídico vigente, privilegia o princípio do mérito e da competência na construção da administração estatal, reduzindo a possibilidade do serviço público refletir interesses particulares e patrimonialistas.” (BRASIL, 2009e, p.13-14). No entanto, analisando os documentos do Desprecariza-SUS publicados após a criação dos NASF, é relevante à ausência de menção direta aos vínculos empregatícios dos profissionais inseridos nesta proposta.

Nesse movimento de desprecarização do trabalho no SUS, a expansão da ESF nos municípios cearenses tensionou a realização de concurso público estadual, ao qual Fortaleza aderiu. Assim, médicos, dentistas e enfermeiros, componentes das equipes de saúde da família⁵ no município, foram selecionados via concurso. Contudo, a fragilidade dos vínculos ao sistema de saúde continua afetando outros atores, entre eles os profissionais do NASF. Entretanto, é oportuno pontuar a recente implantação desta proposta no país, de modo que pouquíssimos municípios brasileiros organizaram-se para contratar estes profissionais via concurso público. Porém, esta situação não desresponsabiliza a gestão municipal a agir com transparência e democraticamente no processo seletivo.

A precarização e as práticas não democráticas adotadas pelos gestores na seleção de recursos humanos, suscitam o enfraquecimento, em nível local, da implementação de programas, políticas e propostas do SUS e contribuem para desqualificar discursos defensores da dimensão humanização na produção do cuidado.

Esta discussão ganha relevo no contexto da ESF, já que um dos pressupostos fundamentais de sua proposta é a construção de vínculos longitudinais entre profissionais e

⁵ Utilizarei a forma abreviada “equipe de SF”, no intuito de facilitar a escrita e tornar a leitura menos cansativa.

usuários. A ESF concebe que a vinculação dos profissionais potencializa a constituição de práticas em saúde centradas na responsabilização de pessoas por pessoas e não de pessoas por procedimentos (BRASIL, 2009a). Assim, a situação vivenciada interfere negativamente no estabelecimento dos vínculos em longo prazo entre os profissionais do NASF e usuários, bem como entre todos os profissionais que compõem a ESF.

Este último aspecto faz-se particularmente relevante, tendo em vista que a construção do processo de trabalho dos profissionais do NASF demanda o desenvolvimento de habilidades de comunicação e compartilhamento de saberes e responsabilidades entre estes e a equipe de SF (BRASIL, 2009a). O que, por sua vez, requer o estabelecimento de relações de confiança, as quais exigem certo tempo de convivência entre estes profissionais para consolidarem-se.

Para uma participante, a possível descontinuidade, da já iniciada construção de vínculos do NASF com os profissionais das equipes de SF, representa uma ameaça à legitimidade da proposta frente a esses profissionais e aos coordenadores dos UBS:

[...] e vai entrar um monte de gente que não sabe o que é, e aí começa tudo de novo. Você criar o vínculo com a equipe, que não é fácil! Parar, eles escutam, saber que tipo de profissionais está naquela [referindo-se à unidade de saúde]. Eu acho que não é o momento, sabe, eu acho que deveria passar o quê? Pelo menos uns três, quatro anos, já saberia o que era, né? Pelo menos por parte das coordenações, por parte das equipes de saúde da família, que ainda tem gente que não sabe o que é. Infelizmente, essa é a realidade, né? E que não aceita, que acha que é besteira e depois disso: “tá implantado? Tá”. Sai todo mundo e aí faz uma [referindo-se a seleção] [...]. (Entrevista 3)

Pode-se depreender da fala acima que o lugar do NASF na ESF não está dado, há um espaço de luta para afirmação da proposta. Neste espaço, crenças, percepções, interesses diversos estão presentes na trama das relações que se estabelecem no cotidiano das UBS, funcionando como facilitadores ou limitantes da sua consolidação. Esta discussão será retomada mais adiante quando enfocarei a dimensão NASF.

- Motivações para inserção

“E assim, eu não tinha paz [...]” (Entrevista 10)

Em consonância com os elementos apresentados no tópico anterior, as motivações alegadas pelas nutricionistas para se inserirem na proposta NASF, em grande parte, associam-se ao acaso ou a uma oportunidade de emprego surgida.

Assim eu não tinha, não era contratada, né, nem era concursada, eu era uma prestadora de serviço. E quando foi na época que apareceu né, a vaga no NASF, que eu nunca tinha pensado. Inclusive era uma área que eu achava que eu não ia, que não ia gostar a saúde pública.

(Entrevista 7)

E aí, um político conhecia o meu marido [...]. E por coincidência, foi uma total coincidência, ele pediu o meu currículo. Foi quando surgiu a oportunidade de vir pra o NASF, né?

(Entrevista 10)

[...] uma colega, né? Eu estava nesse hospital e uma colega me falou do NASF, né? Mas na realidade, eu não, eu queria saber o que era o NASF. E ela disse, pois vá deixar seu currículo, e fui deixar o currículo no endereço [...].

(Entrevista 6)

Poderiam ainda ser expostos outros depoimentos relatando a mesma situação. Assim, é possível supor que o NASF, para estes profissionais, apresenta-se como mais uma oportunidade oferecida pelo mercado de trabalho, e não como um campo de atuação aspirado por uma projetual carreira profissional. Esta influência do mercado de trabalho como um determinante importante na construção da trajetória profissional dos nutricionistas pode ser depreendida na fala abaixo, a qual deixa latente a ausência de um projeto profissional:

[...] a minha carreira foi me levando para a área da produção, como a maioria dos nutricionistas, porque é onde tem o maior campo de trabalho.

(Entrevista 1)

A interpretação construída até aqui poderia ser tomada, grosso modo, como única possibilidade dentro do tópico. Porém, um olhar mais atento aos discursos, permite perceber que estas alegações relacionam-se ao motivo mais imediato atribuído pelos profissionais. Passagens de suas vidas, e, em especial, aspectos relacionados aos percursos profissionais apresentam-se interligados à dimensão abordada nesta parte do texto, revelando a intricada relação que se estabelece e conduz às escolhas humanas.

Embora não recorrente, uma fala me chamou a atenção:

E aí, eu engravidei, casei, engravidei e eu resolvi, pensando eu que quando voltasse da gravidez eu iria continuar meu pique de sempre, mas filho muda tudo, aí eu disse não, eu quero uma coisa mais tranquila. Foi quando surgiu a oportunidade de vir pra o NASF.

(Entrevista 10).

A ideia de tranquilidade associada ao trabalho no NASF revela uma expectativa de que trabalhar no serviço público, ou mesmo no sistema de saúde, é menos laborioso, já que anteriormente a profissional encontrava-se inserida na iniciativa privada. Entendimento este que, a meu ver, não condiz com a proposta do NASF. Estar inserido em um projeto que exige, de quem o constrói, o constante repensar de suas ações, a resignificação de seus saberes em

prol da construção de práticas mais coerentes com os princípios e valores que o fundamentam, o desenvolvimento de técnicas que extrapolem a dimensão disciplinar em favor da promoção de uma concepção ampliada de saúde, enfim, o questionar perene de si mesmo enquanto profissional, passa ao largo do que considero tranquilidade, vista a partir desta perspectiva de menor labor.

Porém, o conjunto da entrevista iria revelar a que tranquilidade a profissional se referia:

[...] eu trabalhei em muitas empresas de refeição coletiva. Já cheguei a coordenar 10 mil refeições até. [...] Eu via que esse campo me dava dor de cabeça demais [...] E assim, eu não tinha paz [...] a estrutura era muito ruim das empresas, as empresas queriam ganhar muito dinheiro e queriam investir pouco. Então, assim, a gente tinha muito trabalho com funcionário. Ligavam de madrugada: “doutora o leite não chegou”, você não tinha tranquilidade. Você saía do trabalho, mas o trabalho ia junto com você. E isso me gerava uma angústia muito grande, né.
(Entrevista 10)

A categoria empírica emergida da fala acima, diferentemente da ideia anterior, aparece com frequência entre os discursos dos entrevistados. A frustração com outras áreas da nutrição, em particular alimentação coletiva, é um elemento que conduziu os profissionais no seu percurso até a ESF. Os trechos abaixo são bem representativos da questão:

[...] o profissional nutricionista está muito dentro da fogueira [...] Está muito dentro desse, eu costumo dizer que está dentro da panela, vamos ser cozinhado, assado e queimado, né? Porque tudo você responde e nem tudo está ao seu alcance para você fazer. E aí, fica difícil. Então, eu, dos dois eu pedi demissão, não me arrependo, tirei foi um peso muito grande. Se hoje, se só tivesse na área de nutrição produção, eu ia trabalhar em outro ramo, não ia trabalhar em produção e não vou.
(Entrevista 5)

Eu acho que a nutricionista é, ela é bombeira, ela é Bombril, ela é tudo, porque a gente tem que apagar incêndio, a gente tem que, até servir de investigadora particular eu servi. Porque recebia denúncia que estava roubando merenda dos cantos [...]. Quando tinha assalto, eu tinha que ir pra ver o que tinham levado, eu tinha que fazer um relatório, encaminhar pra secretaria. Então assim, nutricionista da merenda escolar sofre muito. É um canto também que eu não quero mais voltar.
(Entrevista 3)

Faço o possível para que as coisas funcionem do jeito que tem que ser, mas infelizmente quando a gente depende de outras pessoas e de outras instâncias mais altas, aí a gente fica de pés e mãos atadas e você se sente muito, como é que eu digo, é inútil. A gente sente que não serviu pra nada eu estar ali, podia ser qualquer outro profissional, porque você não consegue, é muito desgaste, sabe? É muita preocupação [...]
(Entrevista 3)

Ausência de autonomia, monotonia das ações realizadas, não realização profissional, trabalho desgastante e sofrimento são os motivos mais frequentemente associados à desistência do trabalho em outras áreas da nutrição. Aspectos apontados

anteriormente por Prado (1993) e Bosi (1996), em seus estudos com nutricionistas, os quais entusiasmaram a inserção do nutricionista no campo da saúde pública como uma fuga às demais áreas da nutrição.

Apesar de a área da alimentação coletiva ser a mais citada, entre as profissionais, como uma área traumática, a qual está associada a palavras como desgaste, angústia, frustração, castigo, desestímulo, desgosto e peso; o ser nutricionista contém em si uma carga de dificuldade característica, a qual extrapola este âmbito de prática e aparece como um aspecto da categoria. Uma entrevistada refere-se ao profissional como “lutricionista”:

Eu tenho uma amiga que diz que a gente é lutricionista, a gente luta muito. É, a gente é lutricionista, né? Porque realmente é na luta, sabe! Eu acho que a potencialidade maior da gente é a boa vontade de que a coisa mude, sabe? De que a coisa aconteça. De que a gente planta uma coisinha aqui e, lá na frente, a gente vai colher. Vai demorar um pouco, mas a gente consegue colher, né? E eu acho que é. Na verdade é a boa vontade de muitos nutricionistas, outros eu acho que são mais pacatos, se acomodam mais por pouca coisa. [...] Mas ela sempre disse, a nutricionista, na verdade ela é uma lutricionista.

(Entrevista 3)

Este depoimento, além de refletir particularidades e condições adversas apresentadas a estas profissionais no cotidiano de seus processos de trabalho, remete a dimensões encontradas por Bosi (1996) no seu estudo sobre o processo de profissionalização e a dimensão do conhecimento no interior da corporação da nutrição. Apesar de realizado há quase duas décadas, considero que esta investigação ainda permanece bastante atual, em questões essenciais à consolidação desta profissão. Segundo os elementos presentes na discussão da autora, pode-se relacionar a luta referida acima a uma luta advinda da incipiente definição da identidade profissional do nutricionista e da delimitação de seu objeto de trabalho e as práticas correspondentes, ancorados em uma frágil base cognitiva que não instrumentalizaria suficientemente o profissional “para o exercício de uma prática autônoma e claramente definida”, aspectos que conformariam a nutrição como uma *semiprofissão* (BOSI, 1996, p. 186).

Embasada no referencial teórico da sociologia das profissões, particularmente em Freidson (1978), a autora defende que o caráter *semiprofissional* refere-se a uma profissão que ainda não conquistou autonomia técnica, sendo esta autonomia uma propriedade de ter o monopólio sobre um saber que garanta domínio sobre um determinado exercício na prática. Uma profissão “seria, portanto, qualificada pelo controle sobre a essência do seu próprio trabalho, pela autonomia e independência no desenvolvimento de sua prática [...]” (BOSI, 1996, p.51). Ancorada neste referencial teórico, ela percorre a história da profissão no Brasil,

realiza entrevistas com os nutricionistas das diversas áreas de atuação, bem como reflete sobre a formação profissional no país. Nessa triangulação, conclui:

[...] o nutricionista, a despeito de seu reconhecimento legal como profissão liberal autônoma, é, ainda hoje, uma semiprofissão. Para tanto, a dimensão do conhecimento (base cognitiva) é um determinante fundamental, uma vez que essa base cognitiva não lhe possibilita uma clara identidade profissional, bem como o monopólio e a autonomia técnica no desempenho de certas atividades. Em outras palavras [...] a base cognitiva atual representa, antes, um obstáculo do que um elemento facilitador da profissionalização da categoria. (BOSI, 1996, p.179).

Avaliar o avanço conquistado pela categoria desde a época de realização do referido estudo até os dias atuais, foge a nossa proposta, porém, as discussões da pesquisadora alargam o sentido do depoimento anterior. Ademais, as ponderações trazidas, acredito ainda não capilarizadas entre a categoria, impulsionam o profissional à reflexão sobre o âmago da constituição de sua profissão. Dessa forma, descentralizando de si a tarefa de carregar sozinho os percalços decorrentes da condição de ser nutricionista, de culpabilizar-se por questões, por vezes, distas de sua governabilidade. Assim, tomando consciência de si como categoria enquanto construção histórica, social e ideológica, poderia canalizar sua luta também para dimensões essenciais na consolidação da nutrição como profissão.

Retomando os aspectos motivacionais discutidos neste tópico, a inserção na ESF revela-se também como uma concretização de um desejo anterior de alguns nutricionistas de atuar na área de saúde pública, o qual se encontrava latente e que, com a oportunidade oferecida, pôde enfim se materializar.

Olha, desde que eu me formei, eu sempre gostei muito dessa área de saúde pública, mas eu nunca tinha tido oportunidade de realmente entrar nessa área de saúde pública.

(Entrevista 1)

O que me fez vir pro NASF foi porque eu sempre tive vontade de trabalhar com saúde pública, né? Porque saúde pública não existe meio termo, ou ama-se ou odeia-se.

(Entrevista 3)

Lá [referindo-se a faculdade], a gente teve uma disciplina né, de Saúde Pública e lá ela explicou. [...] E aí, eu já me identifiquei, porque eu queria bastante trabalhar com a população mais humilde, eu queria ver, eu queria ter outra visão, não é aquela visão só do consultório que você atende pessoas que tem mais condições. Então, eu já me identifiquei bastante, sendo que no começo eu não tive essa oportunidade. [...] E aí, depois é que eu vi que surgiu a vaga, que eu fui atrás, deixei meu currículo e acabou dando certo.

(Entrevista 8)

De fato, apesar de o nutricionista já ter sido inserido no SUS a partir da atenção hospitalar, e de iniciativas de incorporação na ABS e rede especializada em alguns

municípios, a proposta NASF corresponde à inclusão em larga escala desses profissionais na ABS. Assim, no bojo de estruturação da ABS brasileira por meio da ESF, o nutricionista emerge em nível federal através desta, representando um importante lócus de sua atuação na construção do SUS.

O “gostar da saúde pública” está, em grande parte dos discursos, associado ao anseio de trabalhar em comunidade e aos desafios que este trabalho implica. Contudo, há entre os entrevistados a ideia de que os espaços de trabalho proporcionados pela inserção no NASF possibilitam um aprendizado diferente do habitual, permitindo “uma outra visão” por parte do profissional. Este aprendizado é referido como decorrente tanto do contato com os usuários, com os outros profissionais, como com os problemas enfrentados pela comunidade.

O trecho a seguir ilustra o desejo das nutricionistas em trabalhar com a comunidade e, ao mesmo tempo, traz um elemento inédito nos discursos, que embora possa estar implícito em outras falas, é proferido diretamente pela primeira vez como fator que motivou a vinda para o NASF.

Eu gosto de trabalhar com a população, eu me sinto realizada. Não é uma coisa que eu fique sempre, eu não sei, eu gosto, eu gostaria de continuar. O que me trouxe pro NASF é o trabalho com o SUS. O SUS, ele é um sistema bonito, lindo, maravilhoso que precisa ser concretizado, porque a teoria é muito boa, a gente tem que; eu sempre tive trabalhos sociais na minha infância, na minha adolescência e aí eu estou me identificando com o trabalho no NASF enquanto trabalho social também, não apenas profissional, mas trabalho social.

(Entrevista 2)

A peculiaridade desta fala refere-se à percepção de si própria como autora na construção do SUS, o que motivou a inserção da profissional na ESF. Desta forma, cabe ressaltar que, na abordagem qualitativa, não importam apenas as recorrências, mas também as excepcionalidades, as quais podem, inclusive, em alguns casos, ser mais significativas que as primeiras. Tendo em vista a presente pesquisa ancorar-se neste enfoque, indaguei-me sobre o que levaria a profissional a aludir ao SUS como motivo de se inserir na proposta NASF. Assim, algumas pistas são fornecidas pelo contexto da entrevista, o qual permite identificar características singulares presentes em sua trajetória pessoal que contribuíram para o desenvolvimento deste olhar. Ressalta-se o seu envolvimento com as pastorais e trabalhos sociais desde a infância, bem como sua busca voluntária por capacitação profissional na área, uma vez que frequenta uma especialização em Saúde da Família.

O depoimento da nutricionista ganha relevância dentro do contexto do estudo, devido a particularidade que apresenta. Ao enxergar as contradições inerentes à construção de um sistema no qual estão em jogo diversos interesses, a profissional enxerga-se parte desta

construção. A entrevistada aponta o NASF como um campo de atuação propício ao desenvolvimento de um trabalho embutido de comprometimento social, um lugar de realização profissional. Porém, o discurso comporta outras interpretações acerca dos diversos SUS categorizados por Paim (2008), as quais serão abordadas no tópico O Sistema Único de Saúde.

Assim, não sendo esta motivação explicitamente presente na fala das demais profissionais, cabe aqui indagar: em quê a prática social produzida pelas profissionais de nutrição no interior do NASF está se ancorando? Entendendo que esta prática gera transformações na sociedade, em que direção estariam ocorrendo estas transformações? Reflexões que se fazem importantes já que podem guardar estreita relação com determinações históricas advindas do desenvolvimento da profissão no Brasil.

A discussão remete aos primórdios da categoria no país, a qual nasce intimamente relacionada aos interesses advindos da consolidação da sociedade capitalista. O mercado, como eixo orientador da profissão, acompanha o seu desenvolvimento em terras tupiniquins (ABN, 1991). Exemplo disso pode ser observado na leitura da apresentação do mestrado em nutrição da Universidade Estadual do Ceará, instituição na qual a quase totalidade das nutricionistas entrevistadas são formados. Nesta exposição, a universidade assume que o curso de graduação em nutrição segue as tendências dos “cursos pioneiros no Brasil, os quais, mesmo que não explicitamente, dão uma maior ênfase à Nutrição Clínica ou à Administração de Unidades de Alimentação, fato possivelmente relacionado às necessidades do mercado [...]” (UECE, 2012, p.1).

Mesmo que encontre resistências no cotidiano de trabalho dos profissionais, este aspecto não pode ser desconsiderado, visto ser uma marca característica que se imprime no interior da corporação já no seu nascimento. É preciso que os profissionais questionem permanentemente os fundamentos que embasam suas práticas, já que a omissão desta postura pode resultar em uma atuação centrada mais na técnica, do que no seu compromisso com a transformação social, verdadeiramente engajada na emancipação humana.

É dessa forma que, retomando os relatos, o NASF, percebido como uma área convidativa ao ingresso dos nutricionistas por se tratar de um campo de atuação novo, diferente, desconhecido por estes, bem como um lócus que permitiria maior autonomia profissional e possibilidade de manifestação de sua criatividade, apresenta-se como uma área propícia para o questionamento dos pressupostos que historicamente embasam as práticas destes profissionais. Desse modo, sendo a proposta concebida pelos entrevistados como um desafio, visto que alguns nem sequer a conheciam quando aceitaram inserir-se nela, deve

incluir em seu interior um desafio ainda maior: o de tensionar a categoria a rever a si mesma enquanto coprodutora de saúde na sociedade brasileira moderna.

- Atividades realizadas

“Então assim, é um processo de construção, né?” (Entrevista 3)

Este tópico terá um caráter bem mais descritivo que os demais, tendo em vista que analisar ou avaliar a prática concreta da categoria não foi um objetivo específico da presente pesquisa, nem uma possibilidade que se apresentava viável devido ao tempo requerido para esta tarefa. Sendo assim, o texto construído a seguir corresponde a um diálogo com as atividades que, sob a ótica das nutricionistas, compõem o fazer deste profissional no NASF de Fortaleza, o qual julgamos útil dada a recente criação deste espaço. Nesse percurso, algumas observações realizadas durante o trabalho de campo servirão de apoio para o diálogo pretendido.

Neste ponto, é importante recuperar a forma de distribuição dos nutricionistas no município. Estes profissionais estão inseridos em NASF que dão apoio de duas a cinco unidades de saúde, a depender do número de equipes que estas comportam. Cada NASF fica responsável, em média, por oito equipes de SF completas, porém os profissionais afirmam oferecer apoio a todas as equipes, independente de estas serem classificadas como equipes de ESF ou de Estratégia Agentes Comunitários de Saúde.

As atividades listadas abaixo se encontram presentes na maioria dos discursos, sendo que grande parte delas foi relatada por todos os profissionais, as exceções dizem respeito principalmente àquelas mais relacionadas à atuação junto às equipes de SF. As atividades realizadas pelos nutricionistas serão discutidas logo abaixo, podendo ser sumariamente elencadas em:

- Atendimento ambulatorial individual;
- Atividades coletivas:
 - Grupos;
 - Sala de espera;
 - Palestras.
- Atividades nas escolas;
- Visita domiciliar;
- Atividades em programas federais relativos à área de alimentação de nutrição;
- Ações com a equipe de saúde da família;

- Atendimento compartilhado;
- Tutoria em cursos voltados à área de alimentação e nutrição;
- Projeto terapêutico singular.
- Encontros entre a categoria.

As três primeiras atividades elencadas acima compõem o rol de práticas dos nutricionistas que atuam na área de saúde pública, desde os estudos pioneiros sobre a inserção do profissional nos centros comunitários de saúde, a exemplo os achados de Prado (1993) e Bosi (1996). As outras atividades, ao que parece, foram sendo estruturadas à medida que os avanços obtidos na sistematização, implementação e consolidação de estratégias, programas e propostas relativos à ABS no Brasil, bem como à área de alimentação e nutrição, foram sendo capilarizados nos centros de saúde.

Dessa forma, os achados encontrados na presente pesquisa assemelham-se ao referido por Pádua e Boog (2006) em um estudo com nutricionistas atuantes na rede de ABS de Campinas. Nele, as autoras afirmam que as principais atividades realizadas por estes profissionais eram: atendimento individual (orientações e prescrições dietéticas); palestras em grupos; campanhas; apoio a programas de suplementação alimentar; vigilância sanitária; e visitas domiciliares.

Atividades semelhantes também são mencionadas por Ramos (2011) em um estudo realizado com nutricionistas inseridos na ABS do Distrito Federal. A autora faz um ranking das atividades mencionadas com maior frequência pelos profissionais, as quais por ordem decrescente correspondiam a: atividades de educação em grupo, atendimento individual, execução do Programa Nacional de Suplementação do Ferro e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e acompanhamento de estudantes de graduação.

É interessante notar que, nos achados dos dois estudos relatados anteriormente, o atendimento individual figura como a atividade central dos nutricionistas. Ambrósio *et.al* (2009), em um estudo descritivo sobre a atuação deste profissional no NASF, corroboram estes achados. Segundo as autoras, esta atividade tem sido prioridade na atuação dos nutricionistas entrevistados. Bosi (1996) já chamava atenção para esta questão, uma vez que encontrou que os nutricionistas atuantes em saúde pública tinham sua prática centrada em atendimentos, sendo referidos no interior do seu estudo como *dietoterapeutas da saúde pública*. O termo *dietoterapeuta da saúde pública* foi empregado no contexto do estudo como uma crítica aos nutricionistas que somente transportavam o fazer característico da área clínica da nutrição para esta área de atuação, sem maiores questionamentos. Tal problematização se faz particularmente relevante no presente estudo, haja vista que a proposta do NASF traz uma

orientação clara acerca do lugar do atendimento individual na organização do processo de trabalho dos profissionais que o compõem. Segundo o CAB-NASF (BRASIL, 2009a), os atendimentos individuais serão realizados apenas em casos estritamente necessários, devendo ser estes casos sempre encaminhados pela equipe SF, num processo prévio de discussão e negociação entre os profissionais envolvidos.

Esta questão, portanto, aparece como ponto polêmico no contexto estudado. Os profissionais do NASF revelam que, já no momento de sua inserção na ESF, o assunto *atendimento individual* foi extensamente colocado em pauta, seja pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município, seja pelos profissionais que compunham esta estratégia. Se, por um lado, a consigna da SMS era a não realização de atendimento individual, salvo em raríssimas exceções, por outro, a expectativa de grande parte dos trabalhadores da ESF era a de que a chegada de outras categorias da área da saúde iria suprir uma necessidade dos usuários por atendimento individual. Necessidade sentida pela equipe de SF e mais tarde, em alguns casos, legitimada pelos usuários.

É possível perceber, em alguns depoimentos, que a perspectiva da SMS era a de tentar impedir que o NASF se configurasse como mais um espaço doutrinado pelo modelo de atenção à saúde curativista, predominante ainda no cotidiano de alguns centros de saúde da família. O que ia ao encontro da proposta elaborada pelo Ministério da Saúde, mas confrontava diretamente a formação dos profissionais que a compõem, bem como com a expectativa de grande parte da equipe de SF e dos usuários.

O cenário apresentado para os profissionais do NASF, atravessado por interesses contraditórios, gerou polêmica acerca desta atividade, quer defendida veementemente, quer evitada, quer realizada com ressalvas, esta prática parece perpassar centralmente a construção do fazer do nutricionista na ESF. Neste contexto, o profissional parece ter desenhado suas atividades, quiçá, ora sucumbindo às pressões exercidas pelas expectativas, inclusive as próprias, ora oferecendo resistência a elas.

No momento, resta questionar a magnitude que esta prática terá alcançado no escopo das ações do nutricionista no NASF de Fortaleza. Assim, os discursos abaixo servem de subsídios para esta reflexão:

O carro-chefe aqui, com certeza é atendimento, né? O carro-chefe daqui é atendimento, nem só da minha parte não. Mas da parte dos outros profissionais também.

(Entrevista 4)

São as maiores demandas, dentro do posto, para atendimento individual, são a psicóloga, nutricionista e fono [referindo-se a fonoaudióloga].

(Entrevista 1)

Então, o que é que eles encaminham mais é para atendimento individual.

(Entrevista 8)

[...] mas geralmente tem o retorno, como a demanda estava muito grande no início, eu quase não estava conseguindo marcar retorno porque a agenda já estava lotada para o ano quase todo pra tu ter uma ideia, quando eu entrei.

(Entrevista 1)

Esses depoimentos corroboram a discussão empreendida anteriormente sobre as expectativas da equipe de SF acerca do fazer do nutricionista. É consensual o relato de que a inserção foi marcada por muita pressão por parte dos profissionais da ESF para a realização desta atividade em larga escala, através da grande demanda encaminhada por estes. Por outro lado, as falas permitem supor que esta ação configura-se ainda como majoritária no cotidiano de trabalho do profissional. Suposição esta que se reforça na análise do conjunto das entrevistas, quando é possível observar a significativa menção das nutricionistas a questões derivadas desta atividade, tais como dificuldades enfrentadas, bem como a outras atividades que, embora nomeadas de forma distinta, não diferem do atendimento individual.

O termo ocasional utilizado para demarcar o lugar do atendimento individual na prática cotidiana da nutricionista no NASF (BRASIL, 2009a), deixa margem para diversas interpretações. Dessa forma, caberia indagar a que frequência a palavra ocasional se refere neste contexto? De fato, o que parece ocorrer, no caso em questão, é que as nutricionistas reservam em suas agendas um turno de atendimento ambulatorial para cada unidade básica de saúde. Esta estratégia parece se configurar como um esforço conjunto dos profissionais do NASF e da SMS para limitar o tempo de trabalho dedicado a esta atividade. Portanto, ao contrário do que sugere o CAB-NASF, o cuidado nutricional específico não se operacionaliza somente mediante a elaboração de PTS, e sim se insere no cotidiano de trabalho do nutricionista.

Coerentemente com a perspectiva adotada pelo CAB-NASF (BRASIL, 2009a), na qual o NASF não se constitui porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, o encaminhamento destes ao atendimento individual do nutricionista é realizado mediante a intervenção da equipe de SF. Os discursos revelam que, exceto na prática de uma nutricionista, este é realizado pelo médico e enfermeiro da equipe. Os agentes comunitários de saúde (ACS), caso identifiquem a necessidade de atendimento em sua área, tem que se reportar a estes profissionais para que o usuário possa ser encaminhado. Esta orientação consta no CAB-NASF, porém, este documento não especifica o papel do ACS no

encaminhamento, refere-se apenas à equipe de SF como um todo, ficando, a meu ver, a critério dos leitores a interpretação.

Entretanto, é preciso ressaltar que a definição das prioridades parece não ser clara e nem consensual entre os profissionais envolvidos. Através das falas é possível perceber que inexistem um canal de diálogo e espaços de discussões estabelecidos na rotina da UBS propiciadores da construção compartilhada desse conjunto de prioridades entre os profissionais da equipe e do NASF. Assim, torna-se evidente que a eleição dos encaminhamentos para o atendimento individual fica a critério de cada profissional da equipe, o qual repassa os casos que julga necessário. A ausência de discussão acerca dessa questão parece gerar uma demanda maior do que a capacidade do nutricionista em gerenciar, de uma forma mais efetiva, os casos que chegam até a ele, dificultando a realização do cuidado nutricional em longo prazo para aqueles usuários que realmente precisam desta atenção mais individualizada.

Contudo, é notório o posicionamento das nutricionistas diante desta questão. Em muitas situações, as profissionais deixam transparecer em seu discurso certa passividade diante da forma de eleição dos casos encaminhados por parte da equipe, sendo ausentes atitudes proativas que provoquem discussões acerca disso. Em algumas falas, a necessidade de responder ilimitadamente a demanda da equipe fica evidente, como se isso favorecesse a legitimidade da proposta NASF e de seu próprio fazer. Nesse aspecto, algumas crenças que circulam entre os trabalhadores da UBS parecem contribuir com esta necessidade insana de alguns profissionais em responder a tudo e a todos, sem ao menos questionar seu papel diante disso. Crenças essas que serão abordadas mais adiante no tópico NASF.

As reflexões acima remetem aos achados de Barbosa, Leonardo e Bosi (2012) quando, estudando a demanda de atendimento individual para os nutricionistas na ESF de um município do Ceará, encontraram um excesso de encaminhamentos para este tipo de atividade por parte da equipe mínima sem critérios bem definidos, a priori, entre os profissionais. As autoras afirmam ainda que:

A realidade cotidiana nos revela que os nutricionistas muitas vezes absorvem a demanda clínica sem questionar os seus processos de trabalho na atenção básica, seja para atender as expectativas em relação à nutrição por parte dos demais membros da equipe, seja para permanecer somente no espaço clínico de atuação, campo em que se sente mais capacitado para atuar. (BARBOSA;LEONARDO; BOSI, 2012, p. 10).

Essa afirmação corrobora a passividade anteriormente referida, muito embora alguns profissionais demonstrem certa resistência a serem absorvidos por esta demanda,

exemplo disso é a recorrente referência à mudança do processo de trabalho desde o início da inserção até a época da realização do trabalho de campo. Mesmo que esta resistência represente apenas uma consequência a uma normatividade imposta pela SMS na tentativa de aplicar na prática as propostas da organização do processo de trabalho do NASF, mesmo que caracterize somente uma assunção acrítica destas propostas pelos nutricionistas. Entretanto, é preciso que o profissional assuma uma atitude de mediação diante dessa demanda, pois a organização desta atividade não se dará de modo espontâneo e sem sua participação ativa.

Portanto, não se trata apenas de negar o atendimento individual por ser uma recomendação do CAB-NASF, mas antes de criar espaços de discussão com a equipe de SF, no intuito de refletir sobre a eleição de casos realmente necessitados de uma atenção nutricional mais individualizada. Nesse contexto, considero que o usuário não pode ser penalizado diante de obstáculos estruturais, subjetivos, entre outros, que dificultam a realização de abordagens interdisciplinares. Portanto, enquanto caminhamos e avançamos na construção dessas, não podemos simplesmente negligenciar os cidadãos que carecem de uma assistência nutricional mais especializada, tendo em vista a magnitude que as complicações advindas das doenças crônicas têm assumido no perfil de mortalidade brasileiro, para as quais os saberes do nutricionista podem fornecer expressivo auxílio na proteção da saúde. Seja transformando as demandas individuais em demandas coletivas, seja estabelecendo parcerias com outras instâncias, seja assumindo criticamente espaços na agenda de trabalho para a realização da atenção individualizada, é preciso incomodar-se e fazer frente a esta questão.

Retomando a descrição da atividade em questão, é possível perceber nas falas que os casos encaminhados pela equipe para a consulta de nutrição correspondem majoritariamente a usuários com obesidade ou sobrepeso, hipertensão, diabetes descompensado, dislipidemias e, em menor grau, com déficit de peso. Este último foi referido principalmente a crianças e gestantes. Ao mesmo tempo em que esta demanda reflete a atual situação epidemiológica brasileira, pode-se inferir, a partir dela, a visão que os profissionais da equipe de SF têm acerca da consulta da nutrição, e talvez do fazer do nutricionista na ESF, destinada principalmente ao controle metabólico de doenças crônicas e do peso corporal.

Dessa forma, com esta incumbência, as nutricionistas veem-se provocadas a construir estratégias no âmbito do atendimento individual para responder à demanda, equilibrando-se entre prescrições e orientações dietéticas. Assim, a consulta de nutrição não segue um padrão entre todos os profissionais, o que pôde ser identificado durante a observação em campo. Deriva daí uma questão que parece polêmica entre os nutricionistas: fazer dietas ou realizar apenas orientações nutricionais? Pude perceber que cada um tenta, a

seu modo, estruturar uma assistência nutricional que dê conta de responder a necessidade apresentada pelo usuário, modelando a especificidade do nutricionista da clínica, a dietoterapia, a formas possíveis dentro daquele espaço.

Em relação à ‘modelagem da dietoterapia’, as formas mais utilizadas pelos profissionais são: uso de folders com orientações nutricionais alinhavado ao diálogo sobre mudança de hábitos alimentares; dietas prontas que vão sendo modificadas no contexto da consulta; cardápios construídos a partir de recordatórios alimentares dos usuários, os quais vão sendo modificados qualitativa e quantitativamente visando uma melhor adequação do consumo alimentar às recomendações dietéticas formais; orientações nutricionais construídas a partir da fala do usuário; uso das porções da pirâmide dos alimentos para a estipulação de planos alimentares. Cabe ainda ressaltar que o esforço em adequar as recomendações nutricionais ao contexto econômico do usuário parece ser uma preocupação das nutricionistas do presente estudo.

Outra questão que se apresenta ao atendimento individual é a realização de retornos. As profissionais relatam a dificuldade em estabelecer o retorno como uma rotina no seu processo de trabalho, citando a grande quantidade de consultas que realizam, ou mesmo alegando que este não se configura como o fazer principal do NASF. Este é um ponto que me chamou atenção, tendo em vista que os usuários encaminhados, em geral, têm alguma gravidade na sua condição clínica, a qual pode demandar um acompanhamento mais em longo prazo deste profissional, mesmo que não realizado no âmbito do ambulatório. Os limites da pesquisa não permitem afirmar com veemência como os profissionais administram esta questão, mas não pareceu algo tão inquietante a eles a ponto de gerar uma reflexão maior. Alguns relataram que realizam pelo menos um retorno, pois acreditam que isso facilita a adesão ao tratamento, outros afirmam que só em casos extremamente graves, já outros se utilizam do encaminhamento para que os usuários possam ser acompanhados por outros serviços como IPREDE, NAMI e outras unidades de saúde nas quais o nutricionista está inserido na ABS em outro formato que não o NASF.

Tendo em vista que a integralidade configura-se como a principal diretriz do processo de trabalho do NASF, devendo ser perseguida em todas as ações, e ante a preconização do cuidado longitudinal do usuário como um dos principais pressupostos da ESF, a inquietação com relação a esta prática não passou despercebida. O atendimento individual, do modo como vem sendo realizado pelos nutricionistas, tem contribuído com a qualificação e resolutividade das ações de cuidado em saúde desenvolvidas na ESF, ou tem colaborado ainda mais com a fragmentação deste cuidado?

No que diz respeito às *atividades coletivas*, a participação em *grupos* figura nas falas como uma das atividades mais frequentemente realizadas pelas nutricionistas. Estas atividades são apontadas como propícias ao exercício da interdisciplinaridade. Os profissionais inserem-se em grupos pré-existentes administrados pela equipe de SF, em geral grupos com público determinado, sendo mais frequentes os de idosos, gestantes, jovens e adolescentes, e pessoas com hipertensão e diabetes. Há ainda os grupos criados a partir da inserção das outras categorias profissionais através do NASF. A iniciativa da organização destes grupos parte tanto do próprio profissional como da sugestão da equipe de SF. Em ambos os casos, a ideia parece ser discutida e firmada em momentos de compartilhamento entre os profissionais.

No caso das nutricionistas, os grupos de pessoas com excesso de peso e de crianças em idade de introdução da alimentação complementar são citados como aqueles criados a partir de sua inserção. O grupo de pessoas com excesso de peso é composto principalmente por adultos e idosos, e aparece nas falas como uma alternativa à demanda excessiva para o atendimento individual. Geralmente, a nutricionista torna-se protagonista, em parceria com psicólogos, educadores físicos e fisioterapeutas, além dos ACS, e costumam ocorrer quinzenalmente.

Outra atividade coletiva relatada pelo grupo consiste na realização de abordagens dos usuários que estão na unidade de saúde à espera de assistência, esta intervenção é nomeada por eles de *sala de espera*. A sala de espera geralmente consiste em uma intervenção de caráter informativo na qual os profissionais do NASF repassam informações acerca de um tema que esteja em pauta na agenda da saúde. Porém, a observação da realização desta atividade em quatro NASF distintos, permitiu-me ousar refletir a sala de espera a partir de diferentes perspectivas, entre outras: possibilidade de construção de relações horizontais entre profissionais e usuários através de um diálogo construtor de sentidos e vínculos, facilitando o acesso dos usuários aos profissionais do NASF; repasse de informações, sem tensionamento de diálogos com os usuários que pudessem construir um sentido para o conteúdo discutido naquela ação; produto de trabalho do NASF, o qual figuraria no relatório mensal como uma atividade realizada através do registro fotográfico. Em minha opinião, esta última perspectiva, depreendida a partir de uma das experiências presenciadas, coloca em discussão o sentido dado pelos profissionais ao papel que o usuário ocupa em suas intervenções. Uma vez que apareciam ali como meros coadjuvantes naquela ação, a qual tinha como centro os próprios profissionais, haja vista que a fotografia era o objetivo fim daquele momento.

A *palestra* foi intencionalmente listada como atividade coletiva devido à ocorrência desta palavra no discurso de alguns profissionais. Neles, a palestra parece ser concebida como uma atividade fim, que figura entre os afazeres dos nutricionistas do NASF. Esta atividade consiste em uma atuação pontual do profissional com um grupo de pessoas da comunidade, o qual é indicado geralmente pela equipe de SF. Seja na escola, igreja ou associação, o profissional em geral aborda algum assunto sobre alimentação durante sua intervenção. A expressão palestra remete às concepções de educação que perpassam as práticas coletivas dos profissionais, no entanto, não aprofundarei esta perspectiva, podendo emergir pistas sobre esta questão mais adiante no tópico O Nutricionista na ESF. A fala abaixo ilustra a reflexão abordada no parágrafo:

[...] vamos dar uma palestra aqui para o pessoal da comunidade, lá numa igreja, num local. Eles escolhem um local e a gente vai, mas a gente depende muito deles para gente desenvolver um trabalho, um trabalho legal [...].
(Entrevista 4)

Conforme relatado anteriormente, as ações em *escolas* compunham o rol de atividades dos nutricionistas desde os primórdios de sua inserção em centros comunitários de saúde. Entretanto, atualmente, esta prática ganhou relevância tendo em vista que a parceria entre educação e saúde foi institucionalizada através de um programa do governo federal, o Programa Saúde nas Escolas (PSE). Segundo o Ministério da Educação (MEC), o objetivo do PSE é “[...] contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino” (BRASIL, 2012b, p.1).

O programa envolve diretamente os profissionais da escola e UBS dos territórios, que irão, a partir de um diagnóstico inicial da situação de saúde dos escolares, elaborar um plano de ação destinado a enfrentar os problemas identificados. Dessa forma, a magnitude epidemiológica que o excesso de peso em escolares alcançou no país, coloca o nutricionista em evidência dentro da proposta, uma vez que os profissionais envolvidos o enxergam como um profissional importante para a realização de ações destinadas a prevenir e controlar este agravo.

As atividades do PSE são preferencialmente desenvolvidas no espaço escolar, embora o burburinho entre os profissionais da ESF, durante a realização do trabalho de campo, era de quê a proatividade em prol da realização do programa configurava-se maior na área da saúde. Em Fortaleza, os enfermeiros e dentistas assumiram a tarefa de coordenar a

articulação dos profissionais da ESF com a escola. O NASF parece ser um dos principais parceiros nesta empreitada. Durante a época do trabalho de campo, as nutricionistas afirmaram que o programa estava, em grande parte dos territórios, na fase de diagnóstico. Nesta, os profissionais aplicavam um questionário previamente elaborado pela gestão federal do PSE, no qual constava uma parte relativa à avaliação nutricional. Esta fatia do questionário é percebida por algumas nutricionistas como a parte específica da nutrição no diagnóstico de saúde dos escolares. Outras atividades no ambiente escolar são ainda citadas como palestras e ações de avaliação nutricional em escolas e creches, bem como apoio na realização de feiras de ciências, demanda esta advinda da própria escola.

A *visita domiciliar* (VD), no contexto da ESF, é entendida como uma prática que permite uma aproximação dos profissionais com a realidade de vida dos usuários. Dessa forma, os profissionais inseridos nesta estratégia têm incorporado esta prática na sua rotina de trabalho, inclusive o nutricionista.

A VD do nutricionista do NASF de Fortaleza é realizada mediante encaminhamento do caso pela equipe SF. O principal critério utilizado para triagem é relatado pelos entrevistados como sendo a impossibilidade do usuário deslocar-se até a unidade de saúde. Em consequência, a maioria dos usuários visitados pela categoria são indivíduos acamados e/ou alimentados via nutrição enteral.

Em que medida a VD tem sido concebida pelos profissionais como uma estratégia que se reduz a mais um espaço de cuidado nutricional individualizado, ou como um locus propício à construção de um cuidado nutricional ampliado, no qual, outras dimensões passíveis de apreensão naquele espaço, podem ser incorporadas em sua atuação, não é possível avaliar aprofundadamente. Contudo, os discursos abaixo podem fertilizar esta reflexão:

[...] tem visita domiciliar na qual a gente vai à casa da pessoa, faz todo um diagnóstico, faz uma orientação relacionada à alimentação dela.
(Entrevista 8)

A visita domiciliar é importante que a gente tem que estar com os acamados também, né?
(Entrevista 4)

[...] as visitas domiciliares são feitas também na mesma rotina dos atendimentos, quando a equipe vai, visita uma casa e vê que aquela casa, aquela paciente tá precisando da fisioterapia, tá precisando da intervenção da assistente social, a gente vai lá e faz a visita, no mesmo procedimento né, naquele paciente que realmente tá precisando.
(Entrevista 9)

[...] numa visita domiciliar é uma hora, uma hora e meia dentro de uma casa, eu observo tudo, observo o que é que tem na casa, o que é que não tem. Quem é que mora com a pessoa, eu vou até a cozinha, vejo os alimentos, eu aproveito melhor uma visita do que um atendimento, porque tem atendimento que a pessoa esconde, ou num fala algo que faz ou que tem.
(Entrevista 5)

As falas acima permitem inferir que a VD é predominantemente percebida pelas profissionais como uma intervenção focada majoritariamente na orientação nutricional voltada para o indivíduo. Contudo, ao mesmo tempo, revelam-na com uma prática propícia à incorporação de fatores presentes no espaço domiciliário passíveis de ampliar a perspectiva da intervenção. Mesmo que esta perspectiva esteja limitada a aspectos julgados importantes apenas pela lógica da profissional, embasada em determinadas concepções de saúde, nutrição e assistência. Porém, na impossibilidade de aprofundar esta discussão, começo a discorrer sobre outro tipo de visita realizada pelos nutricionistas.

Trata-se do que as profissionais intitulam como visita de processo. A visita de processo é realizada mediante solicitação do Ministério Público (MP) à SMS. Resulta de um pedido formalizado pelo usuário ao MP para que o Estado, nas esferas municipal e estadual, custeie o fornecimento de suplemento nutricional necessário à recuperação ou manutenção da sua saúde. Como desdobramento deste pedido, o MP envia uma solicitação à SMS para que a mesma elabore um parecer acerca da condição nutricional do usuário avaliando a real necessidade do suplemento. Assim, a nutricionista do NASF é requerida para realizar a visita domiciliar e elaborar o parecer, no qual deve constar, entre outras coisas, a quantidade suficiente do suplemento nutricional para suprir as necessidades do usuário. As profissionais são responsáveis pela realização das visitas de processo dentro do território adscrito pelas unidades de saúde nas quais estejam lotados, ou mesmo em outras áreas em que o nutricionista não esteja inserido no NASF. Uma queixa frequente é a de que a demora na análise e atendimento do pedido em nível de MP impossibilita, algumas vezes, o usuário a ter acesso ao suplemento, uma vez que, em alguns casos, chega a falecer enquanto espera a resolução do caso.

As atividades relacionadas ao apoio dos nutricionistas na execução de programas federais associados direta ou indiretamente à alimentação e nutrição foram agrupadas no tópico *programas federais relativos à área de alimentação e nutrição*. Os profissionais relataram inserir-se na execução do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e Programa Bolsa Família (PBF). É significativa a ausência de menção direta ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), tendo em vista que este sistema gera indicadores de saúde basais para o trabalho

do nutricionista, os quais podem contribuir para pensar a organização do seu processo de trabalho. Os relatos permitiram considerar com mais detalhes apenas a inserção deste profissional no PNSF e PBF.

No que diz respeito ao PNSF, a atuação do profissional consiste na prescrição do suplemento para crianças menores de dezoito meses, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, em discussões nos grupos acerca dos objetivos do programa, bem como uma atitude de tensionamento frente aos profissionais da equipe de SF para que o programa seja executado. Os nutricionistas relatam certa omissão destes profissionais em relação ao PNSF, alegando que o programa não foi bem aceito pela equipe.

O PBF está estruturado em três eixos, um dos quais corresponde às condicionalidades. As condicionalidades da saúde referem-se ao acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários, manutenção do calendário de imunização atualizado, realização do pré-natal da gestante, bem como a participação em atividades educativas realizadas pela equipe de saúde (BRASIL, 2012b, p.1). Desta forma, os profissionais da ESF desempenham papel fundamental na gestão destas condicionalidades. Ademais, semestralmente, eles têm a incumbência de registrar informações relativas ao cumprimento destes compromissos pelas famílias através do mapa de acompanhamento das informações das condicionalidades da saúde. O preenchimento deste mapa acontece sempre no final do semestre e, na maioria das vezes, requer da equipe a organização em regime de mutirão para coletar todos os dados necessários.

Neste contexto, surgiu a necessidade de inserção do nutricionista no programa, tendo em vista que, no ano de 2011, os profissionais da equipe de SF encontravam-se em greve enquanto que o prazo limite de envio do mapa à gestão federal estava esgotando-se. Deste modo, a SMS vislumbrou nos profissionais do NASF uma alternativa a este impasse e convocou-os a assumir a tarefa. Os profissionais que encabeçaram a atividade foram as nutricionistas, os fisioterapeutas e os educadores físicos, tendo em vista a proximidade de seus saberes específicos com as ações realizadas, sobretudo coleta de dados antropométricos. Mesmo após o retorno das equipes de SF, os profissionais do NASF continuam sendo solicitados para o compartilhamento da responsabilidade nesta ação.

As nutricionistas afirmaram que a sua atuação no PBF acontece na ocasião do preenchimento do mapa e corresponde ao apoio à coleta de dados antropométricos, análise do cumprimento das outras condicionalidades, acrescidos da orientação nutricional aos beneficiários. Apenas uma profissional referiu realizar outra atividade, a qual consistia na

coleta de informações para sua pesquisa em nível de pós-graduação que, pretensamente, geraria resultados para pensar ações mais direcionadas ao público do programa.

A publicação CAB-NASF enfatiza que o trabalho do nutricionista no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição deve ter como prioridade ações em parceria com as equipes de SF nas quais ele esteja vinculado. A primazia destas ações deriva da concepção de apoio matricial que embasa a proposta do NASF, na qual o profissional apoiador desenvolve seu trabalho majoritariamente através de intervenções que permitam produzir ação técnico-pedagógica para a equipe de referência (BRASIL, 2009a). Assim, *as ações com a equipe de saúde da família* devem ganhar relevância no rol de atividades desenvolvidas por ele. Na presente pesquisa, além das já citadas anteriormente, as formas apontadas de ações desenvolvidas com a equipe podem ser resumidas em: atendimento compartilhado; tutoria em cursos voltados à área de alimentação e nutrição; projeto terapêutico singular; e matriciamento em saúde mental.

O atendimento compartilhado é mencionado nos discursos como uma atividade que permite romper parte do isolamento que a grande demanda por atendimento individual pode provocar. Em geral, os profissionais referem-se a esta ação como um atendimento conjunto com os profissionais do próprio NASF, sobretudo educadores físicos, fisioterapeutas e psicólogos, bem como com profissionais da equipe de SF.

A concepção das nutricionistas acerca do atendimento compartilhado não corresponde totalmente ao que o CAB-NASF concebe como tal, uma vez que este afirma:

Atendimento compartilhado diz respeito a uma forma de interação entre os apoiadores do NASF e os profissionais da equipe de SF, constituindo um momento em que se realiza a troca de saberes específicos e de experiências vivenciadas, bem como a formação em serviço e a discussão do projeto terapêutico, de forma a possibilitar uma abordagem integral e resolutiva ao caso (BRASIL, 2009a, p.73).

Haja vista que o cerne da definição da publicação reside na ideia de compartilhamento de saberes entre a equipe de SF e profissionais do NASF, o emprego do termo pelas nutricionistas em questão não está inteiramente de acordo com esta aceção. As profissionais restringem a ideia de atendimento compartilhado ao momento de consulta com outro profissional, agregando também o atendimento realizado com outros profissionais do NASF, sem a inclusão da equipe. Entretanto, os discursos guardam semelhança com esta concepção, no que se refere a perceber o atendimento compartilhado como um espaço propício à mútua fertilização entre saberes específicos das categorias em prol de uma abordagem ao usuário mais ampliada. A fala abaixo ilustra essa ideia:

Então, eu preciso do educador físico junto comigo, geralmente são também pessoas que se queixam de dores ou na coluna, ou no joelho ou no pé ou num sei aonde, então a fisioterapeuta também entra. Então é um atendimento compartilhado, né? É uma interconsulta, acaba fazendo uma interconsulta que também acaba sendo enriquecedor, eu já tô até sabendo mais ou menos um bocado de coisa da fisioterapia que eu não sabia. [...] Mas assim, sempre enriquece muito a gente, porque é uma troca de saberes né? Os meninos também já sabem muita coisa da minha área. (Entrevista 3)

Todavia, outras percepções coexistem no grupo. O discurso abaixo parece conceber o atendimento compartilhado como uma ação realizada entre categorias, porém, não reforça a ideia de troca de saberes, mas antes de uma intervenção na qual cada um tem um papel determinado. Contudo, acredito que esta visão não impede totalmente de haver a fertilização entre saberes, mesmo que os profissionais envolvidos não estejam atentos a esta perspectiva.

[...] a gente trabalha muito com atendimento compartilhado, né? Eu, educadora física, ou então, eu e fisioterapeuta, nutrição e psicologia, enfermagem. Trabalho muito com os enfermeiros fazendo o atendimento compartilhado. De que consiste? É um atendimento que a enfermeira dá o olhar dela e eu dou o meu olhar, então isso funciona muito pra hipertenso e diabético, e muito pra a puericultura, que são as crianças de até dois anos né? (Entrevista 7)

Há ainda a referência ao atendimento compartilhado como uma consulta na qual estão intervindo dois profissionais, independente de pertencerem a categorias diferentes. Uma nutricionista afirma realizar atendimento compartilhado com outra profissional de nutrição. Esta última encontrava-se já inserida na ABS do município antes da criação da proposta NASF, e atua predominantemente através do atendimento ambulatorial individual. Apesar de esta prática ser propícia à troca de saberes, sobretudo de experiências, entre as profissionais, esta se encontra mais distante da concepção de atendimento compartilhado proposta pela publicação.

Na perspectiva do CAB-NASF o atendimento compartilhado configura-se principalmente com uma ação que possibilita a troca de saberes entre equipe de SF e NASF, já na visão do grupo investigado é concebido como uma prática de atendimento ambulatorial na qual participam mais de um profissional, podendo ser estes de diferentes categorias ou não. Algumas entrevistadas referem-na como potencialmente indutora da mútua fertilização entre os saberes específicos. Sendo assim, é possível supor que este, pensado pela proposta como uma atividade embutida de um objetivo fim, o qual corresponde, além da assistência ao usuário, à realização de ações pedagógicas entre profissionais, é confundido, em algumas situações, com uma tarefa a ser executada pelo NASF.

A tutoria de cursos voltados à área de alimentação e nutrição é outra atividade citada pelo grupo, a qual tem como público principal a equipe de SF. Em geral, esta ação deriva de uma iniciativa da coordenação federal ou estadual da área de alimentação e nutrição institucionalizadas na gestão do sistema de saúde. Fundamentadas principalmente no atual perfil epidemiológico brasileiro, estas iniciativas visam qualificar os profissionais de saúde para a realização de ações de promoção da alimentação saudável. Dentro desta proposta, o nutricionista do NASF pode ser considerado um ator importante para a qualificação e ampliação da abrangência destas estratégias no interior da ESF, visto a proximidade do seu saber específico com o objetivo destas ações. Assim, as entrevistadas relatam que são bastante solicitadas para participar das capacitações oferecidas. Após estas capacitações, o profissional tem a incumbência de organizar momentos pedagógicos com a equipe de SF com o intuito de discutir os conteúdos abordados durante os cursos. No período do trabalho de campo, as nutricionistas afirmaram estar engajadas em atividades relacionadas à Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), capacitação sobre o guia alimentar brasileiro e sobre nutrição e câncer.

O projeto terapêutico singular (PTS) é considerado uma ferramenta tecnológica utilizada no processo de trabalho do NASF. Esta ferramenta deve ser usada principalmente em casos mais complexos, seja individuais ou coletivos, nos quais há necessidade de mobilização de diversos saberes e recursos para o enfrentamento da problemática apresentada. Configura-se como uma oportunidade de compartilhar saberes entre equipe de SF e NASF, uma vez que deve resultar de discussões coletivas interdisciplinares, das quais devem derivar metas definidas e divisão de responsabilidades (BRASIL, 2009a).

Segundo esta mesma publicação, o cuidado nutricional específico do usuário deve ser realizado mediante utilização desta ferramenta pelos profissionais da equipe de SF sob a orientação do NASF, uma vez que o atendimento clínico individual não deve se tornar rotina para o nutricionista. Tendo em vista esta afirmação, faz-se relevante a menção das profissionais de que o PTS ainda não se configura numa prática consolidada no cotidiano de seu trabalho. Apenas três nutricionistas citaram a realização de PTS com a equipe, embora duas delas relatem a dificuldade em estabelecer espaços de discussões que viabilizem a construção destes. Contudo, é interessante observar em uma fala a concordância com a aceção de que a construção do PTS pode se configurar numa atividade propícia ao compartilhamento de saberes, um espaço em que o apoio matricial manifesta-se na prática.

São as experiências mais complicadas são essas né, porque a gente escolhe um que englobe a equipe todinha, que dê para a equipe todinha estar participando. É a

equipe junto com a equipe do NASF, né? Isso é geralmente, é um caso bem difícil, que geralmente enfoca a família inteira, num é? É o caso de alguém da família, mas que envolve a família toda. Então assim, é um processo de construção. E cada vez que a gente vai construindo um PTS desse, eu acho que é um aprendizado novo, porque é uma troca de saberes, né? Então, são vários profissionais intervindo num mesmo problema, então você acaba aprendendo outra coisa né? É um 'matriciamento' meio posto em prática.

(Entrevista 3)

A referência acima acerca de o PTS representar uma oportunidade de colocar em prática o apoio matricial pode ser associada também à possibilidade que este apresenta de que as duas dimensões relativas à atuação dos apoiadores matriciais manifestem-se nesta atividade. Dessa forma, é interessante notar que uma profissional refere-se ao matriciamento como sinônimo de estudos de casos complexos organizados a partir da tecnologia de PTS.

Outra forma de matriciamento citada pelas profissionais foi o matriciamento em saúde mental. Trata-se do apoio matricial realizado nas UBS pelos profissionais das equipes matriciais de saúde mental, as quais são ligadas ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Uma vez por mês estas equipes, em parceria com as equipes de SF e NASF, realizam discussões de casos dos usuários que necessitam do cuidado em saúde mental. Duas nutricionistas afirmaram participar destes momentos majoritariamente como ouvintes, mas buscando espaço para inserirem-se nos casos sempre que possível e necessário.

Os *encontros entre categoria* foram apontados como espaços de troca de experiência, discussão dos problemas enfrentados no cotidiano de trabalho, definição de prioridades das ações, momentos de estudo e pactuação da forma de apoio dos nutricionistas aos programas federais de alimentação e nutrição que tem interface com a ESF. As profissionais relataram que os encontros acontecem no máximo de dois em dois meses e foram sugeridos pela coordenadora do SISVAN do município, a qual é responsável pela organização das pautas. Porém, durante a realização do trabalho de campo estavam suspensos em virtude da sobrecarga de trabalho enfrentada pela coordenadora. As nutricionistas fizeram questão de enfatizar que os encontros entre categoria são uma peculiaridade da nutrição e representam um espaço importante de compartilhamento de saberes, experiências e angústias entre os profissionais.

Outras atividades foram relatadas ainda, como a participação em espaços de discussão coletiva com equipamentos sociais no território, visando uma maior integração destes em prol do enfrentamento dos problemas da comunidade, e um planejamento conjunto entre equipe de SF, NASF e comunidade sobre a organização dos serviços oferecidos pela unidade de saúde.

Durante as descrições das atividades, a infraestrutura, os recursos materiais e financeiros, bem como a violência foram fatores apontados por grande parte das entrevistadas como limitantes das atividades desenvolvidas. Para as profissionais, esses aspectos cerceiam a expansão dos tipos de atividade e manifestação de sua criatividade em direção à construção de ações que transcendem ao que já está estabelecido como rotina nas unidades. A inexistência de salas destinadas ao NASF é um incômodo bastante presente entre as nutricionistas, talvez por deixar os profissionais mais expostos no interior da unidade de saúde, situação que poderá ser mais bem entendida a partir das discussões realizadas no tópico NASF.

Grosso modo, essas condições poderiam ser interpretadas como precarização do trabalho, porém, quem sabe, lance as profissionais em uma zona de desconforto que acaba aproximando-os dos territórios, da vida dos usuários, bem como da realização de ações focadas nas necessidades das pessoas assistidas. Talvez, se a parceria com a equipe de SF estivesse mais consolidada, com planejamentos em comum e atividades desenvolvidas em conjunto, a problemática da sala não se apresentasse tão premente para o NASF.

Apesar de a pesquisa não ter aprofundado suficientemente questões da prática destas profissionais que possibilite uma conclusão mais assertiva acerca de como estas vem desenvolvendo-se, é possível pensar alguns pontos.

A partir das perspectivas das nutricionistas é possível inferir que o trabalho está focado em grande parte na assistência direta ao usuário no cotidiano destes profissionais. Porém, há o relato de iniciativas incipientes no que diz respeito ao suporte técnico-pedagógico. Este aparece em muitos discursos como algo que o NASF tem que fazer e não como algo que emerge de uma reflexão sobre o papel dos nutricionistas na ESF. Contudo, conforme o próprio CAB-NASF declara, essas dimensões se misturam em muitas práticas, condição que dificulta uma análise mais categórica diante das limitações da presente pesquisa.

Os discursos evidenciam que as nutricionistas têm estruturado seu processo de trabalho assumindo majoritariamente uma prática individualizante e tecnicista, uma atitude de escassa reflexão acerca de sua atuação e uma postura pouca proativa na construção do seu fazer. Nesse sentido, mesmo que as intervenções transcendam ao âmbito individual, mediante a atuação em outros cenários de prática além do ambulatório, a perspectiva de pouco ou nenhum diálogo com o contexto e os condicionantes e determinantes da saúde e da alimentação e nutrição permanece na maioria dos relatos.

As recomendações presentes na proposta oficial do NASF muitas vezes são encaradas antes como um deve fazer ou não pode fazer, e não como pressupostos e ferramentas de trabalho que municie os profissionais na construção de abordagens mais

coerentes aos contextos de vida das pessoas assistidas e às proposições e preceitos do SUS e da ESF. Pode-se depreender que a perspectiva majoritária é a de realização de atividades em detrimento da atuação centrada nas necessidades dos usuários.

Esses achados remetem ao estudo de Recine *et al.* (2012), no qual ficou evidente que os cursos de nutrição ainda privilegiam a formação de um profissional voltado à execução de tarefas técnicas, principalmente atenção dietética, em detrimento do estímulo ao potencial criativo e crítico frente às necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, as profissionais que estão na vanguarda de construção de intervenções na ESF que se alinham aos princípios da política de SAN parecem não perceber suas práticas como instrumentos de promoção da cidadania e autonomia entre os usuários. Mesmo as atividades derivadas dos desdobramentos das políticas relacionadas ao DHAA e a SAN, a exemplo das ações com o público do Bolsa Família e as visitas de processo, intervenções demandadas pela equipe de SF ou outras instâncias, são concebidas como mais um espaço de atuação tecnicista e não como um cenário propício ao desenvolvimento de ações alinhadas à perspectivas mais abrangentes de concretização da SAN.

A inquietação quanto à incoerência do lugar técnico ocupado pelo nutricionista e a proposta de sua inserção pelo NASF não é uma constante entre o grupo, uma vez que as angústias que perpassam os depoimentos referem-se mais a dificuldades externas do que a limitações encontradas em si mesmo. Sem desmerecer aquelas, a ausência de questionamentos mais consistentes sobre os modos de ser nutricionista no NASF remetem à ingenuidade tensionada pela formação e o lugar cômodo que a intervenção tecnicista representa para profissionais habilitados a atuar na perspectiva da racionalidade nutricional.

É preciso caminhar, é preciso inovar, é preciso subverter a lógica individualizada e individualizante estimulada na formação, porém, é preciso antes que nos demos conta disso, instaurando a crise, aceitando a própria incompletude. Porém, isso não se dará de modo espontâneo, é necessário que o encontro com o ideário do SUS e da SAN sejam estimulados no cotidiano de prática desses profissionais, fertilizando e contrapondo a lógica já estabelecida, no intuito de estimular sentidos produtores de ações comprometidas com a defesa da vida humana e da alimentação e saúde enquanto direitos dos cidadãos brasileiros.

Nessa perspectiva, minha experiência como nutricionista permite afirmar que foi o encontro com o ideário do SUS e os pressupostos da ESF, por meio da Residência Multiprofissional, que me possibilitou o contato com profundas angústias, disparando uma crise de identidade sobre os modos de ser nutricionista, lançando-me em novas perspectivas de atuação profissional, a qual talvez não tivesse sido vivida com tamanha intensidade não

fosse esta formação. Porém, o contato com estas concepções não se desdobrou no imediato saber fazer, apenas estimulou meu compromisso em trilhar novos caminhos e manter a constante reflexão enquanto me construo profissional na ESF. Dessa forma, em um exercício empático, considero fundamental o investimento maciço em educação permanente destas profissionais, a fim de ajudá-las a nomear angústias e avançar em direção à construção da nutrição em saúde da família.

Nessa construção, inúmeras são as demandas colocadas ao profissional, as quais ganham ressonância neste estudo. Entre elas, o desafio de construir abordagens condizentes com a compreensão da saúde, alimentação e nutrição como fenômenos sociais é particularmente importante. Ademais, há necessidade de uma mediação proativa por parte do profissional em relação à atividade atendimento individual, visto ser uma demanda expressiva no interior da ESF, a qual precisa ser problematizada e mais bem compreendida. Tendo em vista esta ser uma problemática central para a categoria na ESF, futuras investigações sobre ela podem lançar luzes na construção do fazer do nutricionista na ESF.

A necessidade de educação permanente é evidenciada, porém, a ausência dessa não exime o profissional da assunção de uma postura crítica em relação aos fazeres dominantes na profissão e de reflexão constante acerca de seus modos de estar na ESF. Ademais, o exercício da interdisciplinaridade, central na proposta NASF, ainda parece muito incipiente, situação mais bem abordada no tópico NASF e ESF: interfaces percebidas, representando um desafio na concretização desta proposta.

Apesar desse contexto, considero que as ferramentas de trabalho propostas pelo CAB-NASF, mesmo apresentando-se para alguns como regras ou tarefas, são potencialmente indutoras de um “estar com” entre os profissionais, o qual pode resultar na construção de abordagens diferenciadas que dêem conta de realizar um cuidado em saúde mais coerente com o princípio da integralidade. Contudo, vale ressaltar que apenas os instrumentos não são suficientes para a construção deste cuidado.

5.2 Percepções acerca do contexto

O ideário do SUS, bem como as propostas e estratégias dele derivadas, são potenciais indutores de sentidos para as práticas desenvolvidas no serviço de saúde. Sentidos estes que podem contribuir, ou não, na construção de ações comprometidas com a concretização de seus valores e princípios. Assim sendo, as percepções dos profissionais acerca do sistema de saúde e das estratégias nas quais se inserem, podem fornecer elementos

fundamentais para entender a lógica de produção da assistência à saúde por eles construída. Portanto, o presente eixo enfatizará como os nutricionistas percebem o SUS, a ESF e o NASF e as interfaces entre estas duas últimas propostas.

- O Sistema Único de Saúde

“Tem o sistema SUS com saúde, tem o sistema SUS de outra forma.” (Entrevista 5)

Em consonância com a discussão empreendida na dimensão Motivações para Inserção na ESF, na qual apenas uma nutricionista relacionou sua inserção no NASF com a motivação de participar da construção do SUS, o grupo investigado menciona diretamente o sistema em poucos discursos. Este aparece nas falas relacionado a concepções de cuidado, clínica ampliada, controle social, sistema em construção e, ainda, corrupção. É notória a ausência de menção direta ao SUS como um sistema associado a um projeto democrático de sociedade.

O SUS é entendido mais como um sistema voltado aos que não conseguem pagar pelos serviços de saúde do que como uma conquista da sociedade brasileira.

São limitações, porque, querendo ou não, não é legal que eu atenda o paciente em qualquer local, num é porque é do SUS que ele tem que ser atendido mal, ele tem que ser bem atendido com todo o conforto, como se ele tivesse, ele também está pagando, né? É ele que nos paga, né? São os nossos impostos que pagam. (Entrevista 3)

O serviço de saúde é mais relacionado à ideia de compra e venda, do que a um direito garantido em Constituição. O usuário, ao contribuir com impostos, tem assim a oferta de atendimento à saúde disponível para si. Esta percepção aproxima-se da política de saúde predominante no Brasil antes do advento do SUS, na qual o direito à assistência à saúde era garantido somente mediante contribuição previdenciária dos trabalhadores (PLAGIOSA; DAS ROS, 2008). Mesmo consistindo de uma releitura desta contribuição, na qual todos os brasileiros pagam pelo sistema, inclusive ela própria, a profissional não associa a saúde à sua condição de direito constitucional, a qual vincula o acesso aos serviços de saúde apenas ao atributo de cidadão. Embora numa atitude de negação, o excerto “[...] num é porque é do SUS que ele tem que ser atendido mal [...]” corrobora a ausência da compreensão de saúde como direito. Ao fazer essa afirmação, a profissional parece ter uma preconcepção acerca do sistema de saúde como assistência médica para pobres, ou mesmo, uma assistência à saúde gratuita, que nem por isso deve ser prestada com má qualidade.

Dessa forma, os aspectos observados confluem para a problematização feita por Paim (2008) quando categoriza o SUS em distintas modalidades. A alusão ao ‘SUS para pobre’ é depreendida da fala acima. A percepção do sistema vinculada à ideia de assistência médica gratuita para pobres associa-se a uma das concepções de SUS que circulam no senso comum. Nesta, o SUS é descreditado naquilo que se propõe a ser: um sistema de saúde democrático, de qualidade, com princípios que estão associados a ideais de justiça social, o ‘SUS democrático’. Esta concepção encontra ressonância tanto no ‘SUS real’, o qual é refém das políticas econômicas, as quais tornam o financiamento, entre outras coisas, um gargalo para a sua expansão com qualidade, como na veiculação do SUS pela mídia nacional, onde este, na maioria das vezes, é referido como um serviço de saúde lotado e desumanizado, sem condições de responder às necessidades de saúde do povo brasileiro.

As contradições existentes entre os distintos SUS concebidos pelo autor, sobretudo o ‘SUS formal’ e o ‘SUS real’, manifestam-se:

O SUS, ele é um sistema bonito, lindo, maravilhoso que precisa ser concretizado, porque a teoria é muito boa. Eu sempre tive trabalhos sociais na minha infância, na minha adolescência e eu estou me identificando com o trabalho no NASF enquanto trabalho social também, não apenas profissional, mas trabalho social.
(Entrevista 2)

A distância entre as proposições oficiais do SUS e a materialização destas no cotidiano de trabalho expressam-se no discurso, situação que parece impulsionar a nutricionista a constituir-se parte da construção desse sistema. Por outro lado, a fala remete à ideia de que a inserção da profissional no SUS está alinhada à aceção do trabalho social como caridade, alinhado à filantropia, e não a uma atuação como instrumento da luta em prol da afirmação do direito à saúde no cotidiano da ESF. Essa percepção é coerente com a concepção do SUS como uma política assistencialista, focalizada, destinada a segmentos sociais excluídos, remetendo ao ‘SUS para pobres’, distante do ideário de transformação social embutido no ‘SUS democrático’. Desse modo, a fala corrobora com Paim (2008), quando o autor assinala que o ‘SUS para pobres’ está presente no imaginário de diversos atores que constroem o sistema de saúde, inclusive dos trabalhadores.

Segundo o autor, essa concepção resulta, em parte, da influência exercida pelos organismos internacionais na condução das políticas sociais no Brasil. Nesse sentido, Porto (2005) defende que o Estado brasileiro tem se conformado, após a década de 90, predominante como um Estado assistencialista, caracterizado por uma contida intervenção estatal na provisão social, fundamentada em políticas de ajuste neoliberal. As políticas sociais nesse contexto tem se concentrado na inclusão de segmentos sociais em condições de

pobreza, resultando em um processo de precarização das políticas públicas, inclusive no setor saúde.

Portanto, os achados evidenciam que a prática profissional, ao invés de contrapor-se a essa lógica, aparenta estar alinhada a ela, reforçando e cristalizando iniquidades presentes no cotidiano do serviço. O caráter assistencialista é incoerente com a concepção de saúde como direito do cidadão, uma vez que coaduna com a visão de usuário como objeto das políticas públicas, e não como sujeito autônomo, capaz de participar ativamente na construção da própria vida. Assim, é preciso pôr em questão as concepções de SUS que perpassam nossas percepções a fim de discernir os interesses embutidos em cada uma destas e nos posicionarmos frente ao SUS que queremos construir.

O assistencialismo guarda coerência com uma atuação que objetiva e individualiza o usuário, aspectos observados na fala abaixo:

Que é a clínica ampliada, ver o indivíduo não só como um indivíduo que tem diabetes, mas um indivíduo que tem diabetes, que tem problema mental, que precisa se alimentar bem, é a verdadeira função do SUS, é essa clínica ampliada, ver o indivíduo como um todo.
(Entrevista 10)

Aqui, o objetivo principal do SUS é entendido como a realização de uma abordagem resultante da complementariedade dos saberes das várias categorias, uma compreensão minimizada da principal razão de ser do sistema. O SUS como um pacote de serviços voltados à doença e aspectos orgânicos dos indivíduos fica evidente, anunciando as lógicas que dão sentido à organização do processo de trabalho da profissional. Ademais, a visão de senso comum acerca da clínica ampliada revela uma apropriação acrítica e reducionista de ferramentas do processo de trabalho elencadas pela proposta NASF, percebida em vários momentos do estudo. Assim, a clínica ampliada, associada a intervenções focadas em uma relação sujeito-objeto, é contrária ao resgate da centralidade da perspectiva do usuário pretendida pelo princípio da integralidade (MATTOS, 2004) e às discussões de Cunha (2005) acerca desta forma de pensar a clínica realizada pelos profissionais.

Desse modo, a inquietação referente ao lugar dado pelas graduações de nutrição à discussão do SUS encontra ressonância, revelada por ausências e interpretações reducionistas acerca desse sistema. As concepções de SUS colocadas pelas profissionais, revelam o quão pouco está disseminada a discussão da política de saúde entre os trabalhadores que a operacionalizam, anunciando a parca aproximação com reflexões essenciais envolvidas na consolidação do sistema.

Camargo, Nakana e Cordoni Junior (2011) encontraram resultados semelhantes em um estudo com dentistas. Os autores relatam que grande parte dos profissionais sequer conhecia o ideário do SUS, possuindo concepções do sistema embasadas em experiências de senso comum, predominando a visão de ‘SUS para pobres’, referida por eles como o ‘não-SUS’ ou ‘anti-SUS’.

A legitimidade do SUS como um sistema simplista, voltado à assistência para pobres, associado ao assistencialismo, enfraquece a sua construção, uma vez que os trabalhadores da saúde constituem-se atores fundamentais no fomento ao exercício da cidadania pelos usuários do sistema, condição imprescindível à concretização do direito à saúde.

A formação do nutricionista coerente com as necessidades de saúde da população é um aspecto há tempos pautado nas discussões da categoria, mas, assim como relatado anteriormente, essas críticas não têm correspondido a mudanças significativas nos currículos dos profissionais. Entretanto, a incorporação dos nutricionistas no NASF deve, nos anos vindouros, impulsionar e movimentar as instituições formadoras a rever seus currículos, incorporando mais disciplinas voltadas ao SUS.

Mesmo que minoritariamente e sem aprofundamentos que permitam uma análise mais conclusiva, o direito à saúde pôde ser apreendido. Um discurso parece relacionar diretamente o acesso a bens e serviços de saúde à condição de direito.

[...] e eu acho que da saúde como um todo, porque a saúde é muito assim, você tem que estar de peito aberto para você brigar. Eu brigo por essa paciente, né o direito dela, então ela vai ter o direito dela. Se a pessoa tem direito a doses de vitamina A, então ela vai ter que fazer, ela vai ter que tomar, e vai ter que ter. O posto vai ter que ter. Essa briga a gente compra com todo mundo, às vezes é bom, às vezes é ruim [...]
(Entrevista 5)

A profissional assume-se sujeito que cumpre função de controle social sobre a execução de serviços no interior do sistema de saúde em favor do usuário. Nesta assunção, chama atenção a forma como se refere ao exercício de controle social, através de uma postura combativa aparentemente direcionada ao próprio sistema de saúde, às lacunas presentes no cotidiano dos serviços que impedem a materialização do direito à saúde, facetado do ‘SUS real’. Interessante observar que esta mesma ideia repete-se na fala de outra profissional, que, na ocasião de não ter uma boa ambiência para recepcionar o usuário, afirma:

Que precisa de atendimento urgente, então eu dou um jeitinho aí num cantinho e aí tem dado certo, né? Eu sei que não é o ideal, ideal era brigar, fazer confusão, mas aí o usuário perde, né? Porque aí fica por isso mesmo.
(Entrevista 3)

Uma vez que o verbete brigar no dicionário Aurélio está associado a palavras como discordar, lutar, disputar, combater e destoar, a utilização deste na fala das profissionais pode refletir a tensão estabelecida entre interesses contraditórios no interior do sistema de saúde. É possível também que esteja relacionada à forma como as profissionais percebem sua inserção neste, haja vista que as falas não se direcionam a uma busca de consenso, uma postura que, embora aguerrida, busque construir soluções juntamente com os gestores e outros profissionais de saúde, e sim, parecem colocar suas demandas em posição contrária como se também não fossem partes da construção deste sistema. Ademais, pode remeter ainda a uma visão de senso comum sobre o controle social proposto pelo SUS.

Coutinho (2006) afirma que o controle social surgiu na época da ditadura militar no Brasil. Neste período, a sociedade civil passou a figurar como sinônimo de tudo aquilo que se opunha à ditadura e o Estado confundido com o próprio regime ditatorial. Sendo assim, estabeleceu-se uma postura maniqueísta em relação a esta dicotomia, na qual tudo que provinha da sociedade civil era visto positivamente, e, em contraponto, tudo que advinha do Estado era visto como algo negativo. O autor defende que esta postura maniqueísta, embora depois de estabelecido o Estado de direito, serviu para demonizar tudo que advém do Estado e para formar uma visão acrítica acerca da sociedade civil como um ente despolitizado, falsamente desvinculado do Estado e do mercado.

Embora essa reflexão do autor não seja aqui tomada como totalizante e única, é sabido que o controle social instituído nas políticas públicas guarda relação com estas marcas impressas no seu nascimento. Relação essa que pode ser associada às falas das profissionais quando relatam suas posturas em prol da defesa dos interesses dos usuários, ou ainda quando afirmam serem estes não conscientes do poder de mudança que a mobilização social possui.

Outra coisa, a parte social também, o povo não entende que ele que tem o poder de mudança, né? Eles só fazem esculhambar com os médicos, os enfermeiros, os coordenadores, os outros profissionais, quando ele não sabem que eles é que tem o poder, eles detém o poder de mudança, mas eles não sabem, né? Então, isso é uma coisa que ainda precisa ser muito trabalhada, muito, porque eles não participam das reuniões de Conselhos de Saúde, de nada, o povo, os usuários, né?[...] Porque, cada um faz a sua parte, não vai ter ninguém que tenha poder pra mudar, então essa reivindicação tem que ser levada para o Conselho de Saúde, pro Conselho de Saúde levar pro Conselho Regional ir pro Conselho Municipal, e aí fazer a mudança né? Então, essa parte de controle social, ainda acho que deixa muito a desejar, mas aí depende também do usuário entender isso.

(Entrevista 3)

É interessante observar que a profissional, identificando a mesma postura combativa na população, consegue visualizar como canalizar a energia da indignação em

atitudes construtivas através da participação dos usuários em espaços institucionalizados no interior do sistema de saúde. Contudo, é notório seu posicionamento acerca do fomento à participação dos usuários no controle social, uma das atribuições do profissional inserido na ABS (BRASIL, 2011a). A profissional percebe o controle social como algo que eles devem fazer, realizado por eles e não com eles, destinando apenas ao usuário a responsabilidade por se perceber sujeito de direitos, culpabilizando-os da não participação na construção do sistema. Assim, desconsidera que essa diretriz, em uma sociedade na qual o clientelismo e paternalismo são naturalizados, precisa ser tensionada por meio de atuações profissionais engajadas no desenvolvimento de reflexões críticas acerca da questão entre os usuários.

Destarte, questiono aqui até que ponto os mesmos profissionais que prescrevem aos usuários receitas de como fazer, têm se enxergado parte da construção das mudanças que almejam para o sistema de saúde e se mobilizado nessa direção.

Assim, uma forma de enfraquecimento da consolidação do SUS exercida pelos profissionais que compõem a ESF emerge da fala de uma nutricionista. A mesma refere-se a outro tipo de SUS, o qual denomina ‘SUS de outra forma’ e ‘sistema corrupto’. Neste, parece haver acordos entre atores associados ao SUS em benefício de profissionais. No discurso, fica evidente que o sistema corrupto referido relaciona-se ao processo de trabalho que predomina em algumas UBS, caracterizado por uma fragilidade na assunção das responsabilidades sanitárias e na execução das obrigações trabalhistas pelos profissionais.

[...] às vezes a gente tem que tomar cuidado para não se corromper também. De não entrar no jogo, para não entrar no sistema, o sistema SUS. Tem o sistema SUS com saúde, tem o sistema SUS de outra forma. Não, mas aí o que eu vou falar agora já é algo mais interno. Uma coisa mais interna, assim porque às vezes o trabalho às vezes não acontece, sabe? Não acontece, é um pouco parado. Têm postos, outros não. Aí, tem muito uma questão política por trás, acordos e tudo e assim fica um pouco difícil. [...] No sistema de corrupção, num sistema corrupto, num sistema corrupto do próprio trabalho. Porque tem muitos profissionais que chegam ao posto e não fazem nada, de enrolação. [...] A gente tem frequência em um posto que a gente vai uma vez na semana assinar. Então, me diga Diana, se o profissional num é muito susceptível a enrolar? A dizer que vem e que não vem. Então, você tem que tomar cuidado porque é o seu nome que está em jogo.

(Entrevista 5)

No discurso fica evidente também que a incipiente definição do lugar do NASF na ESF e a angústia resultante dessa condição tornam o processo de trabalho dos profissionais mais susceptível a essa faceta do ‘SUS real’. Porém, essa situação definitivamente não exige os profissionais de assumirem uma postura de integração ao serviço e assunção das suas responsabilidades perante a sociedade brasileira.

Conforme discutido anteriormente, o processo de municipalização do sistema de saúde expôs ainda mais a gestão dos recursos humanos no SUS a interesses político-partidários e clientelistas presentes nos municípios. Desta feita, os achados evidenciam que a corrupção advinda do clientelismo político acompanha a ESF na mesma capilaridade que esta consegue alcançar, mediante formas refinadas, as quais ressoam diretamente na qualidade da assistência à saúde prestada pelos profissionais.

O serviço de saúde como palco de realização de interesses particulares, partidários e descompromissados com a consolidação do ‘SUS democrático’ configura-se como um dos entraves na legitimidade deste projeto frente à população brasileira. Ademais, o descrédito e a desacreditação gerados por esta situação, florescem a desesperança de profissionais e usuários na construção de outra forma de fazer o SUS acontecer. Assim, para que o SUS, no complexo contexto em que ele é operacionalizado, afirme-se como um projeto da sociedade brasileira em direção à garantia do direito à saúde, urge a necessidade de que profissionais e gestores envolvidos na materialização do sistema submetam suas condutas cotidianas aos valores embutidos no seu ideário. Caso contrário, os recursos humanos que dão vida ao SUS, os quais têm, entre suas funções, fomentar a participação comunitária, podem, ao contrário, contribuir para que este projeto nem mesmo seja gestado como um horizonte possível no imaginário do usuário.

Por fim, mesmo com a limitação advinda da formação básica, é preciso romper com a postura alheia aos pressupostos e princípios do SUS, pois, com as concepções acerca do sistema encontradas no estudo, estaremos caminhando rumo à construção de serviços de saúde que, ao invés de tensionarem a autonomia e o autocuidado visando a transformação da realidade dos usuários e do SUS, contribuem para perpetuar as iniquidades em saúde presentes na realidade de milhões de brasileiros.

- A ESF no contexto do SUS

Conforme discutido previamente, a ESF configurou-se como a estratégia brasileira prioritária de organização da ABS adotada pelo Ministério da Saúde. Assim sendo, não representa somente mais um serviço de saúde incorporado no interior do SUS, mas antes uma tentativa de reorientação do modelo assistencial, tendo como objetivo constituir-se ordenadora do cuidado em saúde nos itinerários percorridos pelos usuários dentro do sistema (BRASIL, 2011a). Portanto, as percepções dos nutricionistas acerca da ESF fornecem

subsídios para pensar como estes profissionais enxergam seu papel neste âmbito, aspecto que será abordado nesta parte do texto.

A ESF é referenciada pelos profissionais como uma estratégia prioritariamente voltada para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Os trechos abaixo ilustram esta perspectiva:

Eu acho que é na promoção e na prevenção. Na promoção da saúde e a prevenção de doenças, eu acho que é o principal foco, né? Claro que o tratamento também entra [...]

(Entrevista 1)

[...] a Estratégia de Saúde da Família hoje, ela está voltada para isso: prevenção, promoção para que as pessoas não adoeçam, né? Aqui tem um trabalho muito grande com as pessoas, a farmacêutica faz um trabalho muito interessante de fazer com que as pessoas tomem o remédio na hora certa, a gente trabalha alimento, remédio, para ver se a pessoa consegue não aumentar a dosagem dos remédios. Isso é trabalhar como falei prevenção, promoção da saúde, isso é a base da Estratégia de Saúde da Família.

(Entrevista 10)

De fato, a primazia da perspectiva preventiva no SUS foi já estabelecida na Constituição Cidadã, quando no artigo 198 foi elencado como uma de suas diretrizes o atendimento integral: “[...] constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...] II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais [...]” (BRASIL, 1988). Esta prioridade pode ser relacionada à concepção ampliada de saúde adotada pelo novo sistema de saúde, a qual tem como determinantes múltiplos fatores que transcendem à resolutividade alcançada em ações meramente baseadas em uma assistência curativista. Embora o sistema tenha como horizonte de seus serviços o atendimento integral ao usuário, entende-se também que, a incorporação dessa prioridade já no nascedouro do SUS, conformou-se como uma assertiva que fortalecia a contraposição ao modelo de atenção à saúde que prevalecia à época de sua construção.

Ademais, a opção em reestruturar o sistema de saúde através de uma estratégia de ABS, enfatiza a perspectiva de prevenção de doenças e promoção da saúde. Neste sentido, a ESF, como estratégia de reorganização dos serviços, para isso, propõe uma reorientação das práticas de saúde construídas pelos profissionais. Neste contexto, as ações baseadas na promoção da saúde e prevenção de doenças ganham relevância nas intervenções, uma vez que, potencialmente, conseguem alcançar dimensões mais abrangentes do processo saúde-doença (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Embora seja quase consenso entre as nutricionistas entrevistadas que a prioridade da ESF consiste em promover saúde e prevenir doenças, os discursos revelam que os dois termos são utilizados como sinônimos pelas profissionais. Ambos remetem à concepção de cuidado em saúde característica do modelo biomédico. Neste, o indivíduo é visto de uma maneira fragmentada, sendo os aspectos biológicos e fisiológicos relacionados ao processo saúde e doença e às técnicas disciplinares enfatizados nas abordagens.

Exemplo disso pode ser depreendido da fala exposta anteriormente. Ainda que a profissional refira-se a abordagem de diferentes disciplinas no cuidado com o usuário, é possível inferir um fatiamento do indivíduo em dimensões correspondentes aos objetos de intervenção de cada profissional, sendo as práticas realizadas pelos profissionais, na sua percepção, preponderantemente determinadas pela racionalidade científica. Ademais, a lógica de atenção à saúde produzida pela ESF, conformada no discurso da profissional, aventa a contradição existente entre a concepção de cuidado que predomina na formação dos nutricionistas e aquela proposta pela ESF.

A concepção de promoção da saúde como prevenção de doenças e agravos foi referida também por autores como Tesser *et. al* (2011), Ronzani e Silva (2008) e Santos (2012) em seus achados.

Westphal (2009), resumindo a ideia de diversos autores, afirma que a promoção da saúde é vista a partir de três perspectivas principais: biomédica, comportamental e socioambiental, as quais consideram como determinantes da saúde, respectivamente: “as condições biológicas e fisiológicas”; determinantes biológicos e comportamentais, com ênfase em estilos de vida não saudáveis; “condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconômicas, culturais, políticas e ambientais” (2009, p. 646). Desta feita, a promoção da saúde referida anteriormente se afeiçoa às conceituações que a consideram uma abordagem voltada para a mudança de estilos de vida, enfocada nas dimensões biológicas e fisiológicas do adoecer.

Assim, uma vez que a ESF propõe-se a: ampliar o horizonte de intervenção profissional para contextos mais abrangentes, contextualizando a vida do usuário em família e comunidade; a ser coordenadora e ordenadora do cuidado dentro do sistema, estimulando a autonomia do indivíduo frente à sua vida; a constituir-se principal acolhedora das demandas dos usuários construindo vínculos entre estes e profissionais (BRASIL, 2011a), pondero que considerar a “base” da ESF a atenção à saúde voltada a aspectos orgânicos dos indivíduos é uma perspectiva reducionista e desavisada desta estratégia.

O discurso abaixo reitera a ideia de que a ESF assume majoritariamente a função de prevenir doenças no interior do sistema de saúde, apesar de revelar uma dissonância entre o que a estratégia propõe e o que é demandado pela população.

[...] a Estratégia da Saúde da Família, eu vejo como uma atenção primária mesmo, uma porta de entrada em algum problema que a população tenha. Mas assim, no papel, ela fala muita da questão da prevenção, mas a gente vê que as pessoas procuram quando já querem um tratamento, né, infelizmente é assim. Mas a atenção primária, ela é voltada não só para o tratamento, como para prevenção também. A prevenção de doenças de uma forma em geral, principalmente as crônicas, né?
(Entrevista 8)

Ademais, revela um estreitamento ainda maior do papel prioritário da ESF em comparação ao referido por outros profissionais, já que este é relacionado à prevenção de doenças crônicas. Esta percepção pode ser associada a características do perfil epidemiológico brasileiro, no qual as doenças crônicas correspondem a maior parte dos índices de morbidade e mortalidade existentes atualmente, repercutindo assim no serviço de saúde conformado pela ESF. Este aspecto da fala pode ainda ser relacionado às demandas de assistência requeridas das nutricionistas na ESF, situação esta que não se desvincula das características expostas na frase anterior. Conforme pode ser consultado no tópico Atividades Realizadas, ficou evidente que o atendimento individual, objetivando controle metabólico de doenças crônicas e de peso corporal, configura-se como uma das atividades mais demandadas pela equipe de SF às nutricionistas do NASF de Fortaleza. Assim, a percepção da profissional sobre a função da ESF pode estar imbricada com as experiências vivenciadas por ela no cotidiano do trabalho.

Ao mesmo tempo em que traz um novo elemento, o qual colabora para alargar o sentido da ESF relatado anteriormente pelas profissionais, já que a considera porta de entrada do sistema de saúde, a nutricionista, continuando seu raciocínio, revela uma ideia restritiva acerca das atividades que devem compor o rol de serviços de atenção à saúde prestados pela ESF.

Que é a diabetes, a hipertensão, então ela funciona mais ou menos isso. Trabalha com a prevenção, e o tratamento não em longo prazo, né, uma coisa assim mais rápida. E se for tratamento em longo prazo já é atenção secundária, os hospitais e tudo. Mas trabalha bastante com a prevenção. E eu vejo que hoje não, as pessoas estão procurando mais porque tem algum problema que não é para ter, né?
(Entrevista 8)

Para a profissional, a atenção longitudinal à saúde, realizada pela estratégia, está relacionada apenas à prevenção das doenças e não também ao tratamento, já que o tratamento em longo prazo é referido como função da assistência especializada ou hospitalar. O entendimento da profissional remete à concepção de APS seletiva, um pacote restrito de

serviços, e não como uma estratégia voltada à ordenação do cuidado no SUS. Tal percepção é contrária a um dos pressupostos basilares da ESF, qual seja a sua responsabilidade pelo cuidado longitudinal do usuário no SUS. Remete também a uma perspectiva antagônica a princípios como vínculo, responsabilização e integralidade da atenção (BRASIL, 2011a), fundamentais à estruturação do cuidado idealizado pela ABS.

Tendo em vista que o objetivo principal da ESF é a produção do cuidado integral ao usuário em longo prazo, a nutricionista fatia este cuidado ao reduzir o papel da ESF a uma de suas abordagens possíveis que é a prevenção de doenças, desconsiderando que as ações é que devem estar a serviço do objetivo fim e não este que tem se cristalizar em perspectivas limitantes da promoção da vida.

Nesse sentido, Mattos (2004), refletindo sobre os sentidos da integralidade nas práticas de atenção à saúde desenvolvidas no SUS, defende que o quê deve determinar as características e tipo de ações realizadas pelos profissionais deve ser sempre o contexto do usuário. Dessa forma, a visão desarticulada e estanque entre ações de prevenção e tratamento é desfavorável a iniciativas de construção de linhas de cuidado no âmbito da ESF, remetendo à ideia de que esta estratégia propõe-se a cuidar apenas de usuários sadios.

Outra questão que pode ser levantada é a visível contradição estabelecida na fala da profissional, uma vez que, ao mesmo tempo em que coloca em evidência o papel da ESF no enfrentamento da prevalência de doenças crônicas, descredita sua função relevante no acompanhamento do curso destas enfermidades. Todavia, os demais discursos relativos à ESF não permitem aprofundar como a categoria pensa essas questões.

Apesar de relatada a partir de outra perspectiva, a mesma dissonância, apontada anteriormente entre a proposta da ESF concebida pelas nutricionistas do estudo e o que consegue ser materializado no cotidiano do serviço, é referida.

A Estratégia Saúde da Família tem um objetivo lindo, né? A gente pegando a portaria deles, da estratégia, lendo é maravilhoso, mas não funciona. [...] Tem por objetivo a prevenção e a promoção também como o NASF tem, mas eles não realizam. A equipe de saúde da família, pelo menos nos postos nos quais eu estou, nos três, mais em uns do que no outro, está muito ligada à questão do atendimento mesmo. Da cura da doença, né, pouco a gente vê as enfermeiras e nunca a gente vê médico realizando atividade de prevenção e promoção.
(Entrevista 9)

Interessante observar que o discurso acima se refere a uma relação que parece ser caracterizada como 'nós' (NASF) e 'eles' (equipe de SF), como se não houvesse aí estabelecida uma identidade comum dos profissionais da ABS referenciada pela PNAB (BRASIL, 2011a). Esta questão será mais bem abordada no tópico seguinte.

Apesar de compartilharem uma visão restrita acerca do papel da ESF, algumas nutricionistas consideram que mesmo esta estratégia não consegue ser operacionalizada pelos profissionais da equipe de SF, prevalecendo ainda um estágio em que o modelo de saúde com enfoque curativista predomina nas práticas de saúde realizadas pelos profissionais. Assim, de que forma as profissionais percebem estas questões no próprio processo de trabalho é um questionamento que fica em aberto, quem sabe respondido ao final deste estudo.

Finalmente, ainda que não tão prevalentes como a ideia de prevenção de doenças, outras concepções acerca da ESF podem ainda ser observadas entre os profissionais.

Os médicos, eles atendem no posto, eles atendem. Fazem visita domiciliar, atendem em grupos fora do posto, aí tem estudo de caso clínico, né? Então, realmente acontece, eu costumo dizer que aqui realmente acontece. Porque a Estratégia da Saúde da Família é exatamente isso. Num é o médico estar o tempo todo numa sala dentro do posto atendendo, não. É um contexto em geral. A saúde pública, quando diz saúde pública, é ver a pessoa no geral, saúde, a questão social, educação, lazer, tudo, né? Então, aqui, nós temos essa percepção, assim, tentamos fazer.
(Entrevista 5)

O PSF ele tem na sua origem uma questão assim muito de ir para a população, sair da unidade, não ficar na unidade.
(Entrevista 2)

O primeiro trecho contrapõe o discurso referido anteriormente e afirma que a equipe de SF consegue materializar a função a que se propõe, relacionando-a a múltiplas atividades que necessitam ser realizadas neste âmbito, as quais transcendem o foco da realização do atendimento individual referida por outros profissionais. Associa ainda a estratégia a um contexto geral, no qual existem múltiplos determinantes do processo saúde e doença. Há ainda, nas falas, a ideia de que o antigo Programa Saúde da Família (PSF) foi pensado para estar mais perto da população, realizando suas atividades também fora dos muros das unidades, remetendo a questões de ampliação do acesso à assistência propiciado pela ESF.

Analisando os discursos, é possível inferir ainda que há uma confusão pragmático-conceitual, estabelecida entre sujeitos de abordagem/intervenções realizadas com as diferentes perspectivas de abordar os determinantes de saúde, tais como prevenção de doenças, promoção da saúde, dentre outras.

Para algumas profissionais, a intervenção realizada em nível individual no ambulatório se configura, aparentemente, como uma perspectiva curativista, já a intervenção em nível coletivo é considerada como promoção da saúde e prevenção de doenças. Este entendimento desconsidera que as múltiplas perspectivas de conceber o enfoque a ser dado na assistência à saúde, interpenetram-se nas diversas ações dos profissionais, influenciadas pelas

concepções de saúde e doença que embasam suas práticas, bem como as necessidades apresentadas pelos usuários.

Desta feita, diante da obscuridade estabelecida nos discursos dos nutricionistas acerca da promoção da saúde e prevenção de doenças, cabe aqui resgatar como a promoção da saúde é entendida nas publicações referentes ao processo de trabalho do NASF:

[...] não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar as condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que os modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. [...] Para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Ações que ocorrerão tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade (BRASIL, 2009, p.19).

Ademais, o discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde enfatiza a necessidade da realização de ações extramuros pelos profissionais de saúde, buscando assim incidir, além nos efeitos do adoecer, nos modos de vida das pessoas e coletividades, contextualizando as atividades aos determinantes e condicionantes do processo saúde e doença presentes nos territórios nos quais vivem (BRASIL, 2006a). Assim, no caso em questão, a recomendação da realização de ações extramuros junto a coletividades é confundida com promoção da saúde, como se estas ações se tornassem assépticas à execução de um cuidado em saúde reduzido a uma perspectiva biomédica.

Mesmo que as profissionais tangenciem dimensões presentes na afirmação anterior quando de sua prática, os discursos não relacionam a promoção da saúde a esta compreensão. Desse modo, é possível inferir que, para a maioria das nutricionistas entrevistadas, o papel majoritário da ESF constitui-se na prevenção de doenças realizada por meio de ações educativas em nível coletivo.

Portanto, as concepções das profissionais acerca da ESF guardam coerência com a proposta de APS seletiva, baseada em um ideal de Saúde Comunitária como um pacote de serviços de baixo custo destinado a populações pauperizadas, acepção que desqualifica toda uma luta e conquista histórica do povo brasileiro em prol do direito à saúde, ferindo os preceitos do SUS e pressupostos da ESF.

O não reconhecimento dos direitos dos cidadãos em torno da assistência à saúde, conforme pode ser depreendido no tópico O Sistema Único de Saúde, limita a percepção das profissionais acerca do contexto do surgimento da ESF no Brasil. Desta feita, a estratégia é

concebida como mais um serviço de saúde designado a responder a uma parte da atenção à saúde pensada a partir de uma perspectiva reducionista de saúde e fragmentada de homem.

Essa visão negligencia dimensões essenciais envolvidas na construção da ESF como uma estratégia que se propõe protagonista na reestruturação do sistema de saúde pós-advento do SUS, e no alargamento da concepção de saúde que o embasa. A ausência de menção ao território como um espaço fundamental a ser explorado pelos profissionais da ESF, permitindo uma visão contextualizada das questões sanitárias presentes nas comunidades, possibilitando alinhar as intervenções ao diálogo com as singularidades do lugar, com os aspectos culturais presentes nas comunidades e com os condicionantes e determinantes da saúde da população adscrita ressoa no modo como as profissionais conduzem o cuidado alimentar e nutricional.

As percepções sobre o SUS e a ESF, bem como lacunas sentidas durante a leitura dos discursos, evidenciam que as nutricionistas não conhecem plenamente as propostas nas quais se inserem, visto a ausência de referência a pressupostos, princípios e discussões fundamentais à compreensão destas. Elementos estes que, em si, poderiam constituir-se potenciais indutores de uma postura reflexiva acerca do seu papel na materialização do ‘SUS democrático’, um imperativo ético para os profissionais que constroem a ESF.

Destarte, à medida que desenham seu fazer possível na ABS, os nexos constituídos entre a proposta da ESF concebida pelas nutricionistas e suas práticas, ressoam na qualidade da atenção à saúde prestada ao usuário.

Os achados remetem à fragilidade da formação política do nutricionista, problematizada no contexto do estudo, bem como à baixa concentração das disciplinas voltadas ao SUS e à ESF nos currículos, identificada por Recine *et al.* (2012), apontando assim o longo caminho a ser percorrido pela categoria em busca de constituir-se protagonista na construção do SUS democrático.

- NASF E ESF: interfaces percebidas

[...] nós somos um apoio para eles e às vezes [...] a gente não é nem um apoio. (Entrevista 5)

A percepção da ESF como um serviço de saúde voltado prioritariamente à prevenção de doenças e pretensa promoção da saúde, largamente presente entre os entrevistados, ressoa nos discursos referentes ao NASF. Em consonância com este achado, os nutricionistas revelam ser este também a principal atribuição do NASF.

A proposta do NASF é prevenção e promoção à saúde [...]. Então, o papel realmente de todos os profissionais, e não só do nutricionista, mais é prevenir. Prevenir e orientar quem já está com aquela doença crônica. Mas é a questão mais da prevenção [...]
(Entrevista 5)

O trabalho de prevenir, de promover saúde, né? [...] De prevenção, que é pra exatamente a saúde pública não estar tão doente. Isso é um trabalho de todo NASF, toda categoria que trabalha.
(Entrevista 6)

O objetivo do NASF é evitar aquela doença, o agravamento da doença e a prevenção dos que não tem, está entendendo? Então, o que eu acho que o link maior é a prevenção, que eu identifico.
(Entrevista 7)

[...] no meu ponto de vista, é mais pra trabalhar prevenção e promoção da saúde [...] tenta fazer orientações para que a pessoa possa ser orientada e prevenir a doença [referindo-se ao NASF].
(Entrevista 2)

Os trechos revelam que algumas ideias referentes ao papel da ESF repetem-se quando os profissionais conjecturam sobre o lugar do NASF na assistência à saúde da população. Ilustrativamente, reitera-se a utilização dos termos prevenção de doenças e promoção da saúde como sinônimos, bem como a referência ao destaque que as doenças crônicas adquirem na atenção à saúde realizada no âmbito da ABS. Ademais, acrescentam que, para além da prevenção de doenças, o NASF propõe-se também a evitar, através de orientações, as complicações ou agravamentos derivados das enfermidades.

Um único discurso destoa do restante quanto à função principal do NASF.

[...] melhorar a qualidade de vida que é esse o nosso objetivo. O NASF veio pra ajudar a melhorar a qualidade de vida do usuário, né? Mas assim é um trabalho de formiguinha ainda está muito recente.
(Entrevista 3)

O discurso parece alcançar uma compreensão mais alargada acerca do papel do NASF na ESF, introduzindo a ideia de qualidade de vida e não apenas de prevenir doenças. Analisar de que forma o nutricionista do NASF estará atuando nesta direção, teremos subsídios para isto no tópico seguinte O Nutricionista na ESF.

Quanto às atividades, as profissionais percebem ser de responsabilidade do NASF, sobretudo, ações educativas visando à prevenção de doenças e agravos. Embora, algumas concluam que não conseguem trabalhar majoritariamente nesta perspectiva.

[...] é mais pra trabalhar prevenção e promoção da saúde, a gente vai a escolas, em grupos, tenta fazer orientações para que a pessoa possa ser orientada e prevenir a doença.

(Entrevista 2)

O carro-chefe daqui é atendimento, nem só da minha parte não. Mas a parte dos outros profissionais também. Mas eu queria muito mais fazer o que o NASF prega que é a promoção da saúde que é justamente estar prevenindo, né? E, dando palestras, né?

(Entrevista 4)

O maior objetivo do NASF realmente não é atendimento, são atividades educativas de prevenção e promoção, né?

(Entrevista 9)

[...] Tentando melhorar o acompanhamento de alguns grupos, a gente dá muita prioridade para os grupos.

(Entrevista 1)

Porque o NASF é prevenção e promoção né? A gente não pode ficar o tempo todo na sala fazendo atendimento.

(Entrevista 5)

Esses achados permitem inferir que o NASF, assim como a ESF, é percebido por grande parte das profissionais como uma proposta que intenta prevenir doenças e suas complicações, mormente, através de atividades educativas em nível coletivo. Assim, sem desconsiderar a potência destas atividades na indução de reflexões sobre os “modos de andar a vida” (CANGUILHEN, 1990) presentes nos coletivos, os quais interfaceiam e impactam nos modos individuais, esta percepção representa uma visão abreviada da finalidade da proposta oficial do NASF.

A ideia de o sujeito da abordagem do NASF ser preferencialmente um agrupamento de usuários ganha reforço nos discursos abaixo:

[...] o objetivo do NASF é realmente o coletivo, né? Fazer a diferença com o coletivo, porque você abrange muito mais gente. É muito mais fácil você trabalhar assim. E aí, dá mais trabalho!

(Entrevista 3)

Fazer uma educação em saúde mesmo. É palestra, é sala de espera, grupos, o atendimento em último caso [...].

(Entrevista 8)

Tal percepção pode ser associada tanto às concepções do grupo acerca de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme relato anterior, quanto a interpretações das recomendações referentes à organização do processo de trabalho dos profissionais do NASF, expressas no CAB-NASF. Neste documento, a orientação referente ao atendimento individual realizado pelo nutricionista na ESF é enfática, afirmando não ser esta atividade prioritária na atuação do profissional, ao contrário, devendo ser realizada apenas “em situações extremamente necessárias” (BRASIL, 2009a, p. 8).

A ênfase em atividades realizadas em âmbito coletivo, percebida pelos profissionais do NASF como prioritária na sua atuação, resultaria de uma interpretação deles, ou mesmo dos outros profissionais e/ou gestores, de que, não sendo o atendimento individual prioridade do NASF, restaria como primazia, dentro do repertório de atividades concebidas por estes, e já amplamente disseminado na ESF, as ações direcionadas a agrupamentos de usuários?

O trecho que versa sobre essa recomendação na publicação CAB-NASF, a meu ver, pretende realçar outras questões, quais sejam: potencializar o contato permanente com a equipe, já que a prioridade é fazer intervenções individuais em parceria com esta; evitar que o NASF se transforme somente em um serviço de atendimento ambulatorial individual, recepcionando casos encaminhados pela equipe. Esta última situação poderia ser favorecida pela herança dos sistemas de saúde fragmentados em especializações, divididos em níveis hierárquicos de referência e contra referência, bem como pela formação da maioria dos profissionais de saúde.

A leitura do CAB-NASF permite depreender que a dimensão assistencial do apoio matricial realizado pelo NASF deve ser majoritariamente realizada em conjunto com a equipe de SF. Assim, tendo em vista que a dimensão de suporte técnico-pedagógico já é prevista para ser operacionalizada junto à equipe de SF, é possível concluir que a prioridade do NASF na ESF constitui-se no desenvolvimento de ações em parceria com a equipe, sejam estas realizadas em âmbito individual ou coletivo. Talvez esta prioridade fundamente-se na potencialização da realização das duas dimensões do apoio matricial durante as atividades desenvolvidas, possibilitando, ao mesmo tempo, realização da assistência ao usuário e troca de saberes entre profissionais do NASF e equipe de SF.

Deste modo, para além das atividades educativas em nível coletivo voltadas a prevenir doenças e agravos em usuários, o NASF tem como núcleo central do seu fazer, constituir-se em retaguarda especializada à equipe de SF. Assim, o traço fundamentalmente diferenciador do trabalho do NASF é que este teria, além do usuário, a equipe de SF como foco de intervenção. Torna-se relevante o fato de que este aspecto, previsto nos documentos oficiais, não é claramente mencionado nos discursos que versam sobre o lugar do NASF.

Assim, cabe retomar aqui, a discussão germinada no tópico anterior, sobre a relação estabelecida entre os objetivos da ESF e do NASF no discurso de uma profissional.

A Estratégia Saúde da Família tem um objetivo lindo. A gente pegando a portaria deles, da estratégia, lendo é maravilhoso, mas não funciona. [...] Tem por objetivo a prevenção e a promoção também como o NASF tem, mas eles não realizam, né. [...] (Entrevista 9)

[...] então, é um objetivo que, se tivesse sido desenvolvido, nosso trabalho seria também muito melhor né, porque os dois objetivos se casam bem, né? A gente colocando as duas portarias lado a lado, os dois objetivos se casam, na questão da promoção, da prevenção, né? A gente também atende, a gente tem a questão do atendimento, pouco diferenciado, mas tem.

(Entrevista 9)

As falas revelam uma aparente relação entre NASF e ESF caracterizada por ‘nós’ e ‘eles’. A utilização destes pronomes, no contexto do discurso, remete antes a ideia de um ajuntamento de pessoas que partilham um mesmo ambiente de trabalho, do que a conformação, ainda que incipiente, de uma equipe de profissionais que compartilham responsabilidades e objetivos.

É possível inferir que a profissional não percebe, ao menos explicitamente, o compartilhamento dos objetivos da ESF entre NASF e equipe de SF, uma vez que, se refere à portaria que regulamenta a organização da ESF, como um documento “deles”. Apesar de utilizar a palavra “casam”, a convergência entre os objetivos das duas portarias, parece ser apreendida somente no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo ausente a menção a outros aspectos. Interessante notar que, nem mesmo o SUS, é citado no discurso como mote de congruência entre a equipe de SF e do NASF.

Neste ponto, uma questão emerge: como mover-se em direção à construção de algo que nem mesmo parece estar concebido como horizonte?

Algumas outras nuances desta discussão iriam se revelar no decorrer do trabalho de campo. As críticas direcionadas à equipe de SF, por algumas nutricionistas, sobre a não coerência entre o processo de trabalho e a proposta da ESF idealizada por estas, parecem vir em sentido contrário de uma forma ainda mais assertiva:

Eu recebi uma crítica de uma médica que disse assim: “olha, o NASF, ele não faz nada porque não tem espaço”. Tem essa crítica de que nada se faz. O que é o NASF? Nada se faz. O PSF, pouco se faz. Uma coisa assim, a brincadeira que se faz com a sigla.

(Entrevista 2)

As pessoas têm um conceito de que o NASF não faz nada. Mas assim, é algo que pelo menos a gente luta contra isso, porque não é assim, existe, em todo canto Diana, existe profissional que faz e que não faz. Em todo canto tem isso, até em uma empresa particular tem.

(Entrevista 5)

As falas ilustram um julgamento presente também nos bastidores das entrevistas. Algumas nutricionistas, em conversas informais durante a observação de campo, afirmaram ser esta crítica, não raro, direcionada ao NASF pelos trabalhadores da ESF.

Na ocasião de uma visita de campo, uma nutricionista expressava angústia e indignação. No dia anterior, em uma reunião com representantes do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), uma equipe de SF e o NASF correspondente, os profissionais do NASF haviam se sentido constrangidos. No encontro, os responsáveis pelo PROESF relataram críticas direcionadas ao trabalho do NASF provenientes de outra equipe de SF, na qual este está também vinculado. As críticas, sumariamente, giravam em torno do ‘nada fazer’ do NASF.

Assim, as profissionais, buscando explicações que fundamentem esta percepção advinda da equipe de SF, proferem, mais uma vez, julgamentos acerca do trabalho instituído por esta.

Quando eu digo que o NASF é um espelho da unidade de saúde, porque quando o NASF não faz nada, a equipe também não faz.
(Entrevista 5)

Em cada posto de saúde, o mesmo NASF tem três caras diferentes, mas por quê? Porque as equipes funcionam em cada posto diferente né.
(Entrevista 9)

[...] Se a equipe de saúde não trabalha, né? O NASF não acontece [...] Eu penso que: veja como é que está o NASF. Veja como está uma equipe de saúde pelo NASF, está entendendo?
(Entrevista 5)

Mesmo sem desconsiderar a influência da organização do trabalho da equipe de SF na dinâmica de trabalho do NASF, já que a proposta é funcionar como apoio desta, é possível apreender nos discursos uma ideia estanque de causa e efeito, na qual o não fazer do NASF estaria justificado pelo não fazer da equipe de SF. Este aspecto, além de ser reducionista, pode estar relacionado à concepção de apoio que perpassa o imaginário dos profissionais do NASF, discussão empreendida em seguida, ainda neste tópico.

No contexto do estudo, outra questão que emerge das falas poderia ser associada à crítica que recai sobre o NASF. Trata-se das expectativas da equipe de SF quando da chegada do NASF às unidades de saúde. Grande parte das nutricionistas relatou que a equipe esperava dos novos profissionais a realização maciça de atendimento individual aos usuários, idealização que, não se materializando totalmente, pode ter contribuído para a construção dessa percepção. A fala abaixo ilustra esta questão:

O problema é que quando nós chegamos, eram outros profissionais que vieram, o olhar deles era o quê? Vem um monte de profissional novo fazer atendimento. No dia que isso for capaz de ser só atendimento, você pode ter certeza, eles vão levantar as mãos pros céus e agradecer a Deus. (Entrevista 3)

Ademais, esta discussão remete também aos momentos de observação de campo, nos quais, algumas vezes, podia ser observada certa ociosidade de membros do NASF. Na ocasião da realização de, pelo menos, metade das visitas de campo, alguns profissionais permaneciam na sala, na qual a conversa com a nutricionista ocorria, folheando revistas, livros ou conversando amenidades entre si, e algumas vezes, aproveitavam o momento para discutir algum aspecto do trabalho. A mim, parecia que aquele lugar fechado, entre pares e quatro paredes, era o mais cômodo dentro daquele aparente incômodo de nada fazer.

A partir destas reflexões, é possível depreender que a conformação de modos ideais de realização de trabalho, no imaginário dos profissionais inseridos na ESF, perpassa a construção desta relação. Por um lado, a equipe de SF idealiza/idealizava uma forma de trabalho para as categorias do NASF baseada em atendimentos individuais, resquício de um modelo de saúde hegemônico (?), cujo enfoque prioritário reside na cura das doenças. Por outro, a equipe do NASF idealiza/idealizava um processo de trabalho para equipe de SF, bem como para si, focado majoritariamente na realização de atividades coletivas de prevenção de doenças, fruto de uma percepção da ESF como um projeto preventivista⁶ de promoção da saúde concebida pela perspectiva comportamental⁷ (?), no qual a mudança de hábitos não saudáveis é o foco principal. Estas idealizações convivem ainda com a proposta de organização do processo de trabalho destas duas equipes, elaborada pelas publicações oficiais do Ministério da Saúde.

Não sendo intuito conceber estas expectativas como únicas e absolutas, nem tampouco assegurar seus caracteres hegemônicos entre os atores inseridos na ABS, considero que o encontro dessas perspectivas no interior da ESF parece gerar mal entendidos e julgamentos maniqueístas acerca de fenômenos complexos como a construção dos modos possíveis de se construírem profissionais da ESF.

A simplificação deste fenômeno, em não fazer e fazer, pode desviar a atenção do necessário contato com as próprias limitações, com os não saberes e com a reflexão acerca dos verdadeiros fatores limitantes e favorecedores desta construção, bem como sobre as potencialidades que se apresentam no itinerário profissional na ESF. Alternando a crítica,

⁶ A ESF configurar-se-ia como um projeto estatal voltado centralmente à questão de prevenção de doenças e suas complicações, enfatizando como núcleo central de atuação dos profissionais atividades de educação em saúde, comprometida com mudança de comportamentos individuais (AROUCA, 1975; SANTOS *ET AL.*, 2010).

⁷ Segundo Westphal (2009), a promoção da saúde, concebida por tal perspectiva, enfatiza os determinantes biológicos e comportamentais da saúde, com vistas a minorar a adoção de estilos de vida não saudáveis, percebendo a saúde como bem-estar físico e mental, visando potencializar as capacidades físico-funcionais do indivíduo.

enxergando no outro aquele que não faz, parecem furtar-se de assumir a própria crise, possivelmente disparadora de quebra de certezas, as quais tanto servem à cristalização de modelos de saúde hegemônicos no interior da ESF.

Não se trata apenas de negar o que o movimento do outro produz, ou julgá-lo como certo ou errado, mas antes fazer dialogar estas perspectivas e expectativas aparentemente contrárias e supostamente distantes daquelas que embasam as propostas da ESF. Para que assim, no encontro destes antagonismos, organizem-se modos possíveis de estar na ESF, agora mais compartilhados, anunciadamente coproduzidos e, quem sabe, pactuados entre os diversos atores envolvidos. Afinal, como dizem Morin e Le Moigne, é preciso “[...] unir as noções antagônicas para pensar os processos organizadores, produtivos e criadores no mundo complexo da vida e da história humana.” (2000, p. 204).

Ademais, desprestigiando fatores fundamentais como o problema da formação profissional, bem como outros aspectos embutidos na própria constituição e construção do SUS, os profissionais podem, ao reproduzirem esta crítica, estar também desconsiderando que:

Por uma falta de entendimento sistêmico do SUS, muitas cobranças e grande parcela de responsabilização recaem sobre os trabalhadores, que, em muitos momentos, estão cerceados em suas práticas por dificuldades administrativas, de recursos humanos, infraestrutura e de uma rede de cuidados.” (SEVERO; SEMINOTTI, 2007, p.72)

Embora concebendo que estas questões não cerceiam totalmente a reinvenção de si como profissional no fazer o ‘SUS diário’ acontecer, não se pode negar a repercussão de elementos enunciados na citação na construção das relações entre os profissionais no interior do serviço de saúde. A exemplo, decisões verticais assumidas pelos gestores municipais.

Além da já comentada forma de seleção dos profissionais do NASF, os discursos abaixo trazem um elemento interessante para alargar o sentido da discussão empreendida nesta parte do texto.

Eu acho que foi pela maneira de como o NASF chegou nas unidades. Como foi colocado [...] Para mim, o certo seria que houvesse uma reunião com cada coordenador, médico e enfermeiro, cada equipe. Dizer o que era o NASF, para quê que o NASF veio, todas as características do NASF, para, aí, os profissionais chegarem e atuar. Eu acho que o que aconteceu foi o contrário, o NASF chegou e aí a gente, até hoje, a gente fala o que é o NASF. Olha, tem muita gente com dúvida ainda: qual é a função do NASF? Eu já estou há um ano aqui, eu já estou com um ano, ontem mesmo eu falei a mesma coisa. Nós tivemos uma reunião ontem com o PROESF, o projeto que começou agora, mas eles chegam, começam a trabalhar num posto desse, mas num sabem nem o que é o NASF.
(Entrevista 5)

Então, o nosso, nós caímos de pára-quedas, então não houve assim uma preparação eu acho assim pela equipe da saúde da família nos receber.
(Entrevista 6)

No início, na implantação foi muito complicado, porque muita gente não sabia, né? A gente caiu de paraquedas, assim, foi meio de goela a baixo. Teve uma semana para conhecer os programas, e a gente teve de ir aos trancos e barrancos conquistando espaço.
(Entrevista 3)

De fato, a proposta oficial prevê que, a inserção do NASF na ESF, envolva as equipes de SF, bem como representantes dos usuários, desde o momento da construção do projeto de implementação do NASF. Assim, dá ênfase ao cuidado necessário que deve existir para que a chegada do NASF na unidade não seja um aspecto propiciador de maus entendidos. Além de quê, prevê que a estruturação de seu processo de trabalho seja pensada entre gestores, equipe de SF e NASF, definindo em conjunto metas, objetivos, enfoques prioritários, dentre outros aspectos (BRASIL, 2009a).

Entretanto, ao que parece, na realidade do grupo investigado, a implantação do NASF não aconteceu de forma a facilitar a construção de relações mais empáticas entre os profissionais. Considero este aspecto particularmente relevante, já que o NASF, concebido para apoiar a equipe de SF, pensado para organizar um processo de trabalho diferenciado no qual a atitude de compartilhar (saberes, práticas, responsabilidades, cuidado) é central, parece não ter encontrado, logo no início da sua inserção, uma equipe de SF sensibilizada a este suposto apoio. Herdando assim, a tarefa hercúlea de fazer-se entender e afirmar-se como apoio no interior do intrincado contexto de sua inserção. Colocando talvez os profissionais numa verdadeira *via crucis* de legitimação dentro da ESF.

A despeito de todo esse cenário, é interessante notar que apenas uma profissional refere-se diretamente a buscas teóricas mais insistentes, capazes de lançar luzes sobre a problemática que perpassa a construção dos fazeres da categoria na ESF. Ademais, enfatiza a ausência dessa busca em alguns colegas.

Provocaram a mim e eu fiz um esboço do protocolo da atuação no NASF, do nutricionista no NASF, eu fiz, talvez seja a minha dissertação do mestrado.
(Entrevista 2)

Então, a gente às vezes não fica nem na teoria, não lê, não se capacita na teoria e quando vai para prática faz o que a prática quer, faz o que a demanda quer, isso também é errado. A gente tenta fazer da prática aquilo que a teoria pede, tenta fazer um casamento dos dois, tenta fazer isso.
(Entrevista 2)

Desse modo, e conforme anunciado anteriormente, várias concepções da palavra apoio, inserida na nomenclatura NASF, perpassam os discursos analisados. Assim, cabe fazer uma breve digressão acerca do que esta palavra pretende significar na proposta NASF.

Segundo Brasil (2009a, p.11), “O correto entendimento da expressão ‘apoio’, que é central na proposta dos NASF, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada ‘apoio matricial’”.

A tecnologia apoio matricial pretende contribuir na superação da fragmentação da atenção à saúde através da constituição de uma retaguarda especializada, já discutida anteriormente. Para isso, intenta estabelecer um modo característico de relacionamento entre equipe de SF e NASF. Neste, a organização do trabalho em saúde, eminentemente interdisciplinar, valoriza as relações horizontais entre especialistas e equipe de SF. O emprego da palavra matriz deriva desta ideia de horizontalidade, em contraposição à hierarquia e rigidez predominante na relação entre os serviços de saúde. A palavra apoio complementa a expressão somando a proposição de que essas relações horizontais construam-se de uma forma dialógica, através do estabelecimento de espaços propiciadores de diálogo no interior dos serviços, de modo a permitir a condução compartilhada dos problemas a serem enfrentados pelos profissionais envolvidos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Dessa forma, explicitado o que pretende a inclusão do termo apoio na denominação NASF, voltemos às percepções dos profissionais acerca desta palavra.

Nós não somos independentes, nós somos o apoio, então acho que assim a enfermagem, os médicos tem que procurar a gente para desenvolver o trabalho, a gente não pode fazer muita coisa da nossa cabeça, independentes não.
(Entrevista 4)

Não, porque nós somos apoio, entendeu? Porque no caso, o PSF é formado somente por médico, enfermeiro e dentista, o NASF é o apoio, quer dizer, nós trabalhamos eles dizendo, eles direcionando.
(Entrevista 6)

O NASF tem assim, porque a gente não pode puxar a responsabilidade, por exemplo: é, eu junto com a equipe do NASF, nós vamos criar o grupo e tomar conta daquele grupo, não funciona assim. É a equipe de saúde da família mais o NASF, não tem como a gente puxar a responsabilidade, não sei se tu estás entendendo.
(Entrevista 5)

[...] vamos dar uma palestra aqui para o pessoal da comunidade, lá numa igreja, num local. Eles escolhem um local e a gente vai, mas a gente depende muito deles para gente desenvolver um trabalho né, um trabalho legal.
(Entrevista 4)

Ao mesmo tempo em que os discursos acima podem remeter a um entendimento da proposta NASF, no que diz respeito à parceria com a equipe de SF, já que enfatizam a

necessidade de estarem em permanente sintonia com esta, parecem referir uma postura na qual o apoio é entendido como uma limitação da proatividade do profissional do NASF. As falas referem uma concepção de apoio como dependência da equipe. Os trechos “não pode puxar a responsabilidade”, “não pode fazer muita coisa da nossa cabeça” e “eles dizendo” dão uma ideia de dependência intelectual da equipe de SF, como se o NASF estivesse naquele espaço para obedecer e receber as tarefas da equipe de SF e não para ser protagonista da construção do seu próprio fazer.

Campos e Domitti (2007), quando se referem ao sentido do emprego da palavra apoio na expressão apoio matricial, afirmam que o apoiador matricial deve construir “de maneira compartilhada, com os outros interlocutores, projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro [...]”. Dessa forma, a proposta original do apoio matricial concebe que o apoiador seja ativo na construção de suas intervenções, e não meramente expectador e executor das demandas da equipe. A afirmação enfatiza que o olhar disciplinar e de mundo do apoiador pode e deve contribuir na construção do seu processo de trabalho, uma vez que possui características singulares.

Cunha e Campos (2010) associam essa maneira de pensar o trabalho em saúde, no qual um pensa e o outro executa, a uma herança do modelo de produção Taylorista, característica de uma cisão entre quem sabe e delega as atividades, e quem não sabe e executa-as. Além disso, outros fatores podem ser relacionados a esta percepção do apoio realizado por profissionais do NASF, como: uma possível não apropriação da proposta; marcas históricas da atuação da categoria de nutrição nas políticas públicas do Brasil, nas quais o profissional em muitos momentos configurou-se como mero executor das tarefas propostas pelo Estado; aspectos pessoais; entre outros.

Ademais, algumas profissionais parecem pensar o apoio à equipe de SF de uma forma semelhante àquela estipulada pelos documentos oficiais.

O ideal é que a gente atenda juntos, ou então que a gente tenha um feedback, que eu atenda e você acompanhe [referindo-se à equipe]. Porque na verdade a equipe de saúde da família é que é responsável por aquele paciente. A gente é corresponsável. E aí assim é uma luta, até hoje, eu não vou dizer pra você que está tudo entendido, não está.

(Entrevista 1)

Como ele vem para ser um apoio, para somar e não para dividir algo, e não para ser algo a parte, é para ser algo junto. Uma construção junta de toda a equipe.

(Entrevista 5)

Os discursos assemelham-se ao preconizado pela proposta oficial do NASF, no que diz respeito à corresponsabilidade dos profissionais, à necessidade da parceria entre equipe e NASF no desenvolvimento das ações, a ideia do acompanhamento longitudinal pela equipe de SF e a uma construção conjunta. Entretanto, é possível depreender também uma percepção nublada acerca da real responsabilidade do NASF na atenção ao usuário. Os excertos “Porque na verdade a equipe de saúde da família é que é responsável por aquele paciente [...]”, e “[...] e um apoio para somar e não para dividir algo [...]”, permitem inferir que o NASF, sendo apoio, teria um encargo menor na condução do cuidado na ESF. Mesmo que esta concepção não seja de todo errônea, esta percepção pode contribuir para uma menor proatividade dos profissionais do NASF no manejo compartilhado dos casos.

Além disso, admitem supor que os atributos citados não estão postos, mas sim em processo de construção. As falas abaixo corroboram este entendimento.

[...] nós somos um apoio para eles e às vezes a gente não tem, a gente não é nem um apoio. Tem postos, tem equipes que a gente não consegue ter integração, não consegue ter essa integração, porque é cada um na sua sala. E como o trabalho do NASF não é em sala, não é dentro do posto de saúde, fica difícil [...]
(Entrevista 5)

A gente veio pra apoiar às equipes de saúde da família, mas que muitas vezes a gente trabalha só. Para que a coisa aconteça a gente trabalha só. Porque eles não têm tempo, não podem ir, que isso que aquilo.
(Entrevista 3)

NASF é pra trabalhar junto com a equipe, a gente não quer fazer trabalho paralelo, a gente não quer, a enfermeira trabalhando um grupo e a gente fazendo o mesmo grupo em outro lugar. Mas como ainda não tem esse entrosamento, com algumas equipes barra.
(Entrevista 9)

O primeiro trecho retine no contexto do estudo na medida em que sintetiza e ilustra a situação de alguns NASF de Fortaleza. Projetado para ser apoio às equipes de SF, encontrando equipes não sensibilizadas à proposta, deparando-se com um processo de trabalho estruturado de um modo diferente daquele pretendido pela proposta NASF, composto por profissionais de saúde com formação distante da lógica de trabalho ambicionada por esta, inserido de uma forma não democrática no sistema de saúde; o NASF parece, em alguns casos, não se desenhar nem virtualmente como apoio.

Ademais, os discursos ao longo do texto permitem inferir que o NASF tem se conformado como uma equipe de profissionais especialistas inserida na ESF, e não como suporte pretendido pelo apoio matricial, concepção permeada por uma ideia de transferência, ao invés de compartilhamento de responsabilidades. Nesse cenário, o NASF desenvolve seu trabalho de forma isolada e desarticulada das equipes de SF.

Porém, há que se pontuar que as dificuldades inerentes ao estabelecimento de trabalhos interdisciplinares não se resumem a aspectos individuais de relacionamento entre os profissionais. Campos e Domitti (2007), quando propuseram o apoio matricial como arranjo organizacional, apontavam a existência de diversos obstáculos no cotidiano do sistema de saúde que limitam o desenvolvimento do trabalho em equipe pelos profissionais. Entre eles, a fragmentação do trabalho advindo da especialização exacerbada do conhecimento, o que derivou um compromisso maior com os objetos específicos de intervenção de cada categoria, ao invés de um engajamento na abordagem integral dos problemas pelos profissionais. As concepções restritas das especialidades acerca do processo saúde-doença, com predominância da racionalidade biomédica nas intervenções, dificultando a percepção da necessidade do outro na condução do cuidado pelos profissionais, foram nomeadas pelos autores como obstáculos epistemológicos a serem enfrentados em direção à realização do apoio.

Ademais, certa resistência ao desconforto gerado pelo trabalho interdisciplinar, na medida em que a atuação nessa perspectiva expõe os profissionais a críticas e gera maiores incertezas durante a construção de modos mais compartilhados de atuação, estimula muitas vezes os profissionais a permanecerem no isolamento do recorte específico de suas disciplinas. Por fim, a própria organização dos serviços de saúde, focada mais na realização de procedimentos do que no compartilhar de responsabilidades entre os profissionais, com ênfase no modelo hegemônico da biomedicina soma-se às dificuldades relatadas.

Entre os fatores limitantes da estratégia NASF concebidos pelas profissionais, figuram: o desconhecimento da proposta por parte das equipes de SF; e a falta de espaços comuns que possibilitem o contato permanente das equipes de SF e NASF configurando-se como empecilho na consolidação do pretendido suporte. A forma de distribuição do NASF propicia uma fragmentação da agenda de trabalho em mais de uma unidade, o que, segundo algumas profissionais, também prejudica a construção de vínculos entre equipe de SF e NASF. Os depoimentos abaixo ilustram estas questões:

Em cada município, no Brasil todo, em cada Estado, em cada município, em cada unidade de saúde, os profissionais de saúde não sabem direito o que é o NASF, tenta fazer o que acha melhor, a gente tenta esclarecer e dizer o que é a portaria, falta o momento de você sentar junto e dizer assim: “oh pessoal, o que é o NASF, é isso aqui. O que é que a gente pode fazer junto com o organograma, o fluxo da unidade, nos dias que a gente tem aqui dentro?”. É uma luta né, porque nem sempre a gente consegue reunir todo mundo, então sempre fica faltando um dia para gente reunir e falar. É um sofrimento, mas eu acredito que existem lutas e existem vitórias, existem dificuldades, mas já existe muita coisa conseguida.

(Entrevista 2)

[...] é o reconhecimento da equipe de saúde da família mesmo sobre o que é que o NASF trabalha, né? Porque nas diretrizes o NASF tem que trabalhar mais na educação em saúde mesmo, né? Fazer palestra, ir à comunidade, é orientar, fazer salas de esperas e a equipe de saúde da família ela vê mais o NASF como uma equipe que tem vários profissionais e que cada profissional vai fazer seu papel individualmente.

(Entrevista 8)

Também tem o problema do NASF não estar a semana toda no posto, a gente está em horários quebrados nos postos. Então, às vezes não bate com o horário da reunião da equipe, aí você fica meio, que é um dos problemas que eu vejo também. [...] então o que eu acho que falta é esse contato com a equipe completa.

(Entrevista 1)

Derivada de vários aspectos apontados anteriormente, a incipiente parceira com as equipes de SF apresenta-se como obstáculo fundamental à inserção do NASF no giro da manivela do cuidado realizado pelas redes de atenção à saúde. Dessa forma, a construção de espaços propiciadores de diálogo, na rotina das unidades básicas de saúde, constitui-se como ponto basilar nesta inserção, requerendo assim dos gestores uma postura proativa na construção da parceria entre NASF e equipe de SF.

Porém, há que se considerar que este obstáculo não representa um determinismo na construção do lugar do NASF na ESF. Algumas falas remetem a experiências nas quais os profissionais, através de processos dialógicos, foram proativos na construção do apoio pretendido pela proposta, inclusive participando da organização da unidade de saúde. A título de ilustração:

[...] então nos primeiros meses basicamente, eu tinha uma demanda enorme de atendimento e aí foi quando a gente foi conhecendo as equipes e explicando: olha não é bem assim, tem que passar por uma triagem. O ideal é que a gente atenda junto ou então que a gente tenha um feedback, que eu atenda e você acompanhe.

(Entrevista 1)

Então, eu acho que, nesse momento, eu pude propiciar um vínculo entre o usuário e a profissional que, se dependesse do organograma do posto, poderia ter sido um erro, um não atendimento prioritário por conta talvez de alguma programação errada do posto, um fluxograma errado do posto.

(Entrevista 2)

Apesar de não ter sido aprofundada nos discursos a questão da educação permanente no NASF, as profissionais afirmaram que houve uma capacitação inicial de uma semana, na qual os programas potencialmente parceiros do trabalho nos territórios foram apresentados. Atualmente, os profissionais são inseridos no cronograma de educação permanente da SMS, através dos cursos e capacitações oferecidas pelo sistema. Dessa forma, um questionamento pode contribuir para germinar o pensamento acerca de como vem sendo

acompanhado esse processo de inserção do NASF no município, uma profissional, reclamando a falta de apoio da Regional e SMS, desabafa:

[...] e uma pessoa do Ministério da Saúde, até que ela fez uma fala assim né, que nossa equipe guarda até hoje. É, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, a gente tem que apoiar as equipes, mas quem é que apoia a gente? Então, isso é um limite enorme, assim é difícil a gente ter que apoiar, e ninguém apoia a gente. A gente precisa recorrer e não encontra resposta nenhuma. Como é que fica isso?
(Entrevista 9)

Afora isso, as profissionais percebem o caráter processual da inserção do NASF na ESF, afirmando já terem desbravado muitos caminhos e entenderem o longo percurso que se coloca daqui para frente.

Finalmente, as concepções das profissionais acerca do papel do NASF, bem como as dificuldades, potencialidades e expectativas encontradas em seus itinerários percorridos na ESF, tem possibilitado a construção de contornos diversos do processo de trabalho das equipes NASF. Contornos estes que, longe de se limitarem ao arranjo pretendido pelo apoio matricial, abrangem diferentes modos de “estar na ESF”.

5.3 O nutricionista na ESF

[...] claro que existe o lugar né, do nutricionista sim. Falta ele ser melhor habitado. (Entrevista 9)

Nesta parte do texto enfocarei aspectos relacionados diretamente à construção do fazer da categoria de nutrição na ESF. A primeira dimensão refere-se às percepções das nutricionistas acerca das questões alimentares e nutricionais presentes no contexto de sua atuação. Em seguida, discuto como o grupo apreende o lugar do nutricionista na ESF.

- Questões alimentares e nutricionais na ESF

“Eles têm muito a cultura entranhada que dá “sustança” são essas coisas, e que na verdade a gente sabe que não é”. (Entrevista 3)

No atual contexto brasileiro, as questões alimentares e nutricionais⁸ apresentam-se como um desafio importante a ser enfrentado pelo SUS. A complexidade do perfil

⁸ Os termos alimentação e nutrição, segundo Bosi e Prado (2011), comportam dimensões epistemológicas distintas. Enquanto o campo da nutrição estruturou-se a partir da racionalização do ato alimentar, constituindo-se parte do campo biomédico, privilegiando os aspectos mensuráveis dos alimentos; a alimentação remete ao entendimento do ato alimentar como um fenômeno social complexo e multifacetado. Segundo Carvalho, Luz e Prado (2011, p.160), a alimentação “constrói costumes, acompanha ritos de passagem, liberta os espíritos e sela relações entre o indivíduo e a sociedade”.

epidemiológico e o fenômeno da transição nutricional, já discutidos anteriormente, acentuam a necessidade de ampliar a abrangência de ações voltadas à alimentação e nutrição nos serviços de saúde. Nesta perspectiva, a inserção dos nutricionistas no NASF tem, entre seus objetivos, fomentar o desenvolvimento destas ações no âmbito da ABS.

Assim, conhecer como estas profissionais, cujo núcleo específico do saber é voltado à alimentação e nutrição, pensam estas questões no contexto do estudo, pode fornecer subsídios para a discussão sobre os rumos que as ações relativas ao enfrentamento desta problemática vêm tomando na ESF.

A vinculação da equipe de SF a um território, fundamento basilar da ABS, torna premente que as questões alimentares e nutricionais sejam concebidas a partir do seu imbricamento com o contexto sociocultural no qual incidem. Os profissionais de SF, ambicionando o cuidado integral à saúde, necessitam pensar intervenções que considerem os condicionantes e determinantes materiais e imateriais, objetivos e subjetivos que perpassam a alimentação e nutrição dos indivíduos e coletividades.

Ademais, como visto anteriormente no capítulo de revisão, a inclusão da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional e concretização do Direito Humano à Alimentação Adequada como objetivos das políticas públicas relacionadas à alimentação e nutrição no Brasil, reforçam a premência de construir práticas em saúde embasadas na acepção da alimentação e nutrição como fenômenos complexos, interligados a várias outras questões que transcendem à governabilidade do setor saúde.

De um modo geral, as profissionais identificam como problemas mais prevalentes nos territórios os agravos e doenças crônicas, o excesso de peso, o largo consumo de produtos industrializados pela população, a introdução precoce de alimentação complementar e aspectos culturais que influenciam em escolhas não saudáveis. As nutricionistas percebem que há uma baixa prevalência de pessoas com desnutrição, e que as sérias restrições alimentares resultantes de fatores financeiros já não são tão comuns nas comunidades adscritas.

Os discursos assinalam aspectos da transição nutricional, pondo em relevo as mudanças no estado nutricional da população, bem como a ampla incorporação dos alimentos industrializados na rotina dos usuários em detrimento das refeições tradicionais. Este quadro é amplamente discutido na literatura, a qual indica uma coexistência de agravos nutricionais relacionados a carências nutricionais e a excessos alimentares, muito embora prevaleçam estes últimos. Quanto às características alimentares, a análise de inquéritos brasileiros revela um decréscimo no consumo de cereais e leguminosas, aumento na ingestão de alimentos ricos

em açúcares e gorduras e um expressivo acréscimo na ingestão de produtos industrializados, a exemplo, o consumo de refrigerante e biscoitos com crescimento em torno de 400 %, nas últimas quatro décadas (MONDINI;GIMENO, 2011).

O perfil descrito nas falas, e corroborado acima, pode ser associado em grande parte à urbanização e industrialização das sociedades, bem como ao fenômeno da globalização. Segundo Garcia (2003), o estilo de vida urbano contemporâneo converge para a adoção de práticas alimentares orientadas pela praticidade, diversidade e desejos semeados pela mídia. Para a autora, a globalização, além de aumentar a oferta de bens e serviços relativos à alimentação, estabelece valores universais associados aos alimentos e a saúde, os quais se engendram no comportamento alimentar moderno.

Neste contexto, as práticas alimentares passam a ser mais permeáveis às mudanças, com tendência a incorporar os alimentos tecnologicamente projetados pela indústria, os quais agregam maior sabor ao tempo que aumentam a densidade energética, tornando-se relativamente acessíveis a todos os indivíduos. A autora considera que, embora o consumo de produtos e serviços relacionados à alimentação não siga uma linearidade em todos os estratos de renda da sociedade, a aspiração a estes já caracteriza uma tendência à assunção do padrão alimentar conformado pela estrutura da sociedade moderna.

No entanto, considero oportuno assinalar que, refletir sobre as questões alimentares e nutricionais nos territórios da ESF, requer necessariamente pensar que elas estão imersas em um contexto de desigualdades sociais, no qual as condições materiais e imateriais se coproduzem, e estão emaranhadas a inúmeros fatores que transcendem ao âmbito local e, ao mesmo tempo, dele não se desvinculam. A propósito, um questionamento emerge durante a escrita: estariam os efeitos nefastos advindos da disseminação dos produtos industrializados na alimentação contemporânea distribuindo-se de modo igualitário na sociedade, ou será que, a exemplo da injustiça ambiental, as facetas mais perversas desta situação recaem sobre os estratos sociais de menor renda?

O texto introdutório da PNAN (BRASIL, 2012a) destoa desse questionamento ao afirmar que:

As diferenças de renda são expressas no padrão de consumo alimentar dos diferentes estratos. A dieta dos brasileiros de mais baixa renda apresenta melhor qualidade, com predominância do arroz, feijão, aliados a alimentos básicos como peixes e milho. A frequência de alimentos de baixa qualidade nutricional como doces, refrigerantes, pizzas e salgados fritos e assados, tende a crescer com o aumento da renda das famílias (BRASIL, 2012a, p. 14).

Fornecer respostas a esta polêmica indagação não se mostra viável no contexto do estudo, porém, a inquietação incitada por ela pode se constituir objeto de investigação futura. Assim, a dúvida instigada, bem como o prelúdio anterior, tem antes o intuito de contribuir para alargar o sentido dos achados, do que para cimentar determinismos nas escolhas alimentares humanas.

A par desse introito, é interessante observar como algumas falas referem-se a estas questões:

Porque a gente está vendo, está havendo mais uma transição nutricional, né? Não existe mais aquela questão da desnutrição em si, as pessoas mais humildes, elas estão ficando obesas, exatamente porque não sabe se alimentar direito, né? Elas não têm condições de comprar determinado alimento, mas o pouco que tem, elas compram o que não vai nutrir né? O que vai engordar, o que vai fazer mal.
(Entrevista 8)

É porque assim, na verdade a cultura alimentar, a gente vê que mudou, na verdade em nível de Brasil, né? Mas quando a gente vai pra comunidade, a gente vê, digamos até o feijão. Antigamente se comia mais arroz e feijão, mas o feijão ele demora a cozinhar. Você precisa de tempo, você precisa de mais gás, você precisa. Então, não é mais fácil fazer um Nissim? Hoje as pessoas comem Nissim o tempo todo, o adulto, o adolescente, a criança. Pela rapidez, é. Pela rapidez do preparo e até o gasto de gás.
(Entrevista 7)

E, esses que tem pouca condição, é o quê? Quando aparece dinheiro, é o quê? Em vez de comprar frutas, vão comprar xilitos, porcaria, porcaritos, né? Por quê? Porque é fácil [tom de julgamento]. Olha, Nissim Miojo, porque eu não gosto nem de dizer o Nissim Miojo, mas os macarrões instantâneos, gente, é incrível o hábito desse povo! Porque é prático e o menino não bota boneco pra comer.
(Entrevista 3)

Os trechos, além de aludirem a características antes discutidas, permitem refletir os possíveis fundamentos encontrados pelas profissionais para explicar a problemática alimentar e nutricional nos territórios.

O primeiro discurso associa a prevalência da obesidade a um não saber da população. A profissional considera que os usuários com poucos recursos financeiros, além de terem um acesso limitado aos alimentos, não sabem gastar sua renda na compra de uma alimentação nutritiva. Deste modo, escolhendo os alimentos inadequados estariam engordando. Assim, dois fatores estariam associados à epidemia da obesidade nos territórios: aspectos econômicos e a ignorância alimentar.

Mesmo sem ser possível aprofundar a questão do acesso no discurso, pode-se supor que a nutricionista considera a renda dos usuários um obstáculo à materialização de atributos, estipulados pela ciência da nutrição e pelos discursos oficiais, essenciais a uma alimentação adequada e saudável, tais como qualidade, variedade, equilíbrio, entre outros.

O mito da ignorância alimentar, antes utilizado para explicar a fome e a desnutrição no país (SANTOS, 2005), no discurso serve de fundamento para aclarar a magnitude do excesso de peso nas comunidades. Interessante observar como este aspecto relaciona-se também ao berço do surgimento do curso pioneiro de nutrição no Ceará, no qual as visitadoras de alimentação foram algumas das primeiras professoras. Conforme discutido anteriormente, Bezerra (2009) afirma que cabiam a estas profissionais, através da educação nutricional, superar a ignorância da família dos trabalhadores em prol da instalação de boas condições nutricionais.

Para Arouca (1975), um mito serve para despolitizar e alienar uma questão, afastando dela os conflitos decorrentes dos interesses contraditórios que a permeiam. Assim, reproduzindo este discurso, a profissional pode furtar-se de acolher a complexidade envolta na epidemia da obesidade durante suas intervenções, reduzindo-as a uma atenção nutricional asséptica a diversos outros aspectos da vida do usuário. Ademais, olhar o indivíduo a partir da perspectiva do desconhecimento ventila as concepções de educação, homem e saúde que perpassam o imaginário das profissionais.

Os dois últimos discursos revelam que, quiçá com menos requinte e variedade do que nas classes abastadas, está havendo um alastramento dos produtos industrializados na rotina alimentar das populações adscritas. O segundo discurso associa essa disseminação à questão da praticidade e a fatores econômicos, já a última fala corrobora com a ideia de escolha alimentar ‘errada’ a despeito dos escassos recursos financeiros.

Além da visível concepção reducionista acerca das escolhas alimentares, os discursos permitem inferir certo tom moralista emitido pelas profissionais no que diz respeito a tais preferências, o que ganha relevância na medida em que se repete. Outrossim, em algumas falas, a cultura explica as preferências alimentares dos usuários, e passa a ser relacionada a juízos que aventam à acepção de ‘erro alimentar’.

[...] eles sabem que tem diabetes, mas num sei, a falta de conhecimento, eu acho que até a falta do entendimento da gravidade da doença. Porque eles até: ‘não, eu tenho o adoçante em casa, mas eu não gosto, né?’ Entra na cultura, a cultura mais, porque hoje em dia o pessoal só come macarrão, pizza. Nesse instante, eu acabei de atender uma paciente e você viu, ela come seis pães por dia. Então assim, é uma cultura assim, alimentar meia né [silêncio].

(Entrevista 7)

É interessante notar que o excerto referente à cultura alimentar é sucedido por um silêncio. Silêncio este que poderia ser supostamente relacionado a um vazio encontrado pela profissional, quando da busca por reflexões mais abrangentes acerca dos hábitos alimentares afluentes na comunidade. O suposto vazio ventila a discussão anterior acerca da pouca ênfase,

dada nas graduações de nutrição, aos aspectos culturais, sociais e históricos intrincados na alimentação dos indivíduos, já largamente discutida na literatura (SILVA, 1995; PRADO, 1993; VASCONCELOS, 2002), os quais poderiam contribuir para potencialização da construção de nexos entre as intervenções e a complexidade envolvida no cenário alimentar contemporâneo.

Corroborando esta reflexão, Bosi e Prado (2011), refletindo sobre a constituição do campo de alimentação e nutrição no Brasil, afirmam que os espaços formadores utilizam o termo Nutrição como um constructo que pretende abranger as múltiplas dimensões relacionadas à alimentação e nutrição. Contudo, as autoras pontuam que o uso genérico deste conceito contribui para que a alimentação seja concebida como sinônimo de nutrição, desprestigiando assim sua complexidade, tendendo a ser reduzida a aspectos biológicos. Acreditam ainda que, a não demarcação dessa diferença, repercute na produção científica e formação dos profissionais. Para elas, neste campo:

[...] vai-se afirmando como “boa ciência” aquela que se constrói com enunciados derivados do método experimental e da tradição quantitativa de pesquisa, neutralizando-se dimensões fundamentais, como processos de subjetivação mediados pela comida, com consequências importantes para os estudos e intervenções em “Alimentação e Nutrição”. (BOSI; PRADO, 2011, p. 12)

Dessa forma, este legado ecoa no contexto do estudo. Como ilustração, o registro de que a fala mais enfática sobre o mito da ignorância alimentar que advém de uma nutricionista recém-formada, para a qual o NASF já foi objeto de discussão na disciplina de saúde pública durante a graduação.

O excerto da entrevista citado acima, ainda permite pensar acerca da dimensão prazer associada à alimentação. Percebe-se que, para a nutricionista, o gosto pela comida é considerado um aspecto cultural, aparentando não ser este um fator legitimado em sua fala. A isto, remete-se a ideia de uma comida desumanizada, aspecto que será discutido no tópico seguinte.

A intrincada relação entre gosto e cultura ventilada no discurso da profissional reporta à discussão de Santos (2008). Visitando a literatura acerca da constituição do gosto pela comida, a autora afirma que, além da sua relação com as necessidades biológicas, mecanismos fisiológicos e aspectos afetivos, o gosto alimentar possui historicidade e está inscrito na dinâmica das relações sociais. Dessa forma, as diferenças entre as classes sociais refletir-se-iam também nas experiências de gosto alimentar. Utilizando-se de um constructo de Bourdieu, a autora pondera que:

[...] as preferências alimentares são produtos do *habitus*⁹ construído no bojo das classes sociais, incluindo fatores econômicos, educativos e outros determinantes sociais e que tem influência, assim como influenciam, na forma pela qual interpretamos o mundo. Assim, o gosto não é visto como uma simples subjetividade, mas também como uma ‘objetividade interiorizada’ [...] (SANTOS, 2008, p. 206)

O gosto como cultura, figurando no discurso da nutricionista, pode ser relacionado a essa ideia de “objetividade interiorizada”, na qual as diferenças de classe impregnar-se-iam no corpo através da constituição do paladar. Assim, uma vez que a maioria dos usuários assistidos pelas UBS constitui-se de pessoas com baixo poder aquisitivo, é possível pensar alguns aspectos dos discursos a partir desta discussão. Antes, cabe apresentar como Santos (2008) pondera a construção social do gosto alimentar no interior das classes menos favorecidas.

A autora pontua que, para Bourdieu, as classes menos abastadas tendem a prestigiar alimentos que forneçam força para o trabalho, como aqueles considerados pesados, ricos em gorduras, e que sejam de baixo custo. Assim, a pesquisadora introduz a discussão do autor acerca da distinção entre gostos: “O gosto pelo luxo e liberdade é caracterizado pela sua distância em relação às necessidades orgânicas e primitivas. O gosto pela necessidade procura as eleições alimentares que garantam a reprodução da força de trabalho com o menor custo possível” (SANTOS, 2005, p. 219).

Dessa forma, é possível associar elementos presentes nas falas nutricionistas a esta discussão. As ponderações acima encontram ressonância no interior do estudo, na medida em que os discursos referem um alto consumo de alimentos ricos em gorduras e carboidratos, e de baixo custo pelos usuários.

Ademais, os alimentos industrializados referidos pelas nutricionistas, como aqueles mais consumidos na rotina alimentar dos usuários, estão entre os produtos mais acessíveis do mercado. Além do já largamente citado macarrão instantâneo, os xilitos, refrigerantes e sucos em pó artificiais figuram entre os mais comprados.

A título de ilustração desta ressonância, podem ser citados alguns discursos. No trecho exposto anteriormente, a nutricionista afirma que “hoje em dia o pessoal só come macarrão, pizza” e enfatiza o alto consumo de pão. Outra profissional ilustra esta questão de uma forma mais aclarada na fala:

[...] que eles estão acostumados a muito feijão, muita farinha, muito toucinho, muita gordura. Eles têm muito a cultura entranhada que dá “sustança” são essas coisas, e

⁹ Habitus pode ser sumariamente entendido como “um sistema de disposições duráveis adquiridas pelo indivíduo ao longo do processo de socialização” (LINS ET.AL, 1987 APUD FRANÇA, 2008, p. 387)

que na verdade a gente sabe que não é, que tem outras coisas. O povo aqui não é acostumado a comer salada.
(Entrevista 3)

É interessante observar como o trecho pode ser associado à acepção de Bourdieu acerca da preferência das camadas populares por alimentos favoráveis à reprodução da força de trabalho. Ademais, é possível inferir certo estranhamento da profissional em relação a estas opções, denotando quem sabe um provável distanciamento entre seus próprios hábitos e aqueles referidos nos discursos, o que pode reportar também a discussão do autor. Este estranhamento permite ainda outras interpretações, como uma fixação na racionalidade nutricional quando da análise das preferências alimentares dos usuários, ou uma atitude pouco empática em relação a esta cultura que diz existir entre os usuários. A fala “a gente sabe que não é” germina ideias para se pensar acerca de que racionalidades vêm sendo consideradas nas intervenções dos nutricionistas.

Assim, a preferência por determinados tipos de alimentos, referida nos discursos, analisada sob o ponto de vista do gosto enquanto construção social pode, no fundo, estar revelando outra faceta das diferenças entre classes sociais. Assim, pôr no usuário toda a responsabilidade por seus atos e escolhas, sem ir desocultando o que pode estar por trás delas, é uma postura que contribui para a perpetuação de opressões existentes em seu contexto.

Outro aspecto que é interessante pontuar é a complexidade identificada nas falas, acerca dos costumes alimentares nos territórios. Ao mesmo tempo em que se pode depreender certa preferência da população por alimentos que potencializem a força para o trabalho, é possível notar uma tendência de substituição do almoço tradicional por alimentos industrializados com menor “sustança”, como macarrões instantâneos. Considerando que historicamente esta refeição representa uma das principais ocasiões na rotina alimentar no país (LANGDON; WIJK, 2010), significando um momento basilar de reabastecimento de energia para o trabalho, esta substituição aponta para a ideia de desterritorialização dos costumes alimentares, advinda da globalização da sociedade e do alastramento dos produtos industrializados nos territórios.

No entanto, não é pretensão esgotar a discussão sobre a construção do gosto alimentar dos usuários assistidos, nem tampouco menosprezar os aspectos individuais envolvidos nesta constituição. Antes, pensar as escolhas alimentares desnudando aspectos emaranhados na intrincada teia envolvida na eleição do que comemos.

Nesse sentido, um fator que aparece com frequência nas entrevistas associado à constituição das escolhas alimentares é a mídia.

A questão da mídia também, na televisão. Ah, xilitos tal é rico em vitaminas e nutrientes, vitaminas e nem é. [...] Da mídia que encanta! E na verdade, por trás não é bem o que está dizendo.

(Entrevista 8)

“A minha filha disse, a minha filha viu no jornal” [reproduzindo a fala de uma usuária], desse jeito num grupo. “Minha filha ouviu no jornal que açúcar não engorda, eu posso comer açúcar à vontade e que Nissim é o meu jantar porque eu estou de dieta”. Ela é dessa grossura! [referindo-se ao corpo da usuária] E eu: Jesus sacramentado! O Tang, vou dar nome aos bois, porque a mulher disse “mas doutora, o Tang tem vitamina A, vitamina C, vitamina E, vitamina”. Está entendendo? A mídia é muito forte. Você brigar com a mídia é difícil demais.

(Entrevista 3)

Hoje em dia, depois que aparecem certas reportagens na mídia, todo mundo sabe mais que nutricionista. Se você perder um Globo Repórter da vida, no outro dia o pessoal sabe mais do que você. E se você não souber responder, a pessoa vai dizer que você não sabe de nada. Se eu perdi uma reportagem sobre a linhaça dourada, pronto! No outro dia, só o que vai ter de pergunta, vai ser sobre linhaça dourada e, às vezes, as pessoas sentem-se à vontade de falar de alimentação, como se fosse a coisa mais, que todo mundo soubesse.

(Entrevista 2)

Inicialmente podem ser depreendidas dessas falas duas questões: a permeabilidade das escolhas alimentares dos usuários ao discurso proferido pela mídia; e a apropriação do discurso científico da Nutrição pelos aparelhos midiáticos. Nesse contexto, a televisão tem papel fundamental.

A sociedade de consumo moderna, tal como discutida por Bauman (2003), tende a transformar todos os aspectos da vida humana em mercadoria, inclusive a alimentação. Nesse cenário, os alimentos são vistos como mais um bem de consumo que, assim como os outros, precisa se tornar atraente ao consumidor. Deste modo, a mídia insere-se como um potente aliado nesse processo de sedução. Para Serra e Santos (2003), os meios de comunicação, longe de revestirem-se de neutralidade, veiculam interesses hegemônicos através da difusão social de comportamentos, percepções, valores e padrões. Para isso, a cultura midiática apropria-se de diversos discursos, inclusive o científico, para legitimar a construção das necessidades que beneficiam os interesses aos quais serve.

A lógica de mercado apropriou-se do corpo e da alimentação para movimentar milhões. O corpo ideal e as práticas alimentares saudáveis, veiculados pela mídia, tendem a incorporarem-se no imaginário social resultando em inúmeras necessidades que devem ser satisfeitas através do consumo de bens e serviços (BAUMAN, 2003).

Dessa forma, é interessante observar o engendramento da racionalidade nutricional nos discursos dos usuários apreendido por meio das falas das profissionais, sendo a presença de nutrientes um argumento utilizado para a defesa do consumo de determinados

alimentos. As profissionais percebem o poder sedutor da mídia na comunidade, escamoteador das verdadeiras características nutricionais dos produtos veiculados. A fala de uma profissional acerca de uma marca de suco em pó é um dos exemplos dessa escamoteação.

A indústria alimentícia utiliza-se de recursos advindos da ciência de nutrição para agregar valor aos produtos, sem muitas vezes corresponder a um acréscimo de benefício à saúde do consumidor. O caso do suco em pó artificial, mencionado pela profissional, é um exemplo dessa situação. Ao anunciar a benfeitoria que o consumo do suco pode trazer, tal como no rótulo “é o mix de vitaminas A, C e Ferro que contribui para o desenvolvimento físico e mental”, o produto escamoteia outros componentes adicionados pela indústria que estão associados a malefícios à saúde. Pode-se notar que de vinte e três ingredientes do produto, dezesseis são aditivos alimentares, alguns deles proibidos em outros países. Desse modo, as armadilhas das indústrias de alimentos, ecoando na mídia, representam um grandioso desafio a ser enfrentado nos territórios adscritos.

Assim, considerando que os alimentos são carregados de simbolismos, é possível que o consumo de xilitos, refrigerante, macarrões instantâneos e sucos artificiais, alimentos industrializados mais relatados pelas profissionais, seja a principal forma de inserção das populações de baixa renda no ditame dos padrões alimentares impostos pela sociedade moderna.

Os trechos ainda permitem remeter a perspectiva de legitimidade fornecida pela população às informações que circulam na televisão, anunciando a visão de que é ela quem dita as verdades, refletindo a valorização exacerbada que este instrumento midiático adquiriu na cultura brasileira.

Assim, o último discurso traz um elemento interessante ao referir a ampla e acelerada circulação de informações sobre a ciência da nutrição na mídia. Aparentemente, isso causa certo desassossego na profissional, que se sente pressionada a estar também conectada à tevê para conseguir responder perguntas dos usuários acerca das novidades por ela veiculada. Caso contrário, sente-se ameaçada de ser desautorizada na sua área de atuação por não saber as respostas demandadas. Estaria aqui mais uma vez colocada a questão, discutida no tópico Motivações para Inserção na ESF e levantada no estudo de Bosi (1996), da base cognitiva da nutrição representar um obstáculo à categoria para se estabelecer como árbitro final nas questões de alimentação e nutrição? A profissional estaria aludindo apenas a uma dificuldade de acompanhar as transitoriedades e aceleração da produção de informações na ciência moderna?

Ainda é possível associar a confusão conceitual entre alimentação e nutrição, discutida anteriormente neste tópico, a trechos da fala da profissional. Uma vez que a questão referida no discurso parece assemelhar-se mais a uma discussão acerca das propriedades nutricionais da linhaça dourada. No entanto, a nutricionista, concluindo seu raciocínio, afirma que as pessoas, a partir destas reportagens, sentem-se “à vontade de falar de alimentação, como se fosse a coisa [...] que todo mundo soubesse”. Assim, aparentemente considera alimentação como sinônimo de nutrição, desprestigiando em sua fala os saberes múltiplos que constituem os costumes alimentares dos humanos.

A questão da redução da fome e da desnutrição nos territórios é também referida pelas profissionais.

Eu acho que o Brasil teve um reflexo positivo na diminuição da fome, o Bolsa Família. [...] o benefício do governo na redução da fome se sente perceptivelmente. Às vezes não existe o termo desnutrido, existe criança abaixo do peso Raramente a gente observa criança desnutrida, não é frequente. Acima do peso é mais frequente do que desnutrida. Criança com obesidade infantil, mas o benefício com certeza é um avanço social.

(Entrevista 2)

[...] é como eu te falei, aqui as pessoas tem uma condição razoável. Não chega a vim até mim pessoas que catam lixo. Essa questão, não tem [...]

(Entrevista 10)

Mas foi a única pessoa que até agora eu peguei que realmente era mais humilde, mas os outros não, eles dizem logo o que é que eu compro, se eu não puder a minha mãe ajuda, o meu irmão tem condição, me ajuda.

(Entrevista 3)

A diminuição da prevalência da desnutrição e das sérias restrições alimentares relatada pelo grupo pode ser associada a avanços na melhoria das condições de vida da população brasileira. Além do crescimento econômico, o aumento no investimento em políticas sociais nas últimas décadas tem resultado na ampliação do acesso à maior variedade e quantidade de alimentos pelas famílias. Neste cenário, o programa Bolsa Família ganha relevância, uma vez que contribui para o aumento do poder aquisitivo da população, impactando na queda da desigualdade de renda no país (BARROS; CARVALHO; FRANCO., 2007; FERRAZ, 2008).

Entretanto, faz-se importante pontuar que, apesar dos avanços, a assunção da SAN e do DHAA como princípios basilares das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, alargam a perspectiva de enfrentamento da problemática alimentar e nutricional nos territórios. Não se trata mais apenas de superar a fome, a desnutrição e a carência absoluta de alimentos nas comunidades e sim de afrontar as diversas facetas da insegurança alimentar

existentes. Nesse sentido, a percepção dos profissionais acerca da não existência, ou da pouca prevalência, de severas carências alimentares entre os usuários pode, na verdade, contribuir para uma falsa visão de que a questão do acesso adequado aos alimentos está superada, dificultando assim a identificação e enfrentamento de formas mais sutis de insegurança alimentar causadas pelo insuficiente suprimento de alimentos, entre outras.

É interessante notar a ausência de questões essenciais discutidas na atualidade, fundamentais a garantia da SAN, como os transgênicos, os agrotóxicos e os aditivos alimentares, dos quais nenhum de nós consumidores está incólume. A meu ver, são formas refinadas de ‘iatrogenias’ – alargando aqui o sentido desta palavra para além das práticas médicas, para as práticas humanas – advindas da corrida incessante do homem pelo lucro.

Apesar de o tópico seguinte contribuir para aclarar a questão, é importante pontuar que coexistem no grupo percepções que remetem a uma concepção mais abrangente acerca dos fatores envolvidos nas escolhas alimentares.

Então assim, você tem que conhecer a história da pessoa para saber onde é que você vai ajudar ela, porque conhecimento às vezes o paciente já tem. Enquanto tem uns que não sabem de nada, tem uns que já sabem de tudo, chegam com a dieta.
(Entrevista 1)

[...] porque é muito difícil você entrar no universo da pessoa e dizer para ela: “tem que mudar”. Mudança de hábito e reeducação não é simples, não é fácil.
(Entrevista 2)

Apesar de ventilar a ideia de ignorância alimentar, o primeiro discurso remete a uma compreensão mais ampla da questão, reconhecendo a importância do contexto do usuário na condução do cuidado alimentar e nutricional e de discernir acerca do caráter não absoluto do saber científico na decisão da mudança de hábitos alimentares. A segunda fala legitima a complexidade envolvida na alteração dos habituais costumes alimentares, reportando a uma postura empática da profissional em relação ao usuário.

Por fim, o atual sistema alimentar brasileiro e os efeitos que suas contradições exercem na saúde das pessoas, constroem, em torno da alimentação, conflitos imperativos que precisam ser expressos. Assim, penso que não cabe ao nutricionista as soluções milagrosas para a superação destes conflitos, porém, sustento que uma de suas missões fundamentais na ESF reside na construção de espaços nos quais eles possam ser explicitados e discutidos para, assim, propiciar aos usuários reflexões que potencialmente dilatam o sentido de suas escolhas alimentares e que possam contribuir no melhor gerenciamento de suas próprias vidas. Um dos primeiros passos, para que o nutricionista possa atuar nesse sentido, é entender que, sozinho, ele não dá conta desta problemática.

- O lugar do nutricionista na ESF

Então, a gente consegue mostrar realmente como a gente pode viver a nutrição (Entrevista 10)

Aprender como o nutricionista pensa sua contribuição na ESF é fundamental para a discussão acerca dos posicionamentos que a categoria vem assumido na construção do SUS. Desse modo, pode-se perceber que os discursos das profissionais acerca desta questão, mostram coerência em relação à concepção do grupo sobre o papel principal da ESF e do NASF. A prevenção de doenças figura na maioria das falas como a função prioritária do nutricionista nesta proposta.

[...] porque o papel do nutricionista do NASF, em relação à prevenção e promoção da saúde, é exatamente para as doenças. As doenças crônicas. Obesidade, hipertensão, diabetes, colesterol, tudo. A questão da amamentação, do idoso. A minha prioridade é exatamente para a prevenção e o tratamento das doenças, no que diz respeito à parte da alimentação, né?

(Entrevista 5)

Então o que eu tenho visto é isso, é que a gente trabalhando mais com a prevenção, a gente poderia mudar muita coisa, muito dos distúrbios alimentares assim. Então, eu vejo o nutricionista inserido mais nessa parte de prevenção mesmo, de grupos, que possam orientar a questão da diabetes, a questão da hipertensão, da obesidade. [...] que eu vejo que a alimentação é a base. É o que mais controla esse tipo de doença, é o que mais previne.

(Entrevista 8)

[...] focar mais na prevenção, que a gente sabe que hoje em dia a alimentação, é a obesidade. Essas coisas é uma coisa de saúde pública.

(Entrevista 7)

Fundamental, porque tudo completa com a alimentação. [...] Que é trabalhar a nutrição em todos os aspectos. Tanto na promoção quanto no tratamento de quem já é diabético, quem é hipertenso, quem tem várias outras complicações. Então, o nutricionista é fundamental para complementar o trabalho do médico, do fisioterapeuta. Então, é de fundamental importância.

(Entrevista 10)

É possível perceber que, quando se trata especificamente do papel da categoria, a questão das doenças crônicas ganha ainda mais ênfase, principalmente em relação ao recorte alimentação. As profissionais reconhecem a alimentação contemporânea e estas doenças, em particular a obesidade, como problemas de saúde pública. Assim, os trechos sustentam a importância do nutricionista na ESF para o enfrentamento destas problemáticas. Interessante notar que a inserção da nutrição aparece relacionada a uma complementação do trabalho das outras categorias profissionais, como uma possível referência à realização de um cuidado no qual cada categoria entraria com a parte que lhe cabe do saber da área da saúde.

A referência aos programas e políticas de alimentação e nutrição, instituídos pelo governo brasileiro nas últimas décadas, aparece em um discurso, para exprimir o lugar do nutricionista na ESF.

Existe a política de alimentação e nutrição. Então, aí já tem o lugar do nutricionista trabalhando em diversos programas que são ligados a essa política. E é isso! Está mais do que claro o lugar do nutricionista na equipe. Na segurança alimentar e nutricional. Em várias coisas, estar vendo a questão do consumo alimentar, disso as coisas maiores. Então, assim está mais do que claro que existe o lugar do nutricionista sim. Falta ele ser melhor habitado. Melhor trabalhado, né?
(Entrevista 9)

Além da participação na execução de programas federais, a fala permite depreender que o lugar aludido refere-se mais a um espaço de atuação virtual, conformado pela institucionalização do enfrentamento da problemática alimentar e nutricional pelo Estado brasileiro, do que propriamente um lugar consolidado na prática do nutricionista. Interessante observar que, ao mesmo tempo em que a profissional afirma estar “mais do que claro” este lugar, as palavras parecem lhe faltar para relatar a correspondência deste em sua prática cotidiana. É significativo pontuar que a nutricionista cursava, na época da entrevista, uma especialização em Segurança Alimentar e Nutricional. Desse modo, mesmo com as discussões atualizadas acerca das políticas, o como fazer, como concretizar as perspectivas mais abrangentes trazidas por estas, representa um desafio para estes profissionais, que tiveram o berço de sua formação conformado por uma visão pragmática, uma atuação tecnicista e um humano fragmentado em nutrientes. Assim, como habitar espaços externos com mobílias ainda não desenhadas dentro de si? Este é um desafio particularmente importante para a categoria.

Ademais, é relevante enfatizar que os usuários até aqui não figuram entre as falas que se referem ao papel do profissional na ESF, denunciando uma atuação mais focada nas doenças, nos procedimentos e nas políticas, do que no ser humano como razão da existência da assistência à saúde.

Uma profissional refere ser a educação em saúde a principal função do nutricionista na ESF. Porém, entende que este papel estende-se para, além dos usuários, a equipe de SF.

[...] mas para mim, como eu posso contribuir muito? É na questão da educação em saúde, eu vejo como o principal foco. Educação em saúde do usuário, do ACS, do próprio médico, da própria enfermeira que tem uma visão diferente do nutricionista. Para isso que existem as equipes, porque senão, não precisava.
(Entrevista 1)

Segundo Alves (2004), a educação em saúde é um termo comumente empregado para designar práticas que visam à promoção da saúde e prevenção de doenças. Entretanto, a autora reconhece que esta atividade se situa na interface da área da educação e da saúde, requerendo, para sua conceituação, o desvelamento das racionalidades que embasam esta prática. Apesar do trecho acima não permitir uma reflexão aprofundada de que perspectivas estão sendo consideradas pela profissional, é oportuno ressaltar que esta discussão será empreendida mais adiante, ainda neste tópico.

Por hora, faz-se importante ressaltar a aparente percepção da profissional acerca do seu papel no compartilhamento de saberes do nutricionista com a equipe de SF, aspecto que configura em grande parte o apoio matricial. Este aspecto da fala é relevante, já que essa menção direta é ausente em outros momentos, inclusive quando os profissionais referem-se ao papel do NASF na ESF.

Diferentemente do aspecto acima, a referência à atuação do profissional em outras áreas que conformam o campo da saúde é mais frequente nos trechos que revelam o lugar do nutricionista no NASF.

O nutricionista do NASF não trabalha só com nutrição, pra começar. Você não é um profissional que trabalha naquela área especializada. Por exemplo, eu tenho que estudar DST, tenho que estudar hanseníase, tenho que estudar sobre vários outros aspectos. Acho que o profissional do NASF, ele fica com o horizonte assim bem amplo, você tem que saber um pouco de tudo.[...] Até porque você, se você for com aquela sua visão muito fechada, especialista, aí não. Meu problema aqui é obesidade, hipertensão e diabetes, não é assim. Você tem que atuar em todos os campos.

(Entrevista 1)

Eu acho que além da portaria, além do caderno, a pessoa tem que ter uma visão muito social, porque teoricamente é fácil você cumprir com suas obrigações, se limitando a essas obrigações, mas você vê que é muito mais do que o caderno, muito mais do que a portaria. Se a gente for conversar aqui de atendimento individual, atendimento em grupos, promoção, prevenção, até que ponto eu falo só da minha profissão? Eu poderia não falar, e dizer assim: “não vou falar de DST/AIDS porque não é minha área, não vou falar”.

(Entrevista 2)

Os discursos chegam a contrapor algumas falas anteriormente relatadas no introito deste tópico, onde as profissionais pareciam associar a função do nutricionista à prevenção de doenças crônicas através da abordagem da alimentação. Os trechos acima coadunam com a recomendação do CAB-NASF de que parte do tempo da agenda do NASF deve ser direcionada à realização de atividades nos territórios articuladas com a equipe de SF (BRASIL, 2009a).

Entretanto, é importante pontuar o visível alargamento do sentido do papel do nutricionista no NASF por uma das falas acima. O discurso corrobora com a ideia do

engajamento dos profissionais no enfrentamento dos problemas sociais da comunidade, afirmando que é preciso ir além do que está estabelecido nos documentos oficiais, de que é preciso “ter uma visão muito social”. Como essa visão é percebida pelo grupo, o conjunto dos achados contribui no clareamento dessa questão.

Ainda em relação à discussão do papel do nutricionista na realização de atividades para além da abordagem da alimentação, é interessante observar que os temas citados pelas profissionais correspondem a doenças cujo enfrentamento é solidamente institucionalizado no interior do SUS, fazendo parte da rotina das ações da equipe de SF, aparentando assim que o NASF oferece apoio ao desenvolvimento destas ações. De fato, na ocasião das visitas de campo, pude perceber que os profissionais do NASF organizavam-se para realizar ações em função do calendário da saúde, o qual estabelece datas para que algumas ações temáticas sejam realizadas durante o ano. Na época das realizações das entrevistas, ações relativas à hanseníase e as doenças sexualmente transmissíveis/aids estavam sendo frequentemente realizadas, devido ao período pré-carnavalesco e ao dia mundial da hanseníase.

De todo modo, as duas visões predominantes, nos relatos até aqui, acerca do papel do nutricionista, podem contribuir para germinar a reflexão acerca do que tem se configurado como núcleo e campo de atuação do nutricionista no NASF. Tal como pensados por Campos (2000, p. 220), “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”.

Porém, para algumas profissionais, mesmo a atuação para além da perspectiva da alimentação está associada à ideia de prevenção.

Do nutricionista, é prevenir: quem é bom, prevenir esses tipos de doenças e prevenção também em relação ao contexto social. A gente também trabalha com isso, em relação ao social; ao estudo, o que é que você vai ser quando crescer, o que é que você quer ser, não vá por esse caminho! Porque realmente quando a gente trabalha com drogas, com HIV, tem muito. [...] Mas a participação do nutricionista na Saúde Pública é imensa.

(Entrevista 5)

Então assim, a nutrição no NASF, ela não trabalha só a nutrição, a gente trabalha tudo em equipe. [...] Então, temas de nutrição, de psicologia, de atividade física, de tudo. Todas as áreas, a gente trabalha artesanato também. Então assim, na verdade a prevenção é de maneira geral.

(Entrevista 7)

Então, em todas as áreas, não só da nutrição, a gente consegue mostrar para as pessoas como ter uma qualidade de vida, trabalhando a prevenção, da saúde, né?

(Entrevista 10)

Apesar de aludir à concepção de que a saúde transcende ao âmbito da assistência à saúde, embrenhando-se na totalidade do existir do indivíduo, as falas remetem à ideia de prevenção como prescrição, sendo preciso adentrar diversas esferas do universo dos usuários, para precaver possíveis desvios dos modos de andar a vida, idealizados pelas profissionais. É possível supor, a partir dessas falas, que a finalidade da atuação consiste mais em normalizar a vida das pessoas do que configurar-se em um fazer no qual os saberes, práticas e recursos disponíveis estejam a serviço e potencializem a construção autobiográfica da saúde do usuário.

Essa perspectiva, depreendida dos discursos acerca da normalização da vida dos usuários, pode ser associada à discussão sobre biopolítica, empreendida por Foucault. Neto *et. al.* (2009), a partir de um diálogo com este autor, afirmam que a biopolítica permitiu o ajustamento das formas de vida das populações aos processos econômicos, constituindo-se um dos pilares de sustentação do capitalismo. Heckert (2008) menciona a biopolítica como uma tecnologia de poder que tem como objeto de atuação a população, centrando na vida do homem enquanto espécie, incidindo sobre o controle dos fenômenos humanos. Para a autora, esta tecnologia não excluiu as técnicas disciplinares, as quais se encarregam de controlar os corpos dos indivíduos, tornando-os dóceis e produtivos, mas as intensificou. Para Araújo (2007):

O biopoder é essa tecnologia que prolonga os efeitos do poder disciplinar; seu alcance é mais vasto, seu alvo é o homem como ser vivo. [...] Saber e verdade são reconduzidos ao discurso belicoso do Estado através do uso pleno da disciplina, da disposição e do arranjo eficaz de toda uma rede de saber técnico. [...] vem daí a necessidade de homogeneizar, classificar, centralizar o saber médico, dar regras uniformes à população, cuidar dela através da criação de hospitais, da prática da higiene pública (ARAÚJO, 2009, p. 25).

Ao que parece, os discursos anteriores comportam não só a medicalização da vida, mas a normatização dos modos de viver em sociedade. A ideia de controle trazida pelas falas, até mesmo de aspirações, quando a profissional fala “o que é que você vai ser quando crescer [...] Não vá por esse caminho [...]”, vai ao encontro da reflexão de Neto *et. al.* (2009), quando afirma que o campo da biopolítica, no século XX, adquire outra conformação. Para o autor, “trata-se agora, de focar menos na doença e mais em nossas capacidades de gerenciar, remodelar e modular as capacidades vitais das pessoas, enfim, de produzir uma ‘política da vida’ (2009, p. 460)”.

Martins (2007) contribui afirmando que, na atualidade, a medicalização da vida, uma forma eficaz de exercer o biopoder, antes atrelada à diminuição de gastos em saúde e ao

controle social das pessoas pelo Estado, atualmente está relacionada também e, sobretudo, aos interesses de “grupos que utilizam a mídia como veículo de propagação e transmissão de suas ideologias, camufladas sob a aura da notícia e da informação” (2007; 121). Para o autor:

Não mais por imposição em nome da saúde, pois é um controle pela adesão dos controlados, por meio, literalmente, da venda de valores, de modo a fomentar uma ‘servidão voluntária’, atualizando a denúncia de Spinoza de que os homens tendem a lutar por sua servidão como se lutassem por sua liberdade (Spinoza, 1677: apêndice). Nesse biopoder, entra muita coisa. Biotecnologias, patologização e medicalização da existência, ideais de saúde e ideais de beleza. Um ponto comum é o caráter de consumo de ideais, de valores e de produtos que a eles supostamente correspondem. Outro ponto em comum é a quimera de que produtos e medicamentos oferecem as soluções a que se propõem. (MARTINS, 2007, p.121)

Nessa perspectiva, é interessante perceber como alguns discursos podem ser associados a esta discussão acerca da produção de valores e produtos relacionados aos ideais de saúde e beleza e à medicalização da vida veiculados na sociedade contemporânea. Ao que parece, o contato com um nutricionista, ou mesmo a procura por dietas, representa atualmente um dessas aspirações de consumo da população adscrita pela ESF:

[...] a nutrição está muito em alta, né? A mídia está investindo muito na tal de alimentação saudável. Então, hoje se você fala que é nutricionista, a primeira coisa que o povo faz é “passa uma dieta pra mim”. [...] é, que eu fui apresentada ao grupo, eles disseram “essa aqui é a doutora nutricionista”. Todo mundo já arregala os olhos e já vem falar comigo. Depois que terminou o grupo já veio falar comigo: “doutora, eu preciso falar com a senhora”. “Calma, vai ter tempo pra conversar com todo mundo e tal”.

(Entrevista 3)

Olhe, o campo de nutrição é bom, fértil. Os programas da mídia, todo dia você vê programas de alimentação e nutrição falando de qualidade de vida e um profissional de nutrição.

(Entrevista 2)

Só que às vezes tem pessoas que querem uma dieta para redução de peso, de cinturas, de medidas. Nisso aí não é para estar o nutricionista do NASF. Redução de medida. Agora a gente conversa, né? Uma boa alimentação, atividade física e tudo, mas esse tipo de acompanhamento a gente não faz.

(Entrevista 5)

[...] sendo que as pessoas vêm mais assim: “ah, tem nutricionista, vou marcar para passar uma dieta para emagrecer”. Então, infelizmente, ainda tem essa visão que o nutricionista passa dieta para emagrecer.

(Entrevista 8)

Em alguns discursos, essa necessidade da população é encarada positivamente pelas profissionais, quem sabe como uma forma de valorização da categoria, um maior reconhecimento social. Em outros, demonstra representar um desafio, já que as nutricionistas não consideram como sua função atuar em casos ‘apenas’ estéticos, corroborando o entendimento de que o papel da categoria na ESF é prioritariamente prevenir, ou mesmo

tratar, doenças. O apenas colocado entre aspas, tendo em vista o potencial papel adoecedor que a difusão destes valores e ideais exercem nas comunidades, uma vez que vendem a padronização de um modo de viver muitas vezes incongruente com suas condições materiais. As contradições colocadas por esta questão apresentam-se como um desafio importante a ser mediado durante a construção do fazer do nutricionista na ESF.

É interessante perceber, em uma fala, a possível ausência da associação entre a visão do nutricionista como uma fonte de dietas à disseminação dos padrões estéticos na contemporaneidade. A profissional afirma que “ainda tem essa visão que o nutricionista passa dieta para emagrecer”, parecendo não refletir que essa questão coloca-se ainda mais atual hoje, na medida em que a mídia retroalimenta essa percepção.

Assim, entendendo a complexidade da discussão sobre biopolítica e biopoder na contemporaneidade, considero não ser viável uma análise da atuação do nutricionista a partir dessa perspectiva, em virtude do necessário aprofundamento teórico que essa tarefa exigiria, inexecutável para o tempo posto. Contudo, mesmo embrionariamente, essa inquietação perpassa o estudo, e quem sabe lançará luzes sobre a apreensão do lugar do nutricionista na ESF em empreitadas posteriores.

Entretanto, é oportuno destacar aqui a contribuição do saber biomédico e da postura técnica no processo de medicalização da vida dos indivíduos, duas características fortemente presentes no desenvolvimento da categoria no Brasil. Nesse sentido, Pedroza (2010) argumenta que o nutricionista, tendo como recorte do campo biomédico a prescrição dietética, opera com instrumentos e tecnologias de poder e de controle de comportamentos que contribuem na manutenção da ordem biopolítica. Ademais, e corroborando a ideia da autora, existem vários elementos presentes na discussão de diversos autores acerca do surgimento da profissão no Brasil, encontrando-se este atrelado a estratégias de controle da lógica capitalista, através da administração de alimentação aos trabalhadores como garantia da reprodução da força de trabalho (VASCONCELOS, 2002; SILVA, 1995; BOSI, 1996; BOSI, 1988).

Assim sendo, pululam os questionamentos: estariam as nutricionistas da ESF de Fortaleza servindo a interesses escamoteados no discurso da alimentação saudável através do adestramento do comer dos usuários? O que defendem estas profissionais quando lidam com as questões alimentares e nutricionais da população? Portanto, as questões emergem e avolumam-se no contexto do estudo, fazendo necessário pontuar que a pesquisa talvez tenha, como produto final, o despontar de várias perguntas, ao invés de respostas apaziguadoras de inquietações iniciais.

Retomando as percepções acerca do lugar do nutricionista na ESF, a educação alimentar e nutricional sobressai-se como uma das principais atribuições nos discursos.

A gente está orientando, isso também é uma forma muito importante de inserir o nutricionista [...]. Que é o único profissional que é apto mesmo a passar dieta e a orientar a parte da alimentação.

(Entrevista 8)

O meu papel que eu digo, que eu acho, o meu papel é de orientar. É de esclarecer que aquele alimento, se é pra você tomar um copo de refrigerante, que é um alimento que não tem nenhum, não tem nenhuma, na composição dele não tem nada que leve a você, nada de bom à sua saúde, é preferível você tomar um copo de suco, o suco da fruta que você gosta, o suco saudável, a fruta. Quer dizer, o meu papel é de instruir, é de orientar, mas a pessoa é livre para tomar o suco, pra tomar o refrigerante, a pessoa que tem que saber, mas ela está orientada, o meu papel é de orientar, o meu papel é de prevenir. [...] Você é livre, mas agora você tem que ver qual o melhor pra você. É você tomar um copo de refrigerante ou você ter ficar saudável? É você comer muitos doces, muitos salgadinhos, muitos docinhos e ficar doente ou a sua saúde, né? Meu papel é orientar, esclarecer, ele vai comer o que quer, mas ele está sabendo! [tom enfático, silêncio].

(Entrevista 6)

Então, eu vejo que a gente pode construir bons hábitos [...] Então, a gente consegue mostrar realmente como a gente pode viver a nutrição [...].

(Entrevista 10)

Os verbos orientar, esclarecer, instruir e mostrar são indícios do posicionamento assumido por parte das profissionais, aventando concepções de educação em saúde presentes no grupo investigado. Os verbos são associados à ideia de transmissão de conhecimentos e direcionamento, comportando um espectador passivo e não instruído, perspectiva já germinada em outros momentos do estudo e presente em inúmeros outros depoimentos.

Esse achado é congruente com a visão da maioria do grupo acerca da principal missão da ESF, do NASF e do nutricionista: a prevenção de doenças. Ademais, retornando ao tópico do NASF, é possível perceber que as ações educativas em âmbito coletivo figuram nos discursos como a atividade pretendida como prioritária pelos profissionais desta equipe, tornando essa visão do grupo acerca da educação em saúde bastante relevante no contexto do estudo.

Assim como apontado anteriormente, a racionalidade biomédica prevalece nas falas como principal atributo estruturador das ações educativas em saúde realizadas pelas profissionais, em conformidade com a lógica da prevenção de doenças. Segundo Alves (2004), a educação em saúde pensada por tal perspectiva tende a focar a tríade indivíduo, agente patogênico e o meio, como um dado natural, prestigiando a redução dos riscos e agravos à saúde, objetivando a mudança de hábitos e comportamentos que diminuam as chances de adoecer, estes legitimados pelo saber biomédico. Nesse contexto, o profissional é

considerado portador de um saber técnico-científico, do qual o usuário é destituído, sabendo pouco, ou quase nada, de seu processo saúde, doença, cuidado. Geralmente a comunicação entre profissional e usuário é realizada verticalmente, na qual prevalece a transmissão de informações, imbricada numa visão descontextualizada, moralizante e disciplinadora.

Assim, a centralidade nos nutrientes na argumentação em prol da mudança de hábitos prevalece na atuação dos nutricionistas. Além do mais, é possível depreender que, embora haja uma menção à liberdade do usuário em relação a suas escolhas alimentares, há uma culpabilização do mesmo que, sendo instruído sobre o que é melhor para si, opta por aquilo que não é saudável, corroborando a prevalência da racionalidade biomédica na abordagem à alimentação.

Ademais, vários depoimentos remontam aos primórdios da discussão acerca da educação nutricional. Boog (2004, p. 2) afirma que a educação nutricional foi pensada inicialmente no período pós-guerra, em um contexto de escassez de alimentos, como uma forma de “melhorar a qualidade da alimentação de populações pauperizadas, por intermédio de modificações na alimentação que permitiriam obter a melhor relação custo/benefício mediante o emprego de alimentos mais baratos e nutritivos”.

[...] aí começa a falar pra ela: olhe, veja, em vez de você pegar esse dinheiro e comprar xilitos, que é mais fácil, com esse mesmo dinheiro você pode comprar uma banana, que essa banana vai dar saúde para o seu filho, esse xilitos não vai dar. [...] porque a mãe não tem o hábito de comer frutas, aí o filho consequentemente não vai ter o hábito de comer frutas. Aí, é todo um trabalho assim mesmo em conjunto mesmo, com mãe, pai, avô, tudo. Que se luta, para cortar esse ciclo da má alimentação, do hábito alimentar, porque a gente sabe que vem de mãe para filho. Se a mãe não tem o hábito, o filho também não vai ter.

(Entrevista 5)

As pessoas sabem da necessidade delas comerem as frutas e as verduras, mas elas não comem. Então, a gente trabalha muito mostrando, pô, se num sobra dinheiro pra o refrigerante, num sobra dinheiro pra comprar o Nissim. Então assim, essas coisas, a gente tenta mostrar o custo benefício, vai à feira, pega os preços, mostra a diferença que, com aquele preço, a gente dá para comprar algumas coisas. Então, a gente vai trabalhando assim, pra ver se muda a cultura, na verdade já foi uma cultura que já foi adquirida nos últimos tempos.

(Entrevista 7)

Mesmo com a incorporação de dimensões importantes para a condução do cuidado alimentar e nutricional do usuário, tais como família, fatores econômicos e culturais, a atuação está empenhada na consecução da mudança alimentar pretendida. Embora transcendendo a explicação unicausal, a ampliação do olhar para variáveis envolvidas na formação do comportamento alimentar das comunidades é descontextualizada da complexidade que perpassa esta construção.

Assim, algumas profissionais parecem realmente convencidas de que seu papel consiste em mudar hábitos alimentares através da persuasão da população para a realização de trocas alimentares, avaliadas por elas como necessárias à produção da saúde dos usuários. Ideia que remonta à discussão de Bosi (1988). A autora pontua que a educação nutricional figurava, entre os discursos científicos da época, como um potente recurso para tratar e prevenir os distúrbios nutricionais mais prevalentes, escamoteando os aspectos fundamentais envolvidos na gênese desta problemática. Nesse cenário, o nutricionista era apontado como um profissional com habilidades técnicas, pensado para desempenhar “papel de neutralizador das contradições sociais que possam se expressar na área da nutrição” (BOSI, 1988, p. 51).

Ademais, a fixação e estreitamento das possibilidades dos resultados das atividades da educação alimentar e nutricional demonstram ser contrários à perspectiva de cuidado integral em saúde, objetivo principal da ESF, já que:

O cuidar exige essa abertura à alteridade, e se tomamos o cuidado como atividade de trabalho, ele passa a ter uma dimensão real que nos remete a um inacabamento não só conceitual, mas, principalmente subjetivo e dos modos de operar no curso da ação de cuidar. Trata-se de uma atividade que nos remete sempre a uma dimensão do “comum”, do construído junto com o outro, é sempre uma construção coletiva. Cuidado, portanto, como obra-processo, sempre aberta a novas composições onde a plasticidade da vida se torna aliada da invenção de novos modos de existência.” (BARROS, 2008, p. 284-285).

Nesse sentido, na construção do cuidado, é preciso pensar os saberes da nutrição a serviço da vida e não a vida a serviço do olhar disciplinar da nutrição.

Além disso, a inclusão do princípio do DHAA como referência das políticas públicas brasileiras tenciona a realização de abordagens que transcendam as substituições alimentares em prol da minimização de riscos à saúde, para um enfoque no qual a alimentação é vinculada à questão da cidadania. Desse modo, Dagnino (1994) pontua que não há como pensar em cidadania e direitos sem a incorporação das dimensões subjetivas, aspirações e desejos das pessoas pretensamente beneficiadas pelas políticas públicas.

Assim, a atuação da maioria das entrevistadas encontra-se muito mais voltada à otimização dos recursos financeiros em prol do consumo de uma alimentação mais saudável, do que à expansão de outras perspectivas de materializar o DHAA. Aliás, é oportuno pontuar a ausência da referência a esse direito nos discursos acerca do lugar do nutricionista na ESF.

O modo como a questão alimentar e nutricional vem sendo conduzida por algumas profissionais, depreendido das falas acima, ventila a mutilação referida por Morin (2010, p. 130), quando o autor, afirmando o homem como “um complexo bioantropológico e sociocultural”, considera que “tudo o que desloca esse complexo é mutilante [...]”.

A banalização do sofrimento do usuário torna-se evidente na condução do cuidado alimentar e nutricional pelas nutricionistas. Nessa perspectiva, Deslandes (2009) discutindo o cuidado humanizado como um valor a ser exercido pelos profissionais, retifica a importância da alteridade na construção deste cuidado. A autora discute a banalização do sofrimento dos usuários como uma prática comum nos serviços de saúde, e elenca algumas condições que podem estar relacionadas a esta situação. Três inferências são relatadas por ela: quando a existência do usuário é banalizada, seja pelo seu menor status social ou negação das diferenças; banalização do sofrimento do usuário sendo um reflexo da banalização do sofrimento dos profissionais, advinda de más condições de trabalho, precários vínculos empregatícios, entre outros; e predominância da racionalidade biomédica na produção do cuidado. Nesse sentido, a partir do contexto das entrevistas é possível inferir que as três questões colocadas pela autora estão presentes no estudo, contribuindo para a realização de uma abordagem mutilante.

Assim, poderíamos pensar que a mutilação a que Morin (2010) refere-se atinge a todos os atores envolvidos na produção do cuidado pretendido pela ESF. A mutilação encontrada pelos nutricionistas já no berço de sua formação, não encorajados a entrar em contato desde a graduação com a alimentação e nutrição como fenômenos humanos, respinga agora nos sujeitos de sua atenção à saúde.

Essa discussão remete a uma das dimensões fundamentais relacionadas à alimentação humana: o prazer de comer. É interessante observar a ausência de menção ao acolhimento deste aspecto na realização do cuidado alimentar e nutricional na esmagadora maioria das falas das profissionais. Esta lacuna representa a realização de um cuidado predominantemente técnico, e focado estreitamente nos fins pretendidos, ventilando uma ideia de uma alimentação desumanizada.

Inquieta com esta questão, e a partir da minha experiência profissional na ESF, ousaria dizer que, pelas possíveis fomes inerentes à vida, muitas vezes cominadas pelo impacto das desigualdades sociais nestas populações, a alimentação constitui-se, ao lado da televisão, um dos principais prazeres usufruídos pelos usuários das UBS. Assim, avalio que uma postura profissional que faça vista grossa a este aspecto, pode contribuir para minar o investimento de energias imprescindíveis à realização de uma 'reengenharia' alimentar e, quem sabe de projetos de vida, muitas vezes necessária após a chegada de um agravo ou doença ou mesmo na promoção da saúde.

Dessa forma, assumindo a responsabilidade de realizar uma abordagem tecnicista, embasada majoritariamente nos aspectos nutricionais da alimentação, de doutrinar

comportamentos e hábitos, sem o acolhimento das contradições e complexidades que se perpassam, os nutricionistas podem ser confundidos como profissionais que tem como objeto de trabalho a castração de um dos prazeres mais fundamentais do ser humano, a alimentação.

Em conversas com usuários, na ocasião das visitas de campo, essa visão emergiu em alguns momentos. Enquanto aguardava o início de uma atividade coletiva a ser realizada em uma associação, uma liderança da comunidade ia convocando as pessoas que passavam na rua para participar, uma usuária redarguiu: “Vixe, nutricionista, vou não. Ele vai tirar tudo o que eu gosto! Massa, gordura, tudo que é bom!”. Em outro momento, estando na porta de um ambulatório, uma usuária pergunta o que eu fazia ali, ao responder, ela diz: “Eu que não vou numa nutricionista, para ela me mandar passar fome, me dizer que eu não posso comer isso, aquilo, tirar as coisas que eu gosto de comer”.

Interessante como esta percepção também está presente nas entrevistas:

E como o pessoal, como a família nos vê, como os nossos amigos nos veem, que é só comendo folha, alpiche, que eu digo assim, né? Que a gente não come nada, que a gente não bebe nada, que a gente é totalmente só aquilo ali, é só soja, num sei o quê, num sei o quê. E a gente não é assim, nós somos normais, nós somos gente!
(Entrevista 3)

Ao que parece, o próprio saber técnico, que busca racionalizar e normatizar a experiência de se alimentar, retorna aos profissionais, enquadrando-os em uma perspectiva desumanizada, resultando em uma visão do senso comum acerca do nutricionista que carece de desconstrução, de assunção deste profissional como gente que possui desejos e vontades, de libertação do encarceramento técnico que a graduação pode tensionar frente às pessoas a quem esse profissional assiste.

Em tempos de padronização e industrialização do comer, a humanização das práticas alimentares é convocada a assumir um lugar de destaque na atenção à saúde. A releitura da PNAN (BRASIL, 2012a, p.22) coloca entre os seus princípios “a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde [...]”, assumindo que o reconhecimento dos aspectos sociais e históricos, bem como dos valores associados à alimentação dos indivíduos e coletividades contribui para a valorização do ser humano e reafirmação deste como centro do cuidado em saúde.

Gallian (2007), em um texto acerca da desumanização do comer na atualidade, contribui com a discussão acerca da humanização das práticas alimentares, afirmando que o resgate do compartilhamento das refeições constitui-se como elemento central nesse processo. Para o autor, a refeição é um:

Espaço privilegiado de experiência integral do humano no plano individual – na perspectiva dos sentidos, dos afetos, da inteligência e da vontade – e também no plano relacional, a refeição apresenta-se, portanto, como evento humanizador por excelência. Escola dos sentidos, a refeição se constitui também em escola de relacionamento, de convivência. (GALLIAN, 2007, p. 182)

Nesse sentido, afirma que a alimentação:

[...] demanda a participação do homem todo e por isso pressupõe um processo educativo. Mas tal educação não pode nem deve ser elitista. Ela deita raízes profundas na cultura e na civilização e está profundamente ligada à constituição dos laços mais elementares entre os indivíduos. Insistir no resgate e na revitalização do comer humanizado, da refeição humanizadora, é trabalhar e investir em prol não apenas da saúde dos indivíduos e das sociedades, mas da própria humanidade. Reumanizar o ato de comer na refeição apresenta-se, portanto, como tarefa essencial no exigente e amplo esforço de reumanização da cultura. (GALLIAN, 2004, p. 184)

Refletindo a partir de elementos trazidos pela citação, a perspectiva de educação alimentar e nutricional adotada por grande parte das profissionais do estudo, desprestigia dimensões profundas presentes na relação homem-alimento, conformando-se em uma atitude desumana frente aos sofrimentos dos usuários, avolumando as perversidades derivadas da complexidade do ato alimentar contemporâneo. Desse modo, considero que humanizar o comer deve comportar a expressão dos silêncios, a manifestação dos incômodos porventura advindos das contradições resultantes da, muitas vezes difícil, decisão entre prazer e escolhas alimentares mais saudáveis, a expressão da comida como alegria e encontros. Investir no alargamento dos sentidos das escolhas alimentares se configura como um caminho nessa mediação.

Entretanto, para mediar essas expressões é preciso antes enxergar o usuário como sujeito autônomo, abrir-se à alteridade, permitir a opção de não acolher a prescrição dietética como verdade absoluta a ser obedecida, despojar-se de moralismos e comprometer-se com o fomento do exercício da cidadania por parte daqueles a quem ambicionamos cuidar, aspectos negligenciados por grande parte das profissionais. Afinal, como diria Nise da Silveira “O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com a outra. O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito”.

Desse modo, embora que minoritariamente, gratifica perceber a coexistência de outras perspectivas de conceber o cuidado alimentar e nutricional no grupo.

Como eu te disse no começo, eu gosto de pessoas, então eu gosto de escutar. Infelizmente a gente não tem tempo suficiente para escutar todo mundo, mas a gente pode priorizar aqueles que você sente, aí você usa o seu lado afetivo também, não só o seu lado técnico. Então, você sente quando aquela pessoa está precisando de uma escuta [...] Então assim, na verdade, você tem que conhecer a história da pessoa para saber onde é que você vai ajudar ela [...]. Então assim, não é uma coisa que eu sei não. Eu estou aprendendo, entendeu? [risos]. Se você me perguntar como é que você

faz, eu vou fazendo, cada paciente eu vou tentando descobrir a melhor forma de fazer, agora realmente respeitando o usuário, escutando o que ele tem pra dizer. (Entrevista 1)

Então, a pessoa tem que criar um vínculo, e quando você cria um vínculo você cria responsabilidade. Olha, eu venho aqui na próxima semana, ou no próximo mês, vou vir ver como você está. Então, esse vínculo, esse interesse, essa preocupação, essa amizade é importante também. Acaba sendo social, não é só aquela questão de doutor-usuário, né, distante. Isso atrapalha, quando você não tem essa compreensão social e linguagem apropriada. (Entrevista 2)

Os discursos comportam uma percepção de cuidado em saúde congruente com os princípios da humanização e integralidade.

Nestes relatos, as profissionais privilegiam o encontro com o usuário, considerando-o em sua singularidade e historicidade, construindo um espaço de escuta e acolhimento de suas demandas. Segundo Bosi e Uchimura (2010, p.100), a humanização consiste em “possibilitar esse (re) encontro, esse contato genuíno que representa não a captura do que se é, mas a revelação do que é preciso expressar. Humanização implica, assim, acolhimento e, sobretudo, empatia e diálogo”. Os encontros genuínos, referidos nas falas acima, podem resultar em vínculos entre profissionais e usuários, intentando a construção da corresponsabilização pela produção da saúde.

É interessante apontar um elemento inserido na discussão do cuidado ao usuário proferido acima. A incorporação da afetividade na condução do caso, da sensibilidade para discernir entre aqueles que necessitam prementemente de uma escuta qualificada, apontam para a construção de um cuidado alimentar e nutricional que privilegia outras racionalidades, além da científica. Essa discussão lembra Boff (2012, p.1), quando o autor afirma que a ditadura da razão reprimiu “outras formas de exercício da razão como a razão sensível, simbólica e ética, fundamentais para vida social”.

O exercício da empatia, a assunção de dimensões afetivas durante a modelagem da condução do cuidado alimentar e nutricional devem figurar entre os primeiros passos em direção à ressignificação das práticas dos nutricionistas. A abertura ao inédito que acontece em cada encontro, tornando os fazeres prévios permeáveis ao diálogo construído no trabalho em ato, e a permanência da autocrítica são fatores essenciais na busca de modos de atuação coerentes com a consolidação do SUS. Ademais, o desabrochar da razão sensível que Boff (2012) nos fala, permeando as decisões e intervenções dos profissionais, é um aspecto particularmente importante para o acolhimento de dimensões historicamente esquecidas pela formação de nutricionistas. A permanência dessa negligência tem contribuído para atuações

que banalizam o sofrimento do usuário, distanciando-se da abordagem da alimentação enquanto direito humano.

A assunção da perspectiva do usuário como central na condução da atuação, contextualizando-o ao seu modo de viver, coaduna com a compreensão de homem pretendida pelo princípio integralidade, contrária a uma visão reducionista e fragmentadora (HECKLER, 2008; FREITAS; FONTES; OLIVEIRA, 2008; MATTOS, 2004). Para este último autor, as práticas em saúde desenvolvidas sob a ótica da integralidade pressupõem um encontro intersubjetivo entre sujeitos, no qual o diálogo possibilite a construção de um cuidado consoante às necessidades dos usuários.

É preciso pontuar que as visões que prevalecem no estudo acerca da produção do cuidado em saúde não devem ser consideradas únicas ou dicotomizadas, já que no encontro entre usuário e profissional “por mais que se tente enquadrar e conter tudo que ali ocorre, há uma dinâmica intensiva do ‘trabalho vivo em ato’¹⁰ operando de todos os lados. Isso cria uma imprevisibilidade [...]. Aí joga-se com muitas possibilidades de atuação” (MERHY, 2012, p. 271).

Nesse sentido, apesar de muitos discursos evidenciarem uma atuação focada majoritariamente na dimensão técnica da nutrição, há entre o grupo elementos que remetem a ESF como um espaço que permite um contato mais próximo com as pessoas, sendo este aspecto colocado como uma potencialidade e um fator que diferenciaria esta área de atuação do nutricionista das demais.

Olha, na saúde pública, você vê mais a parte clínica, é mais a parte pessoa, é aquele contato, é uma coisa mais humana.
(Entrevista 5)

Eu me sinto mais nutricionista para dizer a verdade, eu num sei se isso é. Não é diminuindo a imagem do outro nutricionista na produção, mas eu me sinto mais nutricionista dentro da saúde pública. Porque eu acho que a gente aplica mais muita coisa que a gente aprende na faculdade.
(Entrevista 4)

É o vínculo que você cria com aquele usuário, né? Que você acaba tendo, participando um pouco da vida dele, que a gente não tem nas outras áreas, né? [...] Mas eu gosto desse contato com o público, eu gosto de contato humano, gosto de dar palestra, gosto de estar interagindo com eles e aprendendo muito com eles, porque a gente aprende muito com eles.
(Entrevista 3)

¹⁰ Segundo Merhy (2003, p.4), trabalho vivo em ato corresponde ao trabalho “no momento em que este está produzindo”.

Porque, na verdade, eu sabia pouco do NASF em si. E aí, eu comecei a estudar e ver, realmente eu gosto muito dessa área, eu vejo que eu me identifico muito, porque eu gosto de lidar com pessoas, eu gosto de falar, né?

(Entrevista 1)

Então assim, é bem movimentado, você vê que não é aquela coisa da mesmice, eu acho que isso também me prende, eu sou uma pessoa muito dinâmica, eu fico inventando coisas.

(Entrevista 3)

A partir dessas falas, é possível perceber que as relações estabelecidas entre profissional e usuário causam impacto não só em quem é assistido, mas também em quem realiza a assistência. Os discursos comportam uma espécie de satisfação das nutricionistas decorrente do contato com os usuários, aventando uma ideia de que a ESF permitiria a estas um resgate de dimensões que levariam a humanização de si mesmas enquanto profissionais, ou ampliariam o sentido das ações, transcendendo à realização de procedimentos.

As discussões empreendidas até aqui remetem à ideia de Merhy e Franco (2003) acerca do trabalho vivo em ato, já apontado anteriormente. Diante do exposto acerca do lugar do nutricionista na ESF, é possível supor que: por mais que algumas vezes o objetivo fim do trabalho centre-se na produção de mudança de hábitos e trocas alimentares previamente estipuladas, ventilando a ideia de preponderância do uso de tecnologias leve-duras na condução do cuidado focado em prescrições; as tecnologias leves presentes no cotidiano dessas profissionais parecem resgatar dimensões essenciais do trabalho humano sufocadas nas suas experiências em outras áreas da nutrição.

Situação que se apresenta no cenário do estudo como uma potencialidade importante na indução da ressignificação das práticas e saberes necessária a uma atuação congruente com o cuidado pretendido pela ESF. Desse modo, os elementos trazidos por esses discursos acenam para a captura dessa perspectiva nas iniciativas de educação permanente tencionadas pela gestão, já que, segundo Ceccim (2004), esta se alimenta das dificuldades e potencialidades vivenciadas pelos profissionais no cotidiano de seu processo de trabalho, visando construir práticas implicadas com a transformação da realidade.

Nesse sentido, é interessante observar que, ainda que o objetivo fim concentre-se na prescrição de comportamentos ou no convencimento para a mudança de hábitos, existe entre o grupo um movimento de incorporação de tecnologias derivadas de habilidades e experiências pessoais que tende a ampliar a abordagem no cuidado alimentar e nutricional do usuário. Os discursos abaixo ilustram esta perspectiva:

[...] não é porque eu sou nutricionista que eu falo só de alimentação não. Foi grupo de gestante, as meninas dizem: aí meu Deus, eu não sei e agora?! Eu digo “a única

mãe que tem aqui sou eu, então quem vai fazer sou eu”. A chantala eu não sabia, eu fui aprender [...]. [...]Mas eu sou mãe e eu entendo, quer dizer eu fico prestando atenção, eu vejo como é que está o ferro, está com anemia? Está tomando o sulfato ferroso?

(Entrevista 3)

A gente em que se reinventar. Então assim, eu estou sempre buscando, é uma forma de trabalhar. [...] Às vezes eu faço suco na hora para o pessoal ver como é que tem que fazer, e assim às vezes a gente traz, já trouxe receita, já trouxe vídeo. Então assim, a gente tem que se reinventar e buscar formas de mostrar para pessoas realmente como é que é nosso trabalho.

(Entrevista 10)

Com relação às dificuldades relatadas, a forma de distribuição da equipe NASF resulta, na percepção de algumas profissionais, em um grande contingente populacional sob a responsabilidade sanitária do nutricionista e em uma área territorial adscrita muito extensa. Tais condições são associadas à ideia de sobrecarga e necessidade de incorporação de outros profissionais na ESF. É possível que a organização do processo de trabalho do NASF pensada fora do contexto do arranjo organizacional do apoio matricial, configurando o NASF como referência da equipe para casos que necessitem de assistência direta do profissional, esteja contribuindo para essa avaliação das profissionais. Ademais, o complexo contexto de inserção, cheio de demandas e expectativas de diversos atores em torno do fazer do nutricionista, coloca-se como um desafio a ser mediado por este quando da construção do seu lugar na ESF.

Durante o percurso de construção do lugar do nutricionista no NASF, as profissionais demonstram equilibrar-se entre formas prescritivas de viver e comer, e entre fazeres que percebem o usuário no centro da realização do cuidado. O estudo evidencia inúmeras dificuldades nesse caminhar em direção ao delineamento do lugar do nutricionista no cuidado em saúde pretendido pelo ideário do SUS. Entre elas, as próprias percepções acerca do papel da ESF e do NASF na concretização da saúde e da alimentação como direitos humanos.

Por fim, as perspectivas apresentadas no estudo acerca do lugar do nutricionista na ESF colocam em evidência, mais uma vez, o problema da formação profissional, dificuldade já há tempos evidenciada (COSTA, 1995; PRADO, 1993; BOSI, 1988; BOSI, 1996). Ao que parece, apesar dos avanços obtidos nos textos oficiais que versam sobre a formação do nutricionista, a exemplo das diretrizes curriculares nacionais, a forma(ta)ção ainda apresenta-se na atualidade como um importante desafio a ser superado. Desafio que pode ser obstáculo e gerar a cristalização de modelos hegemônicos de atenção à saúde, os quais deslocam o sentido da realização do cuidado em saúde da promoção da vida humana para práticas, procedimentos

e resultados pré-programados, como se a vida coubesse em um cardápio previsível de modos de ser.

Mais do que construir práticas é preciso dissecar valores e conceitos que subjazem as ações, a custo de que, na omissão dessa depuração, continuaremos reproduzindo interesses escusos favorecedores de quê ou de quem, por vezes, nem ao menos desconfiamos, em uma ingenuidade que superficialmente pode aparentar neutralidade, mas que está potencialmente embutida de iniquidade para com a vida dos nossos semelhantes, ainda que nossas intenções sejam as melhores possíveis.

6 CONCLUSÕES

A premência da problemática alimentar e nutricional na contemporaneidade, o perfil epidemiológico e nutricional brasileiro, a assunção da SAN e do DHAA como prioridade de governo, a necessidade do fortalecimento das ações de atenção nutricional previstas pela PNAN na ESF, como parte essencial do cuidado integral em saúde na Rede de Atenção à Saúde, são os principais fundamentos para a inclusão do nutricionista na ABS, objetivando assim a disseminação de saberes e práticas relativas à alimentação e nutrição neste âmbito de atenção à saúde. A incorporação deste profissional na ESF, segundo os documentos oficiais, visa principalmente ampliar a capacidade das equipes de ABS no enfrentamento das questões alimentares e nutricionais presentes nos territórios.

Devido à escassa produção científica em torno da temática pretendida, o intuito principal desta pesquisa exploratória consistiu em tangenciar dimensões principais presentes na construção dos modos possíveis de estar nutricionista na ESF, a partir da ótica das profissionais. Portanto, o intuito não é apresentar reflexões fechadas e absolutas sobre o fenômeno recortado, mas antes compartilhar um caminho percorrido em busca do entendimento do incipiente lugar do nutricionista no NASF, incitando novas explorações acerca das questões aqui levantadas.

Na elaboração da rede interpretativa, inúmeros desafios apresentaram-se. Dentre eles, a riqueza e complexidade do material empírico, a incipiente experiência na pesquisa qualitativa e o imbricamento da pesquisadora principal com o objeto do estudo, resultando em uma árdua tarefa de imprimir rigor e vigilância reforçados durante a construção da escrita.

Os achados evidenciam que as práticas não democráticas e clientelistas marcam a inserção do profissional na ESF de Fortaleza, situação que reflete na qualidade da assistência ao usuário, tornando-se incoerente ao ideário do SUS. A precarização dos vínculos trabalhistas a que estes profissionais estão expostos produz sentimentos de insegurança, desvalorização e desassossego. A banalização deste sofrimento reverbera na condução do cuidado, suscitando posturas menos empáticas em relação ao sofrimento manifestado pelos usuários. O estabelecimento de relações desiguais entre gestores e profissionais é evidenciado através do silêncio da maioria dos entrevistados quanto à questão do processo seletivo, o que interfere diretamente na edificação de espaços de negociação entre estes atores, sujeitando os nutricionistas a relações de subordinação. Ademais, esta condição intervém negativamente na legitimidade do NASF frente à equipe de SF.

Entretanto, é importante ressaltar que a inserção do NASF no cenário da ABS é ainda muito recente, acontecendo *pari passu* a construção da ESF e a consolidação do SUS, de modo que os obstáculos que se apresentam à construção do sistema de saúde brasileiro repercutem na sua inserção. Contudo, considero que a embrionária discussão acerca dos vínculos empregatícios dos profissionais do NASF, a começar pela inexistência de referência nos documentos oficiais relacionados à desprecarização no SUS, expõe particularmente esta proposta à apropriação pelos interesses clientelistas e político-partidários presentes nos municípios brasileiros, uma vez que a contratação legal dos profissionais da equipe de SF já está sendo pautada como uma das estratégias importantes na consolidação do SUS.

A ausência de menção à defesa do SUS - com exceção de uma profissional - como uma motivação para inserção na ESF, permite concluir que o NASF apresenta-se mais como uma oportunidade ofertada pelo mercado de trabalho, do que um campo de atuação intencionado por uma ambição da categoria em mover-se em prol da concretização do direito à saúde. Por outro lado, a inserção no NASF é marcada por fomes de autonomia, de manifestação do potencial criativo e dinâmico e de reconhecimento profissional, as quais são motivos de intenso sofrimento das profissionais quando da sua atuação em outras áreas, entusiasmando a entrada do nutricionista na ESF.

O SUS e a ESF concebidos pelas profissionais como serviços restritos de assistência à saúde para pobres, desembocam em uma atuação que mais cristaliza a naturalização das desigualdades sociais entre os sujeitos assistidos pelas profissionais, do que contribui para a autonomia destes frente à vida. Nesse contexto, o NASF apresenta-se como uma equipe de profissionais que potencializa a prevenção de doenças na ESF, principalmente as crônicas, ampliando a inserção de outros saberes na condução de um cuidado majoritariamente centrado nos aspectos orgânicos dos usuários. O nutricionista incumbe-se da prevenção e tratamento de doenças e agravos relacionados à alimentação, muito embora realize ações destinadas a outras temáticas da área da saúde. Grande parte das profissionais concebe o lugar do profissional na mudança de hábitos alimentares, a qual é tensionada por uma abordagem simplista, por meio de uma educação nutricional voltada a trocas alimentares destinadas a racionalizar os recursos disponíveis em prol do consumo de alimentos mais saudáveis, descontextualizando e desconsiderando aspectos fundamentais envolvidos na alimentação, banalizando assim o sofrimento dos usuários.

Desse modo, esses achados denunciam o posicionamento que a categoria vem assumindo frente à construção do SUS. A postura alheia ao ideário do projeto da Reforma Sanitária brasileira aponta as lacunas existentes na formação profissional. As instituições

formadoras ainda não tem conseguido avançar na aproximação entre teoria e prática, entre os aspectos biológicos e sociais da nutrição, e entre as necessidades do serviço de saúde e os processos pedagógicos. As lacunas geradas por essa situação conformam uma espécie de ingenuidade no profissional, distanciando-o das reais necessidades de saúde da população. Como na caverna de Platão, a abordagem centrada em nutrientes toma forma de verdade e prepondera nas intervenções do nutricionista, desviando-o da percepção acerca de sua própria incompletude no enfrentamento da problemática alimentar e nutricional.

Esta discussão remete a uma das inquietações iniciais do estudo: a despeito das novas diretrizes dos cursos de nutrição, ainda há muito que avançar em direção a uma formação mais comprometida com a transformação da realidade sanitária da população brasileira. Entretanto, é importante pontuar o tempo histórico no qual estes profissionais estão inseridos. A corrente consolidação do SUS, o NASF como um incipiente lócus de atuação profissional, conformando-se em um território pouco explorado inclusive pelos docentes, a formação propiciada pela universidade guiada pela lógica de mercado, perpassam a experiência de construir-se nutricionista do NASF. Contudo, há que se considerar que as novas diretrizes aludem à ênfase a ser dada ao SUS pelos cursos de graduação, lançando luzes sobre as perspectivas futuras de formação profissional. Além disso, considero que o ideário do SUS e os preceitos da ESF confrontam os pressupostos históricos que embasam a construção da profissão no Brasil, tensionando a categoria a rever a si enquanto coprodutora de saúde na sociedade. Assim, pensar processos formativos para o trabalho no SUS, desde os primórdios da graduação, constitui-se elemento central na construção desse sistema.

A partir da descrição das atividades e de outros discursos, é possível inferir que o NASF tem organizado seu fazer majoritariamente a partir da assistência direta ao usuário, realizando um trabalho desarticulado da equipe, corroborando as dificuldades inerentes à realização da interdisciplinaridade no contexto da ESF. A articulação entre os profissionais do NASF parece estar mais estabelecida. Embora não seja possível uma análise mais assertiva, é possível depreender que, em grande parte, isso se dá pelo sofrimento gerado pelo contexto de inserção desta equipe, bem como pela indefinição dos fazeres das categorias na ESF, situação que agrega os profissionais durante a realização das atividades, embora essa agregação não signifique necessariamente uma maior contextualização das abordagens às condições de vida dos usuários.

A passividade das nutricionistas frente à organização do seu processo de trabalho corrobora a ideia de apoio que prevalece no grupo. A ausência de criticidade frente às recomendações da proposta NASF e da demanda da equipe de SF, em grande parte das

profissionais, resulta numa assunção de responsabilidades de ‘ter que realizar’ certas atividades, como se as ações fossem objetivo fim do trabalho e não meios de realizar o cuidado em saúde. A postura tecnicista prepondera nas diferentes atividades realizadas, estando o aspecto individual majoritariamente no foco da atuação, mesmo que esta se dê em outros espaços como visita domiciliar e atividades em grupo. É possível perceber pouca abertura à ótica do usuário na condução das atividades.

Nesse cenário, é interessante notar como os desdobramentos da materialização das políticas relativas ao DHAA e à SAN engendram-se no cotidiano do profissional, ainda que não se configurem como uma busca dos nutricionistas. As visitas de processo e as ações com o público do Bolsa Família, demandadas pela equipe de SF e outras instâncias, conduzem o profissional às ações relacionadas a estas políticas, mas, mesmo assim, os profissionais não visualizam outras formas de intervir que transcendam ao âmbito técnico da nutrição e à abordagem individual. O desenho desse fazer consoante aos princípios que embasam às políticas de Estado voltadas à alimentação e nutrição revela-se como um desafio particularmente importante para a categoria.

A organização do processo de trabalho dos nutricionistas privilegia a assistência direta ao usuário, seja mediante atividades coletivas ou individuais. O atendimento individual configura-se ainda como uma prática majoritária entre as atribuições do profissional, contrapondo às recomendações da proposta NASF. As incipientes iniciativas de suporte pedagógico à equipe figuram nos discursos como algo que o NASF tem que fazer, e não como algo que emerge de uma reflexão sobre o fazer do nutricionista.

Dessa forma, a mutilação do olhar reforçada pela graduação, resultando numa visão parcial da problemática alimentar e nutricional, repercute na organização do trabalho em prol do enfrentamento desta questão na ESF. Porém, é preciso assumir que essa questão sozinha não explica a organização do processo de trabalho do profissional, inúmeros desafios colocam-se nesse cenário, dentre eles, o limitado e incipiente compartilhar de responsabilidades entre os profissionais que compõem a ESF.

Os argumentos enunciados no início desse tópico exigem um reposicionamento dos nutricionistas frente à população assistida. A propósito, os múltiplos determinantes da alimentação e nutrição tornam premente a necessidade da abordagem interdisciplinar e intersetorial das questões apresentadas no território, o que reforça e justifica um dos objetivos fundamentais do apoio matricial, a dimensão de suporte pedagógico às equipes de SF.

A negligência de dimensões essenciais envolvidas nos problemas alimentares e nutricionais na atuação deste profissional encontra uma premente inconsistência que não pode

mais ser sustentada durante a construção do seu fazer na ESF. As práticas ancoradas apenas em nutrientes e nas verdades científicas cristalizadas derivam intervenções incoerentes, e porque não injustas, frente aos sofrimentos e contradições advindos dos modos de produção, comercialização, publicidade, acesso e consumo de alimentos na atualidade. Assim, a abordagem reducionista das questões emergentes no cenário alimentar moderno pode ser, ao invés de coprodutora de saúde, fabricante de iatrogenias entre os usuários que, com suas escolhas alimentares condicionadas por fatores sociais, econômicos e culturais, os quais transcendem ao mero aspecto e vontade individual, podem sofrer silenciosamente as contradições resultantes deste cenário, apropriando-se delas como suas, sujeitando-se à vivê-las em sua condição de culpado.

A postura profissional reducionista suscitando sujeição no usuário fere os pressupostos fundamentais do SUS, da ESF e das políticas de SAN na atualidade. As políticas relacionadas ao direito à saúde e à alimentação pautam a promoção da autonomia do usuário como um fundamento basilar nas intervenções dos profissionais, bem como o estímulo à ampliação do horizonte de resolução de problemas através da participação social. Assim, a quase ausência de menção à autonomia do usuário e ao alargamento do sentido das escolhas alimentares destes são achados que ganham relevância dentro do estudo, evidenciam o caráter prescritivo e moralista que perpassa a atuação de grande parte das profissionais.

Nesse cenário, o nutricionista vê-se convidado a repensar sua razão de ser. Sem as certezas inerentes à realização de um cuidado meramente técnico, o profissional precisa relativizar suas verdades e criticar os pressupostos que embasam sua construção. Talvez os primeiros passos em direção a uma atuação coerente com a concretização do direito à saúde e à alimentação correspondam à assunção da incompletude do seu saber no manejo dos problemas alimentares e nutricionais, a percepção da categoria como construção histórica, social e ideológica, bem como uma postura proativa do profissional. Problematizações ainda não suficientemente tensionadas pela formação básica, mas fundamentalmente necessárias à construção de novos modos de construir-se nutricionista.

Nessa perspectiva, a inserção na ESF é propícia ao desenvolvimento de crises de identidade entre os profissionais, as quais precisam ser vividas e aceitas durante a construção do seu fazer, sem que isso ressaie como culpa ou incompetência profissional. Assim, é preciso assumir que as novas formas de realizar o cuidado alimentar e nutricional derivarão de atitudes, saberes, experiências, posturas, encontros, encantamentos, mas também de dores e angústias inerentes a todo modo que se proponha diferente do já estabelecido. Nesse caminhar, o como fazer apresenta-se como um desafio particularmente importante, já que a

compreensão da complexidade da problemática alimentar e nutricional não implicará em um saber fazer imediato na prática, exigindo do nutricionista um exercício constante de construção e reconstrução de suas intervenções e enfrentamento dos limites encontrados. Esse percurso, devo ressaltar, não implica em rejeitar a técnica, mas em construir paisagens dialógicas nas quais o encontro com o usuário possibilite o uso de saberes, práticas e recursos, inclusive os técnicos, em direção à promoção do autocuidado da população assistida.

Tendo em vista essa discussão, mesmo que de modo minoritário, gratifica perceber experiências que tangenciam outras formas de conceber a atuação do nutricionista na ESF entre o grupo investigado. Ideias de vínculo, escuta, acolhimento da história de vida, estabelecimento de diálogos, foco na perspectiva do usuário permitem supor a realização de um cuidado alimentar e nutricional congruente com os princípios da integralidade e humanização. Porém, não é intuito dicotomizar a atuação dos profissionais apenas em formas prescritivas de viver e comer e fazeres que percebam o usuário no centro da realização do cuidado, pois entre estes dois polos deve haver inúmeras formas de conduzir o cuidado alimentar e nutricional.

Ainda que embrionária, o uso de ferramentas de trabalho propostas pelos documentos oficiais, que versam sobre o NASF, possibilitam um “estar junto” entre os profissionais da ESF e do NASF, suscitando abordagens mais ampliadas dos problemas de saúde. A dimensão relacional do trabalho em saúde foi apontada como um aspecto que traz satisfação às nutricionistas, resgatando sentidos que humanizam o trabalho destas profissionais, estimulando a criatividade e a construção de experiências inovadoras, apresentando-se como uma potencialidade importante no estudo. Nesse sentido, o contato com os problemas da comunidade e os saberes das outras categorias são aspectos considerados propiciadores de novas aprendizagens pelo grupo investigado. Além disso, as iniciativas de construção de abordagens integradas entre equipe de SF e NASF, por meio dos projetos terapêuticos singulares, e das tutorias de cursos voltados ao matriciamento da equipe de SF na área de alimentação e nutrição, são experiências que apontam caminhos para a construção de um fazer mais coerente com o cuidado alimentar e nutricional pretendido.

Por outro lado, a base cognitiva da nutrição, o desconhecimento das políticas de saúde do Brasil, a difícil realização do trabalho interdisciplinar, o alheamento a questões essenciais envolvidas na discussão de SAN, os modos de produção, distribuição, comercialização e publicidade de alimentos, os ideais de beleza e alimentação saudável disseminados pela mídia, o imaginário da equipe de SF e dos usuários acerca do fazer do nutricionista, a superação da postura tecnicista são aspectos que se apresentam como limites e

desafios a serem mediados na construção do lugar do profissional no NASF. Entretanto, alguns desses aspectos não parecem inquietar fortemente as profissionais, ou ainda não serem percebidos como desafios. A ausência de menção a limitações advindas da formação profissional, a não alusão, na maioria dos discursos, a lacunas e a necessária busca de saberes que os auxiliem na busca de uma atuação mais condizente com a complexidade dos problemas de saúde encontrados na ESF, são inquietações que cedem lugar para a problemática dos recursos materiais e da infraestrutura nos discursos das profissionais.

Longe de se situarem apenas na dicotomia carência e excesso alimentar, desnutrição e obesidade, as questões alimentares e nutricionais presentes no contexto da ESF se diversificam e incluem os paradoxos e contradições advindas do sistema alimentar contemporâneo e da sociedade moderna. Industrialização, padronização, desterritorialização do comer, armadilhas da indústria de alimentos na publicidade e incoerências entre modos de vida vendidos pela mídia e as condições de vida de grande parte dos usuários e a epidemia da obesidade nos territórios são achados que remetem a premência em rever práticas estruturadas em uma ciência que privilegia os aspectos biológicos. Assim, diante da complexidade que se apresenta ao cenário alimentar contemporâneo urge a necessidade da elaboração de um projeto ético-político da categoria de nutrição, a fim de explicitar as concepções de homem, alimentação, educação e saúde que devem impulsionar a constituição de desenhos de formação e de atuação profissional mais coerentes com a defesa da vida humana. Esta questão ganha ainda mais relevância ao se analisar a histórica constituição da categoria no Brasil.

Há que se ressaltar que a graduação, apesar de ser um indutor importante da mudança de práticas, não dará conta isoladamente da problemática instalada. Nesse contexto, é preciso haver um investimento maciço de processos de educação permanente no interior da ESF no intuito de potencializar a construção de práticas mais coerentes com o cuidado pretendido pelo SUS, bem como fortalecer as relações entre equipe de SF e NASF, de modo a qualificar e ampliar a resolutividade das ações de saúde realizadas na ABS.

Ademais, sustento que é preciso conquistar os profissionais inseridos na ESF, “contaminando-os” com valores e princípios subjacentes ao projeto da Reforma Sanitária e à luta de segmentos da sociedade brasileira em prol da assunção da SAN e do DHAA como prioridade de Estado, para que imbuídos destes potencializem sua caminhada em prol da concretização dos direitos humanos à saúde e à alimentação, pois, além de presentes na materialidade dos serviços de saúde, os modelos hegemônicos de assistência à saúde estão arraigados nas crenças e concepções dos profissionais, sendo necessário refletir acerca dos próprios pressupostos que embasam a construção de ser profissional da ESF.

Sendo assim, parafraseando Paim (2008), é preciso, além de reformular os obstáculos estruturais que impedem o avanço do SUS, pensar profissionais comprometidos com o projeto do ‘SUS democrático’, de tal forma que, à medida que contornem desafios cotidianos que se apresentam à construção do ‘SUS diário’, façam com que cada passo seja em direção ao ‘SUS devir’. Afinal, considero que o ‘SUS ideal’, entre outras coisas, serve para isso: construir um agora grávido de projetos de pessoas verdadeiramente empenhadas com a promoção da vida em seus diversos matizes.

É preciso contemplar nossos limites, descortinar os conflitos que permeiam a construção da profissão, do sistema alimentar brasileiro, do processo saúde-doença e de nós próprios como nutricionistas, para que caminhemos rumo a uma atuação costurada a um posicionamento ético, comprometido com a transformação social, em defesa dos mais vulneráveis ao cenário alimentar posto na atualidade, empenhado com a emancipação de cada homem e mulher que constrói os territórios da Saúde da Família.

Assim, fica o convite: pensemos nutricionistas, questionemos a que tipo de ciência serviremos, duvidemos de nossas técnicas assépticas, desocultemos as bases de nossos pressupostos, reconstituamos nossos sentidos de ser, a fim de não nos constituirmos em instrumentos reprodutores de desigualdades que minam a existência daqueles para os quais pensamos estar oferecendo mais qualidade de vida!

Dito isso, espero que os resultados aqui expostos inquietem a categoria a tecer compromissos éticos e políticos com a defesa da vida nos itinerários percorridos durante a construção do lugar do nutricionista no NASF.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. **Estratégias de Coordenação dos Cuidados: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e Integração Entre Níveis Assistenciais em Grandes Centros Urbanos.** 2010. 142 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- ALVES, V. S. **Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família.** 2004. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.
- AMBRÓSIO, C. E. S *et al.* **Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com enfoque ao trabalho do nutricionista.** 2009. 61 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Nutrição) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009.
- ANDRADE, L.O.M. de; BARRETO, I.C. de H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.de S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, FIOCRUZ, 2009.
- ANJOS, M. DE C. R. DOS; BAZZO, W. A. Estudo de mecanismos para popularização do conhecimento acerca da Segurança Alimentar e Nutricional. In: COLÓQUIO EDUCAÇÃO, ALIMENTAÇÃO E CULTURA, 2010, Rio de Janeiro. **Palestras...**Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.nutes.ufrj.br/coloquio/Arquivo/Monica_Anjos_Bizzo.pdf>. Acesso em: 2 out. 2011.
- ANTUNES, C. R. A alimentação e seu lugar na história: os tempos da memória gustativa. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 42, p 11-31, 2005.
- ARAÚJO, I. L. Foucault, formação de saber, o poder disciplinar e o biopoder enquanto noções revolucionárias. **Ítaca: revista de pós-graduação em filosofia IFCS – UFRJ**, Rio de Janeiro, n.14, p. 11-29, 2009.
- AROUCA, A. S. da S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** 1975. 197 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975.
- ARRUDA, B. K. G. de; ARRUDA, I. K. G. de. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p. 319-326, 2007.
- _____. Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil: breve enfoque dos delineamentos conceituais e propositivos. In: TADDEI, J.A. *et al.* (Org.). **Nutrição em Saúde Pública.** Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. **Histórico do Nutricionista no Brasil, 1939-1989:** coletânea de depoimentos e documentos. São Paulo: Atheneu, 1991.

AYRES, J. R. DE C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set/dez, 2004.

BARBOSA, M. I. S; LEONARDO, G de M. N; BOSI, M. L. M. Decifra-me ou te devoro! Organização do processo de trabalho do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. (Não publicado)

BARROS, M. E. B. de. De amoladores de facas a cartógrafos: a atividade do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

BARROS, M. S. C.; TARTAGLIA, J. C. A política de alimentação e nutrição no Brasil: Breve Histórico, Avaliação e Perspectivas. **Alimentos Nutrição**, Araraquara, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2003.

BARROS, R. P. DE; CARVALHO, M. DE; FRANCO, S.; MENDONÇA, R. O papel das transferências públicas na queda recente da desigualdade de renda brasileira In: BARROS, R. P. de; FOGUEL, M. N; ULYSSEA, G. **Sobre a queda recente na desigualdade de renda no Brasil**. Brasília: IPEA, 2007. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Livrocompleto3.pdf>>. Acesso: 18 de maio de 2011

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

BELTRAMMIM, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e municípios. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 41, p. 159-163, out/dez 2008.

BEZERRA, J. A. B. O processo de gênese do saber em alimentação e nutrição: emergência, divulgação e aplicação social. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 2009, Fortaleza. **Anais....** Fortaleza: Associação Nacional de História, 2009. CD-ROM.

BOFF, L. **A irracionalidade da razão**: a doença da mente. Disponível em: <<http://leonardoboff.wordpress.com/2012/07/30/a-irracionalidade-da-razao-a-doenca-da-mente/>>. Acesso em: 24 de abril de 2012.

BOOG, M. C. F. Educação Nutricional: porque e para quê? **Jornal da UNICAMP**, Campinas, p. 2, ago 2004.

BOSI, M.L.M. **A face oculta da nutrição**: ciência e ideologia. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, Ed. UFRJ, 1988

_____. Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva: Panorama e Desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v. 17, n.3, mar 2012. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=9220>. Acesso em: 02 de maio de 2012.

_____. **Profissionalização e Conhecimento:** a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. Desafios na interface pesquisa-construção do direito humano à alimentação: reflexões no âmbito da segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 19-30, 2010.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y.; Avaliação de Políticas e Programas em Alimentação e Nutrição. In: TADDEI, J.A. *et al.* (Org.). **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

BOSI, M.L.M.; PONTES, R.J.S.; Notas Sobre a Segunda Avaliação Externa do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde do Brasil – EPISUS: potencialidades do enfoque qualitativo-participativo. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v.18, n.3, p.549-553, 2009.

BOSI, M.L.M.; PRADO, S.D.; Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-17, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 19 de dezembro de 2002. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Os desafios do SUS. In: _____ **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf>. Acesso em: 02 de abril de 2012

_____. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago, 2010a.

_____. Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil sem Miséria. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jun, 2011c.

_____. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Constituição (1988). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 fev, 2010c.

_____. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, 15 set. 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm>. Acesso em: 02 de set. de 2010.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF, 19 set.1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 02 de set. 2010.

_____. **Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 dez.1990b. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso: 02 de set. 2010.

_____.Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional:** 2012/2015. Brasília: CAISAN, 2011d. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/arquivos/LIVRO_PLANO_NACIONAL_CAISAN_FINAL.pdf>. Acesso em: 10 de set. 2011.

_____. Conselho Nacional de saúde. **Resolução N°. 196 de 10 de outubro de 1996.** Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>. Acesso em: 02 out. 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em 9 abr. 2012d.

_____. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3APrograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817> Acesso em 9 de abr. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Desprecarização do Trabalho no SUS:** perguntas e respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Distribuição do NASF e profissionais por unidade de federação. Brasília, DF, 2010e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde:** agenda positiva do departamento de gestão e da regulação do trabalho em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_positiva2009.pdf>. Acesso em: 09 de abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 de out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: < <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório Final do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS - PNAN - 10 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorioSeminarioPnan10anos.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279, 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, 30 dez. 2010d. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 de jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 25 jan. 2008. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 02 de fev., 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999**. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: 10 de jun. 1999. Disponível em: < http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria710_10_06_1999.pdf>. Acesso em: 02 de jan. 2010.

BRAVO, M. I. S.; Políticas de Saúde no Brasil. In. MOTTA, A. E. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://www.abem-educmed.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/sumario.htm>. Acesso em: 12 jul. 2011.

BRIZOLARA, R.V. Carreira e Vínculos de Trabalho no SUS: Desprecarização do Trabalho no SUS. In: SEMINÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2010, Brasília. **Palestras...**Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres_carreira_regina_19julho.pdf> Acesso: 10 jun 2012.

BURITY, V.; *et al.* **Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2010.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, n.3, p. 851-860, 2009.

_____. Segurança Alimentar e Nutricional: intersetorialidade e as ações de nutrição. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 6, n. 13, p. 09-15, 2004.

_____. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1441-1451, 2007.

_____. Atuação da Sociedade Civil na Construção do Campo da Alimentação e Nutrição no Brasil: elementos para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 63-72, 2011.

BURLANDY, L. *et.al* (Org).Centro de Referência em Segurança Alimentar e Nutricional. Construção e promoção de sistemas locais de segurança alimentar e nutricional: aspectos produtivos, de consumo, nutricional e de políticas públicas. **Relatórios Técnicos**, 3. Rio de Janeiro: CERESAN, out. 2006.

BURLANDY, L.; MALUF, R.S.; Soberania Alimentar : Dimensões de um Conceito em Construção e suas Implicações para a Alimentação no Cenário Contemporâneo. In: TADDEI, J.A. *et al.* (Org.). **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 26-32, ago. 2005.

CAMARGO, S.X; NAKAMA, L; CORDONI-JÚNIOR, L. O Sistema Único de Saúde como paradigma nas representações sociais dos cirurgiões-dentistas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.15, n.38, p.883-900, jul./set. 2011.

CAMPOS, G.W. de 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.

_____. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 219-230, 2000.

- CAMPOS, G.W. de S.; DOMITTI, A.C.; Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, fev. 2007.
- CANESQUI, A. M.; Pesquisa Qualitativas em Nutrição e Alimentação. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 125-139, jan./fev., 2009.
- CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D (Org.). **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CARVALHO, L. B. **Práticas do Psicólogo em Instituições Públicas de Saúde: o cuidado para com o outro**.2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.
- CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T.; A Gestão da Atenção na Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.de S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, FIOCRUZ, 2009.
- CASTRO, I. R. R. DE. **Vigilância Alimentar e Nutricional: Limitações e Interfaces com a Rede de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/v9>>. Acesso em: 22 de out. 2011.
- CAVALLI, S.B. Segurança Alimentar e Nutricional: a abordagem dos transgênicos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.14 (supl.), p 41-46, 2001.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, p. 161-77, set2004/fev2005.
- CENTRO DE REFERÊNCIA EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Construção e Promoção de Sistemas Locais de Segurança Alimentar e Nutricional: aspecto produtivos, de consumo, nutricional e de políticas públicas . **Relatório Final de Pesquisa, 3**. Rio de Janeiro: CERESAN, 2006.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978. Alma-Ata: URSS. **Declaração de Alma-Ata**. Alma Ata, URSS: Organização Mundial de Saúde, 1978. Disponível em:<http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 21 de out. 2010.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. 2. A Construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Relatório Final**. Olinda, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/II_Conferencia_2versao.pdf>. Acesso em: 21 de out. de 2011.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. 4. 2011. Alimentação Adequada e Saudável: Direito de Todos. **Relatório preliminar**..Salvador, 2011. Disponível em:<

http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Seguranca_alimentar_IV/relatorio_preliminar_4_conferencia_seguranca_alimentar_nutricional.pdf>. Acesso em: 03 de mar. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Perfil da atuação profissional do nutricionista no Brasil**. Brasília. CFN, 2006. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Cartilhas/59.pdf>>. Acesso em: 25 de out. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Relatório Final GT Alimentação Adequada e Saudável**. Brasília: CONSEA, 2007. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/consea/plenarias/documentos/relatorio-final-marco-2007-03.2007>> Acesso em: 24 maio, 2011.

CONTI, I.L. Introdução. In: PIOVESAN, F.; CONTI, I.L. (Coor.). **Direito Humano à Alimentação Adequada**. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2007.

COSTA, N. M. Da S. C. Revisitando os Estudos e Eventos Sobre a Formação Nutricionista no Brasil. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 5-19, 1999.

COUTINHO, C. N. **Intervenções: o marxismo na batalha das ideias**. São Paulo: Cortez, 2006.

CUNHA, G.T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, G. T; CAMPOS, G. W. de S. Apoio matricial e atenção primária à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n.4, p. 961-970, 2011.

CUNHA, G. T; CAMPOS, G. W. de S. Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, n. 1, p 31-46, jan/jun. 2010

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: ____ (Org.). **Anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia?** 10. ed. São Paulo: Centauro, 2008.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. **Informações de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 23 jul. 2011.

DEPRAZ, N. **Compreender Hursserl**. 2. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2008.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A. Pesquisa Qualitativa nos Serviços de Saúde. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DESLANDES, S. F. O cuidado humanizado como valor e *ethos* da prática em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

DOBASHI, B. de F; JÚNIOR, N. B; SILVA, S. F. da. O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde? In: SANTOS, N. R do; AMARANTE, P. D. de C. **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

ESCODA, M. S. Q. Política social e de nutrição; In: **Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais: A Determinação Social da Fome e a Intervenção do Estado**, Cap. III. UFRN, 1989.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D.; SENNA, M. D. C. M. O Programa de 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. 2-3, p. 164-176, mar. 2007.

EVANGELISTA, A. M. DA C. O serviço de alimentação da Previdência Social (SAPS): trabalhadores e políticas públicas de alimentação (1940-1967). In: ENCONTRO REGIONAL DA ANPUH - RIO, 14, 2010. **Anais....** Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1277294268_ARQUIVO_ResumoetextoANPUH2010OServicodeAlimentacaodaPrevidenciaSocial_SalvoAutomaticamente_.pdf>. Acesso em: 11 de jan. 2011.

FAJARDO, A. P. **Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde**. 2011. 200 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FARIA, H. X; DALBELLO-ARAÚJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 16, n.1, p. 142-156, jan/jun. 2011.

FERRAZ, L. F. **Programa Bolsa Família Impactos na Distribuição da Renda**. 2008. 46 f. Monografia (Especialização em Orçamento Público) - Instituto Serzedello Corrêa, Tribunal de Contas da União, Brasília, 2008.

FOGAGNOLI, M. M. “**Almoçar bem é no SAPS!**”: os trabalhadores e o Serviço de Alimentação da Previdência Social (1940-1950). 2011. 117 f. Dissertação (Mestrado em História Social) - Centro de Estudos Gerais, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - FBSAN. **A trajetória do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN)**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.fbsan.org.br/historia.htm>>. Acesso: 19 out. 2011.

FRANCO, A. C. **Educação Nutricional na Formação do Nutricionista: Bases Teóricas e Relação Teoria-Prática**. 2006. 188 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FREITAS, M. do C. de; FONTES, G.A.V; OLIVEIRA, N. de (Org). **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: Editora UFBA, 2008.

FROZI, D. S.; GALEAZZI, M. A. M. Políticas públicas de alimentação no Brasil: uma revisão fundamentada nos conceitos de bem-estar social e de segurança alimentar e nutricional. **Cadernos de Debate**, Campinas, v. XI, p. 58-83, 2004.

GADAMER, HG. **Verdade e Método II**: complementos e índice. 6 ed. Petropolis, Rj: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2011.

GALLIAN, D.M.C. A desumanização do comer. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 21 n. 60, p. 179-184, 2007.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre a mudança na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-492, out/dez, 2003.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun. 2006.

GIL, M. D. F. Recursos humanos em nutrição no Brasil: nutricionistas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 561-569, dez. 1986.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D.; ALMEIDA, P. F. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GÓES, J.A.W. Hábitos alimentares: globalização ou diversidade? In: FREITAS, M do C; M do C de; FONTES, G.A.V; OLIVEIRA, N. de (Org). **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: Editora UFBA, 2008.

HARTMANN, M. C. B.; DINIZ, D. C. P. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**: um processo histórico. 2008. 27 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Nutrição) - Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel - PR, 2008. Disponível em: <http://www.fag.edu.br/tcc/2008/Nutri%E7%E3o/politica_nacional_de_alimentacao_e_nutricao.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2012.

HECKERT, A.L.C. Ética e técnica: exercício e fabricações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidar do Cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas. **Documento síntese**. Rio de Janeiro: IBASE, 2008. Disponível em: <http://www.ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf>. Acesso em: 04 de jun. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce>>. Acesso em: 03 de abr. 2010.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 187-199, 2011.

- L'ABBATE, S. As Políticas de Alimentação e Nutrição: I – Período de 1940 a 1964. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v. 2, n. 1, p. 7-54, 1989.
- LANGDON, E. J; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 173-181, mai/jun. 2010.
- LEÃO, M.M.; CASTRO, I.R.R. Políticas públicas de alimentação e nutrição. In: KAC, G.; SICHIERI R.; GIGANTE, D.P. (Org). **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz e Atheneu, 2007.
- LEÃO, M.M.; RECINE, E. O Direito Humano à Alimentação Adequada. In: TADDEI, J.A. *et al.* (Org.). **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.
- MALUF, R.S. Atribuindo sentido(s) à noção de desenvolvimento econômico. **Estudos Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 53-86, out. 2000.
- MALUF, R.S.; MENEZES, F.; VALENTE, F.L. Contribuição ao Tema da Segurança Alimentar no Brasil. **Revista Cadernos de Debate**. Campinas, v.4, p. 66-88, 1996.
- MARINHO DE SOUZA, M.F; KALIGHMAN, A.O. Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida. In: Rouquayrol, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.
- MARTINS, A. O biopoder e a medicalização da vida: novas reflexões. In: I SEMINÁRIO DE PSICOLOGIA E DIREITOS HUMANOS, 2007, Rio de Janeiro. **Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia– RJ, 2007. Disponível em: < <http://www.crprj.org.br/publicacoes/livros/direitoshumanos.pdf>>. Acesso em: 02 de jun. 2011.
- MARTINS, R. Índice de Desenvolvimento Humano: Brasil é o 84º do ranking de IDH da ONU. **Agência Brasil**, Brasília, 02 de nov. de 2011. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/blog/sociedade/brasil-e-o-84%C2%BA-do-ranking-de-idh-da-onu/>>. Acesso em: 03 de nov. 2011.
- MATTOS, R. de A. 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.
- MELLO, G.A, FONTANELLA, B.J.B, DERMAZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS - Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.
- MERCADO-MARTÍNEZ, F.J.; BOSI, M.L.M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- MERHY, E. E; Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, set/dez. 2003.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FRESSE E. (Org). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife-PE: UFPE, 2004.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Bolsa Família**. 2012. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: abril de 2012.

MONDINI, L; GIMENO, S.G.A. Transição nutricional: significado, determinantes e prognóstico. In: TADDEI, J.A. et al. (Org.). **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MORIN, E; LE MOIGNE, J.-L.A **Inteligência da Complexidade**. São Paulo: Petrópolis, 2000.

NETO, J. L.F *et al.* Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, 2009.

NUNES, J.; PELIZZOLI, M.L. O fenômeno do Cuidado - o cuidado em saúde à luz da hermenêutica filosófica. In: Pelizzoli, M.L. (Org.). **Saúde em Novo Paradigma**. Recife: UFPE, 2010 ou 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Comentário geral número 12: o direito humano à alimentação (art.11)**. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos. New York : ONU, 1999. Disponível em: <<http://pdfc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/alimentacao-adequada/Comentario%20Geral%20No%2012.pdf>> Acesso em: 10 de abril, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. ONU, 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 10 de abril, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. ONU, 1966. Disponível em:<<http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>> Acesso em: 10 de abril, 2011.

PÁDUA, J. G. de; 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, jul/ago. 2006.

PAIM, J.S. **O Que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta, G. C. (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde:** contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

PARENTE, J. R. F *et al.* Território, cultura e identidade para a Promoção da Saúde. In: DIAS, F. A. C; DIAS, M.S. DE A. **Território, cultura e identidade.** Rio de Janeiro: Abrasco..

PEDROZA, R.G. **A nutrição social no Brasil:** [mais] uma estratégia biopolítica? 2010. 115 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

PINHEIRO, A. R.O. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, p. 1-14, mai/ago. 2005.

PINHEIRO, A.R. de O; CARVALHO, M. de F.C.C. de. Transformando o Problema da Fome em Questão Alimentar e Nutricional: uma crônica desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 121-130, 2010.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional.** 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

PONTE, H. M. S da.*et al.* Território e a Estratégia Saúde da Família: uma reflexão e um desafio. In: DIAS, F. A. C; DIAS, M. S. de A. **Território, cultura e identidade.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

PORTO, M.C. da. Estado assistencialista e “questão social” no Brasil pós-constituente. In: II JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2005, São Luiz. **Anais...** São Luiz: UFMA, 2005. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Maria_C%C3%A9lia_d_Silva_Porto.pdf>. Acesso em: janeiro de 2012.

PRADO, S.D. **Autonomia:** tentadora e reificada. Estudo sobre nutricionistas dos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. 1993. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

RAMOS, N. F. S. **O nutricionista da atenção básica à saúde do Distrito Federal:** um olhar sobre si mesmo e as ações de atenção nutricional. 2011. 114f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

RECINE, E. *et.al.* A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 2, n.1, p. 21-33, jan./fev. 2012.

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

RIBEIRO, F.J.A; BRAGA, B.J. de A. Dos métodos interpretativos clássicos à hermenêutica filosófica: para uma aplicação dialógica e reflexiva do direito. In: XVII ENCONTRO PREPARATÓRIO PARA O CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, 2008, Salvador. **Anais...**Salvador: Conselho Nacional em Pesquisa e Pós-Graduação em Direito, 2008.

RODRIGUEZ, M.E.; Os Direitos Sociais na Constituição. In: PIOVESAN, F.; CONTI, I.L. (Coor.). **Direito Humano à Alimentação Adequada**. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2007.

RONZANI, T. M; SILVA, C. de M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1 p. 23-34, 2008.

SANTOS, A. A. G dos. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1275-1284, 2012.

SANTOS, L. A. da S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, set/out, 2005.

SANTOS, L.A. da S. **O corpo, o comer e a comida**: um estudo sobre práticas alimentares no mundo contemporâneo. Salvador: Editora UFBA, 2008.

SANTOS, S. M. C. dos. **Nutricionistas e sociedade**: elementos para uma abordagem histórico-social da profissão.1988. 234 f. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988.

SENNA, M. D. C. M. *et al.* Programa bolsa família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 86-94, 2007.

SERRA, G. M. A; SANTOS, E. M. dos. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p. 691-701, 2003.

SILVA, A. L. F. da *et.al.*. Tecnologia da territorialização: processo vivenciado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-Ce. In: DIAS, F. A. C; DIAS, M. S. de A. **Território, cultura e identidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

SILVA, A.C. da. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 23, 1995.

SOARES, N.T.; **Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Nutrição e Competências Profissionais para Atuação em Segurança Alimentar e Nutricional**: perspectivas de docentes do Ceará. 2007. 212 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAVEIRA, Z. Z. **Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família**: revisão de literatura. 2010. 38 f Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

TESSER, C. D *et al.* Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011

TREMINIO, C. R. **Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional en Territorios Sociales Gestión territorial con participación ciudadana**, 2010, Santiago. Santiago - Chile: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación - FAO, 2010. Disponível em: <http://www.fao.org/alc/file/media/pubs/2010/LIBRO_TREMINIO_FAO-31marzo_baja.pdf>. Acesso em: 02 de out. 2011.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI M.L.M. O Mercado dos Pobres: um enfoque qualitativo da utilização de programas sociais de alimentação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.482-491, mar./abr. 2004.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, **Histórico do curso de Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde (CMANS) da Universidade Estadual do Ceará – UECE**. 2011, Fortaleza. Disponível em: <<http://www.uece.br/mestradonutricao/index.php/historico>>. Acesso em: 14 set. 2011.

VALENTE, F.L.S. *et al.* Compreendendo a Abordagem de Direitos Humanos à Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil – Lições aprendidas. Estudo de caso revisitado. In: VALENTE, F. L. S. (Org.). **Direito Humano à Alimentação: desafios e conquistas**. São Paulo: Cortez, 2002.

VALENTE, F.L.S. *et al.* **Curso de Formação em Direito Humano à Alimentação Adequada: no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional**. – Brasília: Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação - FAO, 2007.

VALENTE, F.L.S. Do Combate à fome à Segurança Alimentar e Nutricional: o direito à alimentação adequada. In: VALENTE, F. L. S. (Org.). **Direito Humano à Alimentação: desafios e conquistas**. São Paulo: Cortez, 2002.

VALENTE, F.L.S.; FRANCESCHINI, T.; BURITY, V.; Instrumentos e Mecanismos Não Judiciais de Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil. In: PIOVESAN, F.; CONTI, I.L. (Coor.). **Direito Humano à Alimentação Adequada**. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2007.

VASCONCELOS, F.A.G. Acumulação de capital, corrupção e fome. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 39, p. 48-57, 1993.

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

VASCONCELOS, F.A.G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.4, p. 439-457, jul./ago. 2005.

VASCONCELOS, F.de A.G.de; BATISTA-FILHO, M. História do campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.81-90, 2011.

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

VASCONCELOS, C.M. de; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.de S. *et al.*(Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, FIOCRUZ, 2009.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.de S. *et al.*(Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, FIOCRUZ, 2009.

ZILLES, U. Fenomenologia e teoria do conhecimento em Husserl. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. XIII, n.2, p. 216-221, jul/dez. 2007.

ZOBOLI, E.L.C.P.; FORTES, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.20, v.6, p.1690-1699, nov/dez. 2004.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Nutricionista,

Sou aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, estou desenvolvendo, no município de Fortaleza-CE, uma pesquisa intitulada “O Lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Fortaleza: desenhos iniciais” sob a orientação do Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

Você está sendo convidado a participar voluntariamente dessa pesquisa, com a qual tenho o objetivo de compreender as percepções dos nutricionistas atuantes nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família acerca de sua inserção na Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza. Para tanto, estarei realizando uma entrevista individual com você. Dou-lhe a garantia que as informações que obterei serão apenas para a realização do meu trabalho, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que fotos não serão tiradas, nem realizadas filmagens, apenas a gravação de áudio da entrevista que será feita através de um aparelho eletrônico de propriedade do pesquisador e a qualquer momento você terá acesso às fitas gravadas, bem como às anotações das informações obtidas, inclusive para sanar dúvidas que porventura ocorram. Antes de decidir a respeito de sua participação, pergunte-me caso haja algo que não esteja claro ou caso necessite de maiores informações. Você dispõe de tempo para pensar se desejará participar ou não do estudo, e da liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo a você, a minha pessoa e, ou ao município. Você não será remunerado pela participação na pesquisa. Uma cópia deste termo ficará com você para caso haja qualquer necessidade. O estudo foi revisado por um Comitê de Ética em Pesquisa independente da Instituição Responsável.

Os resultados desta entrevista são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessíveis a outras pessoas. Reforço que o fato de participar ou não do estudo não trará nenhum prejuízo. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: **Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará**

Pesquisador Responsável: **Diana Cris Macedo Rodrigues**

Endereço: **R. Professor Costa Mendes, 1608**

Bloco didático – **5º andar**

Bairro: **Rodolfo Teófilo – CEP 60430-140 Fortaleza - CE**

Telefones p/contato: **(85) 3366-8045 / 3366-8044/ 9633-1993**

Pesquisadora

ATENÇÃO! Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

Eu _____, ____ anos, RG: _____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tomei conhecimento do estudo “O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Fortaleza: desenhos iniciais”, realizado pela pesquisadora Diana Cris Macedo Rodrigues, compreendi seus objetivos, concordando em participar da pesquisa por livre e espontânea vontade.

Fortaleza, ____ de _____ de 2011

Assinatura do participante

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 - Dados gerais

Sexo

Naturalidade

Estado Civil

Idade

Escolaridade

Tempo de atuação no NASF de Fortaleza

Instituição na qual se graduou

2 – Pergunta condutora

Gostaria que você me falasse sobre suas experiências como nutricionista no NASF.

3 - Aspectos a serem observados

Percepções acerca da ESF e do lugar do nutricionista nesta estratégia;

Atividades realizadas;

Limites e potencialidades de sua inserção;

A proposta do NASF e a atuação do nutricionista.

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 308/11

Fortaleza, 07 de novembro de 2011

Protocolo COMEPE nº 272/ 11

Pesquisador responsável: Diana Cris Macedo Rodrigues

Título do Projeto: "Percepções dos nutricionistas atuantes nos núcleos de apoio à saúde da família acerca de sua inserção na estratégia saúde da família de Fortaleza-Ceará"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 03 de novembro de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Frota Bezerra', written over a faint circular stamp.

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC