

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**GABRIELA PERUSSI CARIZANI ROSSI**

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEPÇÕES E AÇÕES DE  
NUTRICIONISTAS EM REGIÃO DO INTERIOR PAULISTA

São Carlos  
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**GABRIELA PERUSSI CARIZANI ROSSI**

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEPÇÕES E AÇÕES DE  
NUTRICIONISTAS EM REGIÃO DO INTERIOR PAULISTA

Dissertação apresentada como requisito para  
obtenção de Título de Mestre junto ao  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da  
Clínica da Universidade Federal de São Carlos.

Área de concentração: Gestão do Trabalho em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado

São Carlos

2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## FOLHA DE APROVAÇÃO

GABRIELA PERUSSI CARIZANI ROSSI

**“REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEPÇÕES E AÇÕES DE NUTRICIONISTAS EM  
REGIÃO DO INTERIOR PAULISTA”**

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal de  
São Carlos para obtenção do Título de  
Mestre junto ao Programa de  
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

**DEFESA APROVADA EM 29/03/2016**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado - UFSCar  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Márcia Niituma Ogata – UFSCar  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Sylvia Carvalho de Barros - UNICEP

---

**Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – PPGGC**  
Tel.: (16) 3351-9612; e-mail: [ppggc@ufscar.br](mailto:ppggc@ufscar.br)

## *Dedicatória*

*Aos meus pais, Marco e Rosa, e ao meu esposo, Tiago.*

# *Epígrafe*

*“Quando a situação for boa, desfrute-a  
Quando a situação for ruim, transforme-a  
Quando a situação não puder ser transformada,  
transforme-se”*

*(Viktor Frankl)*

## *Agradecimentos*

*À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado, pela competência, dedicação e parceria durante o desenvolvimento deste trabalho. Obrigada por me acalmar nos momentos de ansiedade e angústia. Agradeço, acima de tudo, pela oportunidade, confiança e paciência.*

*À banca examinadora, Profa. Dra. Márcia Nütuma Ogata e Profa. Dra. Maria Sílvia Carvalho de Barros, por compartilhar suas experiências, colaborando com o enriquecimento do trabalho.*

*Aos meus pais, Marco e Rosa, pelo apoio e incentivo de sempre. Agradeço pelos meus maiores exemplos de amor, fé, determinação, respeito e otimismo! Amo vocês!*

*À minha irmã, Marina, pela amizade, conversas e momentos de descontração. Te amo!*

*Ao meu esposo, Tiago, por todo amor, cuidado, companheirismo e paciência. Agradeço pelo apoio que sempre me deu para que eu alcançasse meus objetivos. Você foi muito importante nessa caminhada. Amo você!*

*À minha querida prima, Natália Perussi Biscola, pela amizade, incentivo e inspiração. Obrigada pelos aprendizados, paciência e leituras incansáveis. Afinal, não basta ser prima, tem que palpitar e ler a dissertação algumas vezes!*

*À minha grande amiga, Ana Livia Libardi Bertachini, pela amizade, motivação e longas conversas. Obrigada pelo carinho e por estar sempre presente, mesmo estando longe.*

*Aos meus tios, Sergio Perussi Filho e Janice Rodrigues Perussi, pelos exemplos de profissionais. Obrigada pelo incentivo e carinho de sempre.*

*Aos grandes amigos, Elaine, Moacyr, Netto e Maurício, pela amizade, carinho e momentos de lazer e diversão.*

*Aos meus sogros, Aurea e Sergio, e aos meus cunhados, Aline e Max, pelos anos de convívio e amizade.*

*À todos os profissionais nutricionistas participantes da pesquisa, pela disponibilidade e interesse em colaborar com o estudo. Sem a contribuição de vocês este trabalho não teria sido concluído.*

*Aos colegas mestrandos pela oportunidade de compartilhar conhecimentos e experiências durante esses dois anos.*

*À Universidade Federal de São Carlos, ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica e aos professores que compartilharam seus conhecimentos, enriquecendo os encontros e colaborando com meu aprendizado e minha formação profissional.*

*Às funcionárias do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Vanessa e Yara, por estarem sempre prontas a ajudar.*

*Ao Prof. Dr. Daniel Mill, Educação à Distância – UFSCar, pelas orientações durante o desenvolvimento da pesquisa virtual.*

*Aos estudantes de graduação da UFSCar, Valéria Ribeiro Quaresma Gomes (Enfermagem) e Luciano Gabriel Francisco (Engenharia da Computação) pela colaboração durante o desenvolvimento do instrumento de coleta de dados no Google Drive. O auxílio de vocês foi fundamental!*

*Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.*

**Gratidão!**

## RESUMO

As Redes de Atenção à Saúde constituem-se uma inovação na organização das ações e dos serviços de saúde, com a formação de rede regionalizada horizontalizada e hierarquizada com diversas densidades tecnológicas. Estas são formadas a partir de diferentes pontos de atenção à saúde, objetivando produzir um impacto positivo nos indicadores de saúde da população. A implementação dessas redes sugere um avanço do processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), e ainda a prevalência de intervenções técnicas múltiplas, articuladas pela interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Com o objetivo de fortalecer ainda mais a rede, a inserção do nutricionista é indispensável na equipe multidisciplinar, promovendo a saúde e prevenindo a ocorrência de novos casos de doenças relacionadas à alimentação e nutrição, de forma ágil, econômica, sustentável e eficiente. O presente estudo buscou contribuir para a compreensão do papel do nutricionista nas Redes de Atenção à Saúde em uma região do interior paulista. A população foi composta por 14 profissionais nutricionistas atuantes nas Redes de Atenção à Saúde dos 24 municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde III – Araraquara/SP. A ferramenta utilizada para a coleta de dados na primeira etapa do estudo foi o *e-mail*, através do *Google Drive*, um pacote de aplicativos do *Google*, contendo dados de identificação e perguntas semiestruturadas, cujas respostas foram interpretadas e analisadas quantitativamente. Na segunda etapa da pesquisa, foram realizadas entrevistas com perguntas abertas direcionadas para o tema proposto a quatro nutricionistas e os resultados foram analisados qualitativamente, utilizando a técnica de análise de conteúdo temático-categorial, levando em consideração o referencial teórico-metodológico. Os resultados encontrados demonstraram que o número de nutricionistas nos serviços de saúde é insuficiente, que a formação desses profissionais para a atuação no SUS pode ser considerada deficiente e que apresentam um conhecimento superficial em relação às Redes temáticas. Além disso, revelam que os nutricionistas apresentam algumas dificuldades no desenvolvimento do seu trabalho na Rede de Atenção à Saúde. Contudo, ficou claro que o profissional nutricionista apresenta um leque de possibilidades de atuação no serviço de saúde e uma facilidade no trabalho interdisciplinar, cuja habilidade é essencial no trabalho em saúde pública.

**Palavras-chave:** redes de atenção à saúde, sistema único de saúde, nutricionista



## ABSTRACT

The Care Networks Health to constitute an innovation in the organization of actions and health services, with the formation of regionalized and hierarchical network with different technological densities. These are formed from different health care points, in order to produce a positive impact on health indicators of the population. The implementation of these networks suggests an improvement of the process of realization of the Unified Health System (UHS), and also the prevalence of multiple technical interventions, articulated by the interaction of agents from different professional areas. In order to strengthen the further network, the nutritionist insertion is indispensable in the multidisciplinary team, promoting health and preventing the occurrence of new cases of diseases related to food and nutrition, agile, economical, sustainable and efficient manner. This study sought to understand the role of the nutritionist in the Health Care Networks in the São Paulo region. The population was composed of 14 professionals working nutritionists in the Health Care Networks of the 24 municipalities members of the DRS III – Araraquara/SP. The tool used for data collection in the first stage of the study, was the e-mail, via Google Drive, a Google application package, containing identification data and semi-structured questions. These data were interpreted and analyzed quantitatively. In the second stage of the research, an interview with open questions directed to the theme and the data were analyzed qualitatively and performed using the content analysis technique, taking into account the theoretical and methodological framework. The results showed that the number of nutritionists in the health services is inadequate, that the formation of these dedicated professionals for activities in the UHS is deficient and that nutritionists have a superficial knowledge about the thematic networks. In addition, the results presented show that nutritionists have some difficulties in developing its work in the Health Care Network. However, it became clear that the professional nutritionist presents a range of possibilities of action in the health service and a facility in interdisciplinary work, whose skill is essential to work in public health.

**Keywords:** health care networks, unified health system, nutritionist

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Regiões de Saúde do DRS III - Araraquara/SP.....	44
Figura 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa em relação ao gênero (n=14).....	52
Figura 3 - Faixa etária dos participantes da pesquisa .....	53
Figura 4 - Formação complementar dos participantes da pesquisa.....	54
Figura 5 - Área de atuação dos nutricionistas do DRS III - Araraquara/SP.....	54
Figura 6 - Profissionais que realizaram (ou realizam) e não realizaram (ou não realizam) apoio matricial (n=14).....	55
Figura 7 - Distribuição das respostas em relação à participação no processo de implantação de Redes Temáticas no DRS III - Araraquara/SP (n=14).....	56

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Busca no banco de dissertações e teses da CAPES .....	37
Tabela 2 - Busca no banco de artigos no Pubmed e Scielo .....	38
Tabela 3 - Relação dos municípios do DRS III, número de habitantes, número de profissionais recomendados na resolução CFN nº380/2005 e número de nutricionistas presentes na atenção básica. ....	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AB** - Atenção Básica

**APS** - Atenção Primária em Saúde

**ARES** - Administração Regional de Saúde

**CAPES** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

**CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial

**CEMAIA** - Centro Municipal de Atendimento à Infância e Adolescente

**CEME** - Centro Municipal de Especialidades

**CEMI** - Centro de Especialidades Médicas e Imagens

**CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

**CFN** - Conselho Federal de Nutricionistas

**DANT** - Doenças e Agravos Não Transmissíveis

**DRS III** - Departamento Regional de Saúde III

**EMAP** - Equipe Multiprofissional de Apoio

**ESF** - Estratégia da Saúde da Família

**NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**ONGs** - Organizações Não Governamentais

**OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde

**PNAE** - Programa Nacional de Alimentação Escolar

**PNPS** - Programa Nacional de Promoção da Saúde

**PTS** - Projeto Terapêutico Singular

**RAS** - Redes de Atenção à Saúde

**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFSCar** - Universidade Federal de São Carlos

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	14
1 INTRODUÇÃO .....	16
1.1 Promoção à Saúde .....	16
1.2 O SUS e as Redes de Atenção à Saúde .....	19
1.3 Apoio Matricial em Saúde .....	27
1.4 Formação do nutricionista para o SUS e sua atuação na equipe multiprofissional.....	29
2 JUSTIFICATIVA .....	36
3 OBJETIVOS .....	39
3.1 Objetivo geral.....	39
3.2 Objetivos específicos .....	39
4 PERCURSO METODOLÓGICO .....	40
4.1 Tipo de estudo .....	40
4.2 Pesquisa virtual.....	41
4.3 Entrevista .....	43
4.4 Participantes do estudo .....	43
4.4.1 Critérios de inclusão .....	44
4.4.2 Critérios de exclusão .....	44
4.5 Coleta e processamento dos dados .....	45
4.6 Análise dos resultados.....	46
4.7 Aspectos éticos da pesquisa .....	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	72
REFERÊNCIAS .....	74
ANEXO .....	81
APÊNDICE A.....	84
APÊNDICE B.....	88
APÊNDICE C.....	89

## **APRESENTAÇÃO**

Ingressei no curso de graduação em Bacharelado em Nutrição no Centro Universitário Central Paulista - UNICEP, São Carlos, em 2004. Durante os anos da graduação, tive contato com políticas públicas de saúde nas disciplinas de saúde pública I e II e vigilância sanitária, as quais eram baseadas em legislações e, sempre que possível articuladas com a prática.

Durante o último ano da graduação, realizei três estágios curriculares que me proporcionaram conhecer o Sistema Único de Saúde e seus usuários e, conseqüentemente, aprender mais sobre a saúde pública. Dentre eles, realizei estágio na Alimentação Escolar, na Unidade Básica de Saúde e na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos/SP. Estes foram os estágios com os quais mais me identifiquei, pois verifiquei a importância e a necessidade da inserção do profissional nutricionista na rede de atenção à saúde. Dentre os principais problemas estão a deficiência de informações dos usuários do SUS sobre alimentação e nutrição e as dificuldades encontradas pelo próprio nutricionista no reconhecimento e desenvolvimento do seu trabalho.

Após um ano e meio de formada, trabalhei como nutricionista em um restaurante comercial durante os anos de 2009 a 2011. E, por mais dois anos (2011 a 2013), atuei na área de alimentação coletiva, como nutricionista responsável pelo setor operacional, ou seja, pela produção e distribuição das refeições do Restaurante Popular da Prefeitura Municipal de São Carlos/SP. Nesse período, tive contato direto com os clientes do restaurante que, em sua maioria, também eram usuários do SUS. Muitas dessas pessoas me pediam para tirar alguma dúvida sobre a alimentação em geral e/ou referente a alguma patologia específica. Então, isso me fez pensar que, provavelmente, poderia haver alguma deficiência na orientação nutricional desses pacientes no momento do diagnóstico, como por exemplo, pacientes hipertensos, diabéticos, intolerantes a lactose, entre outros, os quais necessitam de orientações específicas sobre a alimentação.

Com o intuito de me especializar, tendo em vista meu interesse pela área e as minhas experiências profissionais em serviços de alimentação, cursei Pós-Graduação Lato Sensu em Controle de Qualidade dos Alimentos no Centro Universitário de Araraquara – UNIARA, durante os anos de 2012 e 2013.

Em 2013 fui aprovada no processo seletivo para docente substituto do Curso Técnico em Nutrição e Dietética do Centro Paula Souza - ETEC "Prof. Anna de Oliveira Ferraz" na cidade de Araraquara/SP. Foi e está sendo (pois tive a oportunidade de retornar em Agosto de 2015, após novo processo seletivo) uma experiência muito significativa nesta área, a qual despertou ainda mais o interesse em cursar o mestrado e seguir a carreira acadêmica.

Na busca por um curso de Pós-Graduação Stricto Sensu que pudesse contribuir para a minha formação, tivesse alguma relação com a saúde coletiva e me proporcionasse aprofundar meus conhecimentos sobre a área, me deparei com o Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar.

Meu interesse se tornou ainda maior ao ver que o programa apresenta como foco a melhoria dos serviços de saúde, responsabilização dos profissionais e serviços e constituição de padrões de qualidade e integralidade nas ações de saúde.

Por conseguinte, esta dissertação tem a finalidade de contribuir para o enriquecimento do conhecimento sobre o SUS, suas ferramentas para a gestão do trabalho e a atuação do profissional nutricionista no sistema.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Promoção à Saúde

Analisando o atual perfil epidemiológico brasileiro, observam-se pontos importantes que são características de países em desenvolvimento, como: a persistência de doenças parasitárias e infecciosas; desnutrição; problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis; o desafio de doenças crônicas e seus fatores de risco, como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada e obesidade; e o crescimento de causas externas devido ao aumento da violência e dos acidentes de trânsito (BRASIL, 2010).

Observa-se também uma mudança na forma de se produzir, comercializar, transformar, industrializar e preparar os alimentos. Como consequência desse processo, advindo da transição nutricional em curso no país, o padrão alimentar das famílias brasileiras transformou-se, uma vez que cresce o número de alimentos calóricos, com alto teor de gorduras, açúcares, sal e aditivos químicos, enquanto cai o consumo de frutas, legumes e verduras. Isso resulta em significativas alterações no perfil de morbidade e mortalidade e nos padrões do consumo alimentar e do estilo de vida da população (CONSELHO, 2008, p.10).

Apesar disso, observamos fatores positivos na expectativa de vida da população com o aumento significativo de idosos nas últimas décadas. Sendo assim, as desigualdades nas formas de viver e morrer impõem novas demandas e desafios às políticas públicas (CONSELHO, 2008, p.11). Para Rocha e Laprega (2012), essa transição demográfica tem intensa repercussão no perfil epidemiológico da população e na organização dos serviços de saúde.

De acordo com Heidmann et al. (2006), a promoção da saúde tem o desafio de mudar o cenário no qual ainda prevalece uma grande desigualdade social com deterioração das condições de vida da maioria da população, além do aumento de riscos para a saúde e da diminuição dos recursos para enfrentá-los. Logo, a luta por saúde deve envolver a melhoria da qualidade de vida (renda, educação, transporte, lazer, habitação), a qual deve estar presente nas estratégias de promoção à saúde.



Nota-se claramente a necessidade de ampliar o foco da atenção à saúde para o manejo das condições crônicas e atender simultaneamente as condições agudas da população (BRASIL, 2010).

A estratégia de política pública para a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas no processo, ou seja, o governo, o setor da saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia (BRASIL, 2002).

Dentro deste contexto, em resposta a um movimento que buscava renovar a concepção mundial de Saúde Pública, ocorreu em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção à Saúde, cujo resultado foi o documento chamado Carta de Ottawa, que, ainda hoje, é uma das principais referências no debate sobre promoção da saúde. As bases das discussões foram os progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a Saúde para Todos e o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para vida, e não como objetivo de viver (OMS, 1986, p. 01).

Segundo os autores Rodrigues e Ribeiro (2012), as desigualdades sociais existentes no mundo, e particularmente no Brasil, colocam em destaque a discussão da promoção da saúde com um enfoque político e de planejamento. A escassez das ações assistenciais para dar conta dos problemas que a maior parte da população enfrenta todos os dias reforça a necessidade da promoção da saúde como política e prática na responsabilização e no cuidado em saúde.

Promover a saúde constitui recuperá-la como valor de uso e resgatá-la como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida. Significa interferir nos estilos e modos de vida e na produção de políticas públicas que tomem em primeira mão o desenvolvimento humano. Desenvolvimento para a saúde, entendida como sinônimo de vida (CASTRO; MALO, 2006).

A promoção à saúde é o modo de ver a saúde e a doença e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico (HEIDMANN et al., 2006).

De acordo com Ferreira e Magalhães (2007), esta é uma estratégia promissora para o campo da saúde pública, devido alguns fatores atuais, como a crescente medicalização, a baixa eficácia dos serviços de saúde e os altos custos do setor. Acredita-se que a promoção da saúde está em processo de construção teórica e prática e aponta para o redirecionamento das políticas e programas de saúde no país. Este debate leva a mudanças nas ações tradicionais no campo da saúde pública, incluindo as práticas nutricionais.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde (PNS) seguintes, expandindo as possibilidades das políticas públicas existentes. Vale ressaltar que o objetivo geral da PNPS é

promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015, p. 11).

Nessas ações de promoção à saúde, os profissionais apresentam um papel fundamental de conhecer o conjunto das informações e promover o diálogo com a comunidade, intervir e ajudar a compreender a realidade de saúde da população, estimular a sua participação e elaborar estratégias, buscando melhorar as suas condições de vida e saúde. Ademais, devem realizar ações intersetoriais atuando em fatores que interferem na saúde, como: educação, saneamento, habitação, emprego e renda (HEIDMANN et al., 2006).

Um estudo realizado por Castro et al. (2014), demonstra que a promoção de saúde oferece acesso à informação, podendo gerar possibilidades de transformação e de melhoria da qualidade de vida, destacando que o assunto também deve ser incluído no projeto político-pedagógico de escolas. Estes podem ser locais privilegiados de promoção da saúde, possibilitando tanto a ampliação do acesso à

informação, favorecendo a compreensão da saúde como direito e responsabilidade individual e coletiva, como a construção de habilidades essenciais no cotidiano do cidadão, entre elas o autocuidado, o senso crítico e a capacidade decisória.

Assim, verifica-se a importância de intensificar as ações das estratégias de promoção à saúde no cotidiano dos serviços, promover a autonomia das pessoas e profissionais - para que, trabalhando em conjunto, compreendam a saúde como resultante das condições e vida - e gerar um desenvolvimento social mais equitativo (HEIDMANN et al., 2006).

Para se operar a política de saúde, abrangendo a de promoção da saúde, se faz necessária a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades. Esta deve ser realizada em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, considerando as necessidades em saúde da população, agindo de forma articulada entre os diversos atores, em um determinado território (BRASIL, 2015).

## **1.2 O SUS e as Redes de Atenção à Saúde**

A proposta de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde, surge a partir de 1978, acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela OMS.

Na década de 1980, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, foram fundamentais para as conquistas que incidiram no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil. Em meio a conflitos, as mudanças ocorreram, chegando à Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual reconhece, entre outros conceitos e princípios, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde – descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A partir da implantação do SUS, em 1990, iniciou-se a organização de um sistema nacional público com princípios e diretrizes regulados a partir da Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90), o qual incorporou o conceito ampliado de saúde resultante dos modos de vida, de organização e de produção em

um determinado contexto histórico, social e cultural, buscando superar a concepção da saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos (BRASIL, 2015).

Segundo Castro e Malo (2006), o SUS trabalha pela obtenção de uma organização do sistema e dos serviços de saúde que se realize conforme a análise do perfil epidemiológico de uma região, a integração das medidas de promoção, prevenção e tratamento, a equidade no acesso, a articulação entre os diferentes níveis de complexidade de atenção, o processo democrático de tomada de decisão e as necessidades sanitárias da população.

Observando o desenho político institucional do SUS, para a organização das ações e dos serviços de saúde, verifica-se a formação de rede regionalizada e hierarquizada, com diversas densidades tecnológicas formadas por pontos de atenção à saúde, chamada de Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2015).

Na década de 1920, no Reino Unido, tem-se a origem das RAS, quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a I Guerra Mundial. A primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde consta neste documento, em que os serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz. Esses serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos centros de saúde secundários, fortemente vinculados aos hospitais (BRASIL, 2012a).

De acordo com Mendes (2011), as propostas das RAS são recentes, tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. A partir dali, foram avançando pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá e, posteriormente, atingiram alguns países em desenvolvimento.

O tema, no Brasil, vem sendo tratado por diversos pesquisadores e teóricos da área, desde o final da década de 90. Lembrando que, a organização do SUS sob os moldes de redes de atenção, também tem sido apontada como estratégia para

consolidação de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2012a).

Com o intuito de produzir um impacto positivo nos indicadores de saúde da população, inovou-se o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento das RAS (BRASIL, 2010).

De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30/12/10, do Ministério da Saúde, as RAS são definidas como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010).

Portanto, é uma estratégia para se concretizar as ações de promoção da saúde, visando

transversalizar a promoção na Rede de Atenção à Saúde, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando-se com todos os equipamentos de produção da saúde do território, como atenção básica, redes prioritárias, vigilância em saúde, entre outros. Articular a Rede de Atenção à Saúde com as demais redes de proteção social, vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada, por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde (BRASIL, 2015, p. 15).

A organização dessas redes necessita estruturar-se com base em alguns fundamentos, para que seja feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade. São eles: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011).

A implementação das RAS indica maior eficácia na produção de saúde e melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde regional, além de contribuir para o avanço do processo de efetivação do SUS (BRASIL, 2012b).

O desafio dessa implementação é a construção de sistemas integrados de saúde que se articulem em todos os níveis de atenção à saúde e de forma interfederativa mais harmônica possível (BRASIL, 2012a).

Para o funcionamento adequado dessas RAS, alguns atributos são fundamentais, dentre eles: a definição da população e dos territórios com o vasto conhecimento de suas necessidades e preferências, as quais determinam a oferta de serviços de saúde; a atenção básica à saúde estruturada, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde; a atenção à saúde focada no indivíduo, na família e na comunidade, levando em consideração as particularidades culturais, gênero e diversidade da população; a participação social; os recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; e o sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede (BRASIL, 2012b).

Segundo Fagundes (2013), é recomendado que não exista hierarquia entre os diferentes componentes na constituição destas redes, ou seja, todos os pontos de atenção à saúde devem ser igualmente importantes e relacionar-se horizontalmente, com a atenção primária coordenando. É essencial que as RAS sejam organizadas em arranjos mistos, que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros.

Neste contexto, para Oliveira et al. (2004), nas RAS há a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem estabelecida e sem grau de importância entre eles.

Existem evidências nas literaturas internacionais de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação do usuário e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde, tornando-se uma saída para a crise contemporânea desses sistemas (MENDES, 2010).

Para Podolny e Page, citado por Mendes (2011, p. 79), as redes tem como principais vantagens:

a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e status, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações, permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque relações de intercâmbio possibilitam planos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade.

De acordo com Ferreira e Chaves (2012), a regionalização da saúde e a construção de redes de atenção à saúde se destacam por contribuir para o alcance da integralidade, continuidade do atendimento, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência do sistema de serviços de saúde.

Além disso, para Carneiro et al. (2014), a implementação das RAS aponta para uma melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Contudo, segundo Fleury e Ouverney (2007), citado por Mendes (2011, p. 80), algumas características das redes limitam sua eficácia ou criam dificuldades para a sua gestão:

o envolvimento de numerosos atores dificulta a prestação de contas (accountability), o processo de negociação e de formação de consensos pode ser lento; a diluição de responsabilidades pode afetar o alcance dos objetivos; pode se dar a exclusão de atores sociais ou regiões importantes em função da fragilidade dos critérios de participação; e as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas na gestão.

Mendes (2010, p.2300) cita que as RAS são constituídas de três elementos básicos, identificados abaixo.

- população: colocar as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências.

- estrutura operacional composta por cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde.

- modelo de atenção à saúde: sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevaiente da saúde, das

situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

No ano de 2011, iniciou-se o processo de implantação de algumas redes de atenção à saúde temáticas, definidas segundo as prioridades das agendas de saúde federal, estadual e municipal: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência:

✓ A Rede Cegonha (Portaria nº 1459 de 24 de Junho de 2011) é uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério. Além disso, assegura às crianças o direito a um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Os objetivos dessa rede são: novo modelo de atenção ao parto, nascimento e saúde da criança; garantia de acesso, acolhimento e resolutividade; redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012b).

✓ A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria GM/MS nº 1600 de 7 de Julho de 2011) tem o objetivo de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2012b).

✓ A Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011) tem como prioridade o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas, buscando a construção de serviços diferentes para as diferentes necessidades. Logo, elenca-se quatro eixos estratégicos para implementação da rede: ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental; qualificação da rede de atenção integral à saúde mental; ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; ações de prevenção e de redução de danos (BRASIL, 2012b).

✓ A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria GM/MS nº 483 de 1º de Abril de 2014) tem por objetivos gerais: fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas; garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas; impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas; contribuir para promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças



crônicas e suas complicações. O enfoque das RAS é, no momento, dividido em quatro temas epidemiologicamente mais relevantes: doenças renocardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus e insuficiência renal crônica), obesidade, câncer e doenças respiratórias (BRASIL, 2012b).

✓ A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Portaria GM/MS nº 793 de 24 de Abril de 2012) apresenta os seguintes objetivos: ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, contemplando as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias; ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada; desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta (BRASIL, 2012b).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) ressalta que só se alcançará a integralidade do cuidado com a construção de uma rede de cuidados integrada entre os três níveis de ação, além de ser inter-relacionada com outras políticas sociais (FAGUNDES, 2013).

É equivocada a visão de SUS hierárquico, formado de acordo com as complexidades de cada nível de atenção, ou seja, atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Isso porque, não podemos dizer que a Atenção Primária em Saúde (APS) seja menos complexa que os outros cuidados, citados como média e alta complexidade.

Mendes (2011) defende que os níveis de atenção secundários e terciários são tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Visto que, a APS apresenta as seguintes características: deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é nela que se situa a clínica mais ampliada; que se oferta, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relacionadas às mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde, como por exemplo, a interrupção do hábito de fumar e a adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física.

A singularidade das RAS é que o seu centro de comunicação é situado na APS. No entanto, a dificuldade de entender essa ação envolve questões políticas, culturais e técnicas.

O papel da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS, e o contexto atual das ações de saúde no Brasil faz com que constatemos que as principais necessidades de mudança se concentram no fortalecimento da força de trabalho da saúde, com enfoque nos processos e nos profissionais (FAGUNDES, 2013).

Segundo Mendes (2010), apesar do Brasil não apresentar experiências em escala, nem avaliações robustas sobre o assunto, os estudos de casos de experiências de redes de atenção à saúde indicam que elas podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS.

A gestão da rede deve ser compartilhada entre gestores, trabalhadores de saúde e com o usuário. Lembrando ainda que a participação social é fundamental na busca pela solução dos problemas de saúde (FERREIRA e CHAVES, 2012).

Uma pesquisa realizada por Gonçalves et al. (2014), evidencia que os recursos humanos são fundamentais para a performance satisfatória no contexto das RAS, uma vez que devem estar preparados para atuar como protagonistas nos sistemas de governança e compreender o funcionamento logístico do sistema, gerindo e direcionando os recursos em benefício da comunidade.

Neste contexto, para Geus et al. (2011), a equipe multiprofissional possibilita organizar o trabalho com um nível de complementaridade e, ao mesmo tempo, de especificidade, que melhor atendem os níveis distintos de demanda por atenção da população.

Sendo assim, para aumentar as possibilidades de integração dialógica entre as diversas especialidades dos profissionais inseridos nos serviços de saúde, a proposta de apoio matricial e equipe de referência foi planejada.

Agregar o nutricionista à essa equipe é uma ação para garantir à população serviços fundamentais a fim de assegurar uma alimentação saudável, além de prevenir doenças, promover e recuperar a saúde (GEUS et al., 2011).

### 1.3 O apoio matricial em saúde

O apoio matricial em saúde é uma metodologia de trabalho complementar aos mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. É um modo para se realizar a gestão em saúde e também arranjo organizacional que busca diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente de especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Segundo Chiaverini et al. (2011), os sistemas de saúde apresentam uma organização hierárquica, ou seja, de forma vertical, existindo uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe. Sendo assim, verifica-se uma transferência de responsabilidade ao encaminhar e uma comunicação precária e irregular ocorrendo por meio de informes escritos, os quais não oferecem uma boa resolubilidade.

A ideia do apoio matricial é personalizar as relações entre os profissionais, criar uma dinâmica de interação dialógica, reconhecendo o núcleo e o papel de cada um. É necessário escutar o outro, ouvir, interagir e, assim, ter várias estratégias terapêuticas (CAMPOS, 2012).

Esta nova proposta traz ações horizontais que integram os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais, visando transformar a lógica dos sistemas de saúde tradicionais, a qual se mostra demasiadamente burocrática e pouco dinâmica: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação (CHIAVERINI et al., 2011).

O processo de matriciamento traz essa horizontalização, reestruturando o sistema de saúde em dois tipos de equipe: referência e apoio matricial (CHIAVERINI et al., 2011).

A relação entre essas duas equipes, segundo Campos e Domitti (2007), constitui um novo arranjo do sistema de saúde e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, visando ampliar as possibilidades de se fazer a clínica ampliada e a interação dialógica entre as diferentes especialidades e profissões.

De acordo com estes autores, nessa metodologia de trabalho, um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil diferente daquele dos profissionais de referência, pode acrescentar recursos de saber e mesmo colaborar com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso.

A finalidade do apoio matricial é garantir retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. E essa retaguarda assistencial se refere tanto ao suporte técnico-pedagógico quanto às equipes de referência (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Segundo Campos (2012), existem evidências internacionais de que o vínculo e a responsabilidade sanitária definida de maneira formal, territorial e populacional, diminuem a mortalidade, a internação, a medicalização e permitem ampliar e qualificar o trabalho em saúde.

O matriciamento pode ser solicitado em diversas situações, como nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio para abordar e conduzir um caso que exige esclarecimento de diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família, bem como apoiar a equipe de referência na resolução de problemas relativos ao desempenho de suas tarefas - obstáculos nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário (CHIAVERINI et al., 2011).

Para Campos (2012), o apoio matricial é uma metodologia interativa, o qual necessita de um espaço coletivo de cogestão, educação e formação. Espaço este no qual o apoiador participa, interfere, discute, perde, ganha, cede, negocia, oferece análise, compreensão e explicação, possibilitando contrato conjunto e definição de tarefas.

O apoio na gestão pode ser pensado como uma função gerencial que não elimina a coordenação, a avaliação e o planejamento, mas constitui uma função de democracia institucional. O trabalho clínico pode ser pensado do mesmo modo, relacionando o trabalhador com a ideia de cogestão, redução de danos, construção do diagnóstico, temática e terapêutica de maneira articulada (CAMPOS, 2012).

Sendo assim, pode-se dizer que o matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação do processo de saúde e doença, bem como de toda a realidade das equipes e comunidades (CHIAVERINI et al., 2011).

Em relação a atenção nutricional matricial, de acordo com Borelli et al. (2015), é possível realizar diferentes ações para cada um dos focos: indivíduo, família e comunidade. Essas ações procuram evidenciar formas para promover a saúde como consequência de uma política de promoção de bem-estar e qualidade de vida entendidos como valores de equidade social.

No próximo tópico é abordada a formação do nutricionista para atuar no Sistema Único de Saúde e na equipe multiprofissional.

#### **1.4 Formação do nutricionista para o SUS e sua atuação na equipe multiprofissional**

Segundo a Resolução CNE/CES nº 5 de 07/11/2001, que institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Nutrição, o nutricionista é um profissional com

formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural (BRASIL, 2001, p. 01).

Uma pesquisa publicada pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) (2006), mostrou que as capitais e os centros urbanos exercem maior atração para a fixação dos profissionais, o que pode ser explicado não apenas pela existência de um mercado de trabalho mais amplo e com melhores condições, mas pela oferta de outras condições de vida não existentes nas cidades do interior.

Observa-se nas últimas décadas, em relação às áreas de atuação profissional, uma intensa diversificação e ampliação. Tal fato pode estar associado ao processo de grande elevação do número de profissionais no Brasil.

Esta mesma pesquisa do CFN (2006) revelou que a nutrição em saúde coletiva ocupava o quarto lugar na concentração do número de nutricionistas no país, consolidando e ampliando a área de atuação desse profissional no campo das políticas públicas, tais como no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), no Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), no Programa Bolsa Família e, na Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da criação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF).

Segundo Batista e Gonçalves (2011), a formação dos profissionais de saúde encontra-se ainda distante do cuidado integral, visto que a qualificação dos profissionais de saúde para as mudanças das práticas mostra-se insuficiente. Observa-se a necessidade de educação permanente, objetivando reconstituir o perfil de atuação desses profissionais, para implantar e fortalecer a atenção à saúde no SUS.

Para os autores citados acima, se faz necessário um investimento em treinamento e qualificação de pessoal que, quando bem planejado, estruturado e desenvolvido é capaz de produzir mudanças positivas no desempenho das pessoas. Porém, de acordo com Silva e Duarte (2015), as capacitações não contextualizadas e baseadas na transmissão de conhecimentos não são eficazes, contribuindo muito pouco para as mudanças no setor da saúde, pois esses treinamentos não desenvolvem o compromisso com os princípios do SUS e não traduzem o trabalho realizado – são prescrições de habilidades, comportamentos e perfis.

Os processos educativos devem ser contínuos e irem além da capacitação técnica e o desenvolvimento de habilidades, incluindo a aquisição de novos conceitos e atitudes e a permanente necessidade de aprender, que é essencial diante do dinamismo e dos desafios do setor da saúde. Com isso, é possível alcançar a decisão dos trabalhadores para as mudanças do cotidiano e a melhoria da atenção em saúde (SILVA e DUARTE, 2015).

Observa-se a possibilidade de repensar a prática enquanto profissionais de saúde e a atuação no campo da saúde pública. Entretanto, o desafio está em

superar práticas convencionais e fragmentadas, advindas desse modelo de formação profissional (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

A equipe multiprofissional permite a visão de vários profissionais sobre uma determinada ocorrência, permitindo uma melhor percepção da situação em estudo, o que garante um resultado mais próximo às aspirações da comunidade. Esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, facilitando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (GEUS et al., 2011).

O Ministério da Saúde preconiza o trabalho interdisciplinar e multiprofissional e, na prática, observa-se a predominância de equipes mínimas composta por médicos, enfermeiros e dentistas (CAMOSSA, 2010).

Para Ferreira e Magalhães (2007), o campo da alimentação e nutrição ganha espaço na promoção da saúde e isso aponta avanços importantes, pois abre novos horizontes para a atuação dos nutricionistas sociais. No entanto, estudos nacionais realizados com nutricionistas mostram que é comum verificar insatisfação desses profissionais com sua prática, deflagrada através de sentimentos de frustração e impotência frente ao seu trabalho cotidiano.

Em alguns municípios, é possível observar que o nutricionista atua concomitantemente na Rede de Atenção à Saúde e, na Secretaria da Educação junto ao PNAE, não conseguindo se dedicar integralmente a uma determinada atividade.

De acordo com Cervato-Mancuso et al. (2012), muitos são os estudos que apontam a importância do nutricionista integrar os recursos humanos para a atenção básica à saúde e ainda destacam que a sua ausência pode proceder em execução superficial das ações relacionadas à alimentação e nutrição, área essencial para a promoção de saúde.

As condições da saúde da população brasileira apresentam alguns determinantes que merecem destaque na discussão do papel do nutricionista no contexto da APS, entre eles: a acelerada transição demográfica, epidemiológica e nutricional e as iniquidades sociais que podem ocasionar uma situação de insegurança alimentar e nutricional (GOMES et al., 2013).

Essas ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica ampliam a qualidade dos planos de intervenção, como: doenças e agravos não-transmissíveis; crescimento e desenvolvimento da infância; gestação e período de amamentação; práticas alimentares saudáveis em todas as fases da vida. Isso faz com que se socialize o conhecimento sobre os alimentos e promova a segurança alimentar e nutricional (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

De acordo com o parágrafo único da Resolução CNE/CES nº 5 de 07/11/2001, que institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição, "a formação do nutricionista deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS)".

É possível afirmar que as experiências interdisciplinares durante a graduação contribuem para que futuros nutricionistas desempenhem seus papéis no campo da Saúde Pública, destacando que é fundamental que as experiências práticas sejam acompanhadas por reflexões presentes na literatura científica, que trata do trabalho em equipe, suas possibilidades e contradições (BOOG, 2008, p.40).

Contudo, de acordo com Pádua e Boog (2006), apesar da formação do nutricionista visar à atuação no SUS e dos hospitais contarem regularmente com o trabalho desse profissional, a inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde ainda é tímida.

Para Geus et al. (2011), a ausência do nutricionista na rede básica de saúde é uma questão histórica e estrutural na política de saúde. A não inclusão do nutricionista na equipe mínima impede a sociedade de aproveitar das atribuições dadas ao profissional e que colaboram para a promoção da saúde da população.

No entanto, é possível que o nutricionista referencie um grande número de pessoas com suas ações, através da intercolaboração profissional, utilizando algumas ferramentas de gestão do trabalho, como o matriciamento em saúde e o projeto terapêutico singular (SENA et al., 2015). Utilizando essas ferramentas de trabalho é possível potencializar a vivência da prática multiprofissional e que contemple a integralidade do cuidado, não se fazendo necessário que o nutricionista esteja presente na equipe mínima.

Segundo Lara, Ogata e Machado (2009), é pouco ressaltada a importância do vínculo entre as equipes que trabalham num mesmo local e entre as que trabalham



em outros serviços do sistema de saúde. Essa comunicação entre as equipes das redes deve ocorrer para proporcionar o desenvolvimento de ações coletivas conjuntas e expandir a visão da Rede sobre todas as possibilidades existentes para o cuidado do indivíduo.

Ainda está para ser construída uma nova forma de trabalho em que prevaleçam intervenções técnicas múltiplas, articuladas pela interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (BOOG, 2008).

De acordo com Fagundes (2013), existem várias oportunidades para os profissionais compartilharem seus conhecimentos específicos com a equipe e a comunidade, em benefício da população, como os grupos de educação em saúde, os atendimentos conjuntos, o apoio matricial, o projeto terapêutico singular, as visitas domiciliares e a educação permanente.

É evidente, em todos os programas de saúde, a importância das ações de educação nutricional, verificada em vários estudos que mostram a receptividade, o interesse e a necessidade social dessas ações educativas na área de Alimentação e Nutrição (CAMOSSA, 2010).

Para Pinheiro et al. (2012), o atual campo de atuação do nutricionista demanda um profissional crítico, criativo, integrador e com habilidade de trabalhar em equipe inter e multiprofissional, além de ser capaz de solucionar conflitos e compreender o SUS como cenário de práticas das ações de saúde em toda sua abrangência.

Sendo assim, o nutricionista fazendo parte da equipe multidisciplinar, fortalecendo e qualificando o cuidado nutricional é uma forma econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de obesidade, doenças associadas à má alimentação e complicações decorrentes (CONSELHO, 2008, p.13).

É uma forma deste profissional implementar a promoção da saúde através da intersetorialidade, ou seja, articular as ações de saúde com os demais setores da sociedade, conseguindo assim inserir a nutrição em outros ambientes sociais, como as escolas públicas e privadas, a comunidade, o ambiente de trabalho formal, as ações de vigilância sanitária, os órgãos de comunicação em geral, as organizações

não-governamentais (ONGs), as zonas agrícolas, entre outros (FERREIRA e MAGALHÃES, 2007).

A inserção do nutricionista na Estratégia da Saúde da Família vem sendo defendida pelo CFN, já que este é o profissional habilitado na área de alimentação e nutrição com perfil para atender essa necessidade da população. Pode-se observar que a sua ausência na equipe se confronta com o princípio da integralidade nas ações de saúde (GEUS et al., 2011).

De acordo com Gomes et al. (2013), pode-se perceber que a ausência do nutricionista na APS não se deve a falhas nas atribuições do profissional descritas na legislação que regulamenta a profissão, muito menos a falta de habilidade técnica em participar das equipes de saúde; trata-se de uma questão histórica e estrutural na política de saúde.

Um estudo realizado por Pacheco e Ramos (2014), demonstra a confusão que os usuários fazem entre as profissões de nutricionista e de médico. Isto se deve possivelmente, segundo os autores, ao fato de o termo médico ser utilizado como referência para o que se denomina como profissional de saúde e ainda pela identidade do nutricionista ser pouco clara.

É importante destacar que a inserção do nutricionista nas estratégias da APS contribui para que suas ações sejam fortalecidas e, uma delas é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual incorpora a noção interdisciplinar que abrange a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. A promoção da saúde do usuário é vista através de diferentes olhares, saberes e fazeres, considerando aspectos sociais, econômicos, psíquicos e biológicos, proporcionando a ele e sua família um cuidado humanizado (BRASIL, 2007).

A atenção nutricional na AB também pode ocorrer por meio da Atenção Domiciliar, redefinida pela Portaria nº 963, de 27/05/2013, a qual é um *“conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde”*. A Portaria aponta que o nutricionista pode compor a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) em conjunto com outras áreas do saber, potencializando as ações de nutrição direcionadas aos usuários em internação domiciliar e expandindo e divulgando programas e protocolos da área. Segundo Junqueira e Cotta (2014), a

inclusão do nutricionista na APS mostra-se como uma necessidade político-social relevante, uma vez que seu papel de reeducar os hábitos alimentares da população culminando na prevenção de doenças e na promoção da saúde, instigando à mudança de estilo de vida e da incorporação de hábitos de vida saudáveis.

Desta maneira, nota-se que em grande parte dos municípios brasileiros a atuação do nutricionista precisa ser fortalecida, para que se possa planejar, organizar e ofertar ações de atenção nutricional local, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população (FAGUNDES, 2013).

## 2 JUSTIFICATIVA

O ritmo veloz que a sociedade contemporânea e as novas tecnologias causam no dia-a-dia das pessoas e em seus hábitos alimentares, os quais se alteram de modo acelerado, faz com que a alimentação seja um fator tanto de risco como de prevenção de algumas doenças que acometem todas as faixas etárias nos dias de hoje.

O Brasil vem enfrentando aumento significativo do sobrepeso e da obesidade, e as doenças crônicas são a principal causa de morte entre a população adulta. Ao mesmo tempo, as deficiências de micronutrientes e a desnutrição crônica ainda são prevalentes nos grupos mais vulneráveis da população (indígenas; quilombolas; crianças e mulheres que vivem nessas áreas) (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde promove ações para contribuir com o desenvolvimento de estratégias para promoção e a realização do direito humano à alimentação adequada. Uma delas é o Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual é

um documento oficial que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira, configurando-se como instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no SUS e também em outros setores (Brasil, 2014, p. 6).

Deste modo, a atuação direta do nutricionista nas Redes de Atenção à Saúde, integrada às demais ações já garantidas pelo SUS, é de fundamental importância para a saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

Após busca realizada no mês de Março de 2016, no Banco de dissertações e teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com os descritores "nutricionistas e redes de atenção à saúde", "nutricionistas e SUS", "nutricionistas e Apoio Matricial", "nutricionistas e Atenção Básica", verificou-se que há lacunas de conhecimentos, havendo necessidade de mais pesquisas e publicações. Os resultados da busca podem ser observados na tabela 1.

**Tabela 1** - Busca no banco de dissertações e teses da CAPES

Descritores	Quantidade	Trabalhos Encontrados
1) Nutricionistas e redes de atenção à saúde	3	<p>Sustentando a tensão: um estudo genealógico sobre as possibilidades de ação transdisciplinar em equipes de saúde. (Tese. Ano: 2011)</p> <p>A inserção do nutricionista no NASF no município do rio de janeiro. (Dissertação. Ano: 2012)</p> <p>O lugar do nutricionista nos núcleos de apoio à saúde da família de fortaleza: desenhos iniciais. (Dissertação. Ano: 2012)</p>
2) Nutricionistas e SUS	1	<p>A inserção do nutricionista no NASF no município do rio de janeiro. (Dissertação. Ano:2012)</p>
3) Nutricionistas e Apoio Matricial	0	---
4) Nutricionistas e Atenção Básica	5	<p>A promoção da alimentação saudável na atenção básica à saúde do distrito federal: a importância e a adequação das fontes de informações na perspectiva dos profissionais de saúde. (Dissertação. Ano: 2011)</p> <p>Segurança alimentar e nutricional em crianças do município de São Paulo: desafios na formação do nutricionista. (Tese. Ano: 2011)</p> <p>Alimentação complementar em lactentes após aleitamento materno exclusivo: práticas e orientações. (Dissertação. Ano: 2011)</p> <p>A inserção do nutricionista no NASF no município do rio de janeiro. (Dissertação. Ano:2012)</p> <p>O lugar do nutricionista nos núcleos de apoio à saúde da família de fortaleza: desenhos iniciais (Dissertação. Ano: 2012).</p>

Dentro desse contexto, no mesmo período, uma busca por artigos com os mesmos descritores foi realizada no banco de artigos do *Pubmed* e *Scielo*. Na tabela 2 é possível verificar os resultados obtidos.

**Tabela 2** - Busca em banco de artigos no Pubmed e Scielo

Descritores	Quantidades Encontradas	
	Pubmed	Scielo
1) Nutricionistas e redes de atenção à saúde	0	0
2) Nutricionistas e SUS	0	3
3) Nutricionistas e Apoio Matricial	0	0
4) Nutricionistas e Atenção Básica	0	1

Foram encontrados poucos trabalhos relacionados ao tema. É importante ressaltar que há a possibilidade de haver trabalhos relacionados ao mesmo tema publicados em outras revistas, não utilizadas nesta pesquisa. Os bancos de dados utilizados nesta pesquisa, CAPES e *Scielo*, foram escolhidos, por estarem relacionados com diversas áreas de pesquisas científicas importantes e o *Pubmed*, por estar relacionado à área médica. Salienta-se a relevância científica e social desta linha de pesquisa, a qual poderá contribuir para o enriquecimento do conhecimento e proporcionar uma melhor discussão sobre as concepções e ações do nutricionista nos serviços de saúde pública e nas equipes multidisciplinares.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar o papel do nutricionista nas Redes de Atenção à Saúde em região do interior paulista.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Caracterizar o perfil de nutricionistas atuantes nas redes de atenção à saúde dos municípios do Departamento Regional de Saúde III – Araraquara/SP.

Analisar as concepções de nutricionistas sobre a formação do profissional para a atuação no SUS e nas redes de atenção à saúde.

Analisar as ações dos nutricionistas no SUS e nas redes de atenção à saúde do DRS III – Araraquara/SP.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo de estudo

O presente estudo apresenta uma abordagem quanti-qualitativa, visto que na sua primeira etapa os dados de identificação e perguntas semiestruturadas foram interpretados e analisados quantitativamente. E, na segunda etapa, os relatos das entrevistas foram analisados qualitativamente, levando em consideração o referencial teórico-metodológico.

A pesquisa qualitativa é uma das possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais (GODOY, 1995a).

De acordo com Pope e Mays (2008), conquanto seja verdade que a pesquisa qualitativa comumente lida com as falas ou palavras em vez de números, isso não significa que seja destituída de mensuração ou que não possa ser usada para explicar fenômenos sociais. A pesquisa qualitativa faz perguntas essenciais e investigadoras a respeito da natureza desses fenômenos, ou seja, analisa as pessoas em seus ambientes naturais em vez de ambientes artificiais ou experimentais. Portanto, está relacionada aos significados que as pessoas conferem às suas experiências do mundo social e ao modo como as pessoas compreendem este mundo.

O universo que a pesquisa qualitativa trabalha é o dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esses fenômenos humanos são entendidos como parte da realidade social, uma vez que o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes (MINAYO et al., 2012).

Os métodos qualitativos têm muito a proporcionar aos que estudam a atenção à saúde e os serviços de saúde. Esse tipo de pesquisa tem sido utilizado na avaliação de reformas e mudanças organizacionais para oferta de serviços de saúde



do ponto de vista de pacientes, profissionais de saúde e administradores (POPE e MAYS, 2008).

A pesquisa qualitativa parece ser a mais adequada quando estamos lidando com problemas poucos conhecidos, quando a pesquisa é de cunho exploratório e quando o estudo tem caráter descritivo, buscando o entendimento do fenômeno como um todo (GODOY, 1995b).

Segundo Vieira e Hossne (2015), qualquer pesquisa traz apenas uma descrição parcial de um fenômeno, e o pesquisador deve utilizar o método em função da pergunta que ele deseja responder. Um estudo conduzido pelo método quantitativo pode gerar questões que precisam ser tratadas por método qualitativo e vice-versa.

Enfim, a pesquisa quantitativa e a qualitativa são dois métodos de pesquisa que não são nem opostos nem oponentes, ou seja, eles são complementares. Portanto, quando se está diante de realidades pouco conhecidas, o ideal é que seja feita uma pesquisa qualitativa, pois é menos estruturada. E, nas áreas em que existem conhecimentos aprovados, a pesquisa quantitativa é a mais indicada (VIEIRA e HOSSNE, 2015).

## **4.2 Pesquisa virtual**

A internet possui algumas ferramentas já consolidadas que estabelecem a comunicação, a interatividade ou a distribuição de informações, como: bate-papo, fórum ou grupo de discussão, formulário, *e-mail*, conferência, portais, entre outras. Esses suportes comunicacionais adotados para o uso das técnicas de coleta de dados têm ganhado um reforço extremamente importante e rico (MILL, 2006).

Os dados encontrados em um estudo realizado por Callyieris et al. (2011), demonstram que na última década (2000-2010) as pesquisas via internet estão em constante crescimento, aumentando a cada ano.

Desse modo, uma das ferramentas utilizadas para a coleta de dados é o *e-mail* ou correio eletrônico, no qual as informações podem estar no corpo da mensagem, em arquivos anexados a esta mensagem ou, ainda, em ambos. O *e-mail*

é de uso particular, portanto, para acessar esse serviço basta ter um endereço eletrônico para o qual é necessária uma senha de acesso, com o objetivo de impedir que outras pessoas entrem em sua caixa postal, leiam seus e-mails e enviem mensagens indevidas em seu nome (MILL, 2006).

No processo de pesquisa, nos moldes da tecnologia da internet, o pesquisador não fica limitado pelas restrições de tempo, custo, distância e intensidade de trabalho, possuindo um acesso mundial praticamente instantâneo, com despesas mínimas (FREITAS, JANISSEK-MUNIZ e MOSCAROLA, 2004).

De acordo com Calliyeris et al. (2011), o baixo custo tornou acessível a aplicabilidade da pesquisa via web a qualquer pessoa com acesso à internet e democratizou o processo de coleta de dados. Além disso, facilitou a padronização do instrumento de coleta e a interação do respondente com o método de auto-preenchimento, tornando-o amigável e dinâmico.

Essa ideia de que as técnicas de coleta de dados, ao serem realizadas pelo suporte virtual podem significar ganhos para o pesquisador em termos de tempo, dinheiro, trabalho, ente outros, também é compartilhada por Mill (2006).

Segundo Mill (2006), existem outras vantagens da coleta virtual, como a facilidade e a comodidade quanto à localização do pesquisador e ao reenvio do convite aos participantes da pesquisa, considerando que o questionário fica disponível a qualquer hora para acesso de qualquer lugar. A localização dos participantes por outro meio que não o virtual, seria difícil e mais trabalhoso.

No entanto, como toda e qualquer técnica de coleta de dados, ela precisa ser conduzida e aplicada com cuidado, dependendo da sua finalidade. Sua má utilização pode atrapalhar o investigador, no momento que pode não responder às questões que foram propostas pela problemática investigada (CALLIYERIS et al., 2011).

Para Freitas, Janissek-Muniz e Moscarola (2004), o sujeito da pesquisa é a fonte de informação, portanto, o mais importante link no processo de pesquisa. O pesquisador tem como grande desafio conseguir motivar os participantes da pesquisa de forma que eles não somente forneçam suas opiniões, mas que o façam de forma efetiva, com respostas honestas e confiáveis.

### **4.3 Entrevista**

A entrevista semiestruturada foi utilizada na segunda etapa do estudo como um instrumento complementar para a coleta de dados. Este tipo de entrevista foi escolhido por apresentar um roteiro preestabelecido e, portanto, oferecer maior segurança para o pesquisador durante a coleta dos dados.

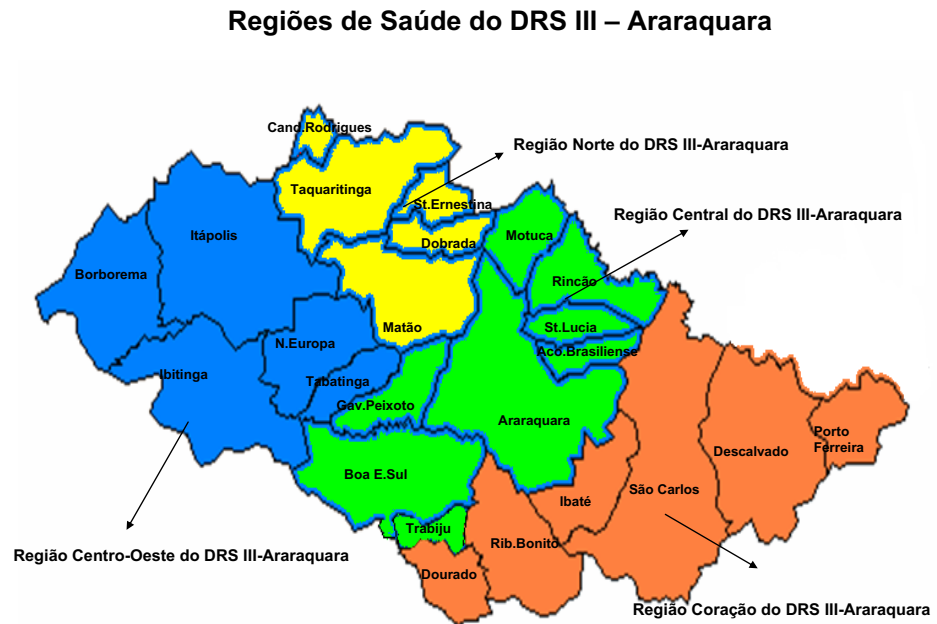
Segundo Manzini (2012), este uso como instrumento auxiliar é muito comum em pesquisas que necessitam, muitas vezes, de procedimentos como a observação para garantir a versão do fato coletado por meio da entrevista e, também, para que o processo de descrição do fenômeno alvo possa ser mais bem estudado.

A entrevista semiestruturada apresenta um roteiro com perguntas abertas e é indicada para estudar um fenômeno com uma população específica, ou seja, grupo de professores, grupo de nutricionistas, grupo de alunos, entre outros. É fundamental que exista flexibilidade na sequência da apresentação das perguntas ao entrevistado. Além disso, o entrevistador pode fazer perguntas complementares para esclarecer melhor o fenômeno em pauta (MANZINI, 2012).

### **4.4 Participantes do estudo**

Por se tratar de uma investigação sobre a atuação do nutricionista nas Redes de Atenção à Saúde, foram escolhidos como participantes do presente estudo os profissionais nutricionistas atuantes nas Redes de Atenção à Saúde dos 24 municípios integrantes do DRS III - Araraquara, do estado de São Paulo, a saber: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga e Trabiçu.

**Figura 1 - Regiões de Saúde do DRS III - Araraquara/SP**



A localização dos indivíduos foi feita por meio de documentação solicitada formalmente via *e-mail* e/ou por contato telefônico com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura de cada município estudado.

#### 4.4.1 Critérios de inclusão

A condição necessária para a inclusão do profissional era ser nutricionista efetivo ou contratado, atuando na Rede de Atenção à Saúde dos vinte e quatro municípios pertencentes ao DRS III - Araraquara, do estado de São Paulo. Neste caso, mesmo que o nutricionista apresentasse outro vínculo empregatício privado ou atuasse em consultório particular, também pôde participar da pesquisa.

#### 4.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os profissionais nutricionistas que não atuavam na Rede de Atenção à Saúde.

#### 4.5 Coleta e processamento dos dados

Os contatos com os participantes da pesquisa e a coleta de dados foram realizados através do *e-mail* ou correio eletrônico, que é um serviço disponível na internet formado através do envio e recebimento de mensagens entre os seus usuários. Esta ferramenta foi escolhida por ser uma forma de comunicação rápida e pela possibilidade de troca de arquivos, como textos, imagens, vídeos, sons e programas (MILL, 2006).

Uma atualização dos dados dos gestores dos 24 municípios, fornecidos pelo Departamento Regional de Saúde III – Araraquara foi realizada mediante contato com cada um desses gestores por mensagem eletrônica e telefone, com intuito de realizar um levantamento do número de nutricionistas que atuam na rede pública de saúde dos municípios estudados.

O convite para a pesquisa foi realizado por contato telefônico e enviado repetidas vezes para o correio eletrônico de cada profissional, a fim de minimizar o número de não resposta.

A pesquisa foi dividida em duas etapas. Na primeira etapa, foi elaborado um instrumento de coleta de dados de pesquisa qualitativa, através do *Google Drive*, um pacote de aplicativos do *Google*, contendo dados de identificação e perguntas semiestruturadas a respeito das concepções dos nutricionistas sobre as redes de atenção à saúde e suas ações na rede (APÊNDICE A).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado junto ao instrumento de coleta de dados, esclarecendo os objetivos da pesquisa e as condições de sigilo de identidade e informações fornecidas no instrumento de coleta.

A segunda etapa constou de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) realizada pessoalmente. Dentre os profissionais que apontaram, no questionário, o interesse e a disponibilidade em participar dessa segunda etapa da pesquisa, foram convidados quatro nutricionistas. Esses profissionais atuam em diferentes níveis de atenção à saúde dentro do mesmo município, entre eles UBS, NASF, CEME e Hospital. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Nas duas etapas foi aplicado previamente um instrumento piloto de coleta de dados, para conferir a qualidade interna dos dados coletados para a entrevista. O estudo piloto foi realizado com profissionais que não participaram da pesquisa principal, mas que possuíam características semelhantes à população que fez parte da pesquisa. A participação desses profissionais de saúde foi essencial para verificar as falhas e fazer os ajustes necessários antes de iniciar a coleta de dados.

#### **4.6 Análise dos resultados**

Os dados coletados foram interpretados e analisados quantitativamente e qualitativamente, levando em consideração o referencial teórico-metodológico.

Na primeira etapa da pesquisa, utilizou-se a análise quantitativa dos dados, uma vez que o questionário utilizado para a coleta de dados enfatizou números (ou informações conversíveis em números) que permitiram verificar a ocorrência ou não das consequências. Esse questionário utilizado apresentou variáveis distintas e relevantes para pesquisa, que em análise foi apresentado por tabelas e gráficos (DALFOVO et al., 2008).

Na segunda etapa da pesquisa foi escolhida a análise de conteúdo por ser uma técnica de pesquisa científica com várias aplicações.

A análise de conteúdo pode ser definida como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010, p.44).

Para Caregnato e Mutti (2006), a análise de conteúdo pode ser quantitativa, quando se delinea uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto, ou qualitativa, quando se considera a presença ou a ausência de uma certa característica de conteúdo ou o conjunto de características numa determinada fração da mensagem.

A técnica utilizada no presente trabalho foi a análise de conteúdo temático-categorial, a qual, de acordo com Oliveira (2008), pode ser baseada em algumas etapas e instrumentos de apoio. Ao iniciar a análise nessa pesquisa, foi realizada uma leitura exaustiva das quatro entrevistas, deixando-se impressionar pelos conteúdos presentes, sem perceber elementos específicos na leitura. Em seguida, foram definidas algumas hipóteses provisórias sobre o conteúdo analisado.

Então, realizou-se uma análise categorial do texto a partir dos temas determinados, formando grupos de acordo com critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise.

O tratamento e a apresentação dos resultados foram feitos em forma de descrições cursivas, acompanhadas de trechos do texto significativos para cada categoria.

Por fim, foi realizada a discussão dos resultados, retornando ao objeto de estudo. As categorias expressam uma intencionalidade de rerepresentar o objeto de estudo, a partir de um olhar teórico específico (OLIVEIRA, 2008). Segundo Oliveira (2008), as categorias empíricas necessitam sintetizar os trechos extraídos do texto, agregar os significados existentes no texto em subconjuntos, serem específicas e comportar a maior parte do material analisado. Essas características definem a qualidade das categorias, em termos da expressão dos significados contidos no texto.

#### **4.7 Aspectos éticos da pesquisa**

Para a execução do presente trabalho, foram contatados os Gestores de Saúde dos municípios escolhidos para o estudo, para solicitar a autorização e o desenvolvimento da pesquisa.

Os profissionais nutricionistas dos 24 municípios do DRS III – Araraquara/SP foram solicitados a colaborarem com a pesquisa sendo informados previamente, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Para preservar o anonimato dos participantes desta pesquisa, os nutricionistas serão identificados com a letra “N” seguido da numeração, de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar, e sua aprovação foi dada pelo Parecer número 1.015.789, em 14 de Abril de 2015 (ANEXO).

A coleta de dados foi iniciada após o recebimento do parecer favorável do Comitê de Ética, ocorrendo a primeira etapa no período de Agosto a Outubro de 2015, e a segunda etapa nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2016.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### PRIMEIRA ETAPA

Os resultados apresentados na primeira etapa da pesquisa estão relacionados aos aspectos quantitativos da caracterização, formação e atuação profissional dos nutricionistas participantes.

O levantamento realizado indicou que, dos 24 municípios do DRS III, apenas 18 deles contam com a presença de nutricionista atuante na Rede de Atenção à Saúde, totalizando 30 profissionais.

Dos 18 municípios que contam com a atuação de nutricionista na Rede de Atenção à Saúde, apenas 10 deles participaram da primeira etapa da pesquisa, visto que em um município, o gestor de saúde não autorizou o desenvolvimento da pesquisa e em outro não foi possível contato com gestor municipal de saúde para solicitar autorização. Além disso, em dois dos municípios que os gestores autorizaram a pesquisa, não foi possível o contato com o profissional nutricionista.

Obteve-se o endereço eletrônico de 25 profissionais nutricionistas atuantes na Rede de Atenção à Saúde do DRS III, para os quais os questionários foram enviados. Porém, os nutricionistas atuantes em seis municípios, não responderam o questionário enviado.

Foram recebidos quatorze questionários preenchidos, o que representa um percentual de resposta de 56% do total de questionários enviados via *e-mail* para os profissionais nutricionistas (n=25) atuantes na Rede de Atenção à Saúde do DRS III – Araraquara.

A recomendação da resolução do CFN nº 380/2005 preconiza um nutricionista para cada 10.000 habitantes nos municípios de até 20.000 habitantes; um nutricionista para cada 30.000 habitantes nos municípios de 20.001 a 500.000 habitantes; um nutricionista para cada 50.000 habitantes (ou fração) nos municípios acima de 500.000 habitantes.

A Tabela 3 apresenta a relação dos municípios do DRS III e os respectivos números de habitantes, números de nutricionistas presentes na Atenção Básica -

segundo os gestores municipais de saúde - e os números de profissionais recomendados na resolução CFN nº 380/2005.

**Tabela 3** - Relação dos municípios do DRS III, número de habitantes, de profissionais recomendados pelo CFN e de número de nutricionistas presentes na atenção básica.

<b>Município</b>	<b>Nº Habitantes*</b>	<b>Recomendação Nutricionista na Atenção Básica**</b>	<b>Nº Nutricionistas na Atenção Básica</b>
Américo Brasiliense	34.478	1	1
Araraquara	208.662	7	3
Boa Esperança do Sul	13.645	1	1
Borborema	14.529	1	1
Cândido Rodrigues	2.668	0	0
Descalvado	31.056	1	1
Dobrada	7.939	0	0
Dourado	8.609	0	0
Gavião Peixoto	4.419	0	1***
Ibaté	30.734	1	1
Ibitinga	53.158	1	2
Itápolis	40.051	1	4
Matão	76.786	2	1
Motuca	4.290	0	0
Nova Europa	9.300	0	1
Porto Ferreira	51.400	1	1
Ribeirão Bonito	12.135	1	1***
Rincão	10.414	1	0
Santa Ernestina	5.568	0	1***
Santa Lúcia	8.148	0	0
São Carlos	221.950	7	2
Tabatinga	14.686	1	0
Taquaritinga	53.988	1	0
Trabiju	1.544	0	1**

\* Censo Demográfico 2010

\*\* Resolução CFN nº380/2005

\*\*\*Nutricionistas atuando na Educação e na Saúde (quando solicitados)

Observa-se nos dados acima que o município de Araraquara precisa de mais 04 e o município de São Carlos de mais 05 profissionais nutricionistas atuantes na Atenção Básica para atender às recomendações do CFN. Verifica-se que as cidades de Matão, Rincão, Tabatinga e Taquaritinga não apresentam nutricionistas atuando na Atenção Básica, sendo necessário pelo menos um profissional desta categoria, considerando o número de habitantes, segundo a resolução citada.

Por outro lado, as cidades de Américo Brasiliense, Boa Esperança do Sul, Borborema, Ibaté, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito apresentam o número de nutricionista indicado pelo CFN.

Os municípios de Gavião Peixoto, Ibitinga, Itápolis, Nova Europa, Santa Ernestina e Trabiju apresentam um número de nutricionistas acima do que é preconizado pela resolução do conselho.

Os demais municípios não apresentam o profissional nutricionista atuante na AB, devido ao número de habitantes abaixo de 10.000.

Durante a análise dos questionários, observou-se que alguns nutricionistas de determinados municípios não atuam de forma exclusiva na AB, ou seja, sua dedicação maior é na alimentação escolar, na atenção secundária e na atenção terciária. Esses profissionais dão suporte e prestam atendimentos na atenção primária apenas quando são solicitados.

Esses dados reforçam os relatos encontrados na literatura nacional, os quais demonstram as dificuldades da inserção de profissionais especialistas na atenção básica. Além disso, naqueles municípios nos quais os nutricionistas estão presentes, o número elevado de habitantes pode ser considerado um obstáculo aos serviços de saúde, uma vez que estes não são suficientes para atender a população devidamente.

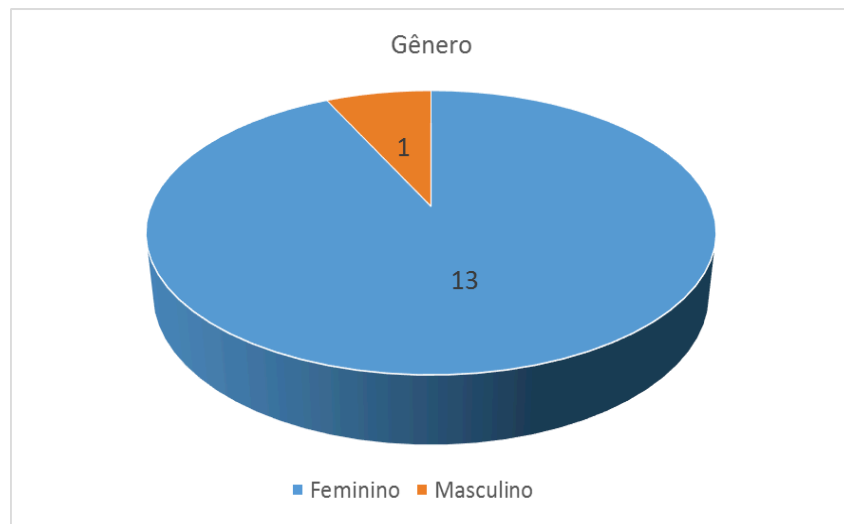
Segundo Gomes et al. (2013), a atuação do profissional nutricionista, no contexto da AB, é imprescindível para o desenvolvimento de atividades que contribuem para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e para a promoção da saúde.

Com relação à carga horária trabalhada, foi possível verificar que 10 nutricionistas (71,4%) exerciam de 30 a 40 horas semanais, 02 (14,3%) exerciam de 20 a 30 horas semanais e os outros 02 profissionais (14,3%) exerciam menos de 10

horas semanais. Segundo a resolução do CFN nº 380/2005, os nutricionistas devem cumprir a carga horária semanal de 30 horas na Atenção Básica.

Na Figura 2 é possível verificar a caracterização dos participantes da pesquisa em relação ao gênero.

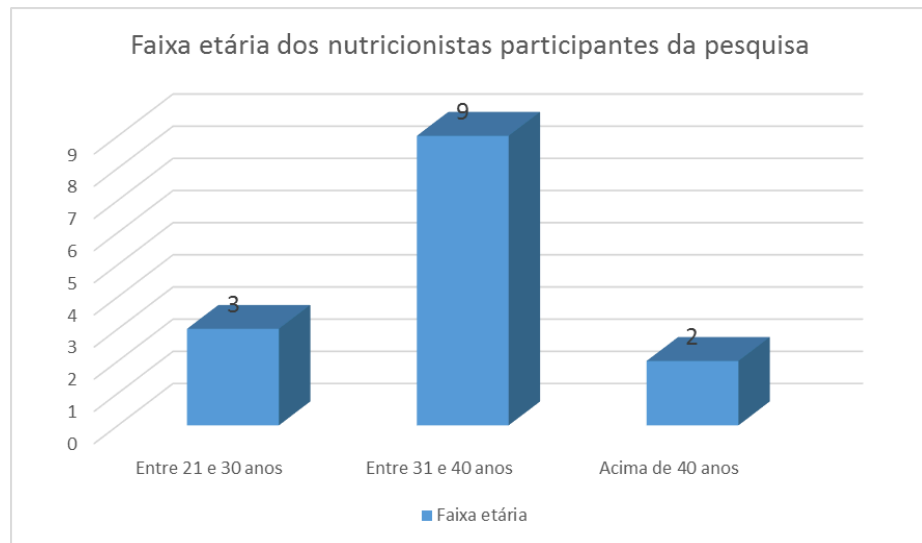
**Figura 2** - Caracterização dos participantes da pesquisa em relação ao gênero (n=14)



O resultado de uma pesquisa realizada pelo CFN (2006), com um total de 2492 nutricionistas, mostrou que 96,5% pertenciam ao gênero feminino. Os dados encontrados no presente estudo nos mostram que a profissão continua apresentar nos dias atuais uma predominância feminina.

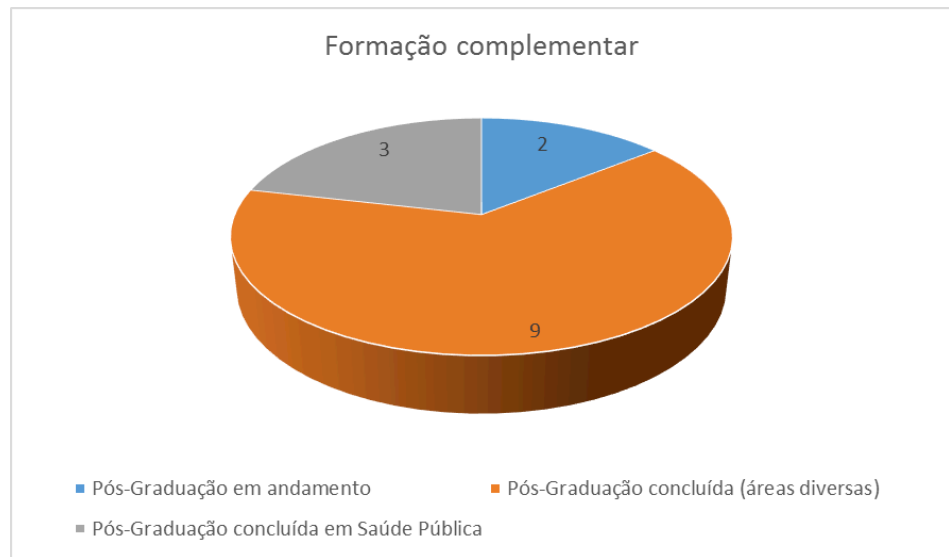
De acordo com Gomes et al. (2013), alguns estudos têm associado essa característica da identidade do nutricionista brasileiro às questões que dizem respeito ao gênero, à participação da mulher no mercado de trabalho e ao seu papel na sociedade brasileira.

A faixa etária predominante dos profissionais foi entre 31 e 40 anos, com 09 profissionais, representando 64,3% do total de participantes. Seguido de 03 profissionais entre 21 e 30 anos, e de 02 profissionais com idade acima de 40 anos, que correspondem respectivamente a 21,4% e 14,3% do total de participantes, como pode ser observado na Figura 3.

**Figura 3 - Faixa etária dos participantes da pesquisa**

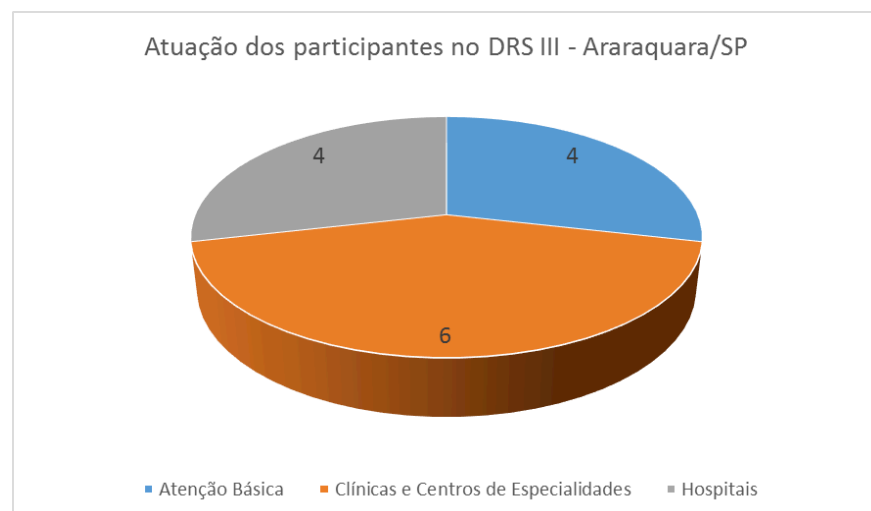
O tempo de formado variou entre 3 anos e 8 meses a 20 anos e 8 meses entre os participantes da pesquisa (n=14).

A Figura 4 refere-se à formação complementar do profissional. Foi possível observar que 14,3% (n=2) dos nutricionistas participantes estão cursando pós-graduação; 64,3% (n=9) concluíram uma pós-graduação em áreas variadas (clínica, esportiva, alimentos, entre outras) que não sejam a Saúde Pública; e 21,2% (n=3) dos profissionais concluíram um curso de pós-graduação na área da Saúde Pública. A pós-graduação mencionada abrange o Lato Sensu e o Stricto Sensu, sendo que a primeira é a que prevalece entre os nutricionistas participantes. Esses dados apontam para a necessidade de investimentos no processo de formação do nutricionista no que se refere ao aumento das possibilidades de realização de cursos de pós-graduação na área de Saúde Pública.

**Figura 4 - Formação complementar dos participantes da pesquisa**

Ao analisar o vínculo de trabalho no setor público, foi possível verificar que 11 nutricionistas eram concursados (78,7%), enquanto que os outros 3 participantes apresentavam contratos de trabalho variados: celetista, prestador de serviço e contratado por tempo determinado, representando 21,3% do total.

Com relação aos três níveis de atenção dos serviços, observou-se que 04 profissionais atuam na Atenção Básica; 06 nutricionistas atuam em Clínicas e Centros de Especialidades; e, por fim, 04 profissionais atuam em Hospitais de grande porte, como pode ser observado na Figura 5.

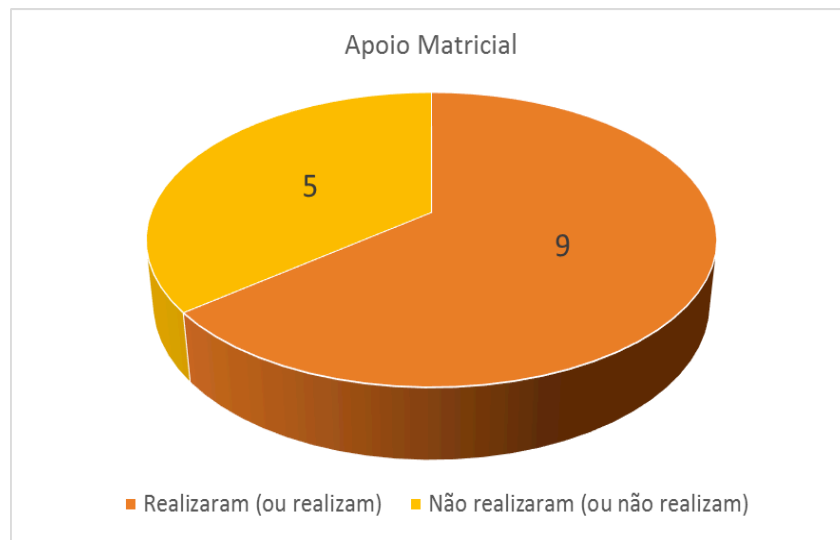
**Figura 5 - Área de atuação dos nutricionistas do DRS III - Araraquara/SP**

O tempo, em anos e meses, que os profissionais estavam atuando nos locais acima citados variou de 1 mês a 13 anos.

Dos 14 participantes da pesquisa, 03 ocupavam um segundo cargo no setor público. Nesse segundo vínculo, foram identificados 02 participantes concursados e 01 contratado por tempo determinado. Suas cargas horárias variavam de menos de 10h a 20 horas semanais e as áreas de atuação eram: Centro de Especialidades Médicas e Imagens - CEMI, PSF e Alimentação Escolar (Cozinha Piloto).

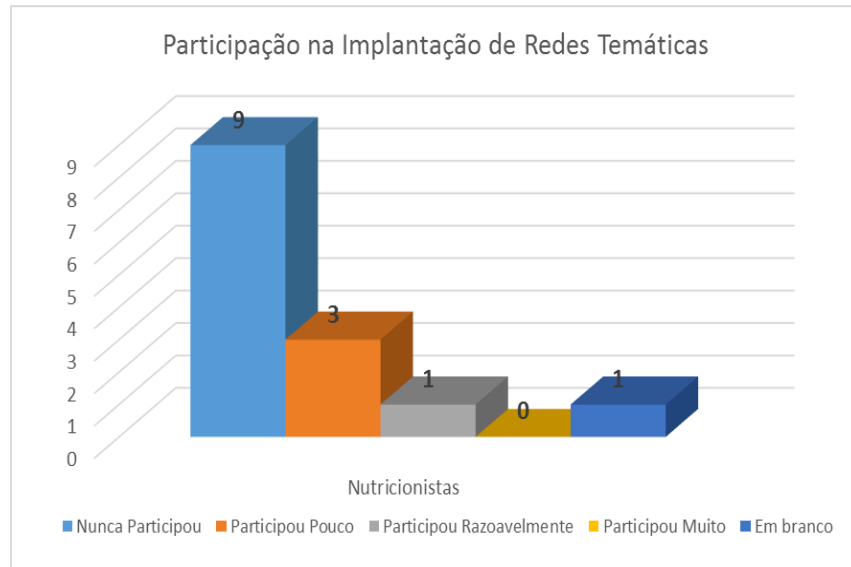
A Figura 6 representa a questão sobre o apoio matricial na atuação profissional, na qual foi possível verificar que 09 nutricionistas (64,3%) realizaram ou realizam o apoio matricial, enquanto 05 nutricionistas (35,7%) nunca utilizaram essa metodologia de trabalho.

**Figura 6** - Profissionais que realizaram (ou realizam) e não realizaram (ou não realizam) apoio matricial (n=14)



Os resultados sobre a participação dos nutricionistas no processo de implantação de Redes Temáticas no DRS III, que tinha como resposta: nunca participou, participou pouco, participou razoavelmente e participou muito, podem ser visualizados na Figura 7.

**Figura 7** - Distribuição das respostas em relação à participação no processo de implantação de Redes Temáticas no DRS III - Araraquara/SP (n=14)



Em relação às Redes Temáticas que os profissionais participaram estão a Rede de Atenção à Pessoa Idosa (n=2), a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (n=2) e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (n=1).

## SEGUNDA ETAPA

Para a segunda etapa da pesquisa foi escolhida a cidade de São Carlos, interior do estado de São Paulo, visto que é o município do DRS III que apresenta o maior número de habitantes e tem em seu território profissionais nutricionistas atuando nos diferentes níveis de atenção (NASF, UBS, Atenção Especializada e Hospitalar).

Os resultados da segunda etapa do trabalho estão relacionados aos aspectos qualitativos da pesquisa e, serão apresentados e discutidos, dispostos em quatro categorias:

- Formação do profissional nutricionista para atuar no SUS
- O trabalho do nutricionista no SUS
- Apoio matricial ou atendimento clínico?



- Redes Temáticas? Desconheço.

As concepções dos nutricionistas entrevistados serão apresentadas em trechos de suas entrevistas transcritos literalmente.

### **Formação do profissional nutricionista para atuar no SUS**

Nesta categoria, procurou-se verificar a concepção dos nutricionistas sobre a formação deste profissional para atuar no SUS.

No Brasil, atualmente são registrados 403 cursos de Bacharelado em Nutrição no Ministério da Educação (MEC), dos quais 14,9% são de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e 85,1% particulares (BRASIL, 2015).

Dos entrevistados desta segunda etapa, metade foi graduada em universidade pública e a outra metade em universidade particular. Observa-se nos relatos a seguir, que todos os profissionais acreditam que a formação do nutricionista na graduação voltada para o trabalho no SUS ainda está muito aquém da necessidade do sistema.

É bem pouco. Eles mais conceituam, não tem um aprofundamento maior. Não volta o profissional para ser um profissional do SUS. (N01)

Eu me formei há muito tempo atrás, então eu vou falar um pouco da minha formação... Eu tive muito pouca formação na área de saúde pública... Foi muito falho pra mim. (N02)

Eu me formei há muito tempo. Então, a minha formação eu acho que foi diferente do que tem acontecido. Eu saí da faculdade sabendo muito pouco sobre o SUS e mais voltado pra pesquisa. (N03)

Os profissionais que se formaram há mais tempo e que, de certa forma, tiveram ou têm contato com estagiários e residentes, observam que a formação do nutricionista nos dias atuais ainda não está voltada para o SUS. Nota-se que o aluno apresenta o conhecimento técnico da nutrição, porém “apresenta dificuldades para

entender e aplicar os conceitos do SUS, visto que nesta área, o trabalho realizado é de 50 a 70% de nutrição e o restante é Saúde Pública". (N03)

Eu não conheço muito como é o currículo hoje do curso de nutrição, mas eu acredito que tem mais coisa, mesmo porque tem a questão do NASF, Saúde da Família, na qual o nutricionista mesmo pouco, está inserido. Então, eu acredito que tem um pouco mais, mas ainda assim eu acho uma formação falha. (N02)

Os estagiários sabem muito pouco sobre o SUS. Os estagiários que eu tive foram recentes, e eles também tinham muito pouco conhecimento e tinham muita dificuldade para lidar com a Saúde Pública. (N03)

As concepções dos entrevistados se aproximam dos resultados encontrados no estudo de Recine et al. (2012), que foi realizado por meio do envio de questionários a todas as instituições do país, públicas e privadas, que ofertavam curso de nutrição, tendo em vista caracterizar a formação em saúde pública no curso de graduação em Nutrição no Brasil. Entre os resultados encontrados pelo autor, identificou-se a

necessidade de aumentar a oferta de disciplinas que contribuam para a formação dos nutricionistas voltados para o SUS, com capacidade de análise dos problemas nutricionais considerando o contexto histórico-político-econômico-demográfico-ambiental e epidemiológico.

Verifica-se a necessidade de criar um vínculo entre a universidade e a rede de saúde, para que os estudantes entrem em contato com a realidade da população e dos serviços de saúde pública e exerçam efetivamente a profissão na perspectiva do sistema de saúde (MAGNAGO e PIERANTONI, 2015).

É possível notar, no relato dos entrevistados, que o estagiário ou residente tem dificuldades para levar para a prática os conhecimentos teóricos e quando leva, geralmente é com pouca efetividade. O relato a seguir esclarece essa questão.

Vamos falar de Educação Nutricional pra população. Ele (o residente/estagiário) ainda está formatado no modelo de aulinhas, como um conhecedor e um multiplicador mais passivo, né! Esperando do outro, do paciente, do profissional que ele vai capacitar, uma postura muito mais de 'eu entrego e você recebe', do que de uma busca realmente de conhecimentos mais interligados,

teoria e prática, e mais reflexiva pra própria tomada de decisão do cuidado, do próprio paciente ou da equipe com quem ele vai trabalhar. (N04)

Sabe-se que um dos fatores que levam à integralidade está no processo de formação de profissionais da saúde. Segundo Batista e Gonçalves (2011), a formação dos profissionais de saúde para o SUS ainda está longe do cuidado integral, observado através do perfil desses profissionais, o qual demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas.

Um dos participantes entrevistados sugeriu que talvez possa haver pouco preparo dos profissionais que ensinam, pois na teoria, estes apenas reproduzem o conhecimento teórico e, na prática, são poucos os profissionais que atuam próximos aos alunos. Muitas vezes, infere-se que o docente não tem a compreensão que a prática do nutricionista é muito mais ampla do que simplesmente estudar as leis do SUS.

A articulação entre as disciplinas vistas na graduação e entre a teoria e a prática são estratégias que podem favorecer a inserção dos estudantes e professores no cotidiano do trabalho em saúde, permitindo o desenvolvimento de um currículo mais integrado.

Para os participantes da pesquisa, os cursos de graduação deveriam aprofundar mais os conceitos de saúde pública, os quais são amplos na área da nutrição. Estes conceitos incluem SUS, Alimentação Escolar e Vigilância Sanitária e, geralmente são abordados muito superficialmente, em uma disciplina de apenas um semestre. Os temas citados deveriam ser mais aprofundados na graduação, pois, segundo os entrevistados, o estudante que vai atuar no SUS “precisa saber como trabalhar, sabendo o que ele vai encontrar pela frente”. Além disso, tem muitos locais de trabalho que não exigem uma pós-graduação, e então esse conhecimento prévio mais amplo é fundamental para que ele possa trabalhar e ainda poder despertar (ou não) o interesse em uma pós-graduação nesta área.

Outro ponto relevante citado por um dos entrevistados, é que os estágios deveriam ser mais investidos na área de Saúde Pública. Sendo que, quando o estagiário vai para a Saúde Pública, “ele fica apenas na dieta propriamente dita, ele

não vivencia o dia a dia da Saúde Pública, da USF, da UBS. Ele fica só na dieta, e a realidade não é essa”. (N03)

A fotografia que eu tenho da saúde pública do nutricionista nas equipes na Atenção Básica, ou é dentro do consultório atendendo, entregando dieta, ou é numa sala de espera dando palestra. (N04)

Porém, a falta de nutricionistas na rede de saúde dos municípios para receber os estagiários compromete o aprendizado prático do aluno. Alguns nutricionistas se incomodam em receber esses alunos, pois dizem não ter tempo para dar um suporte para o estudante durante o estágio, devido à grande demanda que os serviços requerem deste profissional.

Geralmente os estágios, quando acontecem, são supervisionados pelos docentes da graduação, mas o acompanhamento do aluno junto ao nutricionista do serviço é fundamental para que o aluno desenvolva o aprendizado.

Uma forte parceria entre os setores da Saúde e da Educação é essencial para que as mudanças no processo de formação dos profissionais aconteçam, e que, com elas, venham as melhorias das ações de saúde aos usuários do SUS. No entanto, nota-se uma dificuldade de realização de convênios com a prefeitura para que os alunos possam ser inseridos na rede de saúde dos municípios.

Uma pesquisa realizada por Assoni (2015), coordenadores de cursos de graduação em Nutrição mostram algumas dessas dificuldades encontradas nos campos de estágios, como a falta de nutricionistas nas UBS e a falta de estrutura do local. Em alguns casos, a prefeitura aceita o convênio com a Universidade desde que ela forneça os bens materiais e recursos humanos para que o estágio aconteça.

De acordo com Aguiar e Costa (2015), para melhorar a formação acadêmica em nutrição, alguns desafios precisam ser enfrentados, como rever a perspectiva pedagógica tradicional e hegemônica, com a transmissão vertical de conhecimento.

Sendo assim, cabe às instituições de Ensino Superior refletirem sobre a formação do profissional nutricionista, considerando as características do atual sistema de saúde, que prevê, entre outros aspectos, o trabalho em equipe multiprofissional (ALVES e MARTINEZ, 2016).

## O trabalho do nutricionista no SUS

Nesta categoria, os profissionais entrevistados relataram enfrentar algumas dificuldades na sua atuação no SUS. As dificuldades manifestadas foram variadas, incluindo a comunicação entre os profissionais do serviço e a estrutura física.

A dificuldade é estrutural, eu acho que primeiramente é isso. Eu acho que a falta de comunicação atrapalha... qualquer organização a falta de comunicação atrapalha. (N01)

Como é que eu posso fazer um atendimento individual se eu não tenho sala? Não dá! Fica difícil, né? Tem gente que pede pra eu atender na sala de espera. Eu não posso fazer um atendimento individual na sala de espera. (N03)

As limitações relacionadas a infraestrutura são problemas frequentes nos setores públicos, podendo destacar as condições precárias de materiais e espaço físico, além de muitos improvisos. Tais dificuldades interferem de maneira significativa na assistência prestada aos usuários e na desmotivação do desenvolvimento de suas atividades.

A dificuldade de colocar em prática os conceitos e ferramentas de trabalho que o SUS disponibiliza para o profissional foi mais uma das dificuldades apontadas por um dos entrevistados: “os profissionais de uma forma geral, assim como o nutricionista, eles não conseguem usar essas ferramentas da melhor forma ainda”. (N04)

Os relatos mostraram que, em muitos locais, não é possível ter o mínimo que o nutricionista precisa para um atendimento individualizado, que seria uma sala adequada e uma balança em condições de uso.

Outro fator relevante citado, foi a falta de entendimento da equipe sobre a amplitude das atribuições do nutricionista. Destaca-se a seguir um depoimento para ilustrar essa questão.

Devido a essa amplitude da nossa atuação, a gente não é entendido em muitas vezes. Então assim, você faz uma consulta, você demora com esse paciente e as pessoas falam assim “nossa, mas só pra passar uma dieta você ficou 1 hora, 1 hora e 20?”. Na verdade não foi só passar uma dieta. A gente passa a dieta e junto com isso a

gente tenta entender todo esse contexto. Alguns pacientes, por exemplo, que não conseguem se alimentar muito bem... pode ser por questões financeiras, pode ser por questões emocionais... a gente se depara com isso com muita frequência, né! Nem sempre é uma doença, às vezes tem outras coisas. E na nossa formação básica, a gente consegue também visualizar isso. Não necessariamente tratar a questão psicológica porque não é a nossa função, mas a gente consegue identificar isso para encaminhar pra um profissional. Mas, muita gente não entende isso. Então, na hora que eles vão ver a minha produção, eu tenho 8 consultas no dia... “Mas como assim? Você ficou 1 hora com cada paciente?”... “Por que que a UBS atende 18 no dia e você atende 8?”. (N03)

Dentro deste contexto, um estudo realizado por Santos et al. (2015), o qual objetivou mostrar as concepções de profissionais de saúde em relação à atuação do nutricionista na ESF após a sua inserção em residência, demonstrou a necessidade que os próprios profissionais nutricionistas possuem em ter suas atribuições reconhecidas e serem reconhecidos pelos demais da equipe de saúde. Acredita-se que essa visão pode ser modificada com uma maior inserção deste profissional nas redes de atenção à saúde.

Contradizendo a percepção colocada anteriormente, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Nutrição, no artigo 3º, parágrafo 1º, estabelecem o perfil do profissional:

Nutricionista, com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural (BRASIL, 2001, p.1).

Além dessa visão distorcida e muito restrita do papel do nutricionista, pôde ser observado que o profissional não tem o reconhecimento que merece. Verifica-se, segundo o relato de um dos entrevistados, que a profissão ainda não é plenamente reconhecida, principalmente na saúde pública.

Qual que é a especificidade do nutricionista? Ah, tá, alimentação... tá, mas de alimentação todo mundo fala. (N02)

A hora que a gente mostra tudo o que a gente pode fazer em uma consulta, numa visita domiciliar, muita gente não entende. Aí fala assim: “Não. Eu quero que você fale pro paciente que ele não pode comer açúcar, não pode comer isso, tem que diminuir a proteína... As outras coisas outro profissional pode fazer”. (N03)

No entanto, a importância da presença de profissionais da nutrição na atenção básica em saúde é reconhecida pela sociedade, como mostra os achados na pesquisa de Pacheco e Ramos (2014), na qual os usuários percebem que as atividades e competências dos nutricionistas não podem ser assumidas pelos demais profissionais de saúde da unidade, evidenciando que reconhecem o nutricionista em atenção primária como profissional da área da alimentação e nutrição.

A formação generalista do nutricionista ultrapassa a atenção dietética, ampliando as competências e a visão de atuação deste profissional. Cresce a atuação de nutricionistas na gestão de políticas públicas e na promoção da saúde e em diversos setores, como vigilância sanitária e fiscalização (ALVES; MARTINEZ, 2016).

Apesar dos pontos negativos acabarem sobressaindo, nota-se que os profissionais encontram algumas facilidades na sua atuação no SUS. Uma delas é a formação que o nutricionista tem para o trabalho em equipe, ou seja, a facilidade do trabalho interdisciplinar, o que é essencial em saúde pública e que deveria ser habitual para todos os profissionais da saúde.

Esse trabalho de interdisciplinaridade é indispensável nos serviços de saúde e, portanto, deve ser estimulado dentro da academia pelos professores de todas as disciplinas, acompanhado de dinâmicas em grupo, projetos de extensão, discussões coletivas, momentos de reflexões, discussões e contradições, e estágios em instituições que possuem trabalho multiprofissional.

É fundamental que o nutricionista consiga se colocar frente aos outros profissionais da saúde, com o intuito de mostrar a relevância do seu papel dentro da equipe multiprofissional.

Todavia, não se pode esquecer que esses estudantes precisam estar preparados para terem uma postura profissional diferenciada em relação aos

usuários, ou seja, precisam ter um olhar amplo sobre o indivíduo, estar preparados para escutar e atender as necessidades de saúde da população.

Outra questão destacada foram as diversas possibilidades de atuação deste profissional no serviço de saúde, o qual é um campo vasto, como pode ser observado nos relatos abaixo.

Então, eu estou no SUS, na área da saúde, mas quando eu frequento a casa de uma pessoa, por exemplo, eu consigo ver coisas da cocção do alimento, do armazenamento... Eu consigo visualizar coisas problemáticas dentro da casa, higiene... Se eu não estou dentro da casa, eu também consigo fazer perguntas para identificar o que pode acontecer, como é que ela está armazenando isso, como é que ela está escolhendo os alimentos... e todas essas coisas. (N03)

Eu acho que a população espera do SUS, receber tudo pra que atenda as necessidades de saúde dela, né! E o SUS oferece isso. É um direito do cidadão. E preserva todo esse cuidado integral, dentro da necessidade do indivíduo. Então, acho que existe um campo aberto, rico, próspero e que está pronto pra receber, né? E pronto pra dar. (N04)

Os relatos acima estão de acordo com um estudo realizado por Pacheco e Ramos (2014) com usuários do SUS, no qual o nutricionista foi citado como passível de realizar atividades de profissionais da área da psicologia, devido as relações entre o homem e o alimento ultrapassarem as questões biológicas, e o tratamento envolver a escuta dos problemas e a abertura para questões sociais e emocionais, sugerindo um cuidado mais integral, para além dos sintomas físicos.

### **Apoio matricial ou atendimento clínico?**

Dentro desta categoria, buscou-se compreender as concepções dos nutricionistas sobre apoio matricial e como essa metodologia de trabalho é (ou não) colocada em prática no cotidiano desses profissionais que atuam na Rede de Atenção à Saúde do município.

De acordo com Brites et al. (2014), para um projeto de Apoio Matricial ser viável, ele precisa que aconteça uma série de condições de organização do



processo de trabalho, de agenda, de fluxos e de disponibilidades pessoais e institucionais dos profissionais envolvidos.

Questionados sobre o apoio matricial no município, foi possível verificar que a falta de profissionais nutricionistas na rede é um dos fatores que impossibilita que essa metodologia de trabalho seja colocada em prática de forma adequada.

Na realidade o município está com pouca nutricionista [...] Eu estou na Atenção Básica. Eu estou fazendo duas regionais agora [...] e cada regional tem 5 ou 6 postos, que acabam direcionando tudo pra quem está nesses ARES. (N01)

Eu, fazer apoio matricial... não dá. Eu atendo três ambulatórios diferentes. Eu não tenho tempo nem de atender o que eu preciso atender. (N02)

É um monte de atividade, a equipe está deficiente. Estamos com menos profissionais que deveriam. (N03)

Nota-se que a demanda de assistência à população é muito grande, fazendo com que os nutricionistas não consigam realizar algumas atividades de sua competência profissional.

Por meio de algumas respostas obtidas, foi possível observar uma contradição quando o assunto abordado é o trabalho dos nutricionistas com o apoio matricial. Verifica-se que esse “apoio”, se é que pode se chamar de apoio, não é realizado de maneira adequada.

O apoio fica assim, às vezes uma enfermeira vem e pede... ou às vezes vem simplesmente um encaminhamento via malote. (N01)

Existe conversa de corredor... alguma coisa que você precisa discutir com uma enfermeira ou com um médico, chama no corredor e resolve. (N02)

O NASF hoje em dia faz apoio matricial através das ferramentas: discussões de caso, PTS, reuniões, algumas coisas. Mas a gente não considera que o apoio matricial está efetivo. A gente acha que tem muitos problemas. (N03)

Os dispositivos e arranjos de gestão que favoreçam a criação e a sustentabilidade dos encontros da equipe devem acompanhar a implementação do apoio. Portanto, é necessário que se tenha espaços de discussão do processo de trabalho, dos fluxos, dos serviços oferecidos e da rede local (BRITES et al., 2014).

Com relação ao desenvolvimento do apoio matricial, os nutricionistas que realizam esse apoio de alguma forma relataram que o que dificulta o processo de trabalho é a falta de entendimento da equipe sobre essa ferramenta de trabalho.

Não existe equipe. [...] quem vai atender na porta da frente hoje é um, amanhã é outro... não sei quem é, eu não conheço. Então, não existe. (N02)

As pessoas das Unidades que nos recebem não têm muito treinamento para o apoio matricial e não entendem e, muitas vezes não aceitam... Dentro de uma equipe, eu tenho pessoas que nesses quatro anos e meio de NASF já aceitam o apoio matricial numa boa e ainda tem pessoas que não aceitam de maneira nenhuma. (N03)

Acho que isso ainda não está agregado, como eu disse, na formação de todos, né? (N04)

Os autores Magnano e Pierantoni (2015) realizaram uma pesquisa no ano de 2011 com os gestores dos municípios de Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). Neste estudo, eles demonstram que os profissionais também resistem ainda em compreender e aceitar a mudança do modelo de atenção, ou seja, de um modelo médico centrado, com foco na doença e organizado por demanda espontânea, para um que é baseado na equipe multiprofissional e nas ações de promoção e prevenção de saúde.

Essa falta de conhecimento sobre Apoio Matricial também pode ser observada em um estudo realizado por Brites et al. (2014) com residentes (profissionais variados, incluindo nutricionista) de um programa de residência multiprofissional no interior do Rio Grande do Sul, nos espaços de atuação da AB em Saúde da Família. Entre os dados obtidos, verificou-se que dos onze residentes que passaram a realizar ações de Apoio Matricial, dez estavam vivendo sua primeira experiência profissional e, destes, nove não possuíam formação acadêmica anterior que auxiliasse as ações na lógica do Apoio Matricial.

A integralidade só é possível mediante a atuação de uma equipe multidisciplinar, com efetivas trocas de conhecimento entre especialistas de diferentes áreas (MENDONÇA et al., 2012).

Um dos nutricionistas que realiza o apoio matricial, relata que muitas pessoas da equipe, se é que pode chamar de equipe, não têm interesse e não aceitam a discussão de caso, pois falam que é perda de tempo. Outras não aceitam que você passe alguma informação para ela, pois acreditam que a profissional que precisa ir lá e fazer esse trabalho de orientação, por exemplo. E ainda, tem aquelas que se mostram desconfortáveis quando são questionadas sobre o paciente, pois na verdade não sabem responder algumas informações relevantes sobre o caso.

Analisando este conteúdo, nota-se que há uma grande necessidade de educação permanente para esses profissionais, objetivando (re)significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS (BATISTA e GONCALVES, 2011).

Além desses fatores, pode-se citar a falha na comunicação entre os profissionais da rede, a qual é realizada, na maioria dos casos, através de encaminhamentos via papel, como mostra o relatado abaixo.

Então assim, vem o encaminhamento via malote, e aí você responde lá o dia que você tem, a vaga, o horário e tal. Aí é assim, você não tem contato tão grande. (N01)

Ademais, os encaminhamentos vêm incompletos, faltando informações importantes para o nutricionista que recebe o encaminhamento, como o nome do paciente e diagnóstico clínico. Isso faz com que o profissional tenha que procurar esses dados no prontuário do paciente, contudo, estes às vezes não contém anotações ou então não há como entender devido aos “rabiscos” escritos.

Eu tento, mas tem hora que não dá, aí eu tenho que devolver o paciente e pedir mais informação, porque como é que eu vou fazer sem ter um respaldo. Não dá pra fazer. (N02)

De acordo com o estudo realizado por Brites et al. (2014) citado mais acima, os residentes e trabalhadores também relataram algumas dificuldades semelhantes para o desenvolvimento do trabalho nas UBS, como falta de instrumentos, de estrutura física, e ausência de protocolos de encaminhamento para a rede.

Alguns estudos realizados sobre apoio matricial, segundo Fittipaldi et al. (2015), apresentaram dificuldades semelhantes quanto à efetividade das ações interdisciplinares, como: a sobrecarga de trabalho, a alta rotatividade de profissionais, a formação profissional insatisfatória para as práticas de saúde coletiva, as barreiras de integração entre as equipes, as ações clínicas individuais ao invés de ações coletivas de prevenção e promoção da saúde e a comunicação deficiente entre os níveis de atenção à saúde.

Em contrapartida, um dos participantes da pesquisa referiu que no seu local de trabalho existe o apoio matricial e, quando esse apoio é bem realizado e sem tirar a responsabilidade do profissional, ele é a grande chave para o sistema de saúde, quando se trata de custos, otimização do trabalho e resolutividade. O relato a seguir ilustra essa questão.

Eu capacito minha equipe para ela ter o olhar e atender a necessidade do usuário, como ela provavelmente tenha mais vínculo, porque a referência é 24 horas, ela possa me garantir o mínimo que o paciente precisa em relação a nutrição e, sempre que tiver uma dificuldade, uma dúvida, ou chegar no seu limite de conhecimento, ela me acionar e eu entrar com as questões mais específicas, de maior conhecimento, maior habilidade técnica para intervenção. (N04)

Esse mesmo participante descreve em suas falas a dificuldade de se trabalhar de outra forma que não seja com o apoio matricial quando já se incorporou esse processo de trabalho. Demonstra ainda o desejo de que todos os profissionais tivessem a oportunidade de realizar apoio matricial, para que pudessem trabalhar de uma forma mais efetiva.

No entanto, analisando os relatos é possível verificar que, na maioria dos casos, os atendimentos clínicos predominam sobre outras ferramentas de matriciamento (atendimento domiciliar, discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos), o que pode ser confirmado por outros estudos semelhantes, segundo Fittipaldi et al. (2015).

Então, o trabalho na rede é ambulatorial mesmo. A gente faz atendimento do usuário, geralmente individual. (N01)

De um modo geral é ambulatório, é consulta, é atendimento. (N02)

Segundo Aguiar e Costa (2015), na Atenção Básica, o trabalho do nutricionista ainda está voltado sobretudo para as ações individuais e restrito aos limites estruturais da unidade de saúde.

O processo de trabalho do apoio matricial pode ser organizado através de várias ações, além das consultas conjuntas, como ações no território que envolvam trabalhos educativos, Projeto de Saúde no Território, Projeto Terapêutico Singular, ações junto aos equipamentos públicos como escolas, creches, igrejas, entre outros (BRASIL, 2009).

Todavia, essas e muitas outras atividades não são realizadas, devido à sobrecarga de trabalho, a qual deve-se a uma das maiores dificuldades citadas, ou seja, ao fato do município apresentar um número de profissionais nutricionistas muito abaixo do preconizado. Isso faz com que afete diretamente na qualidade da assistência em nutrição, ficando restritas as ações de prevenção e promoção à saúde. Essa questão poder ser observada nas falas descritas abaixo.

Falta muito, né? Falta muito! Tinha que ter, no mínimo, uma por regional [...] Como eles (gestão) pensam algumas vezes, não é frescura, é necessidade. Pra que a gente possa realmente ampliar nossas atuações, né! Pra que a gente possa fazer outros projetos, fazer grupos, dar uma atenção melhor pro paciente, e não ficar dentro da sala chamando o próximo... o próximo... o próximo. (N03)

Essa é a nossa grande dificuldade, né! Porque, não só em São Carlos, mas acho que a situação do Brasil, a gente tem poucos profissionais [...] Então, muitas vezes eu to passando o caso pra uma nutricionista de um outro serviço, fazendo toda a intersectorialidade e ela não consegue atender esse paciente dessa forma, porque a demanda dela é outra. Muitas vezes ela não tem nem tempo hábil para fazer uma avaliação, para fazer um cuidado que o paciente precisa. (N04)

Nota-se que os nutricionistas têm a consciência que o limite de profissionais sempre vai existir e que nunca vai haver um cenário ideal. Sendo assim, o apoio matricial vem como uma ferramenta para auxiliar nesse processo de trabalho, desde que se tenham profissionais treinados para utilizar essa metodologia de forma produtiva, fazendo o melhor trabalho possível, evitando que os pacientes fiquem desassistidos.

## **Redes Temáticas? Desconheço.**

Dentro desta categoria, procurou-se compreender as concepções e participação dos nutricionistas sobre as Redes Temáticas no DRS III.

Com relação à avaliação dos nutricionistas sobre as Redes Temáticas, é possível perceber, através dos relatos abaixo, que o termo é desconhecido pela maioria dos participantes, mesmo por aqueles que de alguma forma já tiveram contato com essas temáticas.

Eu sei que tem a do Rede Cegonha, do Deficiente, do Idoso. E hoje tem a das Doenças Crônicas. (N01)

Não posso dizer que eu não conheço, eu já ouvi falar. Mas, não saberia te dizer com propriedade nada a respeito, porque não chegou isso até mim. Eu não sei se São Carlos está participando disso. (N02)

Aqui na Atenção Básica, nesse momento, o contato é muito pouco. (N03)

Não tive contato. Não tenho muita informação sobre. Então, nem posso palpar sobre esse assunto. (N04)

Quando solicitado que o profissional fizesse uma reflexão sobre sua atuação neste processo, constatou-se que, entre outros motivos, o desconhecimento sobre as Redes Temáticas e a falta de informação sobre as atividades realizadas por essas redes de cuidado são um dos fatores limitantes a essa participação.

Essa das Doenças Crônicas, eles iniciaram. Tem uma enfermeira que é articuladora das Doenças Crônicas no município. Como eu trabalho junto com ela, ela pediu pra eu ajudá-la. Então, eu entrei como apoiadora, mas, pra falar a verdade, eu trabalhei pouquíssima coisa com ela... e agora na verdade eu nem estou sabendo mais nada. Tá meio parado. (N01)

Antes existia... eu sempre fui mais da área de saúde da criança, por conta do aleitamento materno. Então a gente tinha, mais ou menos, o que estava acontecendo. (N02)

Eu até fazia parte da rede articulada do idoso, a qual frequentávamos reuniões no DRS III. Tínhamos também reuniões aqui. Elas

aconteciam a princípio mensal, depois passaram a ser bimestrais e depois elas desapareceram. (N03)

Além dos fatores já citados, a falta de continuidade das ações e projetos e o apoio da gestão também foram citados como dificuldades encontradas pelo profissional para o conhecimento/desenvolvimento dessas atividades.

Eu sei que teve um projeto na linha de cuidado em relação à doença renal... só que não sei o desenrolar disso como ficou. Então, eu não sei especificar certinho como é que está. (N01)

Tudo chegava pra gente via secretaria, mas agora não chega. Eu não sei. Tanto é que eu nem sei quanto tempo tem essa questão de rede temática. (N02)

A gente até teve algumas tentativas, no ano de 2015, mas o negócio não foi pra frente... exatamente o motivo eu não sei. (N03)

O apoio institucional é fundamental para um melhor desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde. Para isso é essencial que os gestores avaliem e compreendam as políticas de saúde do município, as operacionalizações dos modelos de atenção e as principais dificuldades encontradas.

Os conteúdos que emergiram na presente categoria nos levam a inferir uma possível falha no processo de implantação das Redes temáticas nos municípios participantes da pesquisa. Deste modo, destaca-se, entre os vários dificultadores para a construção dessas redes, a falta de comunicação entre gestores e profissionais, na continuidade dos projetos e, ainda, na educação permanente para os profissionais nos serviços de saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o objetivo geral de contribuir para a compreensão do papel do nutricionista nas Redes de Atenção à Saúde, pode-se considerar que os nutricionistas não conseguem utilizar o Apoio Matricial como um dispositivo para o desenvolvimento do seu trabalho na Rede de Atenção à Saúde. Esse fato pode estar relacionado a diversas dificuldades encontradas, entre elas, a quantidade de profissionais insuficientes, falha no entendimento da equipe sobre a metodologia de trabalho proposta, falha na comunicação entre os profissionais da rede e problemas estruturais. Essa situação limita a atuação deste profissional, fortalecendo a visão distorcida que muitas pessoas têm do papel do nutricionista, a qual é baseada em prescrever dietas e realizar atendimento ambulatorial individualizado. Quanto ao objetivo específico de levantar o número e o perfil de nutricionistas atuantes nas redes de atenção à saúde dos municípios estudados, os resultados apontaram que os profissionais nutricionistas atuantes na Rede de Atenção à Saúde do Departamento Regional de Saúde III – Araraquara/SP apresentaram, em sua maioria, as seguintes características: gênero feminino, presentes na faixa etária entre 31 e 40 anos e apresentam uma pós-graduação concluída. A atuação da maioria desses profissionais na rede está concentrada em clínicas e centros de especialidades. Os dados mostraram ainda que o número de nutricionistas atuantes na Atenção Básica é insuficiente para atender às demandas do serviço de saúde dos municípios.

Observou-se por meio dos relatos feitos pelos profissionais nutricionistas que a formação profissional destes para a atuação no Sistema Único de Saúde ainda é deficiente. Entretanto, ficou claro que o profissional nutricionista apresenta um leque de possibilidades de atuação no serviço de saúde e uma facilidade no trabalho interdisciplinar, cuja habilidade é essencial no trabalho em saúde pública.

Em relação ao objetivo específico de analisar, sob a perspectiva de nutricionistas, suas ações no SUS e nas redes de atenção e, especificamente, no processo de implantação, conquistas e desafios de Redes temáticas de atenção à saúde, os resultados encontrados sugerem que os nutricionistas apresentam um conceito fragmentado e superficial sobre as redes temáticas, o que nos leva a



entender que a implantação das redes temáticas pode não ter sido efetiva nesses municípios.

Sendo assim, o presente estudo possibilitou:

- conhecer as concepções dos nutricionistas sobre a Rede de Atenção à Saúde e a sua atuação nos serviços de saúde;
- levantar o número e o perfil de nutricionistas atuantes nas redes de atenção à saúde dos municípios do Departamento Regional de Saúde III;
- abrir espaço para a discussão sobre a formação dos profissionais nutricionistas para a atuação no Sistema Único de Saúde;
- despertar o interesse em aprofundar a discussão sobre o processo de implantação, conquistas e desafios na constituição de Redes temáticas nos municípios estudados, visto que os relatos dos profissionais não conseguiram contemplar essas informações.

Além disso, o trabalho proporcionou à pesquisadora enriquecer seu conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde e sobre as ferramentas disponíveis para a gestão do trabalho nas Redes de Atenção à Saúde. Com o objetivo de suscitar mais reflexões sobre o assunto, sugere-se que novos estudos sejam realizados no sentido de analisar as causas que permeiam esta quantidade insuficiente de profissionais nutricionistas nas Redes de Atenção à Saúde e como se dá o processo atual de formação para o SUS deste profissional. Sugere-se também, uma análise, sob a ótica do usuário e dos gestores, da importância das ações deste profissional na Atenção Básica, além de uma análise junto aos gestores sobre o processo de implantação das redes temáticas nos municípios desta região.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, C.B.; COSTA, N.M.S.C. Formação e atuação de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Nutrição**. v. 28, n.2, p. 207-216. Campinas, mar./abr. 2015.

ALVES, C.G.L.; MARTINEZ, M.R. Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**. v.20, n.56, p. 159-169. Botucatu, 2016.

ASSONI, P.M. **A formação do nutricionista para atuação no Sistema Único de Saúde**. 2015. 105p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão da Clínica). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2010. 281p.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Soc.**, v.20, n.4. p. 884-899. São Paulo, 2011.

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

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 09 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set.

\_\_\_\_\_. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Apostila do curso de auto aprendizado: Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2012a. Disponível em: <[http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/ras\\_curso\\_completo\\_1.pdf](http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos de Atenção Básica n. 27).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. – Brasília: 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª Edição. **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 40-56, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. 56p. Brasília-DF, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 12 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. 38p. Brasília-DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 5 de 07 de novembro de 2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação de nutrição. 2001. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portal do Departamento de Atenção Básica - 2012**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 06 jan. 2014. 2012b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de Dezembro de 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 963, de 27 de Maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, Brasília, 28 de Maio de 2013.

\_\_\_\_\_. SISTEMA E-MEC. **Instituições de educação superior e cursos cadastrados**. Brasília: MEC. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

BRITES, L.S. et al. "A gente vai aprendendo": o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Saúde em Debate**. v.38, n.101, p. 285-295. Rio de Janeiro, abr./jun., 2014.

BOOG, M.C.F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Rev. Ciênc. & Saúde**. v.1, n.1, p. 33-42. Porto Alegre, jan./jun. 2008.

BORELLI, M. et al. A inserção do nutricionista na atenção básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. **Cienc. & Saúde Coletiva**. v.20, n.9, p.2765-2778, 2015.

CALLYIERIS, V.E. et al. **Pesquisa via internet como técnica de coleta de dados: um balanço da literatura e os principais desafios para sua utilização**. III Encontro de Administração da Informação - EnADI. Porto Alegre, mai. 2011.

CAMOSSA, A.C.A. **O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia da saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes**. 2010. 201p. Dissertação (Mestrado em Alimentos e Nutrição). Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP - Campus Araraquara/SP.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v.57, n.5, p.611-614. Brasília, set./out. 2004.

CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**. v.18, n.1, p. 148-168. Belo Horizonte, abr. 2012.

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

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto de Enfermagem**. v.15, n.4, p.679-684. Florianópolis, out./dez. 2006.

CARNEIRO, M.G.D. et al. Processo de construção de redes de atenção à saúde na 16ª região de saúde do Ceará. **SANARE**. v.13, n.2, p. 42-49. Sobral: jun./dez. 2014.

CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. 222p.

CASTRO, L.M.C. et al. Saúde, promoção da saúde, agentes multiplicadores: concepções de profissionais de saúde e de educação no município do Rio de Janeiro. **Demetra: Alim. Nutr. & Saúde**. v.9, n.2, p. 467-481, 2014.

CERVATO-MANCUSO, A.M. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.17, n.12, p.3289-3300, 2012.

CHIAVERINI, D.H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Inserção profissional dos nutricionistas no Brasil**. Brasília: CFN; 2006. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/pesquisa.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. Brasília: CFN; 2008. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/cartilhas/61.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN nº 380/2005**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc**. v.20, n.4. p. 961-970. São Paulo, 2011.

DALFOVO, M.S. et al. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**. v.2, n.4, p. 01-13. Sem II. Blumenau, 2008.

FAGUNDES, A.A. **A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. 2013. 205p. Tese (Doutorado em Nutrição Humana). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB - Brasília/DF.

FERREIRA, J.B.B.; CHAVES, L.D.P. Regionalização e redes de atenção à saúde. In: ROCHA, J.S.Y. **Manual de saúde pública e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 53-64.

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

FITTIPALDI, A.L.M. et al. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Saúde em Debate**. v.39, n.104, p.76-87. Rio de Janeiro, jan./mar., 2015.

FREITAS, H.; JANISSEK-MUNIZ, R.; MOSCAROLA, J. **Uso da internet no processo de pesquisa e análise de dados**. Associação Nacional de Empresas e Pesquisas. São Paulo: ANEP, 2004. p.1-13.

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

GODOY, A.S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. Administração de Empresas**. FGV. v.35, n.3, p.20-29. São Paulo, mai/jun. 1995a.

\_\_\_\_\_. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Rev. Administração de Empresas**. FGV. v.35, n.2, p.57-63. São Paulo, mar/abr. 1995b

GOMES, D.R. et al. O nutricionista e a atenção básica: importância de sua atuação no núcleo de apoio à saúde da família. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v. 37, n.3, p.553-570, jul./set. 2013.

GONÇALVES, C.R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**. v.38, n.100, p. 26-34. Rio de Janeiro: jan./mar. 2014.

HEIDMANN, I.T.S.B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto de Enfermagem**. v.15, n.2, p.352-358. Florianópolis, abr./jun. 2006.

JUNQUEIRA, T.S.; COTTA, R.M.M. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.19, n. 5, p.1459-1474. Rio de Janeiro, mai. 2014.

LARA, E.M.O.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Os profissionais das Unidades Especializadas de Saúde e suas representações sociais em relação à Saúde da Família. **Ciênc., Cuid. e Saúde**. v.8, n.4, p. 630-636, out./dez. 2009.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C.R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde e Debate**. v.39, n.104, p. 9-17. Rio de Janeiro, jan./mar. 2015.

MANZINI, E.J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso**. v.4, n.2, p.149-171. Maringá, 2012.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p.2297-2305. Rio de Janeiro, ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. 2 ed. Brasília, 2011. 549 p.

MENDONÇA, M.A. et al. A importância da atuação do nutricionista no SUS e PSF. **Anais IV SIMPAC**, v.4, n.1, p.11-16. Viçosa-MG, jan./dez. 2012.

MILL, D. **Educação à distância e trabalho docente virtual**: sobre tecnologia, espaços, tempos, coletividade e relações sociais de sexo na idade média. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006. 322 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 31.ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2012. 108p.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm.**, v.16, n.4, p. 569-576. UERJ, Rio de Janeiro, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, E.X.G. et al. Territórios do Sistema Único de Saúde - mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 386-402. Rio de Janeiro, mar/abr. 2004.

OMS. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986.

PACHECO, P.M.; RAMOS, M. Nutricionista em atenção básica: a visão do usuário. **Demetra: Alim. Nutr. & Saúde**. v.9, n.2, p. 483-501. 2014.

PÁDUA, J.G.; BOOG, M.C.F. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. **Rev. Nutrição**. v.19, n.4, p. 413-424. Campinas, jul./ago. 2006.

PINHEIRO, A.R.O. et al. Percepção de professores e estudantes em relação ao perfil de formação do nutricionista em saúde pública. **Rev. Nutrição**. v.25, n.2, p. 631-643. Campinas, set./out., 2012.

POPE,C.; MAYS,N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 3.ed. p. 11-21.

RECINE, E. et al. A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. **Rev. Nutrição**, v.25, n.1, p. 21-33. Campinas, jan./fev., 2012.

ROCHA, J.S.Y.; LAPREGA, M.R. Os determinantes sociais da saúde. In: ROCHA, J.S.Y. **Manual de saúde pública e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 29-42.

RODRIGUES, C.C.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**. v.10, n. 2, p. 235-255. Rio de Janeiro, jul./out., 2012.

SANTOS, et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. **Inferface. Comun. Saúde e Educ.** v.19, n. 53, p.349-360. Botucatu, 2015.

SÃO PAULO. **Governo do Estado de São Paulo**. Secretaria de Estado da Saúde. Departamentos Regionais de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

SENA et al. Reflexões sobre saúde, nutrição e estratégia saúde da família no contexto de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Rede de Cuidados em Saúde**. v. 9, n. 3. Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, D.S.J.R.; DUARTE, L.R. Educação permanente em saúde. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** v. 17, n. 2, p. 104-105. Sorocaba, 2015.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W.S. **Metodologia científica para a área da saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 2.ed.



## ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Concepções e ações de nutricionistas sobre as Redes de Atenção à Saúde em um Departamento Regional de Saúde do interior de São Paulo

**Pesquisador:** Gabriela Perussi Carizani Rossi

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43156015.1.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.015.789

**Data da Relatoria:** 14/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

As Redes de Atenção à Saúde resultaram de uma inovação no processo de organização do sistema de saúde com o intuito de produzir um impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Além disso, a implementação dessas redes sugere um avanço do processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa visão de uma nova forma de trabalho também implica na prevalência de intervenções técnicas múltiplas,

articuladas pela interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Portanto, o nutricionista inserido na equipe multidisciplinar, fortalecendo e qualificando o cuidado nutricional é uma forma econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de doenças relacionadas à alimentação e nutrição. O presente estudo busca analisar as concepções e ações do nutricionista nas Redes de Atenção à Saúde nos municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde III - Araraquara, do estado de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a

qual tem sido utilizada para avaliar reformas e mudanças organizacionais para oferta de serviços de saúde do ponto de vista de pacientes, profissionais de saúde e administradores. A população será composta por profissionais nutricionistas atuantes nas Redes de Atenção à Saúde dos 24 municípios integrantes do DRS III – Araraquara. Na última década, as pesquisas via internet vem

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.015.789

crescendo, portanto, a ferramenta que será utilizada para a coleta de dados, será o e-mail ou correio eletrônico, através do aplicativo Google Docs, contendo dados de identificação e perguntas semi-estruturadas a respeito do tema proposto. Os dados serão interpretados e analisados qualitativamente, utilizando a técnica de análise de conteúdo, levando em consideração o referencial teórico. Como resultado, espera-se conseguir analisar as concepções e ações de nutricionistas sobre Redes de Atenção à Saúde.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar as concepções e ações do nutricionista nas Redes de Atenção à Saúde nos municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde III - Araraquara, do estado de São Paulo.

Objetivo Secundário: 1) Levantar o número de nutricionistas atuantes na rede de atenção à saúde dos municípios estudados. 2) Analisar as concepções dos nutricionistas participantes da pesquisa sobre a rede de atenção à saúde. 3) Analisar as concepções dos nutricionistas sobre sua atuação na rede de atenção à saúde estudada. 4) Verificar a atuação dos nutricionistas no processo de implantação, conquistas e desafios da constituição de redes temáticas no DRS III.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Considera-se a possibilidade de algumas perguntas causarem certo desconforto ou stress aos profissionais durante o preenchimento do formulário, por conter questões abertas e fechadas. Diante disso, pode-se não ter o número de devolutiva esperado dos questionários.

Benefícios:

Esta pesquisa irá contribuir para a prática do profissional nutricionista, para o desenvolvimento de alternativas para aprimorar o trabalho nas redes de atenção à saúde e conseqüentemente melhorar o atendimento aos usuários.

Os riscos e benefícios foram descritos no protocolo e no TCLE.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante, os riscos e benefícios aos participantes foram descritos no TCLE.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Foram anexados os seguintes documentos obrigatórios: folha de rosto assinada, autorização do

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.015.789

responsável legal pelo local onde a pesquisa será realizada (carimbada e assinada), TCLE do participante, projeto de pesquisa e Informações básicas.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há lista de pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

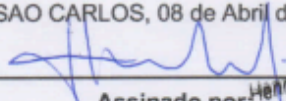
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO CARLOS, 08 de Abril de 2015

Assinado por:   
Ricardo Carneiro Borra  
(Coordenador)

Henrique Afonso de André Sobrinho  
Secretário Executivo  
ProPq/UFSCar

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO (GOOGLE DRIVE)

### CONCEPÇÕES E AÇÕES DE NUTRICIONISTAS SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Este é um convite para participar da pesquisa de mestrado da Nutricionista e aluna do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, Gabriela Perussi Carizani Rossi, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado, Nutricionista e docente do Departamento de Enfermagem e do PPGGC / UFSCar. A pesquisa tem como objetivo principal analisar as concepções e ações do nutricionista nas Redes de Atenção à Saúde nos municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde III - Araraquara, do estado de São Paulo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (parecer nº 1.015.789, em 14/04/2015) e pelos gestores dos municípios do DR III – Araraquara. Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos: gabicarizani@gmail.com / (16) 99218-0281

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- ( ) Sim, concordo com os termos acima e aceito participar da pesquisa  
 ( ) Não, não concordo com os termos acima e não aceito participar da pesquisa

#### Dados Pessoais

Nome:

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade:

#### Identificação

Área(s) em que trabalha:

Cargo que Ocupa 1 (especificar o Local e a Cidade em que trabalha):

Carga Horária Semanal do Local 1: ( ) menos de 10h ( ) de 10h a 20h  
 ( ) de 20h a 30h ( ) de 30h a 40h

Tipo de vínculo de trabalho no setor público - Local 1:

- ( ) Concursado  
 ( ) Terceirizado  
 ( ) Contrato por tempo determinado  
 ( ) Contrato de prestação de serviços  
 ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo trabalha neste local?**

**Qual sua experiência profissional anterior a esse período? Por quanto tempo?**

**Ocupa mais algum cargo?**

**Cargo que Ocupa 2** (especificar o Local e a Cidade em que trabalha):

**Carga Horária Semanal do Local 2:** ( ) menos de 10h ( ) de 10h a 20h

( ) de 20h a 30h ( ) de 30h a 40h

**Tipo de vínculo de trabalho no setor público - Local 2:**

( ) Concursado

( ) Terceirizado

( ) Contrato por tempo determinado

( ) Contrato de prestação de serviços

( ) Outro: \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo trabalha neste local?**

**Qual sua experiência profissional anterior a esse período? Por quanto tempo?**

**Tempo de Formado (em anos e meses):**

**Participou de outros processos de formação após a conclusão da graduação?**

( ) Sim ( ) Não ( ) em andamento

**Se a resposta anterior for sim, que tipo?**

( ) Capacitação.

( ) Aperfeiçoamento.

( ) Especialização.

( ) Pós-graduação stricto sensu – mestrado.

( ) Pós-graduação stricto sensu – doutorado.

**Se foi selecionado algum item anterior, informar qual a instituição, a área, carga horária e ano de conclusão.**

**Apoio Matricial**

**Segundo Campos e Domitti (2007, p.400), o apoio matricial refere-se a uma metodologia de trabalho que tem por característica a retaguarda de uma equipe**

especializada, capaz de oferecer tanto suporte técnico-pedagógico, quanto assistencial. Com base nesse conceito, você realiza(ou) apoio matricial durante sua atuação profissional? ( ) Sim ( ) Não

Como é (foi) essa atuação?

As ferramentas ou dispositivos que você tem para realizar seu trabalho permitem desenvolver com eficiência e qualidade o trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Por que?

O desenvolvimento do seu trabalho é feito em equipe ou não? Escreva um pouco sobre isso.

Você vê diferença entre o apoio da nutrição e dos outros profissionais? Qual?

**Rede de Atenção à Saúde**

Há reuniões regulares entre os profissionais que trabalham na Rede de Atenção à Saúde? Quais os principais pontos debatidos?

Como você se sente em relação a sua atuação na Rede de Atenção à Saúde do DRS III? Escreva um pouco sobre isso.

Em relação a sua prática, quais as experiências ou conhecimentos que considera fundamentais para o desenvolvimento do trabalho na Rede de Atenção à Saúde?

**Redes Temáticas**

Qual sua avaliação sobre as Redes Temáticas?

Sobre o processo de implantação de Redes Temáticas no DRS III, você:

- ( ) Nunca participou
- ( ) Participou pouco
- ( ) Participou razoavelmente
- ( ) Participou muito

Em qual(is) Rede(s) Temática(s) participa(ou)?

- ( ) Rede Cegonha

- Rede de Atenção às Urgências e Emergências
- Rede de Atenção Psicossocial
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

**Refleta sobre sua atuação neste processo.**

**Sobre o processo de constituição e implementação das Redes Temáticas no DRS III, para você: quais são as conquistas e os desafios?**

**Caso você queira fazer alguma observação, sugestão ou comentário acerca dos temas que envolvem a pesquisa, utilize o espaço reservado abaixo.**

#### **Contato**

**Você gostaria de participar de uma entrevista realizada pessoalmente, caso seja desenvolvida uma segunda etapa desta pesquisa?  Sim  Não**

**Se sim, por favor, anote um número de telefone e o melhor dia e horário para entrarmos em contato. Antecipadamente, agradecemos.**

**Agradecemos pela sua colaboração, pois esta pesquisa pretende contribuir para a prática do profissional nutricionista, para o desenvolvimento de alternativas para aprimorar o trabalho nas Redes de Atenção à Saúde e conseqüentemente melhor qualificar o atendimento aos usuários do SUS.**

**Gabriela Perussi Carizani Rossi  
Maria Lúcia Teixeira Machado**

## **APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS NUTRICIONISTAS**

- 1) Qual a sua opinião sobre a formação do nutricionista para atuar no SUS?
- 2) Quais são as maiores potencialidades e dificuldades encontradas por esses profissionais para a referida atuação?
- 3) O que você pode comentar sobre as Redes Temáticas?
- 4) Fale sobre o Apoio matricial no seu município.
- 5) Qual a sua opinião sobre o número de profissionais nutricionistas na Rede de Atenção à Saúde no município de São Carlos?
- 6) Fale sobre sua atuação na Rede de Atenção à Saúde.



## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 466/2012 do CNS)

#### Concepções e ações de nutricionistas sobre as Redes de Atenção à Saúde em um Departamento Regional de Saúde do interior de São Paulo

Eu, Gabriela Perussi Carizani Rossi, estudante do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, convido-lhe a participar da pesquisa “**Concepções e ações de nutricionistas sobre as Redes de Atenção à Saúde em um Departamento Regional de Saúde do interior de São Paulo**”, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado, docente do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar.

O trabalho tem por objetivo analisar as concepções e ações de nutricionista nas Redes de Atenção à Saúde dos municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde III - Araraquara, do estado de São Paulo.

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por ser profissional nutricionista da Rede de Atenção à Saúde de um desses 24 municípios. A sua participação consistirá em responder um questionário sobre a concepção e ação do nutricionista nas redes de atenção à saúde. Na última década, as pesquisas via internet vem crescendo, portanto, a ferramenta que será utilizada para a coleta de dados, será o *e-mail* ou correio eletrônico, através do aplicativo *Google Docs*, contendo dados de identificação e perguntas semiestruturadas a respeito do tema proposto.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Essa pesquisa não prevê qualquer gasto aos participantes, porém se isso ocorrer, ele será ressarcido pela pesquisadora.

O benefício desta pesquisa será a contribuição para a prática do profissional nutricionista, para o desenvolvimento de alternativas para aprimorar o trabalho nas redes de atenção à saúde e conseqüentemente melhorar o atendimento aos usuários.

Após a finalização da pesquisa, os participantes terão uma devolutiva dos resultados obtidos e publicados.

O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo constando o telefone, o endereço pessoal e o e-mail do pesquisador principal, podendo solicitar esclarecimentos, tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Maria Lúcia Teixeira Machado  
Pesquisadora responsável – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar  
E-mail: [mluciatmachado@gmail.com](mailto:mluciatmachado@gmail.com)  
Fone: (16) 99121-2785

---

Gabriela Perussi Carizani Rossi  
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica - UFSCar  
E-mail: [gabicarizani@gmail.com](mailto:gabicarizani@gmail.com)  
Fone: (16) 99218-0281

Qualquer dúvida, para esclarecimentos, entrar em contato pelo telefone (16) 99218-0281 / (16) 3412-8907, endereço: Rua dos Metalúrgicos, 93 - Maria Stella Fagá - CEP: 13568-270 - São Carlos/SP. E-mail: [gabizarizani@gmail.com](mailto:gabizarizani@gmail.com)

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)**

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Número e tipo de documento de identificação: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_